

**MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETO
SOCIALINĖS POLITIKOS FAKULTETO
SOCIALINIO DARBO KATEDRA**

**LAIMA RADŽIUVIENĖ
SOCIALINIO DARBO MAGISTRANTŪROS NUOLATINĖS
STUDIJOS**

**INTEGRALIOS PAGALBOS ASMENS NAMUOSE PASLAUGŲ
ORGANIZAVIMAS VILNIAUS MIESTE**

Magistro baigiamasis darbas

Darbo vadovė *profesorė dr. Valdonė Indrašienė*

Vilnius, 2013

TURINYS

ĮVADAS	4
1. SOCIALINIŲ PASLAUGŲ ASMENS NAMUOSE TEIKIMO PRIELAIDOS IR GALIMYBĖS	9
1.1. Socialinių paslaugų organizavimo teisinės prielaidos	9
1.2. Socialinių paslaugų asmens namuose plėtros aspektai	15
1.3. Integralios pagalbos modelio apibrėžtis	20
1.3.1. Paslaugų integracijos patirtis Europoje	21
1.3.2. Integralios pagalbos asmens namuose paslaugų organizavimo teisinis reglamentavimas.....	24
1.3.3. Potencialių integralios pagalbos gavėjų charakteristika	27
1.3.4. Poreikio vertinimas ir metodika	32
1.3.5. Paslaugų gavėjų lūkesčiai kokybės atžvilgiu	36
2. INTEGRALIOS PAGALBOS ASMENS NAMUOSE DIEGIMAS VILNIAUS MIESTE ..	41
2.1. Integralios pagalbos asmens namuose paslaugų organizavimo Vilniaus mieste ypatumai ...	41
2.2. Integralios pagalbos asmens namuose diegimas instituciniame lygmenyje	46
2.3. Mobilios komandos veikla.....	53
3. INTEGRALIOS PAGALBOS ASMENS NAMUOSE PASLAUGŲ VERTINIMO TYRIMAS	57
3.1. Tyrimo ir jo metodologijos pagrindimas	57
3.2. Tyrimo rezultatų analizė	60
3.2.1. Integralios pagalbos asmens namuose paslaugų gavėjų lūkesčių analizė	62
3.3.2. Integralios pagalbos asmens namuose paslaugų teikėjų lūkesčių analizė.....	72
3.3.3. Paslaugų gavėjų ir paslaugų teikėjų lūkesčių palyginamoji analizė	77
IŠVADOS	81
PASIŪLYMAI	83
LITERATŪRA	85
SANTRAUKA	90
SUMMARY	91
PRIEDAI	92

LENTELIŲ IR PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Mokėjimo tvarka už socialines paslaugas	12
2 lentelė. Socialinių paslaugų namuose gavėjai	15
3 lentelė. Pagyvenusio amžiaus žmonių pažeidžiamumo įvertinimas	28
4 lentelė. Veiksniai didinantys poreikį priežiūrai namuose	93
5 lentelė. Pagrindinės vartotojo vertinamos paslaugų savybės	37
6 lentelė. Socialinių paslaugų namuose gavėjai Vilniaus miesto savivaldybėje	41
7 lentelė. Projekto „Integralios pagalbos asmens namuose“ pagrindinių veiklų ir siekiamų rezultatų sąsajos Vilniaus mieste	50
8 lentelė. Paslaugų gavėjų ir paslaugų teikėjų klausimynų blokai	58
9 lentelė. Slaugos paslaugų reikalingumo ryšys su kitais kintamaisiais, proc.	66
10 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal tai, kokių žmonių pagalbos ir kaip dažnai jie tikisi sulaukti, proc.	66
11 lentelė. Statistinio reikšmingumo lygmuo tarp paslaugų teikėjo ir paslaugų gavėjų charakteristikų (χ^2)	67
12 lentelė. Paslaugų gavėjų ir teikėjų nuomonių palyginimo apie reikalingiausias globos paslaugas pasiskirstymas, proc.	78
1 pav. Gyventojai, sergantys lėtine liga ar turintys ilgalaikių sveikatos sutrikimų	28
2 pav. Bendrai suvokta paslaugos kokybė	38
3 pav. Socialinės paramos centro socialinių paslaugų namuose skyriaus struktūra	52
4 pav. Kompleksinės pagalbos teikimo mobilioje komandoje modelis	53
5 pav. Paslaugų gavėjų pasiskirstymas, pagal demografinius duomenis (n=51)	60
6 pav. Paslaugų teikėjų pasiskirstymas pagal lytį ir pareigas (n=77)	61
7 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal anksčiau gautas paslaugas, proc.	62
8 pav. Tiriamųjų nuomonių, ar paslaugos tenkino jų poreikius pasiskirstymas, proc.	62
9 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal asmenis, kurie juos slaugė, atsiradus slaugos poreikiui, ir pagal šeimyninę padėtį, proc.	64
10 pav. Informavimas apie galimybę gauti integralią pagalbą asmens namuose, proc.	64
11 pav. Socialinės globos paslaugų reikalingumo pasiskirstymas, proc.	65
12 pav. Slaugos ir globos paslaugų reikalingumas (paros laikotarpyje), proc.	68
13 pav. Respondentų nuomonė apie artimuosius, galinčiais jais pasirūpinti, proc.	68
14 pav. Tiriamųjų nuomonių apie tai, ko jie tikisi, gaudami socialinės globos ir slaugos paslaugas į namus pasiskirstymas, proc.	69
15 pav. Savybės, kuriomis turi pasižymėti specialistai, proc.	69
16 pav. Priemonės, kuriomis paslaugų vartotojai norėtų gauti informaciją apie paslaugas ar sulaukti pagalbos, proc.	70
17 pav. Tiriamųjų nuomonių apie tai, ar pasikeis jų gyvenimas, pradėjus integralios pagalbos asmens namuose paslaugų teikimą pasiskirstymas, proc.	71
18 pav. Tiriamųjų nuomonių apie slaugos ir kineziterapeuto paslaugų gavėjams aktualumą pasiskirstymas, proc.	73
19 pav. Slaugos ir globos paslaugų reikalingumas paslaugų gavėjos paros metu, proc.	74
20 pav. Veiksniai, kurie aktualūs ir lemiantys klientų pasitenkinimą gaunamomis paslaugomis pasiskirstymas, proc.	74
21 pav. Tiriamųjų nuomonių apie savybes, kuriomis turi pasižymėti specialistai, kad klientai jaustų pasitenkinimą gaunamomis paslaugomis pasiskirstymas, proc.	75
22 pav. Paslaugų gavėjų ir teikėjų nuomonių palyginimo apie slaugos paslaugų reikalingumą pasiskirstymas, proc.	78
23 pav. Paslaugų gavėjų ir teikėjų nuomonių palyginimo apie paslaugų teikimą pagal paros laiką ir savaitės dienas pasiskirstymas, proc.	79
24 pav. Paslaugų gavėjų ir teikėjų nuomonių palyginimo apie savybes, kuriomis turi pasižymėti paslaugų teikėjai pasiskirstymas, proc.	80

ĮVADAS

Temos aktualumas

Vienas pagrindinių pokyčių, kurį patiria visos Europos Sąjungos šalys, tame tarpe ir Lietuva, – gyventojų senėjimas. Demografinis senėjimas, vykstantis dėl ilgesnės gyvenimo trukmės ir mažėjančio gimstamumo, sukelia gilius gyventojų struktūros pokyčius. Kaip pažymi Juozulynas ir kt. (2010) senstanti visuomenė pasižymi sveikatos būklės struktūros kaita, daugėjančiomis lėtinėmis ligomis, atsirandančiomis specifinėmis senų žmonių būklėmis ir vadinamais poliligotumo reiškiniiais. Šiuos reiškinius lydi mažėjantis darbingumas, negalia, apsitarnavimo buityje bei prisitaikymo visuomenėje problemos bei žemas pragyvenimo lygis. Dėl šių aplinkybių atsiranda poreikis globoti bei prižiūrėti senyvo amžiaus ar/ir negalią turinčius asmenis, kurių savarankiškumo laipsnis nėra pakankamas pasirūpinti savimi. Autorių Kudukytės-Gasperės ir kt. (2012); Gudžinskienės, Mačiukienės (2011), Ulianskienės ir kt. (2006); Kanopienės, Mikulionienės (2004) nuomone, pagyvenusių asmenų noras senti savo namuose didina ilgalaikės globos, slaugos ir sveikatos priežiūros poreikį namuose bei augantys jų poreikiai bei jų lūkesčiai.

Temos naujumas

Besikeičianti visuomenė, kintančios sveikatos, socialinės bei ekonominės sąlygos įtakoja pokyčius sveikatos bei socialinėje politikoje bei kelia naujus tikslus, siekiančius integruoti sveikatos priežiūrą ir socialines paslaugas. Kaip teigia Ulianskienė ir kt. (2006), integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų plėtra yra nauja ir besiplėtojanti tendencija ne tik Lietuvoje, bet ir kitose Europos šalyse. Šios integruotos paslaugos orientuotos į senų žmonių sveikatos problemas, sąlygų užtikrinimą kuo ilgiau gyventi savo namuose, išlaikant savarankiškumą, tenkinti jų kylančius poreikius, atliepti lūkesčius bei pagerinti pagyvenusių neįgalių žmonių gyvenimo kokybę. 2012 m. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministras patvirtino Integralios pagalbos plėtros programą dėl integralios pagalbos teikimo socialinės globos ir slaugos paslaugomis asmens namuose (Žin., 2012, Nr.: 89-4663). Šiuo darbu bus nagrinėjamas Integralios pagalbos asmens namuose organizavimas Vilniaus miesto Socialinės paramos centre, dalyvaujančiame šios programos bandomajame projekte.

Temos iširtumas

Socialinių paslaugų Lietuvoje organizavimo ir teikimo principus, socialinių paslaugų rinkos specifikos tyrimus atlieka (Žalimienė, 2003; Guogis, Gudelis, 2005; Išoraitė, 2007), socialinių paslaugų tobulinimo Lietuvoje klausimams rašo Vareikytė (2006), Kaziliūnas (2006), Guogis, Gudelis (2005), Bitinas ir kt. (2010), socialinės globos paslaugas Lietuvoje analizuoja Žalimienė (2005, 2007), Žalimienė, Lazutka (2009), Indrašienė, Margelienė (2009) vertina socialinių paslaugų teikimą savivaldybėje.

Hitaitė, Spirgienė (2007) tyrė pagyvenusių žmonių slaugos ir socialinių paslaugų poreikį bendruomenėje, o Jurkuvienė, Audronytė (2007) ištyrė lėtinėmis ligomis sergančių senų ir pagyvenusių žmonių integruotų ilgalaikių paslaugų namuose poreikį. Šileikaitė, Kudukytė-Gasperė (2011) analizuoja slaugos paslaugų teikimo modernizavimo problemas (poliklinikos atvejis) ir slaugos paslaugų pacientų namuose kokybės vertinimą ir pacientų lūkesčius, o sveikatos ir socialinių paslaugų integraciją (poliklinikos atvejis) aptarė Kudukytė-Gasperė, Jankauskienė, Štaras (2012). Petrauskienė (2011) aptaria interdisciplininį bendradarbiavimą socialinio darbo praktikoje.

Socialinės paslaugos yra vertinamos pagal paslaugos teikėjo ir gavėjo santykių kokybę (Šinkūnienė, Katkonienė, 2010; Išoraitė, 2007), atitikmenį tarp gavėjo reikalavimų ir to, kokios paslaugos faktiškai yra teikiamos (Vareikytė, 2006), gavėjo pasitenkinimo suteiktomis paslaugomis laipsnį (Megivern, 2007), paslaugos teikimo procesą bei paslaugas kaip kliento ir paslaugos teikėjo tarpusavio kontaktą (Langvinienė, Vengrienė, 2005). Pažymima, kad geriausias kokybės matas – paslaugos gavėjų nuomonė (Kotler, Armstrong ir kt., 2003), paslaugų kokybės išreiškimas pasitenkinimo mastu (Barczyko, 1999). Pilipavičienė (2005), Indrašienė, Katkonienė (2011) aptaria pagalbos namuose paslaugų teikimo vertinimą.

Integruotų paslaugų teikimo aspektus analizuoja Kodner, Spreuwenberg (2002), Gröne, Garcia-Barbero (2001), Leichsenring (2004), Lloyd, Wait (2005). Integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikį bei plėtrą analizuoja Ulianskienė, Vitkūnienė, Hitaitė (2006). Autorės teigia, kad Lietuvos sveikatos ir socialinės sistemos plėtros strateginės kryptys bei susiklosčiusios palankios politinės, sisteminės ir organizacinės prielaidos leidžia plėtoti integruotas paslaugas, kurių įgyvendinimas priklausys nuo visų besidominčių institucijų administracinių gebėjimų ir bendradarbiavimo.

Magistriniuose darbuose tirtas socialinių paslaugų bei slaugos (ambulatorinės slaugos) poreikis asmens namuose Kauno raj., Vilniaus mieste (Hitaitė, 2006; Strakovska, 2010); įvertinti veiksniai, darantys įtaką pagyvenusių asmenų savarankiškumui, gyvenimo kokybei bei slaugos poreikiui namuose (Romaškienė, 2009).

Praktinė problema

Pagalbos namuose pagrindinis tikslas - patenkinti asmens gyvybinius poreikius ir sudaryti žmogaus orumą nežeminančias gyvenimo sąlygas, kai žmogus pats nepajėgia to padaryti. Norint patenkinti poreikius būtina sutelkti dėmesį į ilgalaikių integruotų paslaugų teikimą namuose. Lietuvos teisiniai aktai numato įvairių sričių specialistų (gydytojų, socialinių darbuotojų ir jų padėjėjų, slaugytojų ir jų padėjėjų, kineziterapeuto ir kt.) paslaugų teikimą namuose. Nuo 2011 m. organizuojamos ir teikiamos dienos socialinės globos paslaugos asmens namuose, tačiau išlieka pagrindinė problema - nepatenkintas slaugos asmens namuose poreikis, šiuo metu šios paslaugos teikiamos fragmentiškai, savivaldybės finansuojamų Lietuvos Raudonojo Kryžiaus draugijos slaugos paslaugų namuose gavėjams nepakanka, stinga sveikatos priežiūros specialistų aktyvaus įsitraukimo, pasitaiko atvejai kai atsisakoma bendradarbiauti. Kai dienos socialinę globą teikia socialinių paslaugų įstaiga, o slaugą – pirminė sveikatos priežiūros įstaiga, stokojama paslaugų kompleksiskumo ir integruotumo. Integralios pagalbos (socialinės globos ir slaugos paslaugos) teikimas, kai mobilios komandos nariai bus vienos įstaigos darbuotojai, veiksmingai taikys komandinio darbo, savitarpio pasitikėjimo, kliento ir jo šeimos įtraukimo į paslaugų teikimą principus, pateisins paslaugų vartotojų lūkesčius, teikdami kokybiškas bei efektyvias paslaugas.

Mokslinę problemą konkretina šie probleminiai klausimai

Kodėl kyla būtinybė plėtoti integralią pagalbą? Kaip vyksta slaugos ir globos paslaugų integravimas savivaldybės socialines paslaugas teikiančioje įstaigoje? Koks formuojamas integruotų paslaugų modelis? Su kokiomis problemomis susiduriama plėtojant integruotų paslaugų sistemą? Į kokius paslaugų gavėjų poreikius ir lūkesčius bus orientuojamasi, planuojant ir tobulinant paslaugų teikimą?

Hipotezė - Integralios pagalbos asmens namuose organizavimas, atliepsiantis paslaugų gavėjų poreikius ir lūkesčius, sukurs pasitenkinimo gaunama integralia pagalba prielaidas.

Tyrimo objektas – Integralios pagalbos asmens namuose paslaugų organizavimas.

Tyrimo tikslas – Išanalizuoti integralios pagalbos asmens namuose organizavimo ir teikimo aspektus Vilniaus mieste.

Tyrimo uždaviniai:

1. Atskleisti socialinių paslaugų bei integralios pagalbos, teikiamos asmens namuose, prielaidas ir galimybes.
2. Aptarti integralios pagalbos asmens namuose diegimą Vilniaus mieste.
3. Ištirti integralios pagalbos asmens namuose paslaugų gavėjų bei paslaugų teikėjų nuomonę apie Integralios pagalbos teikimo organizavimą Vilniaus mieste.

Tyrimo metodai

1. Mokslinės literatūros analizė, siekiant išryškinti integralios pagalbos asmens namuose paslaugų ypatumus.
2. Dokumentų, reglamentuojančių slaugos ir socialinių paslaugų organizavimą bei teikimą asmens namuose, analizė.
3. Statistinių duomenų analizė, atskleidžiant socialinių paslaugų namuose plėtros tendencijas ir pagrindžiant integruotų paslaugų poreikį.
4. Apklausa, kiekybinis tyrimas, siekiant ištirti integralios pagalbos asmens namuose paslaugų gavėjų bei teikėjų lūkesčius apie integralios pagalbos organizavimą.
5. Statistinis duomenų apdorojimas statistinės analizės programa SPSS 17.0.1 for Windows programa. Gauti duomenys aprašyti, pateikti lentelėse ir diagramose panaudojant Microsoft Office 2007 ir Microsoft Office Excel 2007 programas.

Darbo struktūra.

Magistrinį darbą sudaro įvadinė dalis, trys dalys, išvados, pasiūlymai, literatūros sąrašas, santrauka lietuvių-anglų kalbomis ir priedai. Pirmoji darbo dalis – socialinių paslaugų namuose organizavimo prielaidos ir galimybės bei integralių paslaugų modelio apibrėžtis, antroji dalis – integralių paslaugų Vilniaus mieste organizavimas ir diegimas Vilniaus mieste, trečioji dalis – integralios pagalbos paslaugų gavėjų ir paslaugų teikėjų nuomonės apie integralių paslaugų organizavimą Vilniaus mieste kiekybinis tyrimas. Darbas baigiamas išvodomis, apibendrinančiomis teorinę ir empirinę temos analizę bei pasiūlymais. Darbe pateikiami 24 paveikslai, 12 lentelių, 3 priedai. Literatūros sąrašą sudaro 79 literatūros šaltiniai ir 15 teisės aktų.

SAVOKOS

Socialinių paslaugų įstaiga – socialines paslaugas teikianti įmonė (akcinė bendrovė, uždaroji akcinė bendrovė, individuali įmonė), įstaiga (viešoji įstaiga, biudžetinė įstaiga), organizacija (asociacija, labdaros ir paramos fondas, religinė bendruomenė ar bendrija (centras), šeimyna (Socialinių paslaugų įstatymas, 2006).

Dienos socialinė globa asmens namuose – tai asmeniui teikiama kompleksinė, nuolatinės specialistų priežiūros reikalaujanti pagalba dienos metu jo namuose (Dienos socialinės globos teikimo asmens namuose tvarkos aprašas, 2013).

Slauga namuose – asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kai kompleksinės slaugos paslaugos yra teikiamos asmeniui bendruomenėje bei namuose, kur jis gyvena, siekiant užtikrinti paslaugų prieinamumą ir tęstinumą bei tenkinant paciento slaugos poreikius natūralioje aplinkoje (namų sąlygomis), skatinant paciento savirūpą (Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašas, 2007).

Ilgalaikė priežiūra – tai slaugos ir socialinių paslaugų visuma, kurias teikiant asmeniui tenkinami slaugos ir socialinių paslaugų poreikiai, teikiama nuolatinė kompleksinė specialistų pagalba ir priežiūra. Ilgalaike priežiūra laikoma nuo tada, kai nustatomas ilgalaikės priežiūros paslaugų poreikis (Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašas, 2007).

Senyvo amžiaus asmuo – senatvės pensinio amžiaus asmuo, dėl amžiaus iš dalies ar visiškai netekęs gebėjimų savarankiškai rūpintis savo asmeniniu (šeimos) gyvenimu ir dalyvauti visuomenės gyvenime bei sergantis lėtinėmis ligomis, kuriam reikalingos ilgalaikės priežiūros paslaugos (Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašas, 2007).

Suaugęs asmuo su negalia – darbingo amžiaus asmuo, dėl neįgalumo iš dalies ar visiškai netekęs gebėjimų savarankiškai rūpintis asmeniniu (šeimos) gyvenimu ir dalyvauti visuomenės gyvenime, kuriam reikalingos ilgalaikės priežiūros paslaugos namuose (Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašas, 2007).

Lūkestis - apibrėžiamas, kaip minimalus, toleruotinas ar priimtinas paslaugų lygis ir pelnytas lygis (paslaugų lygis, remiantis laiko, pastangų, pinigėmis investicijomis) (Europos vartotojų pasitenkinimo valdymo vadovas, 2010, p. 21).

Vartotojų pasitenkinimas – vartotojų pasitenkinimo suteikta viešąja paslauga įvertinimas paslaugos atitikimo jų lūkesčiams aspektu (Viešųjų paslaugų vartotojų pasitenkinimo indekso apskaičiavimo metodika, 2010, p. 44).

Integruota priežiūra – darnių metodų ir organizacinių modelių komplektas, skirtas sujungti, užtikrinti vientisumą ir bendradarbiavimą tarp sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sektorių finansavimo, administravimo ir teikimo lygmenyse, siekiant padidinti paslaugų kokybę, gyvenimo kokybę, vartotojų pasitenkinimą ir sistemų efektyvumą asmenims su kompleksinėmis problemomis (Kodner, 2001).

1. SOCIALINIŲ PASLAUGŲ ASMENS NAMUOSE TEIKIMO PRIELAIDOS IR GALIMYBĖS

1.1. Socialinių paslaugų organizavimo teisinės prielaidos

Lietuvoje didėjančių socialinių paslaugų bei sveikatos priežiūros poreikį lemia demografiniai pokyčiai, kuomet visuomenė senėja, kyla sveikatos problemos ir daugėja negalių, nemaža dalis šių visuomenės narių jaučiasi vieniši. Šie pokyčiai reikalauja naujų alternatyvių ir kompleksinių paslaugų plėtros. Siekiant išanalizuoti socialinių paslaugų organizavimo teines prielaidas, pirmiausiai dera aptarti socialinių paslaugų klasifikaciją.

Socialinių paslaugų įstatymo (2006) 6 str. pateikiamos socialinių paslaugų rūšys, skirstomos į bendrąsias ir specialiąsias socialines paslaugas. Socialines paslaugas, jų turinį pagal atskiras socialinių paslaugų rūšis bei socialinių paslaugų įstaigų tipus apibrėžia socialinių paslaugų katalogas (toliau – Katalogas), patvirtintas Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministro 2006 m. balandžio 5 d. įsakymu Nr. A1-93 „Dėl socialinių paslaugų katalogo patvirtinimo“ (2006). Kataloge išskiriamos socialinių paslaugų rūšys bei charakterizuojamos (apibrėžimas, tikslas, gavėjai, teikimo vieta, paslaugos teikimo trukmė/dažnumas, paslaugos sudėtis, paslaugas teikiantys specialistai, pateikiami kai kurių paslaugų ypatumai).

Bendrosios socialinės paslaugos teikiamos asmeniui (šeimai), kurio gebėjimai savarankiškai rūpintis asmeniniu (šėimos) gyvenimu ir dalyvauti visuomenės gyvenime gali būti ugdomi ar kompensuojami atskiriomis, be nuolatinės specialistų pagalbos teikiamomis paslaugomis. Bendrosioms socialinėms paslaugoms priskiriamos informavimo, konsultavimo, tarpininkavimo ir atstovavimo, sociokultūrinės paslaugos, transporto organizavimo, maitinimo organizavimo, aprūpinimo būtiniaisiais drabužiais ir avalyne bei kitos paslaugos.

Specialiosios socialinės paslaugos teikiamos asmeniui (šeimai), kurio gebėjimams savarankiškai rūpintis asmeniniu (šėimos) gyvenimu ir dalyvauti visuomenės gyvenime, ugdyti ar kompensuoti bendrųjų socialinių paslaugų nepakanka. *Specialiosios socialinės paslaugos skirstomos į socialinę priežiūrą ir socialinę globą.* Bendrosios ir specialiosios socialinės paslaugos teikiamos socialinių paslaugų įstaigose ir asmens namuose.

Valstybė, siekdama užtikrinti tikslingą ir planingą bei kokybišką paslaugų teikimą, socialinių paslaugų organizavimą reglamentuoja teisės aktais. Anot Žalimienės (2003), socialinių paslaugų organizavimas įteisinamas įvairaus tipo dokumentais (įstatymais, poįstatyminiais aktais, normomis, standartais, nuostatais, tvarkomis, taisyklėmis) ir skirtingais lygmenimis - nacionaliniu, regioniniu ir instituciniu. Mokslininkė pastebi, jog valstybės lygmeniu reglamentuojami socialinių paslaugų principiniai dalykai, tuo tarpu savivaldybėms ir institucijoms suteikta teisė savarankiškai parengti savo veiklos reglamentavimą, atsižvelgiant į valstybės reikalavimus.

Išoraitės (2007) teigimu įstatyminė bazė yra trijų lygių: konstitucinio, įstatyminio bei poįstatyminio. Kaip dokumentus, reglamentuojančius socialinių paslaugų organizavimą, autorė pažymi tarptautines sutartis, konvencijas, koncepcijas.

Lietuvos socialinių paslaugų įstatyminę bazę sudaro Konstitucija, įstatymai ir kiti teisės aktai. Lietuvos Respublikos Konstitucijoje (1992) įtvirtintos pamatinės nuostatos dėl gyventojų gerovės. 38 str. teigiama, jog valstybė saugo ir globoja šeimą, o 52 str. įtvirtinta teisė į senatvės ir invalidumo pensijas, socialinę paramą ligos, našlystės, maitintojo netikimo ir kitais įstatymų numatytais atvejais. 53 str. yra nuoroda į valstybės rūpinimąsi žmonių sveikata ir laidavimą medicinos pagalbos bei paslaugas žmogui susirgus.

Atkūrus Lietuvoje nepriklausomybę, iškilo poreikis sukurti socialinės paramos sistemą. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimu patvirtinta Socialinės paramos koncepcija (1994), kurioje įvertinta esanti socialinės paramos būklė, numatytos jos plėtojimo strategijos ir taktikos. Koncepcija tapo teisiniu pagrindu ir įpareigojimu plėtoti socialinę paramą ne vien pinigėmis išmokomis, bet ir socialinėmis paslaugomis. Koncepcija įteisino socialinės paramos teikimą trimis sritimis: pagalba paslaugomis, pagalba pinigais ir pagalba daiktais, t.y. socialinės paslaugos ir socialinė globa, pašalpos ir piniginės išmokos, šalpa daiktais.

Dunajevio (2011) teigimu, remiantis Koncepcija pradėta kurti *integruota socialinės paramos sistema*, savivaldybėms rekomenduojama rengti teritorines socialines programas. Autorius mano, kad šiuo dokumentu paskatinta plėsti stacionariai socialinei globai alternatyvias socialinių paslaugų rūšis „*kaip pakaitalą*“.

Svarbiausias nacionalinis teisės aktas, reglamentuojantis socialines paslaugas, Socialinių paslaugų įstatymas (2006) apibrėžia socialinių paslaugų sampratą, tikslus ir rūšis, reglamentuojantis socialinių paslaugų valdymą, skyrimą ir teikimą, socialinės globos įstaigų licencijavimą, finansavimą, mokėjimą už socialines paslaugas bei ginčų nagrinėjimą. Kaip teigiama 2006–2007 m. socialiniame pranešime, pagrindinis šio įstatymo tikslas – pertvarkyti socialinių paslaugų sistemą taip, kad būtų sudarytos teisinės, administracinės, finansinės prielaidos planuoti, organizuoti ir teikti socialines paslaugas bendruomenėje ir kad socialinė pagalba būtų veiksmingesnė. Anot Dromantienės (2010), įstatymu siekiama skatinti socialinių paslaugų įvairovę ir didinti jų prieinamumą visiems, pasinaudojant pažangia pasaulio praktika plėtoti ir populiarinti naujas socialinių paslaugų formas kaip savarankiško gyvenimo namai, socialinė globa namuose ir kt. Įstatyme atkreiptas dėmesys į socialinių paslaugų reikalingų asmenų šeimos narius. Norima, kad šeimos nariai integruotųsi į darbo rinką, o valstybė prisiimtų įsipareigojimą organizuoti socialinę priežiūrą.

Pagal Socialinių paslaugų įstatymą (2006), pagrindinės paslaugų valdymo institucijos yra Socialinės apsaugos ir darbo ministerija ir savivaldybės. Ministerija įgyvendina valstybės socialinių

paslaugų politiką, analizuoja ir vertina socialinių paslaugų būklę šalyje ir teikia siūlymus savivaldybėms dėl socialinių paslaugų planavimo, ir organizavimo bei apibrėžia savivaldybės kompetencijas.

Socialinių paslaugų įstatyme įvardinamas dar vienas subjektas, atsakingas už socialinių paslaugų valdymą, o konkrečiai už socialinių paslaugų kokybės vertinimą, priežiūrą ir kontrolę, yra Socialinių paslaugų priežiūros departamentas prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos.

Žalimienės (2003) teigimu, socialinių paslaugų organizavimo funkcijų pasidalijimo tarp ministerijos ir savivaldybių esmė – užtikrinti, kad būtų sukurtas racionalus ir efektyvus paslaugų tinklas bei garantuotas klientų poreikių tenkinimas pagal nustatytus standartus kai ministerija pagrindžia ir sukuria paslaugų plėtojimo strategijas ir paslaugų standartus, o savivaldybės garantuoja jų įgyvendinimą bendruomenėje.

Visgi, pagrindiniai socialinių paslaugų teikimo organizatoriai yra savivaldybės. Jos planuoja ir organizuoja savo teritorijos gyventojams socialines paslaugas, nustato socialinių paslaugų finansavimo poreikį bei kontroliuoja bendrųjų socialinių paslaugų ir socialinės priežiūros kokybę.

Savivaldybė organizuodama paslaugas jai priskirtoje teritorijoje įgyvendina decentralizacijos principą, kuriuo siekiama teikti bendruomenines paslaugas kuo arčiau žmogaus, tenkinant kiekvieno asmens individualius poreikius ir sudarant galimybę kuo ilgiau gyventi savo namuose. Savivaldybės organizuodamos socialines paslaugas steigia savo socialinių paslaugų įstaigas, perka paslaugas iš kitų socialinių paslaugų teikėjų arba sudaro sutartis bendrai veiklai su nevyriausybinėmis organizacijomis, parapijomis ar privačiais paslaugų teikėjais. Vykdydamos savo paskirtį savivaldybės bendradarbiauja su kitomis savivaldybėmis, nevyriausybinėmis organizacijomis, religinėmis bendruomenėmis bei fiziniais ir juridiniais asmenimis, teikiančiais socialines paslaugas (Galimybių studija, 2010, p. 22)¹.

Remiantis Vietos savivaldos įstatymu (1994) savivaldybių funkcijos pagal sprendimų priėmimo laisvę skirstomos į savarankiškas ir valstybines. Jau anksčiau minėtos savivaldybių funkcijos bei neįgaliųjų, gyvenančių savivaldybės teritorijoje, socialiniam integravimui į bendruomenę sąlygų sudarymas laikomos savarankiškomis, kuomet atsakoma už sprendimų priėmimą. Socialinės globos teikimas asmenims su sunkia negalia yra perduotoji valstybinė funkcija, kai savivaldybė yra atskaitinga už šios funkcijos vykdymą centrinei valdžiai.

Socialinės paslaugų sistemos esminis uždavinys – įvertinti asmenų, šeimų, socialinių grupių poreikius ir tik tuomet teikti paslaugas gyventojams, kuriems labiausiai reikia. Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakyme „*Dėl asmens (šeimos) socialinių*

¹ Norvegijos patirties nestacionarių socialinių paslaugų srityje adaptavimo, perkėlimo ir įdiegimo Lietuvoje galimybių studija. Paprojektis Lietuvos ir Norvegijos savivaldybių asociacijų ir savivaldybių bendradarbiavimo stiprinimas bendruomenių nestacionarių socialinių paslaugų organizavimo vaikams ir kitoms socialinėms žmonių grupėms srityje. Vilnius, 2010, p. 34.

paslaugų poreikio nustatymo ir skyrimo tvarkos aprašo bei Senyvo amžiaus asmens bei suaugusio asmens su negalia socialinės globos poreikio nustatymo metodikos patvirtinimo“ (2006), pateikiami asmens (šeimoms) socialinių paslaugų poreikio nustatymo bei skyrimo tvarkos aprašas ir Senyvo amžiaus asmens bei suaugusio asmens su negalia socialinės globos poreikio nustatymo metodika.

Savivaldybė pagal nustatytą asmens socialinių paslaugų poreikį skiria socialines paslaugas asmeniui, tam tikrą paslaugų rūšį, vertina asmens finansines galimybes mokėti už socialines paslaugas ir nustato asmens mokėjimo už socialines paslaugas dydį vadovaudamasi Lietuvos Respublikos Vyriausybės patvirtintu *Mokėjimo už socialines paslaugas tvarkos aprašu* (2006). Šis aprašas reglamentuoja asmens mokėjimo už socialines paslaugas dydžių nustatymą, pagalbos pinigų mokėjimą, asmens finansinių galimybių mokėti už socialines paslaugas vertinimą. Aprašas taikomas mokėjimui už tas socialines paslaugas, kurias planuoja, skiria, kurių poreikį asmeniui nustato savivaldybė ir kurių teikimas finansuojamas iš savivaldybės biudžeto ar savivaldybės biudžetui skiriamų Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto specialiųjų tikslinių dotacijų socialinėms paslaugoms organizuoti. Vadovaudamasi šiuo aprašu, kiekviena savivaldybė patvirtina savivaldybės gyventojų mokėjimo už tam tikrų rūšių socialines paslaugas tvarką, išsamiai nustatančią mokėjimo dydžius, atleidimo nuo mokėjimo už socialines paslaugas sąlygas ir atvejus, pagalbos pinigų mokėjimo savivaldybės gyventojams atvejus, finansinių galimybių vertinimą ir kitas sąlygas (1 lentelė). Mokėjimo už socialines paslaugas dydis asmeniui apskaičiuojamas individualiai, atsižvelgiant į asmens ar šeimos narių finansines galimybes mokėti už socialines paslaugas ir asmeniui teikiamų socialinių paslaugų rūšį.

1 lentelė

Mokėjimo tvarka už socialines paslaugas

<i>Mokėjimo už socialines paslaugas tvarkos aprašas</i>		<i>Socialinių paslaugų finansavimo ir lėšų apskaičiavimo metodika</i>	
Iki 2006 m. liepos 1 d., už socialinę globą moka pagal LR Vyriausybės 1998 m. sausio 29 d. nutarimą Nr. 111 „Dėl Apmokėjimo už socialines paslaugas principų ir tvarkos patvirtinimo“.	Nuo 2006 m. liepos 1 d. mokėjimas už gaunamas socialines paslaugas apskaičiuojamas įvertinus asmens (šeimos) finansines galimybes mokėti už socialines paslaugas.	Metodika taikoma nuo 2007 m. sausio 1 d. finansuoti toms socialinėms paslaugoms, kurias planuoja, skiria, poreikį asmeniui (šeimai) nustato savivaldybė ir kurių teikimas yra finansuojamas iš savivaldybės biudžeto, t.y. bendrosios socialinės paslaugos, socialinė priežiūra ir socialinė globa senyvo amžiaus asmenims, suaugusiems asmenims su negalia, vaikams su negalia, socialinės rizikos vaikams, socialinės rizikos suaugusiems asmenims ir jų šeimoms, išskyrus socialinę globą asmenims su sunkia negalia.	Socialinė globa asmenims su sunkia negalia nuo 2007 m. sausio 1 d. finansuojama iš LR valstybės biudžeto specialiųjų tikslinių dotacijų savivaldybių biudžetams

Šaltinis: sudaryta autorės

Socialinių paslaugų įstatymas (2006) numato socialinių paslaugų finansavimą iš valstybės, savivaldybių biudžetų lėšų, socialinių paslaugų įstaigų lėšų, Europos Sąjungos struktūrinių fondų, užsienio fondų, paramos (aukų), asmens (šeimos) mokėjimo už socialines paslaugas ir kitų lėšų. Valstybės ir savivaldybių biudžetuose turi būti planuojamos lėšos, reikalingos socialinėms paslaugoms teikti, socialinių paslaugų programoms ir projektams įgyvendinti, investicijoms į socialinių paslaugų plėtrą finansuoti. Socialinių paslaugų gavėjas už paslaugas gali nemokėti arba mokėti ir iš dalies mokėti, priklausomai nuo asmens ir jo šeimos narių turimų pajamų.

Nuo 2007 m. sausio 1 d. įsigaliojo nauja mokėjimo už socialines paslaugas tvarka. Socialinių paslaugų pagal atskiras socialinių paslaugų rūšis finansavimą ir lėšų socialinėms paslaugoms apskaičiavimą, socialinių paslaugų finansavimą savivaldybėse reglamentuoja *Socialinių paslaugų finansavimo ir lėšų apskaičiavimo metodika* (2006). Šioje metodikoje numatyta, jog savivaldybė socialines paslaugas savo teritorijos gyventojams perka viešuosius pirkimus reglamentuojančių teisės aktų nustatyta tvarka bei turi galimybę finansuoti socialines paslaugas, vykdydama socialinių paslaugų programas.

Paslaugų finansavimo pasikeitimai ir numatyti jų finansavimo būdai bei paslaugų pirkimas sudarys prielaidas pereiti prieš mišrios paslaugų rinkos, įstaigų konkurencingumui bei paslaugų kokybės užtikrinimui. Anot Žalimienės (2006a), esant mišriai paslaugų rinkai paslaugų vartotojas galės rinktis paslaugas, teikiamas įvairių teikėjų, kas paskatins konkurenciją ir paslaugų kokybę.

Valstybės tikslinės dotacijos savivaldybių biudžetams sudarys vienodas galimybes savivaldybėms organizuoti paslaugas ir skatins ieškoti alternatyvių stacionariai globai ir pigesnių paslaugų. Socialinė globa teikiama bendruomenėje, asmens namuose, yra pigesnė, veiksmingesnė ir efektyvesnė nei ilgalaikė stacionari globa. Savivaldybės, vystydamos alternatyvias dienos socialinės globos asmens namuose, dienos centruose, trumpalaikės socialinės globos formas, sudarys sąlygas šeimoms rūpintis neįgaliais ar senyvo amžiaus šeimos nariais ir dalyvauti darbo rinkoje (Socialinis pranešimas, 2007, p. 122).

Socialinės apsaugos ir darbo ministro patvirtintas *Socialinės globos normų aprašas* (2007) reglamentuoja socialinės globos teikimo (vaikams su negalia, suaugusiems asmenims su negalia, senyvo amžiaus asmenims) principus ir charakteristikas bei nustato privalomus socialinės globos įstaigų teikiamos globos kokybės reikalavimus.

Vykdam Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006–2008 metų programos įgyvendinimo priemones, priimti teisės aktai: Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašas (2007) ir Slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų aprašas (2007). Šie dokumentai sudaro prielaidas patenkinti senų žmonių bei asmenų su negalia individualius poreikius, kuo ilgiau pasilikti savo namuose bei namuose gauti

jiems reikalingas sveikatos priežiūros bei socialines paslaugas, kai paslaugos bus teikiamos integruotai įvairių specialistų.

Vadovaujantis *Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašu* (2007) *ilgalaikė sveikatos priežiūra* yra slaugos ir socialinių paslaugų visuma, kurias teikiant asmeniui tenkinami slaugos ir socialinių paslaugų poreikiai, teikiama nuolatinė kompleksinė specialistų pagalba ir priežiūra.

Slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų apraše (2007) numatyta, kad už slaugos paslaugų namuose teikimą yra atsakingos pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos, o slaugos paslaugas namuose savarankiškai teikia bendruomenės, bendrosios praktikos ar psichikos sveikatos slaugytojas, turintis galiojančią licenciją verstis šia praktika, bendradarbiaujant bei dirbant komandoje su kitais asmens sveikatos priežiūros specialistais bei socialiniais darbuotojais ir jų padėjėjais. Šiame apraše *slaugos paslaugos namuose* įvardijamos kaip asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kai jos yra teikiamos pacientų namuose, siekiant užtikrinti slaugos paslaugų prieinamumą, tęstinumą, tenkinant paciento slaugos poreikius namų sąlygomis ir skatinant paciento savirūpą. Paslaugos gavėjais gali tapti asmenys, kuriems nustatytas specialusis nuolatinės slaugos poreikis teisės aktų nustatyta tvarka.

Šiame apraše taip pat numatyta, kad slaugytojas, teikdamas slaugos paslaugas namuose, apie įtariamą pacientui paliatyviosios pagalbos poreikį informuoja šeimos gydytoją, kuris sprendžia dėl paliatyviosios pagalbos paslaugų skyrimo, vadovaujantis Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimais (2007). Ulianskienės ir kt. (2006), Kudukytės-Gasperės ir kt. (2012) nuomone, šis įsakymas apie paliatyvios pagalbos pacientams namuose teikimą, apibrėžia integruotą sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų pagalbą siekiant patenkinti paciento poreikius ambulatorinėmis sąlygomis.

Apibendrinant socialinių slaugos paslaugų organizavimo teisinį reglamentavimą galima teigti, jog 2006 m. priimtas Socialinių paslaugų įstatymas pradėjo naują erą plėtojant socialinių paslaugų sistemą ir sukuriant prielaidas integruotų socialinių ir slaugos paslaugų plėtrai. Plėtojant decentralizacijos ir deinstitucionalizacijos principus, siekiant priartinti paslaugų teikimą arčiau asmens gyvenamosios vietos, pagrindinė socialinių paslaugų planuotoja ir organizatorė yra Savivaldybė. Savivaldybė, šalia savarankiškų funkcijų, turi perduotąją valstybės funkciją - socialinės globos teikimas asmenims su sunkia negalia, kurią įgyvendindama turi įstatymų nustatytą sprendimų priėmimo laisvę.

1.2. Socialinių paslaugų asmens namuose plėtros aspektai

Pagalba asmens namuose – tai kliento namuose teikiamos paslaugos, siekiant paslaugų gavėjui sudaryti normalias gyvenimo sąlygas ir galimybę gyventi pilnavertį gyvenimą namuose, palaikant ryšius su bendruomene bei išvengiant specialiųjų paslaugų teikimo (Žalimienė, 2003; Išoraitė, 2007). Asmuo, praradęs gebėjimus pasirūpinti savimi, gali sulaukti specialistų pagalbos savo namuose.

Socialinių paslaugų gavėjai yra neįgalieji, senyvo amžiaus asmenys, socialinės rizikos šeimos ir vaikai, alkoholiu ar narkotikais piktnaudžiaujantys asmenys, ilgalaikiai bedarbiai, prekybos žmonėmis aukos ir kt. (Žalimienė, Lazutka, 2009, p. 24). Socialinių paslaugų įstatyme (2006) nėra kalbama apie konkrečias grupes, bet teigiama, kad „suteikiama pagalba asmeniui (šeimai), dėl amžiaus, neįgalumo, socialinių problemų“. Autoriai Dunajevs (2011) rašo, kad pagalba asmenims, šeimoms teikiama esant tam tikroms aplinkybėms, o Dromantienė (2010) - esant įvairioms kritinėms situacijoms. Tačiau socialinių paslaugų teikimo namuose socialinių paslaugų teikimo sistemoje išskiriamos tokios gavėjų grupės: pagyvenusieji, senyvo amžiaus asmenys, suaugę asmenys su negalia, šeimos, vaikai su negalia ir jų šeimos, kiti asmenys, kurie dėl ligos yra praradę savarankiškumą, sugebėjimą pasirūpinti savimi. Remiantis atliktu tyrimu, nustatyta, jog savivaldybės pirmenybę teikia pagyvenusiems ir seniems žmonėms bei pagal prioritetų skirstymą išskiriami neįgalūs suaugusieji, neįgalūs vaikai (Vareikytė ir kt. 2006).

2 lentelė

Socialinių paslaugų namuose gavėjai

	2010	2011	2012	2012 m. ir 2011 m. duomenų palyginimas (padidėjimas, sumažėjimas (-), proc.)
<i>Pagalbą į namus ir socialinę globą namuose gavę asmenys</i>	12873	15022	15902	5,9
Senyvo (pensinio) amžiaus	10956	12229	12946	5,9
Darbingo amžiaus su negalia	1714	2626	2822	7,5
Vaikai su negalia	203	167	134	-19,8
<i>Pagalbos pinigų gavėjai</i>	333	292	267	-8,6
Senyvo (pensinio) amžiaus	302	261	231	-11,5
Darbingo amžiaus su negalia	31	31	36	16,1

Šaltinis: parengta pagal Lietuvos statistikos departamento duomenys. Socialinės paslaugos 2011 m. ir 2012 m.

Remiantis Lietuvos statistikos departamento duomenimis (2 lentelė) galima teigti, kad socialinių paslaugų skyrimas ir teikimas intensyvėja. Pastebimas žymus pagalbos į namus ir socialinės globos namuose senyvo amžiaus ir darbingo amžiaus su negalia statistinis skaičiaus padidėjimas, kuris, tikėtina, ateityje dar labiau didės. Nustatytas vaikų su negalia, gaunančių paslaugas namuose, sumažėjimas 20 proc. Šį sumažėjimą galėjo lemti padidėjęs vaikų su negalia

lankančių dienos centrus skaičius (2011 m. 2,6 tūkst., 2012 m. 2,7 tūkst.). Taip pat pastebimas ženklus senyvo amžiaus gyventojų valstybės globos įstaigose mažėjimas, o vertinant savivaldybių globos įstaigas, jose gaunančių socialines paslaugas skaičius, ypač 2010 m. ir vėlesniais, padidėjo. Tai sietina su įvykusia administracine reforma Lietuvoje, kuomet buvo panaikintos apskričių viršininkų administracijos ir didžioji dalis joms priklausančių globos namų pateko savivaldybių kompetencijai.

Palyginus valstybės ir savivaldybės globos namuose suteiktų paslaugų kieki, t.y. 2008 m. paslaugas gavo 3908, 2012 m. – 2942, galima teigti, jog sumažėjo 24,72 proc. asmenų, gaunančių paslaugas stacionariose įstaigose (Lietuvos Respublikos statistikos departamentas). Nors 2008 m. Nacionaliniame pranešime teigiama, kad stacionarių socialinių paslaugų apimtys seniems žmonėms ir neįgaliesiems yra nepakankamos, nes ne visų pageidaujančių apsigyventi globos įstaigose prašymai yra patenkinami, bei egzistuoja regioniniai socialinių paslaugų teikimo skirtumai². Mažėjantį senyvo amžiaus asmenų, suaugusių asmenų su negalia socialinės globos poreikį valstybės globos namuose rodo laukiančių patekti į šiuos namus asmenų skaičius: 2013 m. - 110 asmenų, o 2012 m. – 123 (Socialinis pranešimas 2012-2013, p.41).

Mokslininkų (Martinaitytė, Garbačiauskienė, 2012) teigimu, stacionari globa nebetenkina visuomenės poreikių, kuriuos patenkinti galima keičiant klasikinę socialinės globos formą alternatyviomis, teikiant ne tik nestacionarias paslaugas, bet ir remti programas, vystančias bendruomeninių centrų tinklus. Kudukytė-Gasperė ir kt. (2012) analizuodami esamą situaciją apie asmens sveikatos ir socialinių paslaugų teikimą pastebi, kad Lietuvoje paslaugų namuose tinklo poreikis bendruomenėje tik pradedamas tirti. Socialinės paslaugos asmens namuose, jų teikimas yra vienas iš prioritetinių socialinės apsaugos tikslų, tačiau šios socialinės paslaugos, dar tik plėtojamos ir vystomos. Kaip teigia Čepinskis, Kanišauskaitė (2011), bendruomeninės paslaugos yra tik pradiniam raidos etape.

Kalbant apie neįgalių asmenų atvejį, pastebima, kad nėra tikslingos globos sistemos, kuri orientuotųsi į individualius neįgaliųjų poreikius. Žinoma, kad Lietuvoje veikia 36 stacionarios socialinės globos įstaigos neįgaliesiems suaugusiems asmenims, iš jų 26 valstybinės įstaigos. Jose gyvena virš 6 tūkst. asmenų. Tačiau asmenims, turintiems proto negalią ar psichikos sutrikimų, socialinių paslaugų bendruomenėje trūksta. Nėra sukurta ir pagalbos sistema šeimoms, kuriose gyvena neįgalus asmuo³.

Mokslininkai Guogis, Gudelis (2005) įvardija viena reikšmingiausių socialinių paslaugų plėtros politikos priemonė: „*stacionarių globos įstaigų reikšmės socialinių paslaugų sistemoje*

² Nacionalinis pranešimas apie Lietuvos socialinės apsaugos ir socialinės aprėpties strategijas 2008 – 2010 m. (NP – SASAS). 2008 m., p. 72, p. 19

³ Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos pranešimas „Nuo institucinės globos – prie socialinių paslaugų bendruomenėje“, 2012. <http://www.socmin.lt/index.php?164490635>

mažinimas ir nestacionarių paslaugų (pagalba namuose, slauga namuose) reikšmės didinimas“. Stacionarios globos įstaigos pasižymi didesnėmis išlaidomis, nei bendruomenėje teikiamos paslaugos, be to institucinė globa neužtikrina asmenų gyvenimo kokybės, didina socialinę atskirtį, nesudaro sąlygų dalyvauti savo gyvenimo sprendimų priėmimo, pažeidžiamos žmogaus teisės ir orumas, pasižymi mažiau individualizuotomis paslaugomis.

Lietuvos socialinėje politikoje pagyvenusiems ir seniems asmenims bei neįgaliesiems socialinės globos paslaugos planuojamos ir plėtojamos remiantis Europos valstybių pažangia patirtimi ir prisitaikant prie kintančių visuomenės poreikių, stengiantis vystyti įvairias paslaugų formas.

Tvarus perėjimas prie alternatyvios globos, teikiamos šeimoje ir bendruomenėje pabrėžiamas Neįgalių vaikų, likusių be tėvų globos vaikų, suaugusių neįgalių asmenų socialinės globos namų deinstitutionalizacijos strateginėse gairėse (2012). Gairėse nurodoma, deinstitutionalizacijos siekiamybė - iki 2030 m. suformuoti nuoseklią ir koordinuotą pagalbos ir paslaugų sistemą, kuri sudarytų galimybes kiekvienam neįgaliam vaikui, likusiam be tėvų globos vaikui, neįgaliam asmeniui gauti individualias pagal poreikius paslaugas ir reikiamą pagalbą, įsitraukti į bendruomenės gyvenimą ir, nepatiriant socialinės atskirties, dalyvauti jame.

Guogis (2005) analizuodamas socialinių paslaugų plėtrą, nurodo, kad paslaugos namuose išskiriamos kaip pasižyminčios geriausiomis plėtojimosi perspektyvomis. Asmeniui apsigyvenimą stacionarioje globos įstaigoje siūlyti tik tuomet, kai socialinės paslaugos namuose, bendruomenėje tampa neefektyvios arba kai ekonominės ir aptarnavimo sąnaudos tampa per didelės, o pagalba tampa neveiksminga asmens saugumui užtikrinti ir gebėjimams kompensuoti ar atstatyti (Socialinis pranešimas 2007-2008).

Alternatyviomis ir bendruomeninėmis paslaugomis, orientuotomis į dienos socialinę globą, trumpalaikę globą ir slaugą asmens namuose, siekiama su kitų žmonių pagalba ilgiau išlaikyti pažeidžiamų asmenų savarankiškumą, užtikrinant normalias gyvenimo sąlygas ir pilnavertį buvimą bei integravimąsi į visuomenę. LR Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos patvirtintuose Socialinių paslaugų namuose plėtojimo kryptių ir stacionarių globos įstaigų darbo efektyvumo didinimo nuostatuose (1998) siūloma plėtoti įvairių rūšių paslaugas asmens namuose, kuriant integruotą pagalbos namuose sistemą, pirminės sveikatos priežiūros paslaugas bendruomenėje sujungiant su paslaugų teikimu namuose, bei šių paslaugų teikimą įtraukti nevyriausybinės organizacijas bei neformalius paslaugų teikėjus.

Mokslininkai pažymi, kad dienos socialinės globos paslaugų pagrindinis privalumas yra jų kompleksiskumas, teikiant pagalbą kaip socialinių ir sveikatos priežiūros paslaugų visumą, nukreiptą į nepakankamai savarankiškus asmenis (Žalimienė, Lazutka, 2009), į asmenis su ribotomis galimybėmis pasirūpinti savimi (Čepinskis, Kanišauskaitė, 2011), į asmenis turinčius

specialiųjų poreikių (Martinaitytė, Garbačiauskienė, 2012), tuo pačiu užtikrinant paslaugų įvairovę ir prieinamumą, mažinant socialinę atskirtį ir integruoti į visuomenę

Čepinskis, Kanišauskaitė (2010) atsižvelgdami į tai, kad senėjant visuomenei auga socialinių paslaugų poreikis į namus derinant jas su slaugos paslaugomis, daro prielaidą - finansinės išlaidos tik auga, todėl tikslinga į socialinių paslaugų teikimą įtraukti „*skirtingus sektorius*“. Į paslaugų sistemą įtraukiant nevyriausybinės organizacijas, pelno siekiančias organizacijas, įterpiant rinkos elementus socialinių paslaugų sektoriuje, sukuriamas mišrus socialinių paslaugų rinkos modelis, sudarantis prielaidas atsirasti valstybiniam ir privačiam finansavimui. Šio modelio dėka paslaugų gavėjai galės pasirinkti jiems tinkamas paslaugas iš įvairių teikėjų, atsiradusi paslaugų teikėjų konkurencija mažins paslaugų kainas ir valstybės išlaidas bei leis siekti aukštos paslaugų kokybės (Žalimienė, 2006a; Žalimienė, Lazutka, 2009; Žalimienė, 2007).

Pažymima, kad prie socialinių paslaugų infrastruktūros plėtros galėtų prisidėti naujos formos organizacijos – socialinio verslo įmonės, kurių tikslas ne tik pelnas, bet ir socialinių tikslų įgyvendinimas. Jos investuodamos savo kapitalą siekdamos socialinių tikslų, tenkina bendruomenės poreikius. Socialinės įmonės, siekdamos socialinės vertės ir pokyčių, naudoja verslumo, inovacijų ir rinkos elementus (Čepinskis, Kanišauskaitė, 2010).

Socialinė slauga ir globa namuose turėtų pamažu tapti prioritetine, plėtojama sritimi, kaip tai jau yra atsitikę Europos šalyse, kuriose siekiama užtikrinti aukštos kokybės prieinamas ilgalaikės priežiūros (angl. *long-term care*) paslaugas namuose ir bendruomenėje. Ilgalaike priežiūra, anot Ulianskienės, Čiplienės (2012), laikoma slaugos ir socialinių paslaugų visuma, kuomet tenkinami asmens slaugos ir socialinių paslaugų poreikiai, teikiama nuolatinė *kompleksinė* specialistų pagalba ir priežiūra, o Čepinskis, Kanišauskaitė (2010) šias paslaugas įvardija ne tik kaip kompleksines paslaugas teikiamas stacionarioje ar nestacionarioje įstaigoje, asmens namuose, bet ir *intensyviais* paslaugas. Ilgalaiškės priežiūros paslaugos suprantamos kaip reabilitacija, būtinoji sveikatos priežiūra, slauga namuose ir socialinė globa, apgyvendinimas, bei transporto, maitinimo paslaugos, pagalba dirbantiems ir pagalba kasdieniame gyvenime (Ilgalaikė priežiūra Europos Sąjungoje, 2008, p. 3).

Tarptautinė patirtis ir socialinių darbuotojų profesionalumas turėtų įtakoti tai, kad Lietuvoje bus kuriamas toks socialinių paslaugų modelis, kuris atitiks žmonių poreikius, šalies tradicijas bei ekonomines ir socialines šalies galimybes. Peržvelgiant duomenis apie namuose teikiamų paslaugų paplitimą, galima teigti, kad Europos šalys orientuojasi į bendruomenines paslaugas. Danijoje už bendruomenines slaugos ir socialinės priežiūros paslaugas atsakingos savivaldybės ir šias paslaugas namuose gauna daugiau nei 20 proc. gyventojų, o 6 proc. gauna institucinę priežiūrą. Prancūzijoje paslaugas namuose gauna 10 proc., o stacionariose įstaigose apie 5 proc. pagyvenusių žmonių. Jungtinėje Karalystėje 10 proc. pagyvenusių žmonių prižiūrimi namuose ir/ar gauna

bendruomenines slaugos paslaugas ir apie 5 proc. apsigyvena globos įstaigose. Olandijoje paslaugas namuose gauna 5-10 proc., stacionariose įstaigose 6,5 proc. asmenų. Tuo tarpu Vokietijoje maždaug po 5 proc. gyvena globos įstaigose ir paslaugas gauna namuose (Wittenberg ir kt., 2002). Pažangios kitų šalių patirties skleidimas turėtų skatinti aktyvesnį savivaldybių specialistų bendradarbiavimą tarpusavyje, taip pat bendravimą su valstybinėmis institucijomis bei socialiniais partneriais (Galimybių studija, 2010, 27).

Atsižvelgiant į plėtojamą socialinės politikos tendencijas siekiama žmogų kuo ilgiau išlaikyti savarankišką savo namuose, užtikrinant paslaugų tęstinumą sugrįžusiam po ligoninės, slaugos ligoninės ir būti prižiūrimam ir slaugomam namuose, vengiant hospitalizavimo. Kai šeimoje iškyla krizė ar atsiranda ligonis, atsakomybę už savo artimąjį dažniausiai prisiima sutuoktiniai, tėvai, vaikai ar kiti giminaičiai. Neformaliais globėjais tampa asmenys, kurie dažniausiai yra neprofesionalai, kuriems trūksta žinių kaip padėti artimajam, neretai globa ar/ir slauga trunkanti keletą metų išvargina ir išsekina pagalbos teikėjus. Kaip teigia Jankūnaitė, Užaitė (2011), globėjo vaidmuo yra sudėtingas, nes rizikuojama patirti socialinę izoliaciją nesant galimybių ligonį palikti vieną. Todėl viena iš socialinių paslaugų plėtros galimybių teikti paramą artimiesiems juos konsultuojant ar taikant įvairias socialinės politikos priemones (Bendrosios Europinės gairės, 2012; Ilgalaikė priežiūra Europos Sąjungoje, 2008). Hope ir kt. (2012) mano, jei bus suteikta pagalba šeimoms, padidins neformalių sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, t.y. pasiūlą, ir apskritai pagalba neformaliai globai yra ilgalaikės priežiūros pagrindas.

Socialinių paslaugų asmens namuose būtinybė yra neabejotina, nes ji sudaro galimybę kiekvienam žmogui, negalinčiam tinkamai pasirūpinti savimi, gyventi oriai, su socialinių darbuotojų ir kitų specialistų pagalba integruotis į visuomenę, taip išlaikant savarankiškumą, turint galimybę gauti savalaikę pagalbą savo gyvenamojoje vietoje. Remiantis pateikta informacija, socialinių paslaugų tinklas turi plėstis ir tobulėti, kuriant naujus pagalbos modelius ir atsirandant naujoms įvairių rūšių ir formų paslaugoms asmens namuose. Prioritetine sritimi laikytina integruotos pagalbos teikimas asmens namuose, derinant socialinę globą ir slaugą, siekiant patenkinti individualius poreikius, sudarant sąlygas kuo ilgiau gyventi savo namuose ir šeimoje, mažinant stacionarią pagalbą. Galima teigti, kad savivaldybė, plėtodama socialines paslaugas asmens namuose ir planuodama socialinių paslaugų rūšis, turi palaikyti ryšius su įvairiomis bendruomenėmis, organizacijomis, ieškoti įvairių finansavimo šaltinių bei skatinti naujų paslaugų teikėjų kūrimąsi.

1.3. Integralios pagalbos modelio apibrėžtis

Europos šalyse vykstantys demografiniai procesai, daugiau ar mažiau atspindi kiekvienoje šalyje. Didėjant visuomenėje ilgaamžių senolių, didėja jų sergamumas įvairiomis lėtinėmis ligomis, atsiranda seniems žmonėms būdingų būklių, kuomet pasireiškia poliligtumo reiškiniai (Juozulynas ir kt., 2010). Pažeidžiamų asmenų poreikiai yra sudėtiniai, nes gali būti reikalinga medicininė, psichologinė ir socialinė pagalba, atsiranda poreikis vienu metu gauti kelias paslaugas, jas derinant, teikiant įvairiems paslaugų teikėjams: gydymo įstaigoms, bendruomenės ir priežiūros namuose, ar institucinės aplinkos (Kodner, Spreeuwenberg, 2002).

Integruotos priežiūros (angl. integrated care) paslaugų prasmė aiškinama įvairiai.

Integruotos priežiūros sąvoka pagal Gröne, Garcia-Barbero (2001) reiškia jungti į visumą išteklius, paskirstymą, valdymą ir organizavimą struktūrų, susijusių su diagnostika, gydymu, priežiūra, reabilitacija ir sveikatos stiprinimu. Šios priemonės tikslas gerinti paslaugas, užtikrinti jų prieinamumą, kokybę, vartotojų pasitenkinimą ir efektyvumą. Tuo tarpu Kodner, Spreeuwenberg (2002) integraciją apibrėžia kaip sistemą: darnių metodų ir modelių finansavimo, administravimo, organizavimo, paslaugų teikimo ir klinikinių lygių, kuri skirta sukurti sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sektorių ryšį, vientisumą ir bendradarbiavimą. Valstybių vykdomos reformos, Leichsenring (2004) nuomone, kuriomis ketinama integruoti sveikatos ir socialines paslaugas, turėtų būti pagrįstos šių sistemų ir jų finansavimo integruotumu bei institucinių kliūčių įveikimu tarp ambulatorinės ir stacionarios priežiūros paslaugų, tarp sveikatos ir socialinės gerovės tarnybų, profesionalios ir neoficialios priežiūros paslaugų. Pasak Heinisch (2011), paslaugų integracija siekiama geresnių rezultatų paslaugų gavėjams, turintiems įvairių ir sudėtingų poreikių, ir vengiant jų socialinės atskirties, siekiant geresnio skirtingų paslaugų koordinavimo ir veiksmingumo įvairiais būdais ir metodais.

Vadinasi paslaugų integracijos procese siekiama mobilizuoti visus galimus išteklius, daugelio paslaugų teikėjų bendradarbiavimo, kuriant ir adaptuojant modelius kiekvienos šalies kultūrinei, socialinei bei politinei situacijai, paremtus tos šalies gyventojų poreikiais bei lūkesčiais.

Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komiteto (2011) nuomone, demografinė raida būtina, kad sveikatos ir gerovės sistemų organizavimas, apimtyt būtų vystomos, siekiant patenkinti vyresnio amžiaus žmonių poreikius, užtikrinti reikalingą slaugą jų savarankiškumui ir orumui palaikyti, sudarytos galimybės visoms gyventojų grupėms naudotis aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugomis⁴. Valstybės kuria paslaugų integracijos modelius sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos pavaldumo sistemose įvairiomis formomis ir keliais lygiais.

⁴ Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komiteto nuomonė dėl Gyventojų senėjimo poveikio sveikatos ir gerovės sistemoms (tiriamoji nuomonė). Pranešėja Renate Heinisch. (2011/C 44/02)

1.3.1. Paslaugų integracijos patirtis Europoje

Europos šalys mobilizuoja sveikatos ir socialinės apsaugos sistemas, organizuodamos integruotų paslaugų teikimą. Integruotų paslaugų koncepcijos nagrinėjimas ir sklaida remiasi šalių gerąją patirtimi bei atviro koordinavimo metodu, siekiama patirtį perduoti kitoms šalims.

Nėra vieningos, vienakryptės slaugos paslaugų namų sąlygomis raidos istorijos, socialinės politikos Europoje. Namų slaugos plėtra ir pagalba namuose yra susijusi su sudėtingos sistemos atsiradimu, socialinės apsaugos ir sveikatos priežiūra, skirtingais modeliais kiekvienoje šalyje (Tarricone, Tsouros, 2008, p. 9). Danijoje gyvena apie 5,5 mln. žmonių. Joje nacionalinio lygmens institucijos yra atsakingos už bendrųjų priežiūros paslaugų koordinavimą, o planavimas ir valdymas yra perduotas tam tikriems regionams ir savivaldybėms. Tuo tarpu regionai yra atsakingi už pirminės ir antrinės sveikatos paslaugas, o savivaldybės yra atsakingos už socialinių paslaugų suteikimą vyresnio amžiaus asmenimis ir neįgaliesiems užtikrinant ilgalaikę, nuolatinę priežiūrą. Teisės aktai reikalauja, kad regionai ir savivaldybės bendradarbiautų viena su kita (Strandberg-Larsen et al, 2007). Ligoninėse yra suburtos tarpdisciplininės, mobilios komandos, kurios teikia priežiūros namuose ar bendruomenėje paslaugas pagyvenusiems pacientams. Komandos sudarytos iš sveikatos priežiūros specialistų, socialinių darbuotojų, kurie siūlo priežiūros namuose paslaugas, slaugymą, į kurią įeina slauga namuose, tarpinė priežiūra, rehabilitacija, 24 valandų asmens higienos priežiūra, aprūpinimas maistu, pamaitinimas, kitų poreikių patenkinimas (Lloyd, Wait, 2005).

Anglijoje paslaugas organizuoja penkios mobilios komandos, kurios aptarnauja tam tikrą geografinę sritį, apimančią maždaug 25 tūkstančius žmonių, o integralios socialinės pagalbos teikimas suderintas su bendrosios praktikos gydytoju. Yra ir šeštoji komanda, kuri atsakinga už specialių paslaugų suteikimą, pavyzdžiui, žmonėms, turintiems mokymosi sunkumų (Hickey, 2008). Kaip teigia Kumpis (2010), integruotos pagalbos komandos dirba toje pačioje vietoje, kurią koordinuoja paskirtas asmuo, naudojant bendrą socialinių paslaugų vertinimo sistemą visoms komandoms. Integruotų socialinių paslaugų sistema siekiama suteikti, kuo ilgesnę pagalbą namuose, pasirūpinti, kad asmuo, kuo greičiau atgautų jėgas po ligoninės, užtikrinti paliatyvią slaugą (Ham, 2010). Autoriai Silva, Fahey (2008) (cit. Kudukytė-Gasperė ir kt., 2012) teigia, kad Anglijoje bei Olandijoje integralią pagalbą ar paslaugas namuose teikia kompleksiskai profesionali komanda, kurios teikiamų paslaugų koordinatoriais įvardijami slaugos specialistai „*community matron*“ arba taikoma atvejo vadyba „*case manager*“.

Suomijoje pirminės sveikatos priežiūros centrai įdiegė naują alternatyvą ir pradėjo teikti integruotas paslaugas: ambulatorinė medicininė priežiūra, stacionari priežiūra, prevencinės paslaugos, dantų priežiūra, vaiko ir motinos sveikatos priežiūros užtikrinimas, globa vyresnio amžiaus žmonėms, fizioterapija, profesinės sveikatos priežiūra ir kt. Juose įdarbinti slaugytojai, akušeriai, socialiniai darbuotojai, odontologai, fizioterapeutai ir psichologai. Pagrindiniai paslaugų

namuose teikėjai yra kvalifikuoti socialinės ir sveikatos priežiūros specialistai (Vuorenkoski, Mladovsky, Mossialos, 2008).

Kai kurie sveikatos priežiūros centrai daugiausia dėmesio skiria būtent integruotoms sveikatos priežiūros paslaugoms, į kurias įtraukiama ir socialinė rūpyba, pavyzdžiui, priežiūra namuose. Šiuo metu namuose galima suteikti beveik visas slaugos paslaugas, įskaitant žaizdų priežiūrą, vaistų administravimą ir diabeto priežiūrą (Kokko, 2009). Suomijoje socialinės ir sveikatos priežiūros paslaugas dažniausiai įgyvendina dvi skirtingos institucijos, bet dėka bendradarbiavimo, jų teikiamos paslaugos namuose yra paplitusios ir ypatingai tose savivaldybėse, kurių teritoriją aptarnauja įvairių specialistų „multiprofessional“ komanda.

Socialinės paslaugos ir sveikatos priežiūra buvo apjungtos į naują koncepciją – paslaugas namuose (ang. „*Home care*“), pagrįstas individualumu ir intensyvumu, kurių teikime dalyvauja įvairių sričių specialistai: gydytojai, slaugytojai, socialiniai darbuotojai, konsultantai, teikiantys pagalbą namuose. Suomijoje integruotoms paslaugoms teikti rengiami slaugytojai (angl. *practical nurses*) pagal specialias programas (Kröger, Leinonen, 2011). Pagrindinės grupės tikslas yra strateginio valdymo pagrindu organizuoti sveikatos priežiūros ir socialinės rūpybos tarnybų integraciją, bendrą veiklą. Iš pirmaujančių grupių, tai grupė SAS (*See the client's problem, Assess the service needed, Suitable placing*), kurios komandos nariai nustato paciento poreikius, įvertina, kokios paslaugos tinkamos ir tada organizuoja socialinės paslaugos teikimą. Būtent komandiniam darbui skiriamas didžiulis dėmesys Suomijoje. Komandos nariai organizuoja užduotis, dirba tarpusavyje, keičiasi informacija (Niskanen, 2002).

Norvegijoje integruotai sveikatos ir socialinei priežiūrai vystyti 2004-2005 m. buvo sukurtos dvi karališkosios komisijos, kurių tikslas nustatyti būtinas priemones, užtikrinsiančias geresnį įvairių sveikatos priežiūros lygių koordinavimą ir bendradarbiavimą tarp sveikatos priežiūros ir socialinių sektorių. Visų pirma, ši integracija skirta vyresnio amžiaus asmenims ir asmenims su negalia, pažymintiems kompleksinėmis diagnozėmis ir lėtinėmis ligomis, kurie ir yra potencialūs integruotų paslaugų gavėjai (Johnson, 2006).

Švedijoje savivaldybės organizuoja ir finansuoja įvairiausių formų teikiamas slaugos paslaugas. Kuriamas savivaldos ir bendruomenių lygmeniu paslaugų tinklai, kurie turėtų užtikrinti įvairių sričių priežiūrą pagyvenusiems asmenims, sergantiems lėtinėmis ligomis, grįžtantiems į namus po gydymosi ligoninėse. Už socialines paslaugas, kai nebūtina specifinė medicininė priežiūra, atsakinga vietinė regionų valdžia bei bendruomenės. Švedijoje paslaugų teikimą namuose organizuoja slaugos klinikos „*nurse-led clinics*“, kurios kuriamos prie pirminių sveikatos priežiūros centrų bei ligoninių (Karlberg, 2008, p. 119)

Švedijoje ir Šiaurės Airijoje vyrauja visiškos struktūrinės integracijos modeliai, einantys „iš viršaus į apačią“, kurių pagrindas yra integruotas finansavimas, planavimas ir paslaugų pristatymas.

Tačiau mokslinėje literatūroje (Heenan and Birrell, 2006; Hudson, 2004; Hultberg et al., 2005) dėl integruotos priežiūros teigiama, kad struktūrinė integracija yra neįprasta ir nėra pakankama, nes būtina veiksmingai bendradarbiauti su sveikatos priežiūra ir socialine rūpyba. Teigiama, kad integracijos tinklai naudojami dėl to, kad būtų reaguojama į pokyčius aptarnaujamoje aplinkoje (Weatherly ir kt., 2010).

Integruoti tinklai – tai laisvesnės integracijos modeliai, kurių tikslas kaupti ir perduoti išteklius. Jie susiję su tam tikru valdymu, jo formalizavimu, tačiau visas dėmesys skiriamas paslaugų teikimui. Integruotų komandos tinklų sėkmė priklauso nuo grupės narių, dirbančių drauge ir nuo atskirų specialistų. Integruotų tinklų komandos nariai, norėdami dirbti sėkmingai ir operatyviai, turi nusistatyti vieną ir tą patį, svarbiausią integruotos socialinės pagalbos tikslą (Weatherly et al, 2010).

Socialine gerove Danijoje rūpinasi valstybė, kuri organizuoja socialines paslaugas, pagalbą namuose, priežiūrą namų sąlygomis ir t.t. Kiekvienas vyresnio amžiaus žmogus turi teisę gauti socialinę paslaugą bent savaitę. Priešingai nei daugelyje Europos šalių, paslaugų teikimas yra laikomas valstybės prioritetu, o savanoriška veikla nėra įtraukta teikiant socialines paslaugas. Tačiau esant finansiniams sunkumams, savivaldybės sumažina paslaugų teikimą į kartą per dvi savaites (Hoff, 2008, p. 44).

Apžvelgiant Europos šalių patirtis, pastebima, kad šiuo metu Lietuvoje trūksta kompleksinės socialinės globos ir slaugos paslaugų namuose. Tai rodo, kad daugelis senyvo amžiaus asmenų ir neįgaliųjų nenori gyventi socialinės globos namuose, įstaigose, jiems priimtinesnė, malonesnė yra namų aplinka. Sunkiais ligoniais tenka rūpintis šeimos nariams, kurie pavargsta tiek fiziškai, tiek psichologiškai. Susidarius tokiai situacijai, ieškoma alternatyvų, padėsiančių palengvinti kasdienį gyvenimą senyvo amžiaus asmenims, neįgaliesiems bei jų šeimos nariams. Žalimienė (2003) mano, kad paslaugų integracijos esmė – detali kiekvieno konkretaus atvejo analizė, siekiant įvertinti pagalbos reikalingumo sąlygas ir galimybes padėti asmeniui gyventi savo namuose. Todėl Socialinės apsaugos ir darbo ministerija inicijavo projektą, susijusį su integralios pagalbos teikimu asmens namuose. Šiame bandomajame projekte dalyvaus 21 savivaldybė, kurios remiantis programa teiks integralią pagalbą ir kurs modelius, kuomet įvairių sričių specialistai, pradedant socialiniais darbuotojais, baigiant slaugos specialistais, dirbs vienoje įstaigoje. Nors galimas ir antras modelis, kuriame slaugos paslaugos organizuojamos sveikatos priežiūros įstaigose ir bendruomeninėse sveikatos priežiūros įstaigose bendradarbiaujant su socialiniu sektoriumi. Paslaugų organizavimo modelių taikymas priklauso nuo socialinių paslaugų gavėjų poreikių specifikos (Žalimienė, 2003, p. 47).

Europos šalys, prisitaikydamos prie besikeičiančių situacijų, teikia skirtingų formų integruotas paslaugas savo gyventojams. Integruota priežiūra siekiama paslaugų organizavimo

proceso sisteminimo, jo koordinavimo bei efektyvinimo, užtikrinant paslaugų tęstinumą bei prieinamumą, proceso lankstumą, tuo pačiu orientuojantis į paslaugų kokybę ir paslaugų vartotojų gyvenimo kokybės gerinimą bei pasitenkinimą gaunamomis paslaugomis. Lietuva, pasinaudodama Europos šalių patirtimi, galėtų diegti strateginio valdymo pagrindu organizuojamą sveikatos priežiūros ir socialinės rūpybos tarnybų integraciją, teikti integralią pagalbą suderintą su bendrosios praktikos gydytoju bei integruotų paslaugų sistemoje plėsti specialistų teikiamas paslaugas.

1.3.2. Integralios pagalbos asmens namuose paslaugų organizavimo teisinis reglamentavimas

Lietuvoje socialinės apsaugos formas, jų organizavimą ir teikimą reglamentuoja įvairaus tipo dokumentai: normos, taisyklės, standartai. Socialines paslaugas, tame tarpe pagalbą asmens namuose, kaip jau aprašyta 1.1. poskyryje, reglamentuoja įstatymas bei kiti poįstatyminiai teisės aktai, tai Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų įstatymas (2006), Mokėjimo už socialines paslaugas tvarkos aprašas (2006), Socialinių paslaugų finansavimo ir lėšų apskaičiavimo metodika, (2006), Socialinių paslaugų katalogas (2006), Asmens (šeimos) socialinių paslaugų poreikio nustatymo ir skyrimo tvarkos aprašas ir senyvo amžiaus asmens bei suaugusio asmens su negalia socialinės globos poreikio nustatymo metodika (2006).

Jei socialinės sistemos veiklą reglamentuoja Socialinių paslaugų įstatymas, tai sveikatos sistemą laiduoja Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas (Žin., 1994, Nr. 63-1231, nauja redakcija Žin., 1998, Nr. 112-3099). Šis įstatymas užtikrina Lietuvos nacionalinę sveikatos sistemą, jos struktūrą, sveikatos saugos, stiprinimo ir atgavimo santykių teisinio reguliavimo ribas, asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros organizavimo, valdymo, sveikatos rėmimo, sveikatinimo veiklos sutarčių sudarymo pagrindus, gyventojų bei sveikatinimo veiklos subjektų teises ir pareigas, atsakomybę už sveikatinimo veiklos teisės normų pažeidimus. Šio teisės akto nuostatos reglamentuoja slaugos paslaugų asmenims teikimą sveikatos priežiūros, socialinės globos, kitose įstaigose (įmonėse) bei namuose, kur jie gyvena.

Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašas (2005) apibrėžia skatinamųjų pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą aptarnaujamiems gyventojams, teikiamas sveikatos priežiūros įstaigos asmens namuose. Šiame apraše teigiama, kad neįgalus asmuo su nuolatinės slaugos poreikiu ar visiška negalia gali tikėtis 12 gydytojo ir 12 slaugytojo nemokamų vizitų į namus per kalendorinius metus. Už slaugos personalo procedūras namuose mokama ne daugiau kaip už 5 kiekvienos rūšies procedūras per kalendorinius metus. Į paslaugos kainą įskaičiuojama vienkartinė priemonių kaina, išskyrus vaistų bei infuzinių tirpalų. Asmuo norėdamas gauti didesnę kiekį paslaugų gali pats papildomai mokėti už suteiktas paslaugas.

Pravartu paminėti teisės aktus, kuriais remiantis savo veiklą vykdo bendruomenės slaugytojas ir slaugytojo padėjėjas. Bendruomenės slaugytojo veiklą reglamentuoja Lietuvos medicinos norma MN 57:2011 „Bendruomenės slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ (2011). Kaip jau sako teisės akto pavadinimas, medicinos norma nustato bendruomenės slaugytojo profesinės veiklos sritis, teises, pareigas, kompetenciją ir atsakomybę. Bendruomenės slaugytojas tai bendrosios praktikos slaugytojas, įgijęs bendruomenės slaugos specializaciją ir turintis galiojančią bendrosios slaugos praktikos licenciją. Bendruomenės slaugos paslaugomis laikomos bendruomenės slaugytojo teikiamos slaugos paslaugos bendruomenėje, paciento namuose ir pirminės sveikatos priežiūros ir (ar) bendruomenės slaugos paslaugas teikiančioje įstaigoje. Lietuvos medicinos normą MN 21:2000 “Slaugytojo padėjėjas. Funkcijos, pareigos, teisės, kompetencija ir atsakomybė” (2000) nustato slaugytojo padėjėjo funkcijas, pareigas, teises, kompetenciją ir atsakomybę. Slaugytojo padėjėju laikytinas sveikatos priežiūros sistemos darbuotojas, padedantis slaugos specialistui suteikti kvalifikuotas slaugos paslaugas. Slaugytojo padėjėjo veiklai licencija nereikalinga. Teisės aktu nustatytos šio slaugytojo padėjėjo veiklos sritys: higieninių paciento reikmių užtikrinimas, rūpinimasis pacientais ir jų artimaisiais, pacientų maitinimas ir išskyrų ir sekretų tvarkymas, pagalba judant ir techniniai darbai.

Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2007 m. liepos 4 d. įsakymu Nr. V-558/A1-183 (Žin., 2007, Nr. 76-3029), numato ilgalaikės priežiūros paslaugas, t.y. slaugos ir socialines paslaugas, teikiamas asmens namuose. Šių paslaugų teikimas ir finansavimas buvo įteisintas Slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimuose, patvirtintuose Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 16 d. įsakymu Nr. V-1026. Deja, reikia pripažinti, slaugos paslaugos į namus šalies gyventojams nėra pakankamai užtikrinamos. Pagal Ulianskiene, Čiplienę (2012) poreikis gauti slaugos paslaugas namuose didėja, pagal augančias lėšas slaugos paslaugoms namuose finansuoti iš PSDF biudžeto. Tačiau, skiriamos lėšos finansuoti slaugą namuose yra mažesnės 13,38 karto nuo skiriamų lėšų stacionariai slaugai ir palaikomajam gydymui vidutiniškai vienam gyventojui.

Remiantis *Integralios pagalbos plėtros programoje* (2012) pateikiama informacija, galime teigti, kad integralių socialinių paslaugų tinklas nėra pakankamai išplėtotas ir išvystytas, stinga paslaugų integruotumo ir kompleksiskumo, kai dienos socialinę globą teikia socialinių paslaugų įstaiga, o slaugos paslaugas – pirminės sveikatos priežiūros įstaiga. Taip pat stokojama komandinio darbo principo svarbos suvokimo, dėl ko nukenčia paslaugų kokybė ir prieinamumas.

Be to, slaugos paslaugų asmens namuose teikimas numatomas asmens sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančios pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (toliau – PAASP)

paslaugas, kai šios įstaigos vadovas organizuoja slaugos paslaugų namuose teikimą, suderinęs su savivaldybės gydytoju, atsižvelgdamas į prisirašiusiųjų prie PAASP paslaugas teikiančios įstaigos. Socialinės globos paslaugas teikianti įstaiga, tik gali teikti slaugos paslaugas namuose, jei turi licenciją verstis asmens sveikatos priežiūros veikla. Vadinasi, socialinių paslaugų įstaiga slaugos paslaugų teikti neįpareigojama bei nenumatomi paslaugų organizavimo mechanizmai. Visa atsakomybė už slaugos paslaugų organizavimą asmens namuose ir jų kokybės užtikrinimas perleidžiamas asmens sveikatos priežiūros įstaigai (Slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų aprašas, 2007).

Siekiant paskatinti integruotų paslaugų plėtrą patvirtinta *Integralios pagalbos plėtros programa* (Žin., 2012, Nr. 89 -4663). Programos siekis - teikti kompleksinę kokybišką pagalbą asmenims su negalia, senyvo amžiaus asmenims ir padėti jų šeimos nariams, prižiūrintiems savo artimuosius, derinti šeimos ir darbo įsipareigojimus. Tikslui pasiekti išsikelti tokie uždaviniai:

- didinti socialinės globos asmens namuose teikimo kokybę, į šias paslaugas integruojant slaugos į namus paslaugas;

- skatinti integralios pagalbos (socialinės globos ir slaugos) asmens namuose paslaugų plėtrą, telkiant tam mobilias specialistų komandas (toliau – mobili komanda) ir į socialinės pagalbos procesą įtraukiant sveikatos priežiūros specialistus;

- didinti integralios pagalbos namuose prieinamumą;

- skatinti konsultavimo dėl neįgaliųjų, senyvo amžiaus asmenų priežiūros pagalbos šeimai sistemos kūrimąsi;

- skatinti ir palaikyti neformalią pagalbą, specialistų bei savanorių, bendruomenės narių bendradarbiavimą organizuojant ir teikiant integralią pagalbą.

Išsikeltuose integralios socialinės pagalbos teikimo uždaviniuose svarbesni keletas veiksmų, tai slaugos integravimas, operatyvus mobilios komandos darbo organizavimas ir vartotojo šeimos narių konsultacija.

Norint pasiekti aukštos integralios pagalbos asmens namuose paslaugų organizavimo ir teikimo kokybės, reikia socialinę pagalbą suvokti kaip visumą, o ne kaip atskirus elementus. Todėl būtina suburti veiksmingai ir efektyviai dirbančią tarpdisciplininę komandą, susidedančią iš įvairios kvalifikacijos socialinių darbuotojų bei sveikatos priežiūros specialistų. Pažymėtina, kad bus skatinama neformali pagalba, įtraukiami į pagalbos procesą savanoriai ir bendruomenės nariai. Pažeidžiamiesiems asmenims bus siekiama teikti visapusę pagalbą, pasitelkiant bendram darbui šeimos narius, savanorius, bendruomenės narius, įvairius specialistus. Galime teigti, kad tai esminis integruotos pagalbos veikimo principas, paremtas bendrai dirbančių asmenų tarpusavio supratimu ir bendradarbiavimu.

Apibendrinant galime teigti, teisinio reguliavimo priemonės, skirtos integruotų slaugos ir globos paslaugų asmens namuose užtikrinimui, nėra veiksmingos ir pilnai suderinančios skirtingus interesus atstovaujančioms institucijoms. Teikiant slaugos paslaugas asmens namuose greta socialinių paslaugų, neužtikrinamas tarpinstitucinis bendradarbiavimas, neišplėtotas ir neišvystytas šių paslaugų tinklas, teikiamoms paslaugoms trūkta integruotumo ir kompleksškumo bei komandinio darbo įdirbio, bendro integruoto požiūrio į paslaugų sugretinimą. Integralios pagalbos plėtros programa numato kompleksinę ir operatyvią mobilios komandos, įdarbintos vienoje įstaigoje, veiklą. Visa integralios pagalbos asmens namuose organizavimo tvarka, kompleksinis požiūris į socialines paslaugas turėtų pagerinti socialiai pažeidžiamų grupių gyvenimo kokybę, užtikrinti paslaugų prieinamumą, suteikiant paslaugų vartotojams/gavėjams daugiau savarankiškumo, užtikrinant sveikatos priežiūrą.

1.3.3. Potencialių integralios pagalbos gavėjų charakteristika

Modeliuojant integralios pagalbos asmens namuose organizavimą, svarbu išsiaiškinti potencialių vartotojų charakteristikas, kurios įtakoja formuojant nuomonę apie integralią ir kitą socialinę pagalbą. Integralios pagalbos gavėjai ne tik senyvo amžiaus, bet ir asmenys su negalia, kurių bendravimo galimybės yra ištis labai apribotos. Daugelis potencialių integralios pagalbos gavėjų jaučiasi vieniši, apleisti, niekam nereikalingi. Reikėtų atkreipti dėmesį į tai, kad pagrindiniai pagalbos į namus paslaugų gavėjų charakteristikos elementai tarpusavyje susiję. Atsiskyrimui nuo išorinio, socialaus ir bendraujančio pasaulio turi įtakos pacientų savarankiškumas, kuris yra labai žemas. Esant prastai sveikatos būklei, fizinėms negalėms, sunku pasirūpinti savimi.

Kaip jau buvo minėta, integrali ir kokybiška pagalba orientuota į asmenis su negalia, senyvo amžiaus žmones bei šeimos narius, kurie yra prižiūrimi, globojami, slaugomi. Vadinasi, potencialiais integralios pagalbos gavėjais galime įvardyti tris pagrindines grupes: senyvo amžiaus asmenis, neįgalius asmenis (suaugusius, vaikus), šeimos narius, prižiūrinčius neįgalius ar senyvo amžiaus asmenis.

Socialinių paslaugų namuose vartotojais tampa vyresnio amžiaus asmenys, sulaukę aštuoniasdešimties ir vyresni, bei įvairių ligų kamuojami nepensijinio amžiaus žmonės (Indrašienė, Katkonienė, 2011).

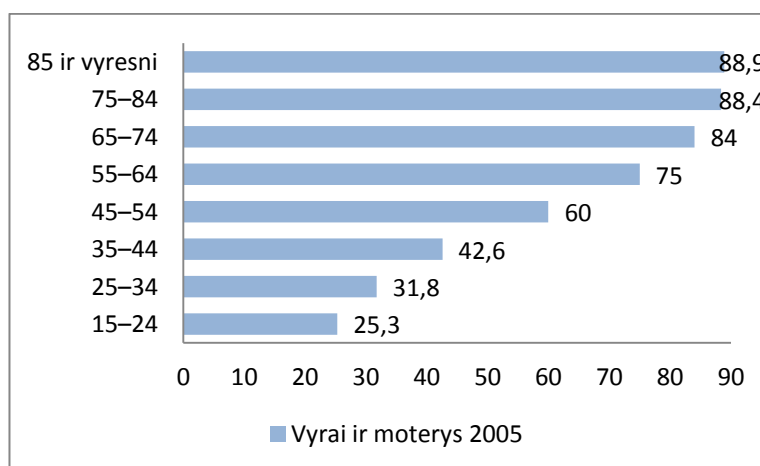
Mokslininkų (Lesauskaitė, Macijauskienė, Damulevičienė, Knašienė, Kučikienė, 2012) teigimu, pagyvenusių ir senų žmonių gerovę lemia: fiziniai, psichiniai, emociniai, socialiniai ir ekonominiai veiksniai (3 lentelė).

Pagyvenusio amžiaus žmonių pažeidžiamumo įvertinimas

<i>Bendras įvertinimas</i>	<i>Pažeidžiamumo rizikos veiksniai</i>
Fiziologinis	Sumažėjusi ištvermė, silpnumas; sumažėjęs judrumas, nestabili pusiausvyra; kraujosruvos (įvairaus dydžio); kvėpavimo nepakankamumo požymiai; širdies nepakankamumo požymiai; kvėpavimo sutrikimas, susijęs su kasdienne veikla; negalėjimas kalbėti; regos sutrikimas; bloga mityba ar per mažas skysčių suvartojimas; šlapimo ar išmatų nelaikymas; infekcijų rizika; odos vientisumo pažeidimas; sustingimas; nerimas; rijimo sutrikimas
Aplinkos	Veiksniai, rodantys vidaus ar išorės aplinkos nesaugumą, rizika griūti, traumos, sukeltos vidaus ar išorės aplinkos priežasčių
Pažinimo funkcijų stygius	Žinių stoka; bloga atmintis, smegenų veiklos sutrikimo požymiai, sumišimas
Psichosocialinis	Pasitikėjimo savo jėgomis stygius; socialinės paramos stoka; vienišumas; emocinis sukrėtimas dėl gydymo; nerimas dėl globėjų sveikatos; depresija
Globėjų	Priklausomybė nuo globėjų dėl fizinės negalios ar protinės negalios; globėjams reikalingas poilsis; nesutarimas su globėjais
Kitas	Fizinės pagalbos poreikis; savęs apsitarnavimo stoka, nesugebėjimas laikytis gydymo režimo

Šaltinis: Lesauskaitė V., Macijauskienė J., Damulevičienė G., Knašienė J., Kučikienė O. Pagyvenusių žmonių sveikatos, fiziniai, psichologiniai ir socialiniai gyvenimo aspektai, sukelti integracijos visuomenėje problemos. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2012, p. 25 (pagal Ebersole P., Hess P., Luggen A. S. 2004).

Gasperė-Kudukytė ir kt. (2012) teigia, kad vyresniems nei 65 m. žmonėms būdingos dvi ir daugiau lėtinės ligos, kas penkeri metai prisideda po vieną lėtinę ligą. Tuo tarpu vyresni nei 80 m. amžiaus asmenys, kamuojami penkių-šešių lėtinių ligų bei kontroliuojami daugybės vaistų. Šio amžiaus asmenims būdingas Alzheimeris ir kitos senatvinės demencijos, psichinės sveikatos problemos, jutimų sutrikimai bei kitos ligos ar silpnumai, pasireiškiantys tuo pačiu metu per trumpą laiką (Naujanienė, 2008). LR statistikos departamento 2005 m. duomenys (1 pav.) patvirtina šiuos mokslininkų teiginius, t.y. kuo vyresnis amžius, tuo didesnis ligotumas. Jei 55-64 m. amžiaus sergamumas yra 75 proc., tai 85 m. ir vyresnių – 88,9 proc.



1 pav. Gyventojai, sergantys lėtine liga ar turintys ilgalaikių sveikatos sutrikimų

Šaltinis: LR Statistikos departamentas. Gyventojai, sergantys lėtine liga ar turintys ilgalaikių sveikatos sutrikimų (proc.). (Vėlesnių metų duomenys nepateikiami) <http://db1.stat.gov.lt/statbank/default.asp?w=1280>

Senėjimo proceso metu vykstantys reiškiniai nulemia funkcinio savarankiškumo sutrikimus, kompleksinius pokyčius, kurių pasėkoje išsivysto senatvinė negalia (Filipavičiūtė ir kt., 2010; Juozulynas ir kt., 2010; Naujanienė, 2008). Anot Spicker (2003) (cit. Stankūnienė ir kt., 2003) apie trečdalis 75 m. ir vyresnių žmonių laikytini neįgaliaisiais.

Šiuos ligotumo reiškinius lydi ir psichikos sutrikimai, pasižymintys sulėtėjusiu mąstymu, atminties praradimu ir energijos silpnėjimu. Gintilienė ir kt. (2010) taip pat atkreipia dėmesį ir į pagyvenusius žmonėms būdingus emocijų sutrikimus, kuomet padidėja dirglumas, irzlumas, bloga nuotaika ir nuolatinis nepasitenkinimas. Neretai šiuos asmenis kamuoja vienišumo, vienatvės ir izoliacijos išgyvenimai nulemiantys jų psichologinę būseną (Jurkuvienė, Audronytė, 2007). Hincliff, Hall (2002) mano, kad vyresniems asmenims būdingas nusivylimas, nereikalingumo jausmas dvasinio supratimo bei palaikymo stoka (Stankūnienė ir kt., 2003, p. 219).

Senatvėje atsirandančių senėjimo požymių su laiku vis daugėja. Sendamas žmogus praranda gyvybines galias, nes fizinio kūno pasikeitimai pradeda riboti jo galimybes judėti, atlikti vienas ar kitas užduotis, neretai trukdo palaikyti socialinius santykius su kitais aplinkiniais. Darytina prielaida, jog liga pakeičia žmogaus socialinę būklę, kurią Jurkuvienė, Audronytė (2007) priskiria vienai iš sveikatos dimensijų. Šios autorės manančios apie socialinės būklės daromą poveikį sveikatai. Vadinasi tai abipusis priežasties ir pasekmės ryšys, kuomet dėl sveikatos problemų kinta socialinė gerovė, o įvykus pokyčiams šioje srityje, prastėja sveikata.

Senų ir pagyvenusių asmenų gyvenimą riboja ir socialiniai veiksniai. Autoriai šiuos veiksnius apibūdina sąvokomis, kaip „*socialiniai aspektai*“, apsunkinantys šių žmonių integraciją į visuomenę“ (Lesauskaitė ir kt., 2012); „*socialinis pažeidžiamumas*, pasižymintis mažesniu žmogiškuoju ir socialiniu kapitalu“ (Žalimienė, Lazutka, 2009); „*socialinė būklė*, nužyminti judėjimą socialinio statuso laiptais“ (Jurkuvienė, Audronytė, 2007). Šias sąvokas praplečia keletas aspektų, nagrinėjamų mokslininkų darbuose. Vienas jų, tai vyresnio amžiaus asmenų bei turinčių negalią giminystės ir socialinių ryšių susiaurėjimas, bendravimo trūkumas su kaimynais, giminėmis, kyla prisitaikymo bendruomenėje problemos, dažnas reiškinys kai jie tampa atstumti ir palikti vieni (Lesauskaitė ir kt., 2012; Filipavičiūtė ir kt. 2010; Indrašienė, Katkonienė, 2011; Juozulynas ir kt., 2010).

Asmenų integraciją pagal Lesauskaitę ir kt. (2012) riboja nepakankamai pritaikyta gyvenamoji aplinka, ypatingai ryškūs skirtumai gyvenančių kaime, kai nėra buitinių patogumų, reikia pasikūrenti krosnį, atsinešti vandens, lauko tualetai. Kaip vienas iš socialinių aspektų įvardijamas žemesnis išsilavinimas ar raštingumo stoka, kai turima omenyje ne vien rašymo, skaitymo ir skaičiavimo įgūdžius, bet ir kompiuterinį raštingumą, kalbų žinojimą. Neišplėtotas suaugusiųjų mokymo ir informavimo tinklas (Žalimienė, Lazutka, 2009; Večkienė ir kt., 2002 (cit. Stankūnienė ir kt. 2003)). Didelę įtaką gyvenimo pokyčiams ir žmogaus statusui suteikia patiriami

praradimai, netektys ar vaidmenų šeimoje ir visuomenėje kaita, tokie kaip sutuoktinio mirtis, išėjimas į pensiją, suaugusių vaikų išėjimas iš namų arba migracija, draugų ir pažįstamų mirtys, sveikatos silpnėjimas, pajamų mažėjimas (Jurkuvienė, Audronytė, 2007; Naujanienė, 2008). Neretai pagyvenę ar senyvo amžiaus, neįgalūs asmenys pasižymi mažėjančiu darbingumu, neturintys darbinių įgūdžių ar juos praradę dėl amžiaus, ligos, gyvenimo būdo (Žalimienė, Lazutka, 2009; Juozulynas ir kt., 2010).

Išskirtinas dar vienas veiksnys – ekonominis, apibūdinantis paslaugų vartotojus kaip neturinčius pakankamai pajamų, ar net esančius skurde, kad būtų pajėgūs susimokėti už suteiktas paslaugas. Norint išvengti šių asmenų socialinės atskirties ir priklausomybės, valstybė padengia suteiktų paslaugų išlaidas (Žalimienė, Lazutka, 2009; Žalimienė, 2006b; Juozulynas ir kt., 2010; Lesauskaitė ir kt. 2012).

Visi šie veiksniai vienas su kitu koreliuodami veikia socialines paslaugas į namus gaunančių asmenų savarankiškumo lygį, kuomet jie nebepajėgia atlikti kasdienės veiklos veiksmų, dalyvauti visuomenės gyvenime, praranda norą veikti, nepriklausomai gyventi, tampa pažeidžiami ir priklausomi nuo kitų asmenų. Kyla pavojus jų socialinei integracijai ir saugumui, kas tiesiogiai paveiks asmens gerovę ir gyvenimo kokybę. Derėtų atkreipti dėmesį į mokslininkų (Žalimienės, 2006b, Žalimienės, Lazutkos, 2009) išskirtą šių paslaugų vartotojų negebėjimą pasirūpinti savimi ir atstovauti savo interesus, galėjimą suvokti ir pripažinti savo poreikių, išskirti reikalingas paslaugas. Taigi, jei žmogus asmeniškai negali pasirūpinti savo poreikių tenkinimu, tikimasi pagalbos iš kitur. Remiantis mokslininkų Juozulyno ir kt. (2010), Jurkuvienės, Audronytės (2007), Lesauskaitės ir kt. (2012), Kanopienės, Mikulionienės (2006) tyrimais poreikis globoti ir prižiūrėti senyvo amžiaus ir neįgalius asmenis, sergančius lėtinėmis ligomis, auga nuolatinių ilgalaikių integruotų slaugos ir globos paslaugų namuose poreikis, plėtojant šių paslaugų tinklą bendruomenėje ir užtikrinant glaudų bendradarbiavimą tarp institucijų. Pasak Valentijn (2013) integruotos priežiūros kontekstas orientuotas į asmenį gali susieti sveikatos ir socialines sistemas.

Autorės Kanopienė, Mikulionienė (2006) pateikia nepriekaištingą išvadų loginę matricą, kuri mokslinės bendrijos kol kas neužginčyta: „vis daugiau žmonių pasiekia senyvą amžių → daugėja sergančių ir neįgalių žmonių → sveikatos priežiūra ir ilgalaikė globa reikalauja vis daugiau išteklių“.

Antroji potencialios pagalbos gavėjų grupė, tai neįgalūs asmenys, kurie laikytini dar viena pažeidžiama visuomenės dalimi ir reikalaujanti kitų asmenų pagalbos. Pasak Jurkuvienės, Audronytės (2007) kuo vyresnio amžiaus žmogus, tuo didesnė negalios rizika. Rudžionienė, Lašinytė (2011) daro prielaidą, jog neįgaliųjų padėtis dviprasmiška, nes sutrikus sveikatai, jie susiduria su dalyvavimo visuomenėje problemomis, t.y. praranda darbą, netenka draugų. Be to, neįgalūs asmenis, anot Ulianskienės ir kt. (2006), vargina eilė fizinių ligos simptomų,

psichologinių, dvasinių, socialinių ir praktinių problemų, kurios žmogų užklumpa viena po kitos ar iškart. Šie asmenys susiduria su eile barjerų, trukdančių savarankiškai susitvarkyti su jiems kylančiais sunkumais, apginti savo interesus bei pilnavertiškai gyventi. Šalia šių problemų egzistuoja visuomenės neigiamos nuostatos į asmenis su negalia. Į juos žiūrima kaip į gailesčio ar užuojautos vertus objektus, dėmesys pirmiausiai atkreipiamas į ligą ar išvaizdą, o ne į patį žmogų, jo asmenybę (Liobikienė, Šinkūnienė, 2010; Rudžionienė, Lašinytė, 2011). Visos išvardintos problemos suponuoja asmenų priklausomybę bei blogina jų gyvenimo kokybę. Šiai situacijai keisti būtina sudaryti sąlygas neigaliams gauti visas įmanomas bendruomenines paslaugas namuose, įskaitant asmeninę pagalbą, kuri užkirstų kelią socialiniai atskirčiai, padėtų integruotis bendruomenėje ir suteiktų pagalbą buityje (Bendrosios Europinės gairės, 2012, p. 18). Siūloma (Ulianskienė ir kt., 2006) plėtoti integruotos priežiūros tarnybų tinklą, kad būtų patenkinti visuomenės poreikiai ir užkirstas kelias asmenų su negalia fizinėms, dvasinėms, psichologinėms, socialinėms ir praktinėms problemoms.

Trečiaja integralios pagalbos gavėjų grupe tampa asmenys, patys teikiantys pagalbą ar slaugantys savo artimąjį, senyvo amžiaus asmenį arba neįgalųjį, t.y. šeimos nariai. Šeimos nariai, prisiimdami įsipareigojimą rūpintis, prižiūrėti ar slaugyti šeimos narį, patiria viena su kita susijusių daugybinių problemų. Jie patiria emocinį, psichologinį, fizinį išsekimą, to pasekoje atsiranda sveikatos problemų, patiria socialinę ir ekonominę naštą.

Vis dėl to, J. Geltytė, O. Riklikienė (2013) pažymi, kad šeimos slaugoje trūksta „gerai išplėto – atstumo ir profesionalumo“, kuo pasižymi profesionali slauga. Artimieji, atlikdami globėjo vaidmenį, dažniausiai nebūna pasiruošę šiai veiklai, nes jie neturi reikiamų žinių kaip taisyklingai prižiūrėti ar slaugyti, neturi slaugymo patirties, tuomet seka nuovargis, fizinis ar/ir psichologinis išsekimas, kyla grėsmė slaugos kokybei (Geltytė, Riklikienė; 2013; Ilgalaikė priežiūra Europos sąjungoje, 2008). Atkreiptinas dėmesys į šeimos narių, tiek asmens, gaunančio priežiūrą, tiek globėjo, tarpusavio ryšių priklausomybę.

Pripažįstant šeimos narių vaidmenį globos procese svarbu didinti jiems paramą, suteikiant alternatyvius pasirinkimus. („Coface disability“, 2009; Bendrosios Europinės gairės, 2012, p. 113). Žalimienė (2006b) mano, kad suteikus kokybiškas, savalaikes ir pakankamas paslaugas būtų tiesiogiai įtakojama šeimos gyvenimo kokybė, padidėtų jų įsidarbinimo galimybės, bet netiesiogiai paveiktų bendruomenės ir visuomenės gerovę.

Integralios pagalbos asmens namuose potencialiais gavėjais taps pagyvenę ir senyvo amžiaus asmenys, asmenys su negalia bei jų neformalios pagalbos teikėjai, šeimos nariai. Visų trijų grupių asmenų gerovę lemia tie patys, vienas kitą įtakojantys, fiziniai, psichiniai, emociniai, socialiniai ir ekonominiai veiksniai. Paveikti veiksniai, asmenys praranda savarankiškumą, kuomet nebepajėgia

atlikti kasdienės veiklos veiksmų, apribojama galimybė dalyvauti visuomenės gyvenime, nebepalaikomi ryšiai su aplinkiniais, tampa pažeidžiami ir priklausomi nuo kitų asmenų.

1.3.4. Poreikio vertinimas ir metodika

Pradedant teikti paslaugas vienam ar kitam asmeniui, pirmiausia, reikia išsiaiškinti konkrečius jo poreikius, galimybes, gebėjimą susitvarkyti buityje, pasirūpinti savimi ar yra artimas žmogus, galintis padėti apsitarnauti. Skiriant socialines paslaugas namuose, svarbu išsiaiškinti, kaip asmens dabartinė padėtis keičia jo gyvenimą, kokių priemonių reikia imtis, kad pagerėtų ne tik gyvenimas namuose, bet ir komunikacija su aplinkiniais, šeimos nariais, kaimynais ir kitais bendruomenės nariais. Atsižvelgiant į aptartų paslaugų vartotojų ligotumą bei neįgalumą, turėtų būti vertinama ir sveikatos būklė pagal gyvybines veiklas.

Jurkuvienė, Rupkuvienė (2010) pateikia poreikių sąvokų apibrėžimus pagal Witkin, Altschuld (1995), kurie poreikį įvardija kaip būtina sąlygą žmogaus funkcionavimui tam tikroje situacijoje. Tuo tarpu Žalimienė (2003) pateikia socialinių paslaugų poreikio sąvoką, kurią įvardina kaip objektyvių sąlygų, aplinkybių nulemtą kliento būklę, situaciją, kai klientui reikia socialinių paslaugų, kurios padėtų jam išspręsti kilusias problemas (užtikrintų socialinės integracijos prielaidas, efektyvų socialinį funkcionavimą).

Lesauskaitė, Macijauskienė, Širvinskienė (2009) analizavusios namuose gyvenančių geriatrinių pacientų poreikius, išskyrė eilę veiksnių didinančių poreikį priežiūrai namuose, o Gröne, Garcia-Barbero (2001) nurodė veiksnius darančius įtaką sveikatos sistemos pokyčiams integruotos priežiūros kontekste (1 priedas, 4 lentelė). Taigi, poreikį priežiūrai namuose ar integruotos priežiūros lemia demografiniai pokyčiai, pasižymintys didėjančiais senų ir labai senų skaičiais; socialiniai pokyčiai, kuriuos nulemia kintanti šeimos struktūra, moterų dalyvavimas darbo rinkoje, didėjantys migracijos mastai, kai nebelieka galimų globėjų; epidemiologiniai pokyčiai atskleidžiantys sergamumą lėtinėmis ligomis, senatvinėmis ligomis; mokslo ir technologijų inovacijos prailgina gyvenimą, sprendimus, leidžiančius žmonėms likti namuose ir būti savarankiškesniais; lūkesčių, vertybių, teisių pasikeitimas siejamas su paslaugų namuose patrauklumu; valdžios institucijų prioritetai; ekonominis spaudimas remiasi ligoninėse lovų bei išlaidų mažinimu.

Reikia pripažinti, kad Lietuvoje slaugos ir socialinių paslaugų poreikis gyventojų namuose pradėtas tirti 2007 m. ir yra nepakankami ištirtas (Hitaitė, Spirgienė, 2007; Kudukytė-Gasperė ir kt., 2012).

Hitaitė, Spirgienė (2007) tyrė pagyvenusių žmonių ambulatorinės slaugos bei socialinių paslaugų poreikį Kauno rajone. Tyrimu nustatyta, kad didžiajai daliai (71,3 proc.) reikalingos slaugos paslaugos, o daugiau nei pusei (58,2 proc.) – socialinės paslaugos. Kuo tiriamieji vyresni,

tuo daugiau šios paslaugos reikalingos. Socialinių paslaugų labiau reikia gyvenantiems kaime. Nustatyta, kad namie nori būti slaugoma didžioji dalis respondentų (79,2 proc.).

Jurkuvienė, Audronytė (2007) nagrinėdamos Kauno mieste gyvenančių lėtinėmis ligomis sergančių pagyvenusių žmonių poreikius gauti jiems būtinas paslaugas namuose, nustatė, kad 85 proc. ištirtų asmenų negauna jokių paslaugų namuose, tik 2 proc. respondentų namuose lankė slaugytojas ir tik vienas žmogus sulaukė socialinio darbuotojo paslaugų. Jų tyrimo rezultatai atskleidė, kad daugumai lėtinėmis ligomis sergančių senų ir pagyvenusių asmenų reikia nuolatinių ilgalaikių integruotų įvairaus intensyvumo slaugos ir globos paslaugų namuose.

Jurkuvienė, Rupkuvienė (2010) savo tyrimu siekė išsiaiškinti, kokie yra slaugos namuose paslaugų poreikiai lėtinėmis ligomis sergantiems pagyvenusiems ir seniems žmonėms, atsižvelgiant į Bartelio indeksą. Atlikus tyrimą VšĮ Pasvalio pirminės asmens sveikatos priežiūros centre, paaiškėjo, jog pacientams, kurių savarankiškumas yra visiškai sutrikęs, ne visuomet yra nustatomas nuolatinės slaugos poreikis pagal jiems nustatytą Bartelio indeksą bei gyvybines veiklas, todėl negauna reikalingų nuolatinės slaugos paslaugų namuose.

Jurkuvienė ir kt. (2007) išanalizavę tyrimo apie paliatyviosios pagalbos poreikį Kauno mieste, nustatė, kad didžioji dalis apklausoje dalyvavusių respondentų negavo jokių paslaugų, nepriklausomai ar buvo vieniši (28,8 proc. negavo paslaugų), ar gyveno su sutuoktiniu ar vaikais. Taip pat nustatyta, kad 72 proc. pageidauja interdisciplininės komandos teikiamos pagalbos. Tyrimas parodė egzistuojantį atotrūkį tarp paslaugų poreikio ir realios jų pasiūlos, dėl ko būtina plėtoti paliatyviosios pagalbos paslaugų infrastruktūrą.

Gasperės-Kudukytės ir kt. (2012) atliktas tyrimas parodė, kad VšĮ Centro poliklinika siekia, kad lėtinėmis ligomis sergantys pacientai namuose gautų visokeriopą pagalbą – gydytojo, slaugytojo, slaugytojo padėjėjo bei socialinio darbuotojo paslaugas.

Remiantis atliktais tyrimais ir kitų autorių pastebėjimais, galima teigti, jog paslaugų vartotojai, pagyvenę ir seni žmonės, pasižymi poreikių specifika, nesavarankiškumu ir pažeidžiamumu (Žalimienė, 2006b), turintys sveikatos, psichosocialinių ir asmeninių poreikių (Naujaniėnė, 2008), kenčia nuo įvairiausių ligų, funkcijų sutrikimų, persipinančių su socialinėmis bei psichologinėmis problemomis (Spirgienė, Macijauskienė, 2008). Autorės Jurkuvienė, Audronytė (2007) teigia, kad Lietuvos Respublikos teisiniai aktai pripažįsta, kad namuose teikiamomis paslaugomis turėtų būti patenkinami biopsichosocialiniai poreikiai. Atsižvelgiant į poreikių sudėtingumą ir kompleksiskumą būtina siekti išsamaus, detalaus ir visapusiško paslaugų vartotojų poreikių vertinimo, apimančių funkcinį, kognityvinį, socialinį, psichologinį, ekonominės būklės, gyvenamosios aplinkos tyrimą (Jurkuvienė ir kt., 2007; Lesauskaitė ir kt., 2009; Spirgienė, Macijauskienė, 2008; Petrauskienė, 2011; Žalimienė, 2003, 2007).

Siekiant atskleisti ir išaiškinti visas esamas problemas, įvertinti poreikį priežiūrai Gintilienė ir kt. (2010) siūlo taikyti *daugiadisciplininį įvertinimą*, o Spirgienė, Macijauskienė (2008) (cit. Filipavičiūtė ir kt., 2004) *multidisciplininį, multidimensinį ištyrimo procesą*. Be to, daugelis autorių išskiria individualumą kaip individo poreikių vertinimą, jo atvejo ar situacijos vertinimą, pagalbos bei paslaugų individualumą (Jurkuvienė, Audronytė, 2007; Hitaitė, Spirgienė, 2007; Išoraitė, 2007; Martinaitytė, Garbačiauskienė, 2012; Petrauskienė, 2011). Individualios situacijos vertinimo metu siekiama nustatyti: fizinius, protinės sveikatos ir socialinius poreikius bei nustatyti spektrą paramos ir intervencijų, kurių pagalba individas galėtų savimi pasirūpinti ir išlaikyti maksimalų savarankiškumą (Gintilienė ir kt., 2010). Slaugos paslaugos namuose, teikiamos pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos ar socialinę globą teikiančios įstaigos, apmokamos iš PSDF biudžeto lėšų, gali būti skiriamos asmeniui, kuriam nustatytas specialusis nuolatinės slaugos poreikis. Šis poreikis nustatomas pagal nustatytus kriterijus, kai asmens fizinė bei psichinė negalia visiškai apriboja galimybes orientuotis, judėti ir savarankiškai tvarkyti asmeninį bei socialinį gyvenimą (Jurkuvienė, Rupkuvienė, 2010).

Jurkuvienė, Audronytė (2007) pasiremamos kitais autoriais (cit. Rossi P. H., Freeman H. E., Lipsey M. W., 1999) pateikia poreikio analizės etapus, skirtus socialinėms paslaugoms, kuriuos pritaikė savo tyrimui kaip koncepciją. Poreikio analizę sudaro penki etapai:

- Asmenų, kuriems reikia paslaugos, identifikavimas (sveikatos problemų nustatymas);
- Socialinių aplinkybių aprašymas - su kuo gyvena, kas jais rūpinasi, pajamų šaltiniai.
- Poreikių identifikavimas – sveikatos, psichologiniai, dvasiniai, socialiniai poreikiai;
- Poreikių įvertinimas - kokia pagalba teikiama ir kas ją teikia;
- Komunikacijos etapas - analizuojami rezultatai.

Įvertinus pagyvenusių ir senų asmenų bei žmonių su negalia poreikius gauti slaugos ir globos paslaugas namuose galimas paslaugų planavimas (Žalimienė, 2007), planavimas paslaugų struktūros, įvairovės ir išteklių (Hitaitė, Spirgienė, 2007; Martinaitytė, Garbačiauskienė, 2012), adekvačių ir kokybiškų paslaugų užtikrinimas (Kudukytė-Gasperė ir kt., 2012; Žalimienė, 2007), priežiūros reguliavimas (Gintilienė ir kt., 2010) bei suteikti holistinę, įvairiapusę, kvalifikuotą pagalbą (Jurkuvienė ir kt., 2010; Spirginė, Macijauskienė, 2008).

Gintilienė ir kt (2010) nustatė, kad bendruomenės slaugytojas, kineziterapeutas bei socialinis darbuotojas, teikiantys paslaugas bendruomenėje naudoja skirtingas metodikas, vertinančias asmens poreikius skirtingais aspektais, kas riboja galimybes keistis informacija, neapibendrinami duomenys, vyresnio amžiaus ar turintys ilgalaikių sveikatos sutrikimų asmenys daug pakartotinai apklausiami, nesukuriamas vieningas priežiūros namuose planas. Vadinasi vertinimui nesuteikiamas visuminis pobūdis. Be to, kaip pastebi Šileikaitė, Kudukytė-Gasperė (2011) sveikatos priežiūros specialistams stinga holistinio požiūrio į sergantį žmogų. Šie specialistai labiau orientuojasi į ligų

gydymą, o ne į prevenciją, ir pacientas nelaikomas lygiaverčiu partneriu. Reabilitacijos specialistai paciento funkcinį aktyvumą vertina labai įvairiais kiekybiniais tyrimo metodais. Atliekami pažintinės veiklos vertinimai bei specifiniai – funkcinį judėjimo, raumenų tonuso, pusiausvyros testai (Gintilienė ir kt. 2010, p. 3181-3183).

Asmens specialųjį poreikį nuolatinėi slaugai ar nuolatinėi priežiūrai nustato gydytojas pagal Bartelio indeksą. Autorės Jurkuvienė, Rupkuvienė (2010) priėjo išvados - Bartelio indekso nustatymas yra nepakankamas kriterijus nustatant pagyvenusių ir senų žmonių, sergančių chroninėmis ligomis, poreikį namų slaugai, kadangi asmuo nėra vertinamas visapusiškai. Remiantis teisės aktu „Specialiųjų nuolatinės slaugos, nuolatinės priežiūros (pagalbos), lengvojo automobilio įsigijimo ir jo techninio pritaikymo išlaidų kompensacijos ir transporto išlaidų kompensacijos poreikių nustatymo kriterijų sąrašo, tvarkos aprašo ir pažymų formų patvirtinimo“ (2005) vienam asmeniui gali būti nustatomas tik specialusis nuolatinės slaugos arba tik specialusis nuolatinės priežiūros (pagalbos) poreikis.

Gintilienė ir bendraautorai (2010) siūlo diegti standartizuotą vertinimą, kurį galėtų vykdyti bet kuris specialistas, o vėliau remiantis šiuo vertinimu kiti specialistai galėtų vadovautis surinkta medžiaga, parengti ir reguliariai peržiūrėti asmeninį globos planą, taip pat šis standartizuotas vertinimas gali būti naudingas sprendžiant finansinius, apgyvendinimo ir saugumo aspektus.

Susisteminti ar standartizuoti poreikių vertinimai paslaugas organizuojančioms įstaigoms, organizacijoms padėtų užtikrinti visapusišką kompleksinių poreikių vertinimą bei remiantis surinkta medžiaga apie asmenį tikslingai planuotų paslaugų teikimo procesą.

Socialinės globos poreikis vertinamas aiškiai apibrėžtais kriterijais pagal Asmens (šeimos) socialinių paslaugų poreikio nustatymo ir skyrimo tvarkos aprašą ir Senyvo amžiaus asmens bei suaugusio asmens su negalia socialinės globos poreikio nustatymo metodiką, patvirtintą Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2006 m. balandžio 5 d. įsakymu Nr. A1-94 (2007 m. kovo 13 d. įsakymo Nr. A1-67 redakcija) (Žin., 2006, Nr. 43-1571; Žin., 2007, Nr. 32-1162). Vertinimui atlikti taikomos formos Asmens (šeimos) socialinių paslaugų poreikio vertinimo forma, Senyvo amžiaus asmens socialinės globos poreikio vertinimas ir Suaugusio asmens su negalia socialinės globos poreikio vertinimas. Asmens socialinės globos poreikis nustatomas pagal asmens socialinio ir fizinio savarankiškumo vertinimo kriterijus, kuriais remiantis nustatomas iš dalies ar visiškai nesavarankiškumo lygis. Greta globos poreikio vertinimo atliekamas šeimos narių gebėjimų ir motyvacijos pasirūpinti vienas kitu tyrimas.

Mokslininkės Žalimienės (2003) teigiama, jog poreikių vertinimas remiasi dviem pagrindiniais vertinimo aspektais: vienas jų - asmens savarankiškumo vertinimas ir antras - finansinis įvertinimas, susijęs su asmens paslaugų apmokėjimo klausimais. Todėl antru etapu

atliekamas asmens (šeimos) finansinių galimybių vertinimas bei pakartotinis vertinimas pasikeitus pajamoms.

Asmens poreikis slaugos paslaugoms vertinamas pagal Slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūrose ir namuose teikimo reikalavimų aprašą (2007). Slaugos paslaugų namuose teikimą organizuoja Asmens sveikatos priežiūros įstaiga (ASPI), teikianti pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas (PAASP). Slaugytojas savarankiškai įvertina paciento slaugos poreikius namuose, atsižvelgdamas į šeimos gydytojo (gydančio gydytojo) ir (ar) gydytojo psichiatro rekomendacijas, paskyrimus (forma 027/a). Pasikeitus paciento sveikatos būklei paciento slaugos poreikiai vertinami ir dokumentuojami iš naujo. Slaugos paslaugų vertinimas atliekamas individualiai pagal asmens 12 gyvybinių veiklų, priskirtus slaugos poreikius (saugios aplinkos palaikymas, bendravimas, kvėpavimas, valgymas ir gėrimas, šlapinimasis ir tuštinimasis, asmens higiena ir apranga, kūno temperatūros reguliavimas, judėjimas ir transportavimas, laisvalaikio veikla, lyties raiška, miegas ir paliatyviosios pagalbos poreikis). Slaugytojas naudojami poreikių vertinimo forma Paciento slaugos poreikių namuose vertinimas, suteikia galimybes gauti slaugos paslaugas pagal Slaugos paslaugų namuose sąrašą ir teikiant paslaugas pildo Paciento slaugos namuose lapą.

Dienos socialinės globos ir slaugos poreikiai vertinami remiantis patvirtintais teisės aktais, reglamentuojančiais atskiras veiklos sritis, kurias vykdo socialiniai darbuotojai ir slaugytojai, atstovaudami savo įstaigos kompetenciją.

Apibendrinant galima teigti, jog pagyvenusiems ir vyresnio amžiaus bei neįgaliems asmenims nustatytas ilgalaikių integruotų įvairaus intensyvumo slaugos ir globos paslaugų namuose poreikis, kuris nėra tenkinamas. Poreikių sudėtingumas ir kompleksiskumas reikalauja jų visapusiško, detalaus ir išsamaus vertinimo holistiniu požiūriu remiantis standartizuota ir sisteminta metodika. Pažeidžiamų asmenų poreikiai gali būti tenkinami įvairių sričių specialistų, dirbančių interdisciplininėje komandoje, paslaugomis. Poreikių nustatymo naudingumas pasireiškia prioritetu išskyrimu ir paslaugų planavimo mastais.

1.3.5. Paslaugų gavėjų lūkesčiai kokybės atžvilgiu

Paslaugas teikiančios įstaigos turėtų nuolatos domėtis paslaugų gavėjų lūkesčiais ir poreikiais. Teikiamų paslaugų atitikimas paslaugų gavėjų lūkesčiams, kalba apie paslaugų kokybę ir prieinamumą bei atrandama paslaugų tobulinimo galimybė. Ypatingai svarbu suvokti ir įtakoti vartotojų lūkesčius ir poreikius pradiniam etape, kuomet vartojai tampa paslaugos vertintojais.

Paslaugų gavėjai savo nuomonę išreiškia keliais aspektais. Paslaugų vartotojas paslaugų kokybę vertina kitais būdais nei paslaugos teikėjas. Paprastai vartotojas, apibūdindamas paslaugų kokybę, jos neskirsto ir neanalizuoja, o išreiškia tam tikromis savybėmis, kurios, jo požiūriu, atrodo

svarbios (Langvinienė, Vengrienė, 2005, 80). Taigi paslaugų kokybė gavėjų atžvilgiu susideda iš kelių kriterijų (5 lentelė).

5 lentelė

Pagrindinės vartotojo vertinamos paslaugų savybės

Profesionalumas ir įgūdžiai	Vartotojai vertina paslaugos teikėjo darbuotojų kvalifikaciją, organizacines sistemas, fizinius išteklius.
Požiūris ir elgsena	Vertindami kokybę paslaugų vartotojai atsižvelgia į kontaktuojančio personalo suinteresuotumą, dėmesį, mandagumą, pagarbą.
Prieinamumas ir lankstumas	Ši sąvoka apima tai, kaip paslauga pasiekama, telefono, transporto ryšio su įmone būklė. Vartotojas vertina darbo laiko patogumą, trumpą laukimo laiką, patogią paslaugos atlikimo vietą.
Patikimumas	Vartotojui svarbus pasitikėjimas paslaugos teikėju. Jis laukia, kad įmonė aptarnaus dėmesingai, lyg paslaugą atliktų pirmą kartą.
Kompensavimas	Vertindamas kokybę, vartotojas atsižvelgia į tai, ar paslaugos teikėjas suinteresuotas ieškoti išeities situacijai kontroliuoti, jei paslaugos teikimo metu atsitiko kas nors nenumatyta.
Reputacija ir kreditabilumas	Vartotojai didelę reikšmę teikia paslaugų įmonės pasirengimui pateikti vertę, adekvačią sumokėtiems pinigams.

Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal N. Langvinienę, B. Vengrienę. Paslaugų teorija ir praktika. 2005, p. 80-81.

Paslaugos gavėjų pagrindinius vertinimo kriterijus sudaro teikėjo veiklos pagrindinės charakteristikos: profesionalumas ir įgūdžiai, prieinamumas ir lankstumas, patikimumas, kompensavimas, reputacija ir kreditabilumas. Vadinasi, vartotojai, vertindami paslaugų kokybę, atsižvelgia ne tik teikėjo kvalifikaciją, bet ir į jo asmeninius sugebėjimus spręsti situacijas, problemas, gebėjimą mandagiai bendrauti. Paslaugos gavėjų nuomone, paslaugos vertė nustatoma pagal jos pateikimą, tinkamų sąlygų sudarymą jai gauti bei atsakingą teikėjo požiūrį.

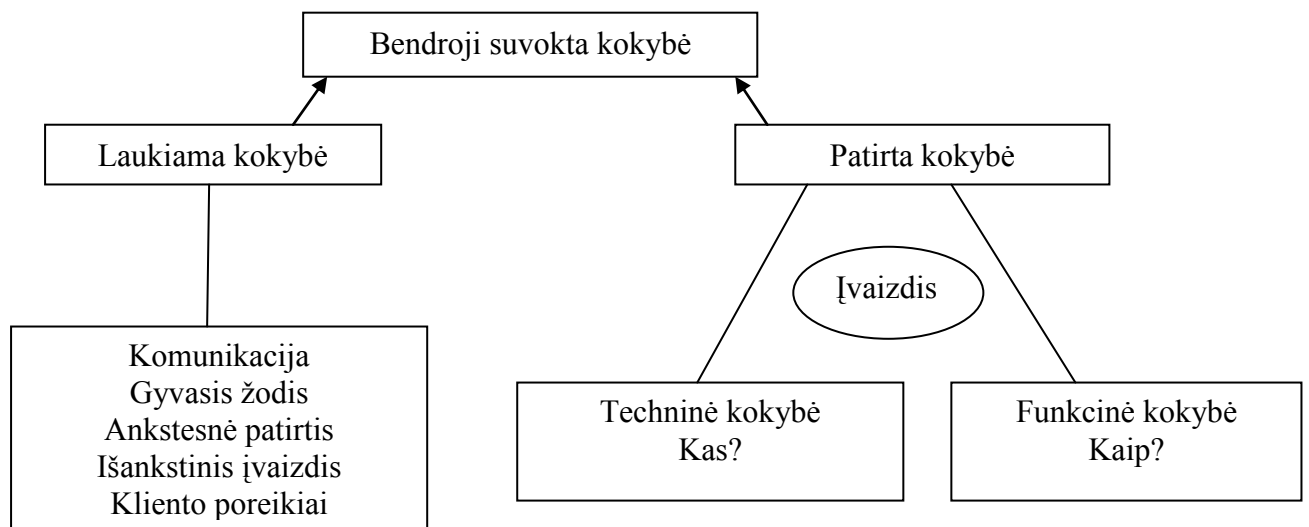
Langvinienė, Vengrienė (2005) nurodo ir išskiria vieną pagrindinių paslaugos kokybės vertinimo kriterijų – tai paslaugos suteikimo laiką. Mokslininkės teigia, kad „vartotojai paslaugą priima kaip kokybišką, jeigu jos teikimas neužtrunka, t.y. trunka tam tikrą laiką. Be to, vertinama ir tai, kad paslaugos vartojimas kainuotų ne minimaliai ar daug, o neperžengtų tam tikrų ribų“ (Langvinienė, Vengrienė, 2005, 81). Galima teigti, kad, teikiant paslaugą, svarbiausias yra teikėjo požiūris ir nuostata, kaip operatyviai ją suteikti, kad vartotojas būtų patenkintas, kaip suderinti kokybės ir kainos santykį, tinkamą potencialiam paslaugos gavėjui.

Pastebima, kad daugelis autorių komentuoja ir išskiria paslaugos prieinamumo ir pasirošimo padėti kriterijus. Tai rodo, kad paslaugų gavėjams reikšmingas paslaugos suteikimo laikas, operatyvus aptarnavimas, kuris nulemia ir paslaugų teikėjų požiūrį į vartotoją.

Tyrėjai pažymi, kad „socialinės paslaugos vertinamos pagal paslaugos teikėjo ir gavėjo santykių kokybę (plg. Šinkūnienė, Katkonienė, 2010; Išoraitė, 2007), atitikmenį tarp gavėjo reikalavimų ir to, kokios paslaugos faktiškai yra teikiamos (plg. Vareikytė, 2006), gavėjo pasitenkinimo suteiktomis paslaugomis laipsnį (plg. Megivern, 2007), paslaugos teikimo procesą“

(Indrašienė, Katkonienė, 2011, 268). Socialinių paslaugų įvertinimui Žalimienė (2003) pateikia paslaugų vertinimo tipus/lygmenis: individo – paslaugų gavėjo lygmuo, grindžiamas subjektyviu kliento požiūriu, vertinimu; socialinių paslaugų įstaigos lygmuo – įstaigos veiklos organizavimas garantuojant socialinį-ekonominį įstaigos veiklos efektyvumą ir savivaldybės lygmuo – paslaugų politikos pagrįstumas, perspektyvumas, šalies socialinių paslaugų sistemos teisinis aprūpinimas. Todėl teikiant integralias paslaugas, jų kokybės įvertinimas priklauso nuo tiesioginių gavėjų, nes tik jie gali nustatyti, ar paslauga kokybiška, ar ne. Paslaugų gavėjų ir jų artimųjų pasitenkinimas gautomis paslaugomis, anot Ulianskienės, Čiplienės (2012), vertinamas pagal du aspektus, vienas jų, garantavimas poreikio gauti pagalbą, kitas, atitiktis paslaugų gavėjų ir jų artimųjų poreikiams teikiamų paslaugų organizavimas ir asortimentas, teikimo laikas. Galime teigti, kad socialinių paslaugų gavėjas-vartotojas yra svarbiausias vertintojas, į kurio lūkesčius turi atsižvelgti paslaugos teikėjas.

Analizuojant socialinių paslaugų vertinimą, galima išskirti du pagrindinius subjektus, kurie dalyvauja teikiant ir vertinant paslaugą, tai vartotojas/individas ir paslaugos teikėjas. Vienu, ir kitu aspektu paslaugos kokybę konstruojama, atsižvelgiant į abiejų pusių charakteristikas.



2 pav. Bendrai suvokta paslaugos kokybė

Šaltinis: Bagdonienė, Hopenienė. Paslaugų marketingas ir vadyba. 2004, p. 105.

Laukiant paslaugos, gavėjo sąmonėje konstruojamas tikėtinos gauti paslaugos vaizdas, kurį sukuria tai, kas jau yra žinoma, to, ko norėtų pats klientas, tas, kas yra kalbama, kokia informacija skleidžiama apie paslaugą. Tačiau ne visada gavėjo taip laukiama kokybė pateisina jo lūkesčius. Bendrai suvokiamą paslaugos kokybę lemia laukiama ir patirta kokybė (2 pav.). Laukiama kokybė yra kelių veiksnių funkcija, o patirtos kokybės dimensijos (techninė ir funkcinė) atspindi rezultato ir proceso kokybę (Bagdonienė, Hopenienė, 2004, p. 107; Langvinienė, Vengrienė, 2005, p. 78). Dažnai susikurtas laukiamos paslaugos įvaizdis gavėjo sąmonėje susikuriamas per daug teigiamas

arba per daug neigiamas, todėl gaunamas atvirkštinis rezultatas. Žinoma, pasitaiko atveju, kada gavėjo susikurti lūkesčiai apie paslaugą sutampa su gautu rezultatu, su patirtimi. Vadinasi, paslaugos kokybė pateisina visus gavėjo lūkesčius. Todėl gavėjo socialinių paslaugų lūkesčių atitikimas sietinas pasitenkinimo lygmeniu, t.y. kuo vartotojas yra labiau patenkintas suteikta pagalba, tuo paslauga yra geresnė, vadinasi, tuo mobili komanda kokybiškiau atliko savo darbą.

Paslaugos gavėjo laukiamus lūkesčius apie paslaugą formuoja keletas veiksnių: *komunikacija, gyvasis žodis, ankstesnė patirtis, išankstinis įvaizdis, kliento poreikiai*. Kokybės vertinimo komisija (1999) suformulavo tokius veiksnius, įtakojančius lūkesčius: *asmeniniai poreikiai*, kuriuos būtina suvokti ir kinta priklausomai nuo paslaugų; *ankstesnė patirtis*, kuri įtakos analogiškų paslaugų patirtis; *žodinė komunikacija*, suformuos lūkesčius informacija iš paslaugų teikėjo; *išsami informacija apie paslaugą*, pateikiama darbuotojų informacija arba informaciniuose lankstinukuose ar kitoje reklaminėje medžiagoje; numanoma informacija apie paslaugą. Lūkesčius dėl viešųjų paslaugų įtakoja ne tik tiesioginė informacija apie paslaugą ar net masinės informacijos priemonių teikiama informacija apie pačią paslaugą, bet ir bendra valdžios institucijų reputacija (Europos vartotojų pasitenkinimo valdymo vadovas, 2010, p. 22).

Autoriai nemažą reikšmę suteikia emociniams išgyvenimams, kaip vienam iš kriterijų, lemiančiam pasitenkinimą. Edvardsson ir kt. (2005) savo straipsnyje aptarinėjo emocijų įtaką paslaugų kokybei. Analizėje rėmėsi kitų autorių išsakytomis mintimis: Mano, Oliver (1993) - pasitenkinimas paslaugomis natūraliai susijęs su pažintiniais sprendimais ir emocinėmis reakcijomis; Cronin (2000) - pasitenkinimo pagrindiniu atributu laikomos emocijos, įtrauktinos kaip komponentai į vertinimo modelius; Wong (2004) – neigiamos emocijos turi stipresnį poveikį pasitenkinimui, nei teigiamos. Edvardsson ir kt. (2005) priėjo išvados, jog palanki ir nepalanki vartotojų patirtis, teigiamos ir neigiamos emocijos, turi vis didesnę poveikį formuojant suvoktą paslaugų kokybę.

Suvokimo ir lūkesčių vaidmuo analizuojami naudojant *Servqual* modelį, parengtą Parasuraman, Zeithaml ir Berry (1988). *Servqual* – tai paslaugų kokybės įvertinimo priemonė, įvertinanti tiek paslaugų suvokimą, tiek lūkesčius per įvairias paslaugų charakteristikas. Paslaugų gavėjo lūkesčių išaiškinimui pritaikomi universalieji pirminiai *Servqual* metodikos kokybės kriterijai: pasitikėjimas, kompetentingumas, reagavimas, patikimumas, prieinamumas, paslaugumas, komunikabilumas, saugumas, vartotojo pažinimas, apčiuopiamumas. Visi šie paslaugos savybės-kokybės vertinimo kriterijai padeda nustatyti gavėjo lūkesčius. *Lūkesčiai* apibrėžtini, „kaip minimalus, toleruotinas ar priimtinas paslaugų lygis ir pelnytas lygis (paslaugų lygis, remiantis laiko, pastangų ir (arba) piniginių investicijomis)“ (Europos vartotojų pasitenkinimo valdymo vadovas, 2010, p. 21). Visų pirma, gavėjas, gaudamas paslaugą turi pasitikėti įstaiga, jos personalu, specialistais, patikėti jų kompetencija ir išmanymu. Gavėjas, vertindamas jam suteiktą paslaugą,

atkreipia dėmesį į esminį paslaugos suteikimo procesą, kuris parodo, kaip specialistai (socialiniai darbuotojai, slaugos specialistai, savanorių komanda ir kt.) geba reaguoti, kaip operatyviai ir tikslingai atlieka užduotis, ar mobilios komandos bendravimo kultūra yra aukšto lygio, į kurią įeina paslaugumas, prieinamumas, komunikabilumas. Kompleksinis paslaugų gavėjo požiūris suponuoja nuomonę apie paslaugos suteikimą (vertinimas apie darbuotojų profesionalumą, jų įgūdžius, elgseną, paslaugos prieinamumą, lankstumą, patikimumą, bendrą reputaciją ir kt.). Galdikienė (2010) pasitenkinimą sieja su kliento vertybių gerbimu, teikiant prioritetą išreikštiems jo poreikiams, informavimu ir mokymu, fiziniu komfortu ir emociniu palaikymu, baimės bei nerimo mažinimu, artimųjų įtraukimu į paslaugų teikimą ir paslaugų tęstinumu.

Paslaugos kokybės matas – tai gauta parama, paslaugų vartotojo pasitenkinimas gauta paslauga, kai patenkinami jų poreikiai ir išpildomi lūkesčiai. Paslaugų vertinimas remiasi paslaugų gavėjų – išorinių vartotojų subjektyviu požiūriu, nuomone per struktūros, proceso ir rezultato lygmenis. Kokybė vertinama multidimensiniais kriterijais, kurie suformuoja suvokimą ir pajautimą apie gautą paslaugą.

2. INTEGRALIOS PAGALBOS ASMENS NAMUOSE DIEGIMAS VILNIAUS MIESTE

Remiantis socialinių paslaugų gavėjų Vilniaus m. savivaldybėje statistiniu pasiskirstymu, galima teigti, kad socialinių paslaugų asmens namuose diegimas Vilniaus miesto savivaldybėje nuo 2000 iki 2012 metų plečiasi ir atitinkamai didėja paslaugų gavėjų skaičius (6 lentelė).

6 lentelė

Socialinių paslaugų namuose gavėjai Vilniaus m. savivaldybėje

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
622	702	702	813	848	1046	1028	1130	1861	3016	3215	3241	3183

Šaltinis: LR Statistikos departamentas

Tuo tarpu integralios pagalbos, kuri užtikrintų socialinių paslaugų kompleksiskumą, asmens namuose diegimas daugelyje rajonų, savivaldybių šiandieną svarbus socialinių paslaugų plėtros įvykis. Kaip nurodoma Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos pranešime, integralios pagalbos asmens namuose „bandomieji projektai bus įgyvendinami 21 savivaldybėje: Anykščių, Biržų, Kauno, Kretingos, Pasvalio, Radviliškio, Raseinių, Šakių, Šilalės, Šilutės, Tauragės, Telšių, Trakų, Ukmergės, Vilkaviškio rajonų, Alytaus, Klaipėdos Šiaulių, Visagino, Vilniaus miestų bei Elektrėnų savivaldybėse“ (Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, 2012). Vienas iš bandomųjų integralios pagalbos asmens namuose projektų įgyvendinamas ir Vilniaus mieste.

2.1. Integralios pagalbos asmens namuose paslaugų organizavimo Vilniaus mieste ypatumai

Atsižvelgiant į Lietuvos Respublikos vietos savivaldos įstatyme apibrėžtas savivaldybių savarankiškas ir valstybės perduotas savivaldybėms funkcijas, savivaldybės rengia ir tvirtina socialinių paslaugų planą, rengiamą kasmet. Vilniaus miesto savivaldybė Vilniaus miesto savivaldybės tarybos 2013 m. gegužės 15 d. sprendimu Nr. 1-1224 patvirtino Vilniaus miesto savivaldybės 2013 metų socialinių paslaugų planą. Plane analizuojami socialinių paslaugų poreikius sąlygojantys veiksniai pagal išskirtas socialines grupes, tarp jų ir senyvo amžiaus ir neįgalūs asmenys.

Šiame dokumente, atskiru skyriumi, numatyti uždaviniai ir priemonės, kurių vienas uždavinys siejamas su pagalbos į namus paslaugų organizavimu senyvo amžiaus ir neįgaliesiems asmenims. Suplanuota teikti ne tik paslaugas į namus 1350 asmenų, dienos globos paslaugas namuose - 70, bet ir integralios pagalbos paslaugas asmens namuose 100 asmenų bei numatytos lėšos šioms paslaugoms užtikrinti. Ketinama Socialinės paramos skyriaus lėšomis finansuoti 2013 metų

projektuose dalyvaujančių nevyriausybinų organizacijų, teikiančių slaugos paslaugas asmens namuose 120 asmenų.

Vilniaus mieste 2012 m. slaugos paslaugas neįgaliems, senyvo amžiaus asmenims teikė kelios nevyriausybines organizacijos – Lietuvos Raudonojo Kryžiaus draugijos Vilniaus skyrius (120 asmenų), Maltos ordino pagalbos tarnyba (45 asmenys), sutrikusio intelekto žmonių globos bendrijos „Vilniaus Viltis“ (21 asmuo), sutrikusio intelekto žmonių globos bendrija „Vilniaus Viltis“ Paslaugų šeimai tarnyba (16 asmenų). Prie šių paslaugų plėtros prisideda ir verslo įmonė „Medcare providers“, dirbanti socialinės paramos srityje, teikianti slaugos ir socialinės priežiūros paslaugas kliento namuose Vilniaus mieste ir rajone.

Dienos socialinės globos paslaugas Vilniaus gyventojams nuo 2011 m. birželio mėn. teikia Socialinės paramos centras. Norint patenkinti ir slaugos poreikį, bendradarbiauta su Lietuvos Raudonojo Kryžiaus draugijos Vilniaus skyriumi bei VšĮ Centro poliklinikos Slaugos, paliatyvios medicinos ir socialinių paslaugų klinika, teikiančia paslaugas 200 asmenų. Ši klinika savo veiklos specifika išsiskiria iš kitų ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigose teikiamomis paslaugomis, plėtodama visokeriopą pagalbą lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams namuose, derinant gydytojo, slaugytojo, slaugytojo padėjėjo bei socialinio darbuotojo paslaugas.

Vilniaus miesto savivaldybės socialinių paslaugų plėtros vizijoje 2013–2015 metams, numatoma kurti *socialinių paslaugų sistemą senyvo amžiaus ir neįgaliesiems asmenims*, išplečiant dienos socialinės globos paslaugų spektrą: asmenims su sunkia negalia asmens namuose; pagalbos į namus paslaugų masto / apimčių didinimas; slaugos paslaugų į namus plėtojimas, apimčių didinimas; globos ir slaugos modelių įvairovės didinimas; integruotų paslaugų namuose modelių kūrimas bei socialinių įmonių kūrimo skatinimas. Prognozuojama 2013-2015 m. 170 asmenų su sunkia negalia organizuoti dienos socialinės globos (ilgalaikės socialinės priežiūros) namuose paslaugas (Vilniaus miesto savivaldybės 2013 metų socialinių paslaugų planas, 2013).

Socialinių paslaugų plano įgyvendinimo priežiūra pavesta Savivaldybės administracijos Socialinių reikalų ir sveikatos departamento Socialinės paramos skyriui.

Savivaldybė, besirūpindama vyresnio amžiaus asmenų priežiūra ir jiems teikiamų paslaugų kokybe, parengė ir patvirtino Vyresnio amžiaus asmenų priežiūros 2012-2020 metų strategiją (2012). Šioje strategijoje savivaldybė numato kurti tris integruotus slaugos ir globos modelius, vienas jų, kai slaugos ir paliatyvios slaugos paslaugas teiks sveikatos priežiūros įstaigos (3-4 kartus didinant įkainius), antras – pagalbos namuose ir slaugos paslaugas teikia socialinės paramos centrai, privatūs integruotų paslaugų teikėjai, trečias – slaugos paslaugas teiks nevyriausybines organizacijos. Ketinama parengti tvarką, kurią remiantis socialiniai darbuotojai bus įpareigoti kontroliuoti šeimas, kaip tikslingai jos panaudoja gautas slaugos išmokas ir kaip vyksta slaugos

procesas. Strategijoje numatyta steigti naują institutą – Seno žmogaus apsaugos kontrolieriaus etatą Vilniaus miesto savivaldybėje.

Vyresnio amžiaus asmenų priežiūros 2012–2020 metų strategijos įgyvendinimui parengtas Veiksmų planas (2013), kuriame numatyti strategijos tikslų įgyvendinimo priemonės, vykdytojai, nustatyti įvykdymo terminai bei numatytos lėšos.

Integralios pagalbos asmens namuose dienos socialinės globos ir slaugos paslaugų teikimas Vilniaus mieste bus organizuojamas, remiantis Vilniaus miesto savivaldybės sprendimu patvirtintais dokumentais. Kadangi integralios pagalbos projekte numatoma padengti slaugos ir kineziterapijos išlaidas projekto lėšomis ir jos bus teikiamos nemokamai, tai pravartu aptarti kokiomis sąlygomis bus apmokamos dienos socialinės globos paslaugos. *Mokėjimo už socialines paslaugas tvarkos aprašas*⁵, reglamentuoja Vilniaus miesto gyventojų mokėjimo už tam tikrų rūšių socialines paslaugas tvarką, nustato mokėjimo dydžius bei jų sumažinimo sąlygas, atleidimo nuo mokėjimo už socialines paslaugas atvejus ir kitas sąlygas. Vilniaus mieste paslaugos finansuojamas iš savivaldybės biudžeto ar savivaldybės biudžetui skiriamų Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto specialiųjų tikslinių dotacijų socialinėms paslaugoms organizuoti. Mokėjimo už dienos socialinę globą dydis nustatomas atsižvelgiant į asmens pajamas, o mokestis už asmeniui suteiktą dienos socialinę globą asmens namuose nustatomas per mėnesį suteiktų dienos socialinės globos valandų skaičių dauginant iš patvirtintos dienos socialinės globos valandos kainos ir dauginant iš 0,5. Mokestis negali būti didesnis nei 20 procentų pajamų asmens, gyvenančio vieno. 20 proc. taip pat mokama, kai asmuo gyvena su šeima ir jos pajamos vienam asmeniui neviršija trigubo dydžio valstybės remiamų pajamų (toliau – VRP). Jei šeimos pajamos viršija VRP trigubą dydį, tai mokestis už vieno mėnesio dienos socialinės globos paslaugas sudaro 30 proc. asmens pajamų.

Socialinių paslaugų poreikis nustatomas pagal *Suaugusio asmens (šeimos) socialinių paslaugų poreikio nustatymo ir skyrimo tvarkos aprašą*⁶. Šis aprašas taikomas nustatant individualų socialinių paslaugų poreikį Vilniaus miesto gyventojams, pageidaujantiems gauti socialines paslaugas Savivaldybės tarybos įsteigtose socialinių paslaugų įstaigose. Sprendimą dėl globos paslaugų skyrimo priima Savivaldybės administracijos Socialinių reikalų ir sveikatos departamento Socialinės globos skyrimo komisija.

Pagal nustatytus specialiuosius poreikius teikiama dienos socialinė globa pagal Dienos socialinės globos teikimo asmens namuose tvarkos aprašą⁷, kuris reglamentuoja dienos socialinės

⁵ Mokėjimo už socialines paslaugas tvarkos aprašas, patvirtintas Vilniaus miesto savivaldybės tarybos 2006 m. gruodžio 6 d. sprendimu Nr. 1-1456 (Vilniaus miesto savivaldybės tarybos 2011 m. vasario 18 d. sprendimo Nr. 1-1992 redakcija)

⁶ Suaugusio asmens (šeimos) socialinių paslaugų poreikio nustatymo ir skyrimo tvarkos aprašas, patvirtintas Vilniaus miesto savivaldybės administracijos direktoriaus 2007 m. spalio 25 d. įsakymu Nr. 30-2037 (Vilniaus miesto savivaldybės administracijos direktoriaus 2011 m. lapkričio 17 d. įsakymo Nr. 30-1645 redakcija).

⁷ Dienos socialinės globos teikimo asmens namuose tvarkos aprašas, patvirtintas Vilniaus miesto savivaldybės tarybos 2013 m. liepos 24 d. sprendimu Nr. 1-1394.

globos asmens namuose teikėjus ir gavėjus, poreikio nustatymo, dienos socialinės globos skyrimo, sustabdymo ir nutraukimo Vilniaus mieste tvarką, paslaugų sąrašą ir ginčų nagrinėjimą. Dokumente teigiama, kad projekto „Integralios pagalbos teikimas Vilniaus mieste“ vykdymo laikotarpiu dienos socialinės globos gavėjams bus teikiama integrali pagalba - socialinė globa ir slauga. Slaugos ir kineziterapijos paslaugos asmens namuose teikiamos pagal patvirtintą sąrašą⁸. Tačiau Vilniaus miesto savivaldybė nėra apibrėžusi bendros integralios pagalbos socialinės globos ir slaugos paslaugų organizavimo ir teikimo tvarkos.

Savivaldybė remdamasi savo kompetencija nustato socialinių paslaugų organizavimo Vilniaus mieste tvarką, o įgyvendina Vilniaus miesto Socialinės paramos centras, vykdydamas jam pavestas funkcijas teikti socialinę paramą Vilniaus miesto gyventojams, kurie negali savarankiškai rūpintis savo asmeniniu (šeimos) gyvenimu ir kuriems būtina pagalba, tenkinant jų būtinuosius poreikius ir sprendžiant socialines problemas. Ši įstaiga, siekdama plėsti teikiamų paslaugų formas bei apimtis, pateikė paraišką dalyvauti Europos socialinio fondo agentūros paskelbtame konkurse gauti finansavimą pagal Lietuvos 2007–2013 m. Žmogiškųjų išteklių plėtros veiksmų programos I prioriteto „Kokybiškas užimtumas ir socialinė aprėptis“ priemonę Nr. VP1-1.1-SADM-04-K „Darbo ir šeimos įsipareigojimų derinimas: integralios pagalbos plėtra“. Gavus lėšas iš Europos socialinio fondo, prasidėjo integralios pagalbos asmens namuose paslaugų organizavimas. Ši Europos Sąjungos parama paskirstyta trejiems metams slaugos specialistų darbo užmokesčiui, specialaus transporto įsigijimui, jo eksploatacijoje išlaidoms, techninės pagalbos ir slaugos priemonėms, specialistų mokymų organizavimui.

Socialinės paramos centras besirengdamas išnaudoti pagal priemonę gautą finansavimą į 2013 m. darbo planą įtraukė projekto „Integralios pagalbos teikimas Vilniaus mieste“ įgyvendinimą bei numatė būtinas veiklas. Besirengiant šio projekto diegimui, buvo numatytas pasiruošimo etapas, susipažįstant su socialinių paslaugų ir sveikatos priežiūros įtaigų gerąja praktika, pažangiomis priemonėmis, apsilankant VšĮ Respublikinėje Vilniaus psichiatrijos ligoninės socialinės pagalbos skyriuje ir VšĮ Vilkpėdės slaugos ligoninėje.

Projektas „Integralios pagalbos teikimas Vilniaus mieste“ padėtas vykdyti Vilniaus miesto socialinės paramos centrui 2013 m. gegužės 13 d. pasirašius su Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija ir Europos socialinio fondo agentūra projekto finansavimo ir administravimo sutartį (Nr. VP1-1.1-SADM-14-V-01-004).

Organizuojant integralią pagalbą Vilniaus mieste, visas dėmesys skiriamas apleistai socialinės veiklos sričiai, globai ir slaugai asmens namuose, visapusių asmenų poreikių tenkinimui, sukuriant konkrečius integralios pagalbos modelius. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo

⁸ Slaugos ir kineziterapijos paslaugų, teikiamų paciento namuose, sąrašas, patvirtintas Vilniaus miesto savivaldybės administracijos Socialinių reikalų ir sveikatos departamento direktoriaus 2013 m. rugsėjo 9 d. įsakymu Nr. A15-1635-(2.1.4-SR).

ministro 2012 m. gruodžio 10 d. įsakyme Nr. A1-562 patvirtinančiame Valstybės projektų, finansuojamų pagal 2007-2013 m. žmogiškųjų išteklių plėtros veiksmų programos 1 prioriteto „Kokybiškas užimtumas ir socialinė aprėptis“ VP1-1.1-SADM-14-V priemone „Darbo ir šeimos išipareigojimų derinimas: integralios pagalbos plėtra“, sąrašo Nr. VP1-1.1-SADM-14-V-01, pateikiami visų bandomųjų savivaldybių, dalyvaujančių integralios pagalbos asmens namuose, aprašai. Teikiamo ir įgyvendinamo projekto „Integralios pagalbos teikimas Vilniaus mieste“ tikslas yra sukurti ir plėtoti integralios pagalbos (socialinės globos ir slaugos paslaugų) namuose modelį Vilniaus mieste, siekiant teikti kompleksinę pagalbą neįgaliesiems ir senyvo amžiaus asmenims bei padėti šeimos nariams, prižiūrintiems savo artimuosius, derinti šeimos ir darbo išipareigojimus. Projekto Vilniaus mieste įgyvendinimui svarbūs du pagrindiniai veiksniai, savybės, padėsiančios patobulinti socialinės globos ir slaugos paslaugas asmens namuose senyvo amžiaus ir neįgaliesiems asmenims bei jų šeimos nariams, tai integruotumas ir kompleksiskumas. Vykdamas projekto planą, akcentuojant integruotumą, siekiama jungti visus specialistus (socialinius darbuotojus, slaugytojus, jų padėjėjus ir kt.) bendram darbui, kompleksinių paslaugų teikimui. Projekto tikslų pasiekimui numatyti uždaviniai bei jų realizavimo rezultatai.

Nurodomi tokie bandomojo projekto, vykstančio Vilniaus mieste, uždaviniai:

- teikti integralią pagalbą (socialinės globos ir slaugos paslaugas) neįgaliesiems Vilniaus miesto gyventojams ir senyvo amžiaus asmenims;
- teikti konsultavimo paslaugas šeimos nariams, prižiūrintiems savo artimuosius;
- skatinti neformalią pagalbą, įtraukiant į integralios pagalbos teikimą savanorius ir bendruomenės narius.

Konstruojami projekto įgyvendinimo uždaviniai, skildami į tris svarbiausias veikimo kryptis, sugrupuoja ir esmines integralios pagalbos asmens namuose veiklas. Išsikeltuose uždaviniuose fiksuojami svarbiausi integralios asmens pagalbos namuose socialinių paslaugų gavėjai: senyvo amžiaus asmenys, neįgalieji ir šeimos nariai, prižiūrintys artimuosius. Ypatinę vietą projekto įgyvendinimo metu užima neformalios pagalbos telkimas, jos skatinimas. Bendruomenės narių ir savanorių telkimas, jų integravimas, padaro juos svarbia komandos dalimi. Jie, nors ir būdami ne specialistai, neperimdami specialistų darbo, turi savo veiklos sferą, per kurią įgyvendina savuosius tikslus, numatymus. Vadinasi, įvairių sričių specialistai, savanoriai ir bendruomenės nariai sudarys mobilios komandos personalą.

Apibendrinant, galima teigti, Vilniaus mieste pagrindinė socialinių paslaugų organizatorė Vilniaus miesto savivaldybė, analizuojanti gyventojų poreikius, planuojanti ir skirianti lėšas socialinių paslaugų teikimui, išskirdama prioritетines paslaugas visuomenės grupėms ar asmenims. Savivaldybė pagal savo kompetenciją rengia socialinių paslaugų teikimo strategijas, planus, programas, bei jas įgyvendina bendradarbiaudama socialinių paslaugų teikėjais. Savivaldybė

steigia socialinių paslaugų teikimo struktūrinius vienetus, kaip Vilniaus miesto socialinė paramos centras, kuris teikia socialines paslaugas Vilniaus miesto gyventojams, negalintiems savarankiškai pasirūpinti asmeniniu (šeimoms) gyvenimu. Centras, atliepdamas visuomenės poreikius bei plėtodamas teikiamų paslaugų rūšis bei apimtį, gavo finansavimą vykdyti priemonę „Darbo ir šeimos įsipareigojimų derinimas: integralios pagalbos plėtra“ diegiant slaugos paslaugų teikimą namuose, derinant su globos paslaugomis, bei konsultuojant šeimos narius apie artimųjų priežiūrą.

2.2. Integralios pagalbos asmens namuose diegimas instituciniame lygmenyje

Integralios pagalbos asmens namuose diegimas tai inovacija, kuria bus siekiama teikti integruotas slaugos ir globos paslaugas asmens namuose, sukuriant šių paslaugų teikimo pavyzdinius modelius, kuriais galės remtis socialinės paslaugas organizuojančios ir teikiančios įstaigos.

Vilniaus miesto socialinės paramos centro vykdomo projekto „Integralios pagalbos asmens namuose“ pagrindinius veiklos orientyrus galima suskirstyti į kelis svarbiausius etapus. Pirmąjį veiklos etapą sudarytų mobilios komandos sudarymas, darbuotojų-specialistų apmokymas. Antrąjį, pagrindinį veiklos etapą sudaro integralios pagalbos teikimas neįgaliesiems ir senyvo amžiaus asmenims, konsultacijos jų šeimos nariams. Trečiajame etape siekiama savanorių ir kitų asmenų integravimo, jų pagalbos integralios pagalbos asmens namuose teikimo procese. Integralios pagalbos Vilniaus mieste diegimas numatytas per suplanuotas veiklas, kurios suformuotos projekto paraiškoje, o veiklų įgyvendinimo rezultatai stebimi pagal rodiklius. Projekto pagrindinės veiklos orientuojamos į:

- mobilių komandų sukūrimą, įtraukiant į socialinį darbą dirbančiųjų komandą slaugos, esant reikalui, reabilitacijos specialistus;
- mobilių komandų darbuotojų ir savanorių mokymą;
- integralios pagalbos (socialinės globos ir slaugos) namuose neįgaliesiems asmenims ir senyvo amžiaus asmenims bei konsultacinės pagalbos šeimos nariams, prižiūrintiems šiuos asmenis teikimą;
- skatinimą ir palaikymą neformalios pagalbos, savanorių ir bendruomenės narių įtraukimą į integralios pagalbos organizavimą ir teikimą.

Viena iš projekto veiklų yra lankomosios priežiūros specialistų mokymai, kuomet juos baigus bus suteikta slaugytojo padėjėjo kvalifikacija ir specialistai galės dirbti kaip universalūs darbuotojai. Išklause reikiamus slaugytojų padėjėjų kursus ir gavę sertifikatus, galės teikti minimalias sveikatos priežiūros paslaugas vyresniojo amžiaus asmenims, globojamiems namuose. Naujų kompetencijų specialistams pagal programą „Slaugytojų padėjėjų mokymai“ įgyti padeda Vilniaus Žirmūnų darbo rinkos mokymo centras, laimėjęs konkursą organizuoti kvalifikacijos kėlimą. Mokymus turėtų

baigti 48 specialistai. Kvalifikacijos kėlimo renginiai numatyti per tris etapus. Pirmajam etapui pasibaigus 2013 m. rugpjūčio 12 d. slaugytojo padėjėjo kvalifikaciją įgijo 10 asmenų, antruoju etapu 2013 m. spalio 18 d. mokymus baigė 19 specialistų. Numatoma apmokyti dar vieną grupę, kurie mokymus baigtų 2013 m. gruodžio 20 d.

Integruotų paslaugų diegimas yra inovatyvi paslauga, kuomet paslaugų vartotojas kreipdamasis į socialinių paslaugų įstaigą gaus ne tik socialines paslaugas, dienos globą, bet ir slaugos paslaugas, jam nereikės būtinų specialistų pagalbos ieškoti kitoje institucijoje ar samdyti privatų asmenį. Žinoma, šias paslaugas galima teikti bendradarbiaujant su sveikatos priežiūros įstaigomis, tačiau šių teikėjų bendradarbiavimas nėra vaisingas. Todėl, integralios pagalbos teikimui Vilniaus miesto socialinės paramos centras įdarbino bendrosios praktikos ar bendruomenės slaugytojus, slaugytojų padėjėjus bei reabilitacijos specialistus, tokiu būdu mobilizuodamas visus galimus išteklius ir siekdamas išbandyti šios naujovės pritaikomumą ir veiksmingumą. Suplanuota įdarbinti 29 slaugytojų padėjėjus. Įdarbinimas vykdomas pagal trišalę sutartį tarp Vilniaus miesto Socialinės paramos centro, Vilniaus teritorinės darbo biržos ir Vilniaus Žirmūnų darbo rinkos mokymo centro. Pagal sutartyje numatytas sąlygas, Vilniaus teritorinė darbo birža skelbia apie laisvas darbo vietas ir atrenka būsimus kandidatus, Socialinės paramos centras organizuoja darbuotojų priėmimo konkursus, o priimtus darbuotojus apmoko Vilniaus Žirmūnų darbo rinkos mokymo centras pagal „Slaugytojų padėjėjų mokymų“ programą. Slaugytojų padėjėjams aukšti reikalavimai išsilavinimui nekeliami, jie turėtų būti įgiję vidurinę išsilavinimą. Specialistai pabaigę mokymus įgaus kvalifikaciją, išduotas neformaliojo mokymo kursų baigimo pažymėjimas. Mobilią komandą turėtų papildyti keturi slaugytojai, turintys bendrosios praktikos ar bendruomenės slaugytojo kvalifikaciją bei licenciją verstis bendrąja slaugos praktika pagal medicinos normoje nustatytą kompetenciją, bendradarbiauti ir dirbti komandoje su kitais asmens sveikatos priežiūros specialistais, socialiniais darbuotojais, jų padėjėjais bei kitų sričių specialistais. Darbo rašymo metu įdarbinti du slaugytojai. Socialinių paslaugų į namus, pagrindinis integralios pagalbos teikėjas ir darbuotojų atrankos organizatorius, patyrė sunkumų ieškant darbuotojų. Per kelis mėnesius nepavyksta pilnai sukomplektuoti mobiliųjų komandų, dar vis trūksta slaugytojų padėjėjų bei slaugytojų.

Mobilios komandos nariams priskiriami ir reabilitacijos specialistai. Socialinės paramos centre jau įsidarbino du kineziterapeutai, turintys profesinę kvalifikaciją ir galintys verstis šia praktika sveikatos priežiūros įstaigose, turinčiose licenciją teikti medicininės reabilitacijos paslaugas bei savarankiško gyvenimo namuose, globos įstaigose, administraciniuose vienetuose ir pan. (Medicinos normos MN 124:2004).

Kaip jau minėta, integralią pagalbą asmens namuose teiks mobilios specialistų komandos. Siekiamybėje numatyta suformuoti 10 komandų, kurios jau teikia paslaugas. Kol kas jos nepilnai

sukomplektuotos, nepakanka slaugytojų ir jų padėjėjų. Mobilijų komandų sukūrimas projekte numatytas nuo 2013 m. birželio mėn. iki 2014 m. balandžio mėn. Taigi, tikimasi, kad per šį laikotarpį pavyks atrinkti darbuotojus bei suteikti jiems profesinių žinių. Dirbant kelių darbuotojų komandai, asmeniui bus suteiktos savalaikės ir kokybiškos kompleksinės paslaugos. Projekto vykdymo metu, bus stebima ar pasiteisins įvesta nauja pareigybė - universalus darbuotojas, gebantis atlikti socialines ir sveikatos priežiūros paslaugas, ar visgi geriau, kai paslaugos teikimas išskaidomas į sritis, t.y. socialinę, atsakingas lankomosios priežiūros specialistas, ir slaugos paslaugas, teikiantis slaugytojo padėjėjas.

Suformuotos mobilios komandos integruotą pagalbą teiks senyvo amžiaus ir neįgaliems asmenims. Viso projekto metu, nuo jo pradžios iki jo pabaigos 2015 m. rugsėjo 29 d., numatoma aptarnauti 100 paslaugų gavėjų (kaupiamasis balas). Paslaugos pradėtos teikti vienu mėnesiu anksčiau, nei buvo numatyta pagal projektą, nuo 2013 m. rugpjūčio mėn. Paslaugos teikiamos 70 paslaugų vartotojų, iš kurių 64 senyvo amžiaus, 6 neįgalieji. Įvertinus socialinį ir fizinį savarankiškumą 45 paslaugų gavėjams, dienos globos paslaugos dotuojamos iš valstybės biudžeto. Apie galimybę gauti integralią pagalbą namuose paslaugų gavėjai buvo informuoti keliais būdais. Vienus, gavusius pagalbą į namus, dienos globą, informavo socialinių darbuotojai ar lankomosios priežiūros specialistai, kiti apie šias paslaugas sužinojo besigydydami ligoninėse, slaugos ligoninėse ar iš asmens pirminės sveikatos priežiūros įstaigos gydytojo. Dar galima išskirti grupę asmenų, kuriais pasirūpino artimieji, suradę informacijos apie inovatyvių paslaugų teikimą.

Kadangi projektas vykdomas pagal 2007-2013 m. Žmogiškųjų išteklių plėtros veiksmų programos 1 prioriteto „Kokybiškas užimtumas ir socialinė aprėptis“ priemonę „Darbo ir šeimos išpareigojimų derinimas: integralios pagalbos plėtra“, vertėtų skirti dėmesį savo artimą prižiūrintiems ir slaugantiems šeimos nariams, kurie neretai palieka darbą, praranda pajamas ir darbinius įgūdžius. Šeimos nariai akis į akį susiduria su gyvenimo realybe, kai šeimoje atsiranda prižiūrimas ar slaugomas asmuo, kuomet priversti pasirūpinti savo artimuoju, nors šiai užduočiai nėra pasirengę. Projektinėje veikloje numatyta nuo 2013 m. lapkričio mėn. iki projekto pabaigos konsultuoti artimuosius ir organizuoti 8 grupines konsultacijas po 3 val. 35 šeimos nariams. Užsiėmimų metu bus suteikiamos žinios, ugdomi įgūdžiai kaip prižiūrėti ir slaugyti senyvo amžiaus ir neįgalius asmenis. Pradiniame integralios pagalbos teikimo etape renkama informacija apie šeimos ir jų narių pageidavimus ko norėtų sužinoti ar išmokti šiuose mokymuose, kokios temos jiems aktualios, kokių žinių labiausiai trūksta. Remiantis atlikta analize bus surinkta atitinkama grupė ir nustatytos mokymų, konsultacijų temos. Kviesti ekspertus, kurie galėtų suteikti informacijos apie artimųjų slaugos galimybes namuose, nenumatyta. Pirmuosiuose mokymuose dalyvavo 12 šeimų narių. Paskaitos skaitytos apie Vilniaus mieste teikiamas socialines paslaugas, apie Lietuvos slaugos sistemą, kurias vedė socialiniai darbuotojai. Slaugytoja supažindino su vaistų

vartojimo principais ir jų poveikiu vyresnio amžiaus žmonėms (farmakoterapija), kineziterapeutė pasakojo apie judėjimo naudą sveikatai.

Projekto veiklose numatoma į integralios pagalbos organizavimą ir teikimą pritraukti savanorius ir bendruomenės narius. Savanoriai (20 asmenų) į veiklą bus įtraukiami per nevyriausybinę organizaciją „Caritas“, skatinami studentai dalyvauti savanoriškoje veikloje prižiūrint pagyvenusius asmenis. Numatyta susirinkimų, susitikimų ar renginių metu platinti informaciją apie galimybę savanoriauti. Pirmieji mokymai savanoriams suplanuoti 2014 m. sausio mėn. Savanorių pagalba bus pasitelkiama senolių laisvalaikio organizavimui: renginių lankymui, nuvykti į bažnyčią, koncertą ar teatrą, ar paprasčiausiai retkarčiais sudaryti sąlygą pačiam asmeniui, padedant savanoriui, apsilankyti prekybos centre. Savanoriai daugiau laiko skirs bendravimui, knygos skaitymui, kadangi darbuotojams nepakanka laiko atlikti visiems numatytiems darbams.

Bendruomenės narių įtraukimas į neformalią pagalbą vyksta nuolatos, pradedant nuo pirminių poreikių vertinimo, kai socialinis darbuotojas domisi artimiausia aplinka, galinčia padėti pasirūpinti senyvo amžiaus asmeniu ar neįgaliuoju. Užmezgami ir palaikomi kontaktai su kaimynais, draugais ar pažįstamais, motyvuojami prisidėti prie paslaugų teikimo, kad žmonės nesijaustų atskirti nuo visuomenės, jaustų šiltą žmogišką dėmesį.

Savanoriška veikla ir bendruomenės narių palaikymas papildys integralios pagalbos specialistų pastangas atliepti kompleksinius paslaugų vartotojų poreikius, kuo pagalba bus įvairiapusiškesnė, tuo labiau žmonės jaus paramą.

Projekto metu numatoma įsigyti 3 transporto priemones, skirtas mobiliųjų komandų darbo organizavimui, ypatingai slaugytojams, kurie turės operatyviai aptarnauti viso Vilniaus miesto gyventojus, reikalingus paslaugų. Integralios pagalbos teikimui bus įsigytos asmeninės apsaugos priemonės, čiužiniai-vonios, perkėlimo diržai, perkėlimo lentos. Numatoma diegti naują „pagalbos mygtuką“. Bus sudaryta galimybė 30 asmenų išsikviesti specialistą, esant skubios pagalbos poreikiui.

Projekto įvykdymo rezultatai iš dalies bus įvertinti pagal veiklą numatytus siekinius ir jų realius pasiekimus (7 lentelė). Socialinės paramos centro auditorius atliks vidinį įvertinimą apie atliekamų veiklų ekonomiškumą, efektyvumą ir rezultatyvumą bei pateiks išvadas veiklos tobulinimui.

Projekto „Integralios pagalbos asmens namuose“ pagrindinių veiklų ir siekiamų rezultatų sąsajos Vilniaus mieste

<i>Pagrindinės veiklos</i>	<i>Siekiami rezultatai</i>
Sukurti mobilias komandas	Sukurta 10 mobilių komandų
Į socialinį darbą dirbančiųjų komandą įtraukti slaugos, esant reikalui, reabilitacijos specialistus	Bus įdarbinta ne mažiau kaip 35 slaugos ir reabilitacijos specialistai: 4 slaugytojai, 29 slaugytojų padėjėjai, 2 kineziterapeutai
Mokyti mobilių komandų darbuotojus ir savanorius	Ne mažiau kaip 96 mobilių komandų darbuotojai, savanoriai bus įtraukti į profesinio mokymo ir neformaliojo švietimo programas, baigs mokymą ir gaus kvalifikaciją ar neformaliojo mokymo kursų baigimo pažymėjimą
Teikti integralią pagalbą namuose neįgaliems asmenims ir senyvo amžiaus asmenims	Ne mažiau kaip 100 asmenų bus teikiama integrali pagalba
Teikti konsultacinę pagalbą šeimos nariams, prižiūrintiems šiuos asmenis	Konsultuoti 35 šeimas
Skatinti ir palaikyti neformalią pagalbą į integralios pagalbos organizavimą ir teikimą įtraukiant savanorius, bendruomenės narius	Pasikviesti 20 savanorių

Šaltinis: *sudaryta autoriaus* pagal Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymą dėl valstybės projektų, finansuojamų pagal 2007-2013 m. žmogiškųjų išteklių plėtros veiksmų programos 1 prioriteto „Kokybiškas užimtumas ir socialinė aprėptis“ VP1-1.1-SADM-14-V priemonę „Darbo ir šeimos išsipareigojimų derinimas: integralios pagalbos plėtra“, sąrašo nr. VP1-1.1-SADM-14-V-01 patvirtinimo 2012 m. gruodžio 10 d. Nr. A1-562 ir remiantis gauti informacija iš Socialinės paramos centro

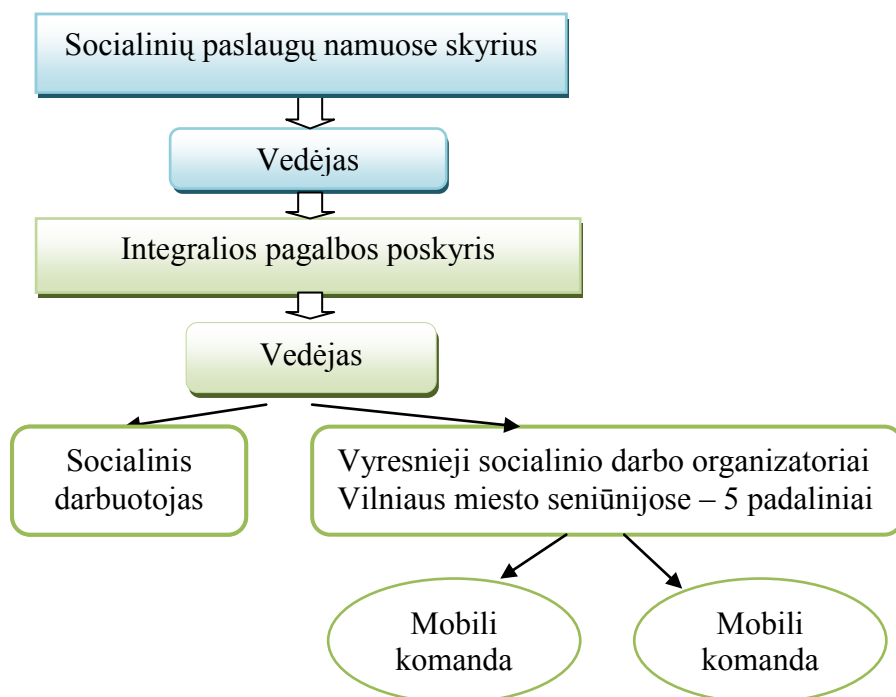
Integralios pagalbos diegimas įgyvendinamas finansuojant iš ES fondų ir valstybės biudžeto. Projekto finansavimo šaltiniais bus remiamos veiklos susietos su slaugos paslaugų teikimu derinant su globa bei sąlygų užtikrinimu šiai veiklai įgyvendinti. Numatoma finansuoti slaugos specialistų darbo užmokestį, mokesčius ir jų administravimą, bei reabilitacijos paslaugoms pirkimą. Kadangi Socialinės paramos centras įdarbino du kineziterapeutus, todėl jokių papildomų paslaugų nenumato pirkti. Prie finansuojamų veiklų priskiriamos mokymų organizavimas mobilių komandų darbuotojams, savanoriams bei savanoriškos veiklos išlaidoms kompensuoti; mobilių komandų transporto išlaidų kompensavimas bei automobilių, techninės pagalbos ar slaugoms priemonėms įsigyti. Tuo tarpu programos lėšomis nefinansuojamos, tačiau būtinos integraliai pagalbai teikti, tai socialinių darbuotojų, socialinių darbuotojų darbo apmokėjimas bei globos paslaugos, kurios finansuojamos iš savivaldybių biudžetams skiriamų valstybės specialiųjų tikslinių dotacijų asmenų su sunkia negalia socialinei globai teikti, savivaldybių biudžetų lėšų, asmenų mokėjimo už socialinę globą lėšų. Šiuo metu bendra vieno žmogaus paslaugų vidutinė kaina apie 1036 Lt, vieno asmens vidutinė mokama kaina už globos paslaugas siekia 270 Lt, o patvirtinta valandos kaina 11,67 Lt. Slaugos paslaugos finansuojamos iš projektinių lėšų – kaip pagrindinė projekto sąlyga, todėl už šias

paslaugas asmeniui mokėti nereikia. Teikiamų dienos socialinės globos ir slaugos paslaugų apskaita vykdoma atskirai. Šiuo metu, kol paslaugų teikimas pagal projektą išibėgėja, nustatyti bendrą integralios pagalbos teikiamų paslaugų kainą negalima. Kas apmokės slaugos paslaugas pasibaigus projektui, sunku atsakyti. Nes pagal dabar galiojančius teisės aktus slaugos paslaugas apmoka PSDF per teritorines ligonių kasas asmens sveikatos priežiūros įstaigai už joje prisirašiusius pacientus. Taigi, jei asmuo norėtų gauti slaugos paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto lėšų, turėtų prisiregistruoti prie Socialinės paramos centro. Tikėtina, kad valstybė, besirūpinanti savo gyventojų sveikatos priežiūra ir diegdama inovatyvias paslaugas, redaguos teisės aktus, reguliuojančius socialinių paslaugų įstaigų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą asmens namuose.

LR Sveikatos sistemos įstatyme (1994) yra apibrėžta, kad slaugos paslaugos asmenims yra teikiamos namuose, kur jie gyvena. Tačiau tai nėra pakankamas reglamentavimas, kadangi slaugos paslaugų teikimas namuose nėra priskirtas nei vienam sveikatos priežiūros paslaugų lygiui, nei pirminiam, nei antriniam ar tretiniam ar ambulatorinėms paslaugoms. Todėl seka eilė problemų, siekiant įgyvendinti slaugos paslaugų teikimą asmens namuose. Norint gauti asmens sveikatos priežiūros paslaugoms teikti licenciją, turi atitikti reikalavimus, keliamus asmens sveikatos priežiūros įstaigai. Vienas iš reikalavimų, kad būtų įrengtos patalpos, atitinkančios sveikatos apsaugos ministro įsakymu nustatytus reikalavimus bei medicininė įranga. Licencijai gauti būtinas leidimas-higienos pasas bendruomeninei slaugai į namus teikti, kuris patvirtintų jog veiklos sąlygos atitinka visuomenės sveikatos saugos teisės aktų reikalavimus. Susidaro užburtas ratas. Negavus šios licencijos nebūtų įmanoma teikti slaugos paslaugų asmens namuose, atlikti numatytas sveikatos priežiūros procedūras. Pagal vykdomo projekto sąlygas, slaugos paslaugų negalima gauti iš kitų teikėjų, negalima jų pirkti. Todėl buvo atlikta eilė parengiamųjų darbų, siekiant gauti asmens sveikatos priežiūros įstaigos licenciją, slaugos procedūroms vykdyti. Siekiant gauti higienos pasą, įstaiga turėjo gauti patalpas ir jas pritaikyti medicininiai paskirčiai, nors realiai jokia veikla tose patalpose nevyksta, nes paslaugos teikiamos namuose. Socialinės paramos centrui higienos pasas išduotas 2013 m. birželio mėn. Socialines globos paslaugas teikianti įstaiga gali teikti slaugos paslaugas namuose, jei turi licenciją verstis asmens sveikatos priežiūros veikla ir teikti licencijoje nurodytą bendrosios praktikos slaugos, bendruomenės slaugos ar psichikos sveikatos slaugos paslaugą. Licencijos siekimo procedūra taip pat užtruko, buvo keičiami Socialinės paramos centro nuostatai. Licencija sveikatos priežiūros paslaugoms teikti gauta 2013 m. spalio mėn. Taip pat, siekiama gauti licenciją teikti socialinės globos paslaugas namuose.

Vilniaus miesto savivaldybės tarybos 2013 m. rugsėjo 25 d. sprendimu Nr. 1-1489 „Dėl biudžetinės įstaigos Vilniaus miesto socialinės paramos centro nuostatų tvirtinimo“ patvirtinti naujieji Biudžetinės įstaigos Vilniaus miesto socialinės paramos centro nuostatai. Įstaigos funkcijos praplėstos nauja veikla - teikti sveikatos priežiūros paslaugas (žmonių sveikatos priežiūros veikla).

Diegiant integralios pagalbos paslaugas, iškilo poreikis keisti Socialinės paramos centro socialinių paslaugų namuose skyriaus struktūrą. Socialinių paslaugų namuose skyriuje įkurtas integralios pagalbos poskyris (3 pav.), būtent šio projekto įgyvendinimui, ir žinoma, šių paslaugų tęstinumui užtikrinti jam pasibaigus. Poskyriui vadovauja vedėja, turinti du išsilavinimus – socialinio darbuotojo ir medicininį. Greta su vedėju dirba socialinis darbuotojas, įgijęs medicininį išsilavinimą, turintis pavaduotojo ar koordinatoriaus statusą. Pats poskyris skaidomas į penkis padalinius, aptarnaujančius jam priskirtas Vilniaus miesto seniūnijas, už kurių veiklą atsakingi vyresnieji socialinio darbo organizatoriai. Kiekvienas organizatorius vadovauja dviem mobilioms komandoms.



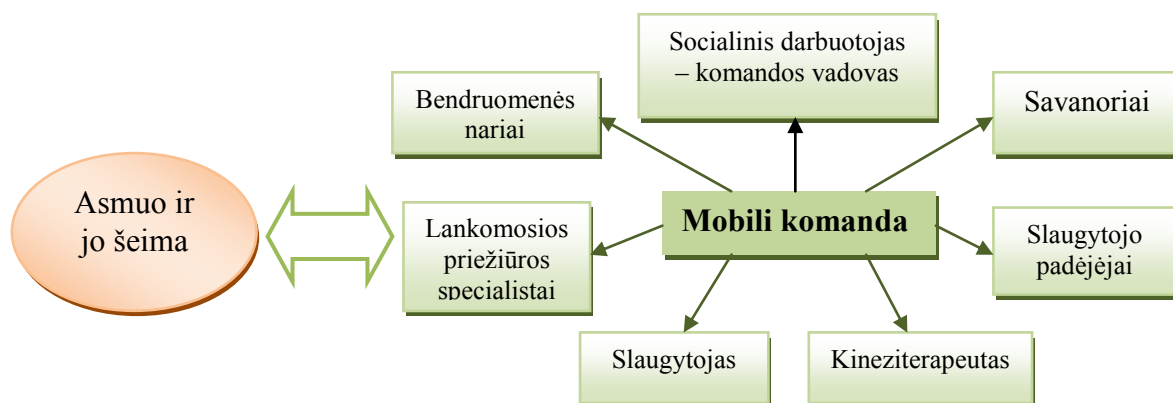
3 pav. Socialinės paramos centro socialinių paslaugų namuose skyriaus struktūra

Integralios pagalbos asmens namuose diegimas numatytas pagal veiklas ir jų įgyvendinimo rezultatus. Pagrindinėmis veiklomis laikomos integruotų globos ir slaugos paslaugų teikimas neįgaliems ir senyvo amžiaus asmenims ir jų šeimos narių konsultavimas, mobilių komandų sukūrimas ir jų darbuotojų bei savanorių mokymas. Numatoma pasitelkti savanorius bei bendruomenės narius integralios pagalbos organizavimui ir teikimui bei techninės įrangos įsigijimas. Integralios pagalbos teikimui numatomas išskaidytas finansavimas, slaugos paslaugos remiamos projektinėmis ir valstybės biudžeto lėšomis, o dienos socialinės globos paslaugos apmokamos savivaldybės, valstybės tikslinių dotacijų ir asmens mokamomis už paslaugas lėšomis. Diegiant integralios pagalbos paslaugas, įstaigai teko susidurti su biurokratiniais trukdžiais ir atlikti eilę parengiamųjų darbų bei keisti struktūrą.

2.3. Mobilios komandos veikla

Vykdam integralios pagalbos asmens namuose projektą Lietuvoje, jo įgyvendinimui reikšminga mobili komanda, kuri yra sudaryta iš savo srities specialistų – socialinių darbuotojų ir jų padėjėjų, slaugytojų ir jų padėjėjų, kineziterapeutų. Visi šie asmenys rūpinsis asmenų su negalia, senyvo amžiaus žmonių gerove, kasdienės buities pagerinimu bei padės rūpintis sveikata. Norint įgyvendinti projektą, labai svarbu suburti ne tik atitinkamus specialistus, bet ir parengti juos bendram darbui. Taigi, papildomos investicijos į darbuotojus, specialistus ateityje atsiperka, nes vienas integraliai pagalbai asmens namuose apmokytas asmuo – universalus darbuotojas, gali atlikti skirtingas funkcijas, teikti daugiau paslaugų: socialinių ir slaugos.

Mobilią komandą, teikiančią kompleksines paslaugas Vilniaus mieste, sudaro vyresnysis socialinio darbo organizatorius, 6 lankomosios priežiūros specialistai, 3 slaugytojo padėjėjai, 1 slaugytojas, kurio etatas padalinamas 2,5 komandoms, ir 0,2 kineziterapeuto etato (4 pav.). Mobilios komandos veiklą koordinuoja ir laikomas jos vadovu - socialinis darbuotojas, kuris pasak Merfeldaitės (2005) turi būti pasirengęs organizuoti komandinę veiklą bei savo komandos narius supažindinti su komandinės veiklos principais.



4 pav. Kompleksinės pagalbos teikimo mobilioje komandoje modelis

Mobili komanda, vykstanti į asmens namus, teiks jam įvairiapusę pagalbą, atkreipiant dėmesį į kiekvieną individualų atvejį. Mobilios komandos nariai, siekiantys suteikti kokybišką integralią pagalbą, atliks įvairias užduotis, pradedant, visų pirma, nuo problemų identifikavimo, konkrečios kompleksinės pagalbos nustatymo, pereinant į kliento aprūpinimą būtiniausiomis reikmėmis (maisto produktais, techninės pagalbos ar slaugos priemonėmis ir kt.), padėsiančiomis jam lengviau tvarkytis buityje, jo slaugą (perverčiant jį, paguldant, leidžiant vaistus ir kt.), šeimos narių konsultavimą. Taigi mobilios komandos veiklos branduolys susidarys iš keleto pagalbos krypčių. *Socialinės krypties pagalba* - informacijos teikimas, konsultavimas įvairiais klausimais, bendravimas, budėjimas, tarpininkavimas ir atstovavimas, asmens aprūpinimas maistu, pagalbos buityje ir namų ruošoje, asmeninės higienos palaikymas (prausimas, skalbimas ir kt.), įvairių ūkio

darbų atlikimas, kasdieninio gyvenimo įgūdžių ugdymas ir palaikymas bei kitomis būtinomis gavėjui paslaugomis pagal jo savarankiškumo lygį. *Medicininės krypties pagalba* - slaugos ir kineziterapijos paslaugos, kurios susideda iš konsultavimo sveikatos priežiūros paslaugų teikimo klausimais ir paciento gyvybinių veiklų stebėseną, enterinio maitinimo, vaistinių medžiagų vartojimo (injekcijos, lašelinės), organizmų sistemų veiklos matavimo, paciento higienos paslaugų, pragulų profilaktikos ir kineziterapijos paslaugų.

Integralios pagalbos teikiamos asmens namuose komandos sudėtyje nėra gydytojo, kadangi jo paslaugos pagal projektinę veiklą nenumatytos. Atsižvelgiant į tai, kad slaugytojas savo veiksmus gali atlikti tik gydytojo pavedimu, iškyla būtinybė bendradarbiauti su sveikatos priežiūros įstaigų gydytojais, prie kurių gydymo įstaigų yra prisiregistravę namuose slaugomi asmenys. Taip pat, nenumatoma pasirašyti sutarties su pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigomis dėl gydytojų paslaugų. Todėl vyksta bendradarbiavimas geranoriškumo pagrindais.

Kompleksinės pagalbos pagyvenusio amžiaus žmonėms organizavimas apima poreikių ir individualios situacijos įvertinimą, pagalbos planavimą, bendruomenės išteklių paiešką, paslaugų teikimą bei paslaugų teikėjų ryšius, bendradarbiavimą. Aptariamame integruotų paslaugų modelyje Vilniuje, paslaugų gavėjų poreikiai vertinami kiekvieno specialisto atskirai, t.y. socialinis darbuotojas vertina dienos socialinės globos poreikius, kineziterapeutas nustato koks jo teikiamų paslaugų poreikis. Tuo tarpu slaugos poreikį dotuoju laikotarpiu, kol nėra pilnai suformuotos komandos ir trūksta slaugytojų, vertina socialinis darbuotojas, turintis medicininį išsilavinimą. Ateityje numatoma, kad slaugos poreikį vertins slaugytojai. Slaugos poreikiai vertinami tuomet, kai socialinis darbuotojas įvertina asmens poreikius dienos socialinės globos paslaugoms gauti ir nustato, jog reikalinga slauga. Poreikio vertinimą specialistai atlieka dirbdami kiekvienas individualiai su klientu. Kartais poreikio vertinimą atlieka iš karto du specialistai – socialinis darbuotojas ir slaugytojas. Vėliau šie specialistai užpildę atitinkamus dokumentus, derina paslaugų teikimo planą. Socialinio paramos centro direktorės įsakymu patvirtintas Individualus dienos socialinės globos asmens namuose planas (2013), pagal kurį atliekamas asmens savarankiškumo vertinimas bei nustatomi uždaviniai, jų įgyvendinimo priemonės, dažnumas bei įgyvendinimo rezultatai. Remiantis šio dokumento priedais slaugytojas ir kineziterapeutas vertina dienos socialinės globos asmens namuose paslaugų gavėjo slaugos poreikius ir nustato asmens fizinį pajėgumą, o vėliau sudaro slaugos planą ir kineziterapijos planą. Taigi, tokiu būdu suplanuojamos teiktinos paslaugos ir kiekvienas specialistas – socialinis darbuotojas, slaugytojas, kineziterapeutas – pildo jiems pagal funkcijas priklausančius dokumentus. Patį paslaugų teikimo procesą planuoja ir organizuoja vyresnysis socialinio darbo organizatorius, mobilios komandos vadovas. Pagal nustatytus asmens poreikius, nustatomas specialistų poreikis, teikiamų paslaugų kiekis bei jų teikimo trukmė. Dienos socialinės globos paslaugos asmeniui gali būti teikiamos nuo 2-8 val. per

dieną ir iki 7 kartų per savaitę, asmenims, kuriais rūpinasi vaikai (anūkai), gyvenantys Vilniuje, paslaugos gali būti teikiamos 5 kartus per savaitę. Vidutinė integralios pagalbos neįgaliajam, senyvo amžiaus asmeniui teikimo trukmė – apie 4,5 val. per dieną, derinant pagalbos periodiškumą su asmens dienos režimu, iki 7 dienų per savaitę. Integralios pagalbos teikimas gali būti derinamas su neformalia pagalba, kai bendros pagalbos teikimo trukmė asmeniui 8 ir daugiau valandų per parą, iki 7 dienų per savaitę, tuo atveju didesnę rūpestį slaugomu asmeniu prisiima artimieji. Stengiamasi padėti šeimos nariams suderinti išitraukimą į darbinę veiklą su artimųjų priežiūra ir slauga. Paslaugos teikiamos priderinus prie šeimos narių darbo grafikų. Socialinis darbuotojas, pagal įvertintus paslaugų vartotojo (šeimos) poreikius ir kitas būtinas sąlygas, kurios aptariamos tarp vartotojo ir paslaugų teikėjo sudarytoje sutartyje, kurioje nustatoma teiktinų paslaugų trukmė, derinant įvairių specialistų teikiamų paslaugų laiką, derinant globos ir slaugos paslaugas, kurios teikiamos tam tikrais intervalais ar ištiesai, pagal sudarytus paslaugų teikimo planus, parengia komandos narių paslaugų teikimo grafikus. Paslaugos asmeniui teikiamos įvairių specialistų skirtingai derinant jų komandinę veiklą. Dažniausiai poroje dirba slaugytojo padėjėjas ir lankomosios priežiūros specialistas, kai asmeniui nustatyti dideli poreikiai, ir būtina vienu metu dviejų specialistų pagalba. Poroje gali dirbti slaugytojas su slaugytojo padėjėjas. Neretai išnaudojamos universalios darbuotojo galimybės, kuomet jis gali teikti priežiūros ir slaugos paslaugas. Specialistų paslaugų teikimo seka gali būti sudaroma vienam keičiant kitą, pvz. ryte apsilanko slaugytojo padėjėjas, padedantis nusiprausti, susitvarkyti, suvartoti vaistus ar pan., tuomet pasirodo lankomosios priežiūros specialistas, padedantis pavalgyti bei sutvarkyti aplinką. Slaugos paslaugų teikimas namuose pagal Slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų aprašą (2007) suskirstytas į šešis paslaugų lygius pagal paslaugos teikėją, kuomet nustatoma kas atlieka savarankiškas funkcijas, o kas procedūras atlieka prižiūrimas (pvz. paslaugą pakišamųjų indų parinkimas pacientui ir jų naudojimas savarankiškai teikia slaugytojo padėjėjas; nesant slaugytojo padėjėjo, paslaugą savarankiškai teikia slaugytojas). Slaugytojų padėjėjus, esant reikalui, konsultuoja, teikia metodinę pagalbą poskyrio vedėja ir socialinė darbuotoja, pavaduotoja, turinčios tiek socialinio darbuotojo, tiek medicininį išsilavinimus. Paslaugų teikimo tvarka lanksčiai kaitaliojama, atsižvelgiant į susiklosčiusią situaciją ir ieškant tinkamiausio paslaugų teikimo modelio. Stengiamasi, pagal galimybes, slaugytojų padėjėjams ir lankomosios priežiūros specialistams priskirti tuos paslaugų gavėjus, kurie yra vienoje gyvenamojoje teritorijoje, kad nebūtų gaišamas laikas ilgoms kelionėms. Kadangi slaugytojų etatų kiekis nedidelis ir jų dar nepakanka, tai siekiant operatyvios veiklos, jiems suteikiamos techninės priemonės, automobiliai.

Integralios pagalbos globos ir slaugos paslaugų teikėja mobili komanda, sudaryta iš įvairias sferas atstovaujančių specialistų: socialinių darbuotojų, lankomosios priežiūros specialistų –

universalių darbuotojų, slaugytojų, slaugytojų padėjėjų ir kineziterapeuto, ir vadovaujama socialinio darbuotojo. Komandinės veiklos branduolį sudaro keletas pagalbos krypčių - socialinės, slaugos ir kineziterapijos, vykdomos bendradarbiaujant komandos nariams, kartu planuojantiems veiklas bei jas komandiniu principu vykdančiams, pasižymintiems autonomiškumu ir dalinantis atsakomybe.

Teikiant integralią pagalbą asmens namuose teikiamos dvi skirtingos paslaugos, globos ir slaugos, praplečiamas teikiamų paslaugų spektras. Vykdomo pilotinio projekto metu, bus teikiamos įvairių sričių specialistų sudarytos mobilios komandos integruotos paslaugos, konsultuojami artimieji apie šeimos narių priežiūrą, bendro tikslo siekimui bus pasitelkiami savanoriai bei bendruomenės nariai. Integruotų paslaugų asmens namuose kokybės matmeniu taps paslaugų gavėjų ir jų šeimos narių patenkinti poreikiai bei teikiamų paslaugų atitiktis jų lūkesčiams pradiniame projekto įgyvendinimo etape.

3. INTEGRALIOS PAGALBOS ASMENS NAMUOSE PASLAUGŲ VERTINIMO TYRIMAS

Integralios pagalbos asmens namuose paslaugų vertinimo tyrimas yra svarbus nustatant paslaugų gavėjų senyvo amžiaus asmenų ir asmenų su negalia poreikius ir lūkesčius. Vartotojų pasitenkinimas paslaugomis vertinamas kriterijais, išreiškiančiais paslaugų teikimo aspektus. Integralių paslaugų vartotojo pasitenkinimas ar nepasitenkinimas gautomis paslaugomis yra subjektyvi nuomonė, sprendimas apie paslaugos kokybę. Lūkesčių vertinimas svarbus, ypač inovacinių paslaugų diegimo pradžioje, kuomet remiantis gautais įvertinimais galimas paslaugų plėtojimas ir tobulinimas, užtikrinsianti paslaugų kokybę ir jų efektyvumą.

Tyrimo tikslas – išsiaiškinti integralios pagalbos asmens namuose globos ir slaugos paslaugų gavėjų bei teikėjų lūkesčius Vilniaus mieste organizuojamų ir teikiamų paslaugų atžvilgiu.

3.1. Tyrimo ir jo metodologijos pagrindimas

Tyrimo metodas. Empiriniam tyrimui atlikti buvo pasirinktas kiekybinis anketinės apklausos metodas. Apklauso metodas taikomas, Butkevičienės (2011) nuomone, kai tyrimo dalykas yra visuomeninės ar individualios sąmonės elementai – poreikiai, interesai, motyvacijos, vertybės ir kt. Šis teiginys pagrindžia ketinimą išsiaiškinti tiriamų respondentų lūkesčius.

Anketinė apklausa vykdyta raštu, nedalyvaujant tyrėjui. Anketos buvo pateiktos Socialinių paslaugų namuose skyriui, kuris ir padėjo organizuoti apklausą. Paslaugų gavėjams klausimynus apklausai pateikė lankomosios priežiūros specialistai, teikiantys paslaugas namuose. Šie specialistai klientams, negalintiems savarankiškai atsakyti į anketos klausimus, padėjo jas užpildyti. Anketos, skirtos ištirti paslaugų teikėjų nuomonę, buvo išplatintos susirinkimo metu ir kurias galėjo atsakyti vėliau, išreiškdami savo individualią nuomonę. Toks apklausos būdas apsprendė respondentų sąmoningumą bei atsakingumą, garantavo tiriamųjų konfidencialumą, bet ap sunkino klausimyno grįžtamumą.

Pateikus anketas tyrimo organizavimui, buvo paaiškinti klausimynų tikslai ir pabrėžiama atsakymų į klausimyną svarba ir jų autentiškumas, siekiant gauti informatyvią medžiagą.

Tyrimo instrumentas. Tyrimui atlikti parengti du uždaro tipo klausimynai, skirti paslaugų gavėjams (2 priedas) ir paslaugų teikėjams (3 priedas), remiantis analizuota mokslinė literatūra, teisės aktais bei surinkta informacija iš tiriamosios institucijos. Klausimynai buvo aptarti su Socialinių paslaugų namuose skyriaus vedėja bei Integralios pagalbos namuose poskyrio vedėja. Siekiant sukurti kokybiškai veikiančią integralios pagalbos socialinių paslaugų namuose modelį, būtina išsiaiškinti paslaugų gavėjų lūkesčius pradiniam šių paslaugų teikimo etape. Įvertinti lūkesčiai, sukurs prielaidas siekti jų pasitenkinimo gaunama paslauga bei užtikrins jų teisę dalyvauti

paslaugų teikimo procese. Anketoje suformuluoti klausimai pagal lūkesčius formuojančius veiksnius: asmeniniai poreikiai, ankstesnė patirtis, žodinė komunikacija, išsami informacija apie paslaugą ir numanoma informacija apie paslaugą. Formuluojuant anketą pasinaudota ir Servqual modeliu. *Servqual modelis* – tai paslaugų kokybės įvertinimo priemonė, įvertinanti tiek paslaugos suvokimą, tiek lūkesčius per įvairias paslaugų charakteristikas. Pagal šį modelį buvo parengti klausimai, siekiantys patikrinti teiktinų paslaugų šiuos aspektus: apčiuopiamumą, patikimumą, jautrumą, tikrumą bei empatiją.

Anketos pradžioje yra motyvuotai, logiškai paaiškinama, koku tikslu atliekamas tyrimas. Prie kiekvieno anketos klausimo pateikiama instrukcija kaip žymėti atsakymus.

Anketą, skirtą paslaugų gavėjų nuomonei sužinoti, sudaro 22 klausimai: iš jų 20 struktūrizuoti uždaro tipo klausimai, 2 atviri klausimai. 4 klausimai su alternatyviu atsakymo variantu „kita“, kuriame respondentai galėjo išreikšti savo nuomonę. Klausimynas sudarytas iš 4 blokų (8 lentelė).

8 lentelė

Paslaugų gavėjų ir paslaugų teikėjų klausimynų blokai

<i>Paslaugų gavėjų klausimynas</i>	<i>Paslaugų teikėjų klausimynas</i>
1-5 klausimai, skirti sužinoti respondentų nuomonę apie veiksnius lemsiančius paslaugų vartotojų lūkesčius	1 klausimas, skirtas kontakto užmezgimui bei išsiaiškinti specialisto užimamas pareigas;
6-17 klausimai, skirti nustatyti respondentų asmeninius poreikius bei kokias paslaugas jie tikisi gauti	2-4 klausimai, skirti nustatyti respondentų nuomonę apie paslaugų gavėjams aktualias paslaugas, atliepančias jų poreikius;
18-21 klausimai, skirti sužinoti respondentų nuomonę apie jau gaunamų integralios pagalbos paslaugų poveikį;	5-12 klausimai, skirti atskleisti respondentų nuomonę apie veiksnius lemsiančius paslaugų vartotojų pasitenkinimą gaunamomis paslaugomis ir jų gyvenimo kokybės pokytį;
22 klausimas, susidedantis iš 5 komponentų, skirtas demografiniams duomenims gauti.	13 klausimas, susidedantis iš 3 komponentų, skirtas demografiniams duomenims gauti.

Anketą, skirtą paslaugų teikėjų nuomonei sužinoti, sudaro 13 klausimų: iš jų 8 struktūrizuoti uždaro tipo klausimai, 4 atviri klausimai. 2 klausimai su alternatyviu atsakymų variantu „kita“, kuriame respondentai galėjo išreikšti savo nuomonę. Klausimyną sudaro 4 blokai (8 lentelė).

Klausimynuose naudojamos nominalinės, dichotominės ir ranginės skalės, Likerto skalės, kai nurodoma pasirinkti atsakymo kodą nuo 1 iki 4.

Tyrimo atlikimo laikas, vieta. Tyrimas buvo atliekamas 2013 m. rugsėjo 16 d. – spalio 9 d. biudžetinėje įstaigoje Vilniaus miesto Socialinės paramos centro Socialinių paslaugų namuose skyriuje.

Tyrimo imtis. Kiekybinio tyrimo dalyviais pasirinkti integralios pagalbos namuose gavėjai ir paslaugų teikėjai, siekiant išsiaiškinti jų lūkesčius apie integralią pagalbą. Tiriamąja populiacija tapo asmenys, kuriems teikiama integrali pagalba namuose. Respondentai apklausai atrinkti

atsitiktinės tikimybinės atrankos būdu, kuomet kiekvieno integralios pagalbos gavėjo ir teikėjo tikimybė pakliūti į atranką yra vienoda. „*Pagrindinis šios atrankos principas tas, jog pasirinktosios grupės savybės turi būti tokios pat, kaip ir visos populiacijos*“ (Kardelis, 2002, p. 120).

2013 m. rugsėjo mėn. duomenimis paslaugas gauna 70 klientų, o paslaugas teikia 92 specialistai. Siekiant užtikrinti tyrimo reprezentatyvumą buvo apskaičiuotas respondentų imties skaičius, taikant 5 proc. paklaidą (<http://www.apklausa.lt/imties-dydis>). Kiekybiniam tyrimui apie paslaugų gavėjų ir teikėjų lūkesčius reikalingos 59 paslaugų gavėjų ir 74 paslaugų teikėjų užpildytos anketos, kad remiantis apklausos rezultatais būtų galima pateikti reprezentatyvius išvadas ir pasiūlymus

Paslaugų gavėjams buvo pateikta 70 anketų, sugrįžo – 51 anketa, anketų grįžtamumas 72,85 proc. Pagrindžiant prastą anketų grįžtamumą reikėtų pastebėti, jog 3 paslaugų gavėjai mirė, 4 paslaugų gavėjai nutraukė/sustabdė paslaugų teikimą dėl įvairių priežasčių (pvz. gydymasis ligoninėje), likusi dalis respondentų atsisakė dalyvauti tyrime.

Paslaugų teikėjams išdalinti 92 klausimynai, sugrįžo – 77, grįžtamumą sudaro 83,69 proc.

Tyrimo duomenų apdorojimas

Kiekybiniams duomenims apdoroti buvo sukurta duomenų bazė. Duomenų analizė atlikta SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 17.0. for Windows programa. Skaičiuotas procentinis pasiskirstymas, vidurkiai, didžiausios ir mažiausios reikšmės, lyginant grupes. Taikytas požymių nepriklausomumo kriterijus Chi-square χ^2 (skirtumas buvo laikomas statistiškai reikšmingu, jeigu, $p < 0,05$, esminiai $p < 0,01$, labai reikšmingi $p < 0,001$, visiškai $p < 0,0001$). Statistiniam ryšio tarp dviejų požymių stiprumui nustatyti buvo skaičiuojama Spearmeno koreliacija. Klausimyno validumas (patikimumas) matuotas *Cronbach alfa* koeficientu – kuo koeficientas arčiau vieno, tuo skalės validumas didesnis. Gauti duomenys aprašyti, pateikti lentelėse, diagramose. Grafiniam duomenų apdorojimui ir vaizdavimui panaudotos Microsoft Office 2007 ir Microsoft Office Excel 2007 programos. Naudoti metodai, leido susisteminti ir apibendrinti tyrimo metu gautus duomenis pagal aprašomosios statistikos rodiklius.

Tyrimo etika. Tyrimas organizuotas laikantis anonimiškumo ir konfidencialumo principų, taip pat pagarbos asmens orumui. Respondentams paaiškinta, jog gauti duomenys bus pateikiami tik apibendrinti ir statistiškai apdoroti. Respondentams, ypatingai pažeidžiamiems paslaugų gavėjams, buvo garantuotas laisvanoriškumo ir geranoriškumo principas, kuomet jie galėjo savarankiškai apsispręsti ar dalyvauti tyrime. Bitino ir kt. (2008) nuomone, tiriamųjų laisvanoriškumo principas pasireiškia, tiriamųjų laisvu apsisprendimu dalyvauti tyrime, nepriverstinai, tai išreikšdami raštu, žodžiu ar kitomis formomis užfiksuota. Atsižvelgiant į tai, kad tyrime dalyvaujanti viena respondentų grupė pasižyminti vyresniu amžiumi bei ligotumu, todėl respondentams buvo palikta galimybė išvengti atsakymo ir atsakymų skales buvo stengiamasi supaprastinti, pateikiant atsakymų

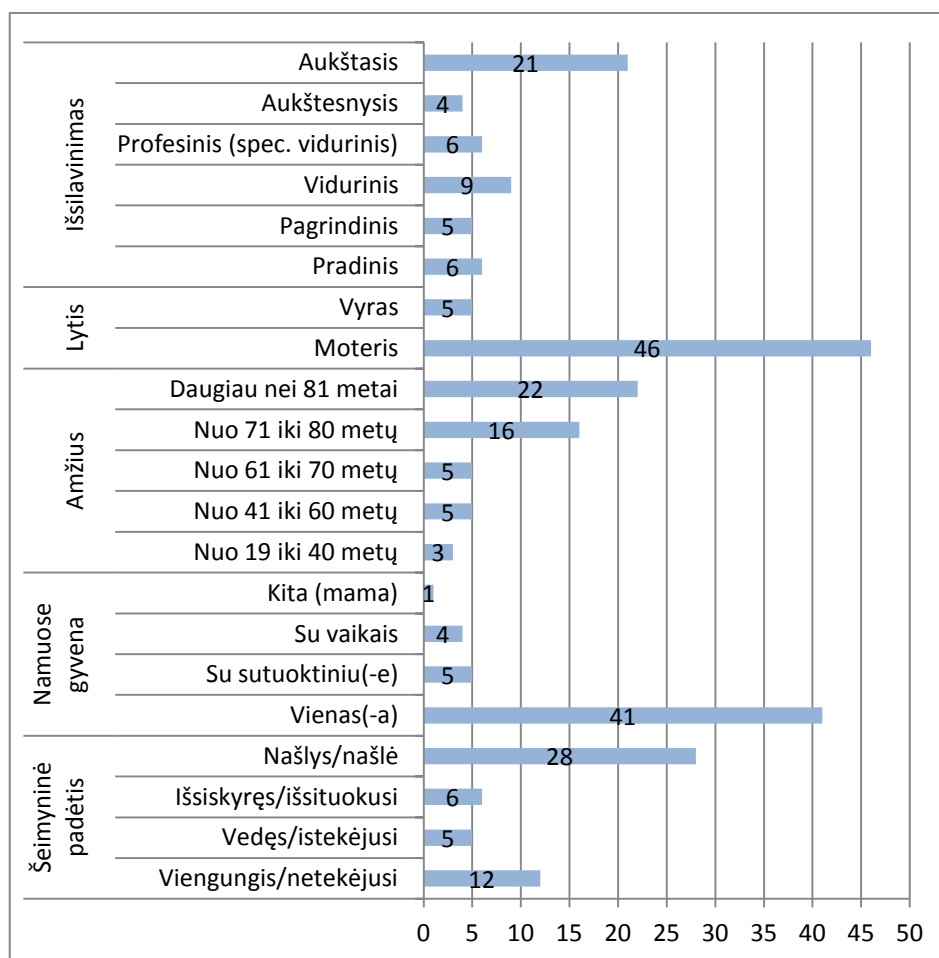
variantus „taip“, „ne“, „nežinau/ sunku atsakyti/ neturiu nuomonės“. Taip sudarant respondentams galimybę, ką pabrėžia Kardelis (2002), neatsakyti į klausimus.

Tyrimo apribojimai. Tyrimo ribotumu galima būtų įvardinti tyrėjos nedalyvavimą apklausos organizavime. Klausimynų atsakymuose yra tikėtina klientų lojalumo socialiniams darbuotojams ir jų veiklos vertinimui tikimybė.

3.2. Tyrimo rezultatų analizė

Respondentų socialiniai demografiniai duomenys

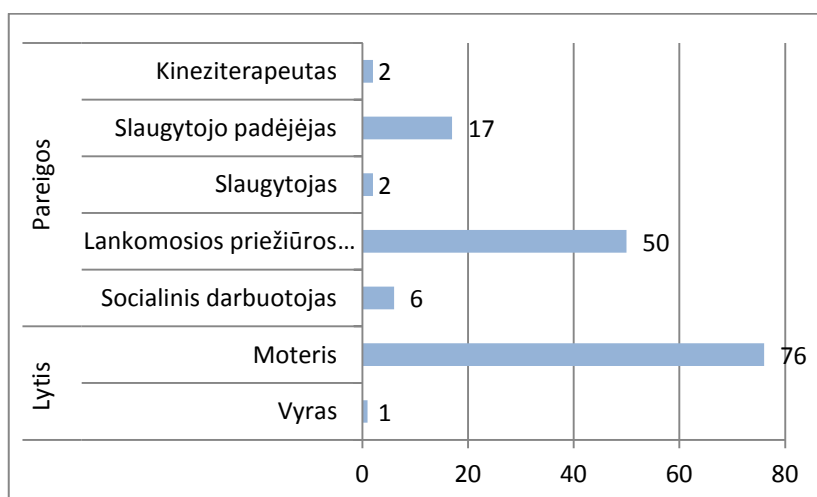
Tyrimo dalyvavo 51 (n=51) integralios pagalbos asmens namuose paslaugų gavėjas (5 pav). Kaip matyti, daugiausiai buvo apklausta asmenų, turinčių aukštąjį išsilavinimą n=21, kiti rodikliai pasiskirstė beveik vienodai, moterų n=46, vyresnio amžiaus žmonių: vyresnių nei 81 metai n=22, nuo 71-80 m. n=16, kurie gyvena vieni n=41 arba yra našliai n=28.



5 pav. Paslaugų gavėjų pasiskirstymas, pagal demografinius duomenis (n=51)

Kiekybiniame tyrime taip pat dalyvavo ir paslaugų teikėjai. Viso buvo apklausta 77 (n=77) paslaugų teikėjų (6 pav.), iš kurių dauguma buvo moterys (n=76). Atlikus duomenų analizę pagal užimamas pareigas paaiškėjo, kad lankomosios priežiūros specialistai (n=50) sudaro didžiausią

mobiliuos komandos narių skaičių, slaugytojų padėjėjai n=17, socialiniai darbuotojai n=6, po n=2 slaugytojai ir kineziterapeutai.



6 pav. Paslaugų teikėjų pasiskirstymas pagal lytį ir pareigas (n=77)

Detalesnių demografinių duomenų analizė atskleidžia, kad visi socialiniai darbuotojai, dalyvavę tyrime, yra įgiję aukštąjį socialinio darbuotojo specialybės išsilavinimą, o jų darbo stažo trukmė, teikiant paslaugas asmens namuose buvo gana nevienoda nuo 1,2 mėnesio iki 19 metų (1,2 mėn., 5 metai, 6 metai, 9 metai, 16 metų, 19 metų ir pan.).

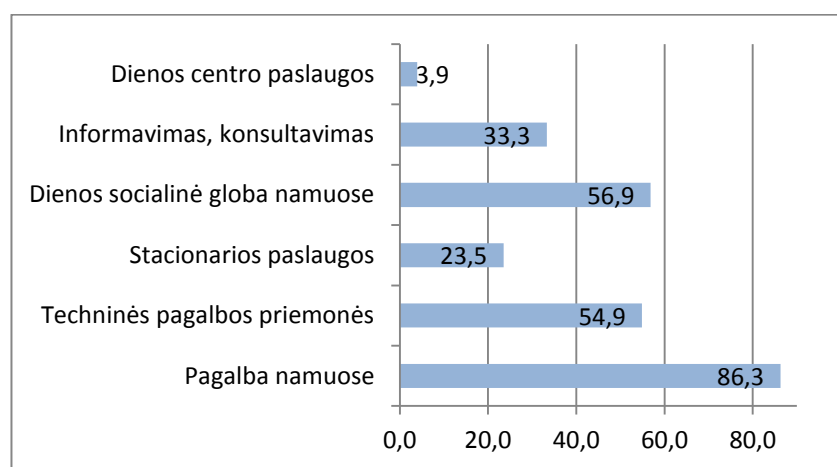
Tuo tarpu kineziterapeuto specialybės specialistų (įgiję aukštąjį universitetinį arba aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą) darbo trukmė buvo panaši: nuo 2 mėnesių iki vienerių metų.

Pastebima, kad nevienodžiausias išsilavinimo ir specialybės pasirinkimas yra tarp slaugytojų padėjėjų, nes asmenys, teikiantys integralią pagalbą asmens namuose, yra baigę ir vidurinį, spec. vidurinį, aukštesnįjį, aukštąjį ar aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą, o pasirinkę specialybes tokias, kaip socialinio darbuotojo, kosmetologo, bibliografo, siuvėjo, sociologo, avalynės odos viršaus išpjovėjo. Pastarųjų specialistų, teikiančių paslaugas, darbo stažas varijuoja nuo 8 dienų iki vienerių metų (8 dienos, 1, 2, 3 ir daugiau mėnesių, metai ir pan.). Beveik visi, dirbantys slaugytojų padėjėjais yra įdarbinti prasidėjus integralios pagalbos teikimui namuose.

Aptariant lankomosios priežiūros specialistų demografinius duomenis, galima teigti, kad jų išsilavinimo ir specialybių įvairumas yra panašus į slaugytojo padėjėjų asmenybės charakteristikas. Pažymėtina, kad lankomosios priežiūros darbuotojų darbo stažas, teikiant integralios pagalbos asmens namuose paslaugas yra skirtingas: nuo 6 mėnesių iki 20 metų (6, 8 mėnesių ir daugiau, vieneri, dveji, septyneri, aštuoneri, devyneri metai ir daugiau). Visi slaugytojų padėjėjai n=17 ir n=12 lankomosios priežiūros specialistai dalyvavo slaugytojų padėjėjų mokymuose ir juos sėkmingai baigė.

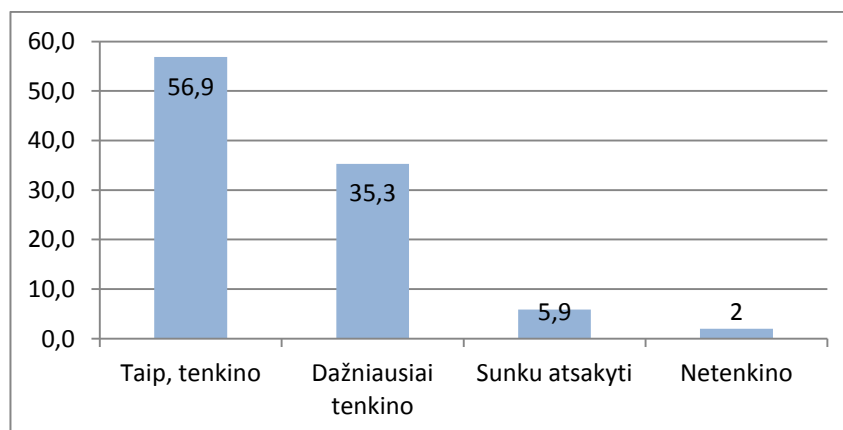
3.2.1. Integralios pagalbos asmens namuose paslaugų gavėjų lūkesčių analizė

Integralios pagalbos gavėjų buvo teirautasi, kurias paslaugas yra gavę anksčiau (7 pav.). Remiantis tyrimo duomenimis dominuoja pagalba namuose (86,3 proc.), dienos socialinė globa namuose (56,9 proc.) ir techninės pagalbos priemonės (55,9 proc.), mažiausiai naudojami dienos centro paslaugomis (3,9 proc.). Darytina išvada, kad integralios pagalbos paslaugomis naudojasi asmenys, kuriems Socialinių paslaugų namuose skyrius anksčiau teikė pagalbą namuose bei dienos socialinę globą. Darytina prielaida, jog kuo daugiau metų asmeniui, tuo reikalingesnės paslaugos namuose. Nustatyta statistiškai reikšmingas ryšys, 41-60 m. respondentai dažniau nei kito amžiaus renkasi dienos centro paslaugas ($\chi^2=19,151$; df 4; $p<0,05$). Galima daryti išvadą, kad šio amžiaus asmenys yra savarankiškesni ir gali rinktis dienos centrų paslaugas.



7 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal anksčiau gautas paslaugas, proc.

Vertinant apklaustųjų nuomones apie tai ar suteiktos paslaugos juos tenkino (8 pav.) nustatyta, kad pusės respondentų (56,9 proc.) poreikius tenkino, trečdalis (35,3 proc.) dažniausiai tenkino. Taigi, didžioji dalis tiriamųjų yra patenkinti gaunamomis paslaugomis. Darytina prielaida, jei anksčiau teiktos paslaugos tenkino paslaugų gavėjus, vadinasi jų lūkesčiai dėl integralios pagalbos bus teigiamai paveikti, turės įtakos jų pasitenkinimui dabar gaunamomis paslaugomis.



8 pav. Tiriamųjų nuomonių, ar paslaugos tenkino jų poreikius pasiskirstymas, proc.

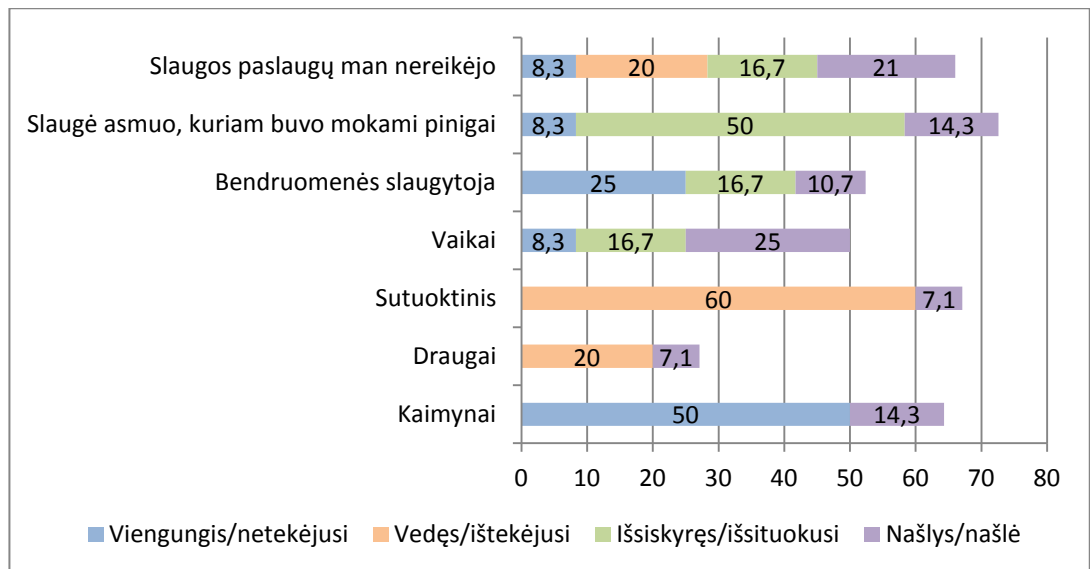
Aptariant atviro tipo anketos klausimą, skirtą integralios pagalbos asmens namuose paslaugų gavėjams, buvo siekiama išsiaiškinti gavėjų nuomonę, dėl kokių priežasčių anksčiau gautos paslaugos jų netenkino. Respondentai išskyrė, jog nepakanka skiriamo laiko paslaugos suteikimui: „trūko valandų skaičiaus“, „buvo skiriama per mažai laiko“, „ne visada spėdavo atlikti suplanuotų darbų“, „mažai laiko bendravimui“. Vadinasi, nustatant paslaugų teikimo normatyvus, reiktų numatyti galimybę didinti paslaugos atlikimo laiką.

Taip pat tiriamieji išskyrė slaugos paslaugų trūkumą: „trūksta specializuoto transporto nuvežti neįgalų žmogų į ligoninę“, „darbuotojai neprausė“, „negaudavau slaugos paslaugų“. Integruotų paslaugų programoje numatyta galimybė įsigyti tokias specializuotas transporto priemones, tokiu būdu manoma, teikiant integruotas paslaugas bus atliepta į šiuos respondentų poreikius.

Analizuojant duomenis, į ką kreipiasi pagalbos tiriamieji, kada jiems reikia slaugos (9 pav.) pastebėta, kad rezultatai pasiskirstė panašiai. Respondentai įvardijo kaimynus (19,6 proc.), vaikus (17,6 proc.), asmenį, kuriam buvo mokami pinigai (15,7 proc.). Tuo tarpu, Hitaitės, Spirgienės (2007) atliktame tyrime buvo nustatyta, jog atsiradus slaugos poreikiui namuose, asmenis slaugė šeimos nariai (69,7 proc.), kaimynai (10,0 proc.) ir bendruomenės slaugytoja (7,7 proc.) ir samdomi asmenys (3,8 proc.).

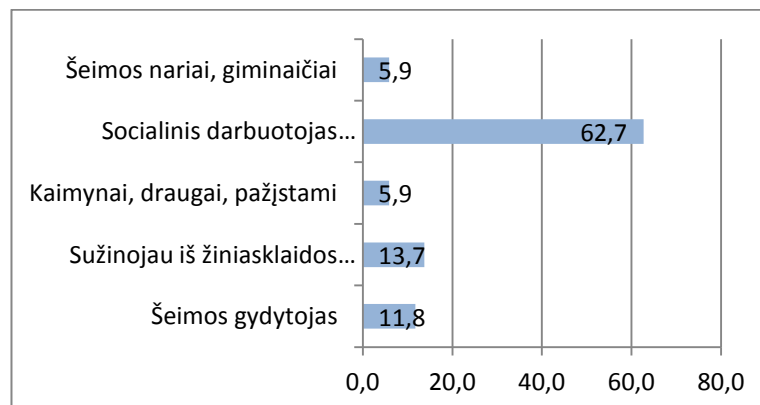
Nustatyta, kad priklausomai nuo respondentų šeimyninės padėties jie įvairiai pasirenka ir reikalingą slaugą ($\chi^2=36,786$; $df\ 18$; $p<0,05$) Viengungiai kreipiasi pagalbos į kaimynus (50 proc.), bendruomenės slaugytoją (25 proc.). Vedę/ištekėjusios dažniausiai renkasi sutuoktinius (60 proc.) ir draugus (20 proc.). Išsiskyrę asmenys dažniau samdo slauges (50 proc.). Toks įvairus duomenų pasiskirstymas parodo, kad prireikus pagalbos respondantai kreipiasi pagalbos į artimiausiai esančią aplinką. Vadinasi, pakankamai svarbi bendruomeninė pagalba ir jos skatinimas prisidėti prie mobilios komandos narių.

Atkreiptinas dėmesys į tai, kad tik (13,7 proc.) visų respondentų naudojosi bendruomenės slaugytojų paslaugomis, vadinasi jų teikiama nepakankamai, bet ir tai, kad nėra užtikrinamas prieinamumas prie informacijos apie teikiamas paslaugas (neveikia informavimo ir paslaugų duomenų bazės, kurios pagalba būtų galima gauti veiksmingą pagalbą).



9 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal asmenis, kurie juos slaugė, atsiradus slaugos poreikiui, ir pagal šeimyninę padėtį, proc.

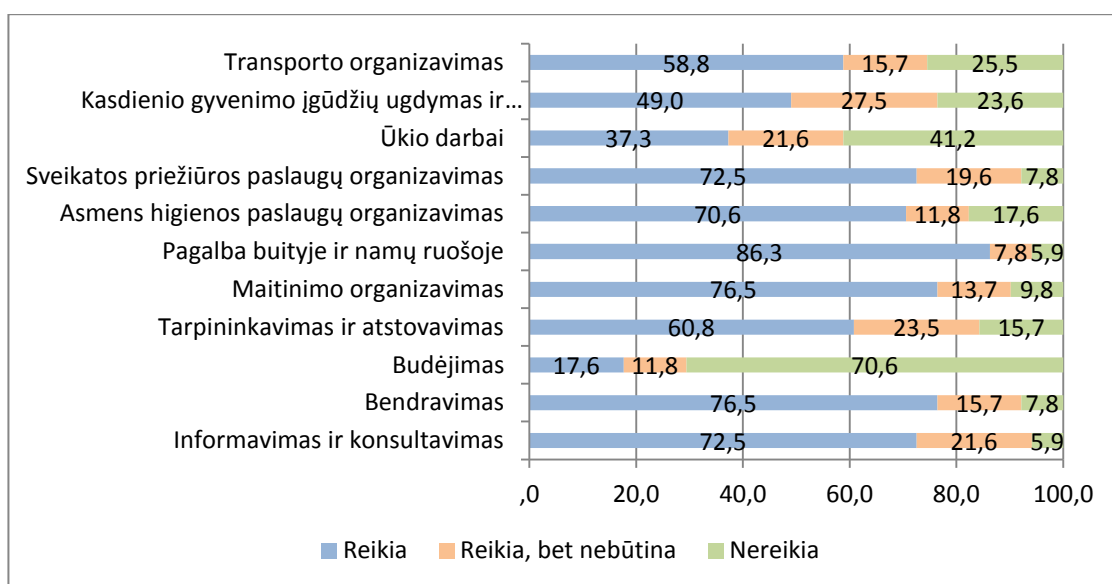
Respondentų teirautasi, kas juos informavo arba koku būdu sužinojo apie galimybes gauti integralią pagalbą. Remiantis atliktu tyrimu nustatyta, kad 62,7 proc. apklaustųjų informaciją apie galimybes gauti integralią pagalbą gavo iš socialinio darbuotojo (lankomosios priežiūros specialisto). 13,7 proc. atsakiusiųjų tikino, kad jiems informaciją suteikė įvairios žiniasklaidos priemonės (spauda, televizija ir kt.), 11,8 proc. šeimos gydytojas (10 pav.). Tačiau nė vienas respondentas nepasirinko atsakymų „perskaičiau lankstinuke, skelbimų lentoje“ ir „radau internetiniame puslapyje“. Taigi šie gauti duomenys patvirtina, kad informacija apie slaugos paslaugas gaunama dažniausiai iš tų žmonių ar priemonių, kurie yra geriausiai prieinami. Vadinasi, jei pas respondentus retai lankosi socialiniai darbuotojai, jiems gauti informaciją apie integralią pagalbą yra sudėtinga. Apie galimybę gauti tokio pobūdžio paslaugas, galėtų didesnę susidomėjimą parodyti šeimos gydytojai, kadangi vyresnio amžiaus žmonės dažniau serga bei gydomi. Galima ir tokia prielaida, jog vyresnio amžiaus asmenys neturi kompiuterinio raštingumo žinių, todėl informacija skelbiama internetiniuose puslapiuose jiems neprieinama, nebent tuo pasirūpintų artimieji.



10 pav. Informavimas apie galimybes gauti integralią pagalbą asmens namuose, proc.

Išanalizavus gautus duomenis apie socialinės globos paslaugų reikalingumą (11 pav.), išsiaiškinta, kad daugiausiai respondentų reikalingomis socialinės globos paslaugomis įvardija pagalbą buityje ir namų ruošoje (86,3 proc.), bendravimą (76,7 proc.), maitinimo organizavimą (76,5 proc.), informavimą ir konsultavimą bei sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą (po 72,5 proc.).

Nebūtinomis socialinės globos paslaugomis apklaustieji (70,6 proc.) įvardijo budėjimą, ūkio darbus (41,2 proc.). Galima daryti išvadą, kad tiriamiesiems reikalingos paslaugos pagalba buityje ir namų ruošoje, bendravimas ir maitinimo organizavimas, kurios nurodo į asmenų nesavarankiškumą, funkcijų praradimą, atskirtį nuo visuomenės, gali užtikrinti normalią gyvenimo kokybę.



11 pav. Socialinės globos paslaugų reikalingumo pasiskirstymas, proc.

Atliekamu tyrimu teirautasi respondentų, kurios slaugos ar kineziterapeuto paslaugos jiems reikalingos. Nustatyta, kad daugiausiai (74,5 proc.) pageidauja asmens higienos paslaugų (plaukų, nagų, akių, nosies ir kt. priežiūra, įvertinimas; patalynės, marškinių, sauskelnių keitimas, pakišamųjų indų naudojimas), reikalinga paslauga išrinkta kineziterapija (70,6 proc.) bei vaistų vartojimas ir organizmo sistemų veikų matavimas (po 58,8 proc.). Nereikalingiausia paslauga įvardinta „kita“ (kompreso, ledo, šildyklės uždėjimas) (41,2 proc.). Dauguma slaugos paslaugų ir kineziterapijos paslaugos įvardintos reikalingomis, vadinasi asmenims šioms sveikatos priežiūros paslaugos nustatytas poreikis. Tiriant slaugos paslaugų ryšį su amžiumi, šeimynine padėtimi bei gyvenimo būdu, nustatytas vidutinis ryšys tarp pasirinktų kintamųjų porų (9 lentelė). Slaugos paslaugų poreikis aktualiausias šioms grupėms: 71-80 metų, daugiau nei 81 metai, našliams ir gyvenantiems vieniems. Panaši situacija lyginant šiuos kintamuosius su socialinės globos paslaugų poreikiu. Vadinasi, integrali pagalba reikalingiausia asmenims turintiems daugiau nei 71 metus, esančius našliais ir gyvenančius vienus.

Slaugos paslaugų reikalingumo ryšys su kitais kintamaisiais, proc.

<i>Paslaugos pavadinimas</i>	<i>Amžius (metai)</i>		<i>Šeimyninė padėtis (našlys)</i>	<i>Gyvenimo būdas (gyvena vienas)</i>	<i>Spearmano koreliacija (r)</i>
	<i>71-80</i>	<i>virš 81</i>			
Vaistų vartojimas	34,5	41,4	46,3	79,3	0,687
Organizmo sistemų veiklų matavimas	40,0	40,0	60,0	70,0	0,894
Asmens higienos paslaugos	40,5	37,8	56,8	86,5	0,698
Kita (Kompreso, ledo uždėjimas)	-	Nereikia 55,0	Nereikia 55,0	Nereikia 85,0	-
Kineziterapija	36,1	33,3	50,0	83,3	0,433

Analizuojant gautus duomenis apie tai, iš kokių žmonių respondentai tikisi pagalbos (10 lentelė), pastebėta, kad respondentai dažniausiai tikisi sulaukti du kartus per dieną lankomosios priežiūros specialisto (37,3 proc.) ir slaugytojo padėjėjo (27,5 proc.), tai yra tie specialistai, kurie dažniausiai rūpinasi savo paslaugų gavėjais. Vieną kartą per dieną tų pačių specialistų (analogiškai 37,3 proc. ir 29,4 proc.) bei bendruomenės narių (25,5 proc.). Keletą kartų per savaitę paslaugų gavėjai norėtų matyti kineziterapeutą (39,2 proc.), slaugytojo padėjėją (21,6 proc.) ir, vėl gi, bendruomenės nario (21,6 proc.). Vieną kartą per savaitę pageidaujami medikai: slaugytojas (43,1 proc.), kineziterapeutas (29,4 proc.). Vieną kartą per 2 savaites, respondentų nuomone, galėtų apsilankyti socialinis darbuotojas (31,4 proc.) bei bendruomenės narys (23,5 proc.). Tačiau nereikalingiausia pagalba didžioji dalis respondentų įvardijo savanorius (64,7 proc.). Tokie duomenys rodo, kad žmonės daugiausiai nori kvalifikuotų ir dažnų specialistų lankomosios priežiūros specialistų ir slaugytojo padėjėjo bei kineziterapeuto apsilankymų. Bendruomenės narys tampa reikalingu žmogumi, galinčiu prisidėti prie bendro pagalbos teikimo ir būti pilnateisiu jos nariu. Tuo tarpu savanorius respondentai laiko nepatikimais ir nereikalingais. Tai rodo, kad žmonės nepasitiki svetimais asmenimis, o gal nežino, nesupranta šių žmonių naudingumo.

Tiriamųjų pasiskirstymas pagal tai, kokių žmonių pagalbos ir kaip dažnai jie tikisi sulaukti, proc.

<i>Darbuotojas</i>	<i>Du kartus per dieną</i>	<i>Vieną kartą per dieną</i>	<i>Keletą kartų per savaitę</i>	<i>Vieną kartą per savaitę</i>	<i>Vieną kartą per 2 savaites</i>	<i>Nereikia</i>
Socialinis darbuotojas	5,9	13,7	19,6	5,9	31,4	13,7
Lankomosios priežiūros specialistas	37,3	37,3	13,7	5,9	0,0	2,0
Slaugytojas	0,0	9,8	13,7	43,1	17,6	3,9
Slaugytojo padėjėjas	27,5	29,4	21,6	5,9	2,0	7,8
Kineziterapeutas	0,0	5,9	39,2	29,4	9,8	9,8
Savanoris	2,0	0,0	3,9	7,8	7,8	64,7
Bendruomenės nariai (kaimynas, pažįstamas)	0,0	25,5	21,6	13,7	7,8	23,5

Vertinant respondentų nuomonę apie tai, kokių jiems paslaugų reiktų dar papildomai nustatyta, kad tyrimo dalyviai pageidautų gydytojo (47,1 proc.) ir psichologo (25,5 proc.) paslaugų, mažiausiai reikalinga psichikos sveikatos slaugytojo (3,9 proc.). Viengungiems (75 proc.) ir našliams (50 proc.) labiausiai reikia gydytojo. Vedusiems (80 proc.) ir našliams (26,8 proc.) reikalinga „psichologo konsultacija“, o trečdaliui išsiskyrusių (33,3 proc.) profesinės reabilitacijos specialisto. Alternatyvioje atsakymo galimybėje „kita“, nurodytas poreikis gauti „*santehniko, statybininko (buityje remonto darbams)*“, „*masažuotojo*“, „*psichoterapeuto paslaugas*“. Vadinas, žmonėms būtina pagalba atliekant ūkio darbus. Masažuotojo ir psichoterapeuto poreikis, įrodo apie mobilios komandos specialistų reikalingumą ir jų plėtros galimybes. Tai dar kartą patvirtina, kad respondentai pageidauja kvalifikuotų specialistų pagalbos ir paslaugų.

Atlikus reikšmingumo statistinį skaičiavimą (Chi-square), nustatytas patikimas reikšmingumo lygmuo tarp specialistų ir jų paslaugų pageidaujančių vartotojų pagal charakteristikas šeimyninę padėtį, gyvenimo būdą, amžių. Nustatyti patikimi ryšiai (11 lentelė).

11 lentelė

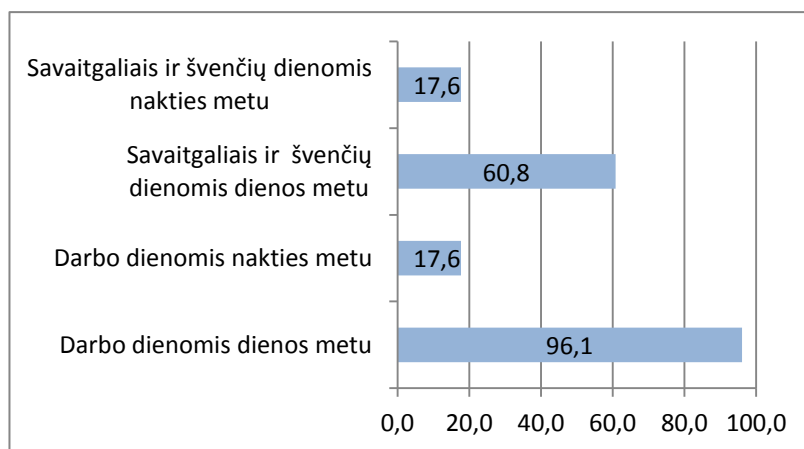
Statistinio reikšmingumo lygmuo tarp paslaugų teikėjo ir paslaugų gavėjų charakteristikų (χ^2)

<i>Specialistas</i>	<i>Charakteristikos</i>	<i>χ^2 reikšmė</i>
Slaugytojas	Šeimyninė padėtis	$\chi^2 = 29,862$; df=15; p<0,012
	Gyvenimo būdas	$\chi^2 = 24,946$; df=15; p<0,05
Kineziterapeutas	Šeimyninė padėtis	$\chi^2 = 26,162$; df=15; p<0,036
Savanoris	Šeimyninė padėtis	$\chi^2 = 29,099$; df=15; p<0,006
	Amžius	$\chi^2 = 40,921$; df=20; p<0,004
Kiti pageidaujami specialistai	Šeimyninė padėtis	$\chi^2 = 36,819$; df=15; p<0,05

Be to, išanalizavus apklaustųjų nuomones apie tai ar dirbant kartu įvairiems specialistams, būtų efektyviau sprendžiamos jiems aktualios problemos, 66,7 proc. respondentų tai įvertino teigiamai, suabejojo 33,3 proc. Taigi dauguma tiki, kad, visų grandžių darbas gali užtikrinti integralias paslaugas ir teigiamus šių paslaugų gavėjų lūkesčius.

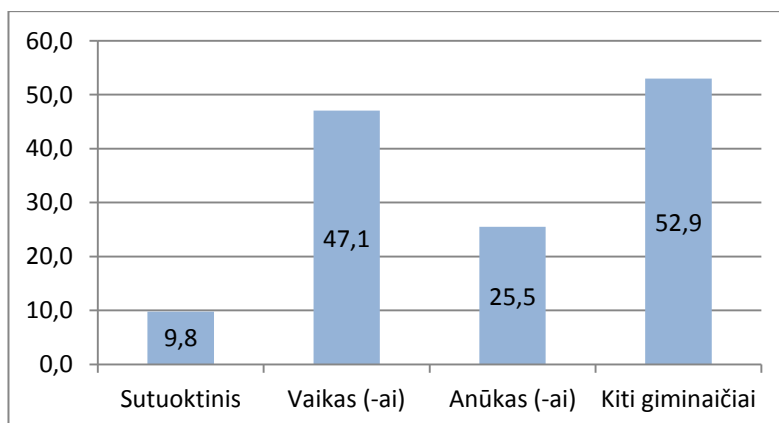
Analizuojant respondentų nuomones apie tai, kada jiems reikalingos slaugos ir globos paslaugos (12 pav.) nustatyta, kad didžiausias poreikis yra darbo dienomis dienos metu (96,1 proc.) ir savaitgaliais ir švenčių dienomis dienos metu (60,8 proc.). Taigi, galima daryti išvadą, kad apklaustieji pageidautų slaugos paslaugų visą savaitę dienos metu. Mažiausiai žmonės norėtų gauti paslaugas naktį. Tai gali būti ir baimės, nenoro įsileisti į savo namus svetimus žmones tokiu paros metu ženklas. Kita vertus, gali būti, kad respondentai nėra tokie ligoti, kad jiems reiktų paslaugų tokiu metu ar jiems reikalingas paslaugas suteikia artimoji aplinka. Tačiau, po 17,6 proc. asmenų visgi nurodė, kad norėtų gauti paslaugas darbo dienomis ir savaitgaliais ir švenčių dienomis nakties metu. Kudukytės-Gasperės ir kt. (2012) atliktas tyrimas sveikatos priežiūros įstaigoje, nustatė

poreikį gauti slaugos paslaugas darbo dienomis dienos ir nakties metu (17,3 proc.) ir socialinio darbuotojo paslaugų namuose savaitgaliais bei švenčių dienomis (16,0 proc.). Autorės atlikto tyrimo duomenys patvirtina šiuos rezultatus, bet ir nustato poreikį paslaugoms nakties metu poilsio dienomis.



12 pav. Slaugos ir globos paslaugų reikalingumas (paros laikotarpyje), proc.

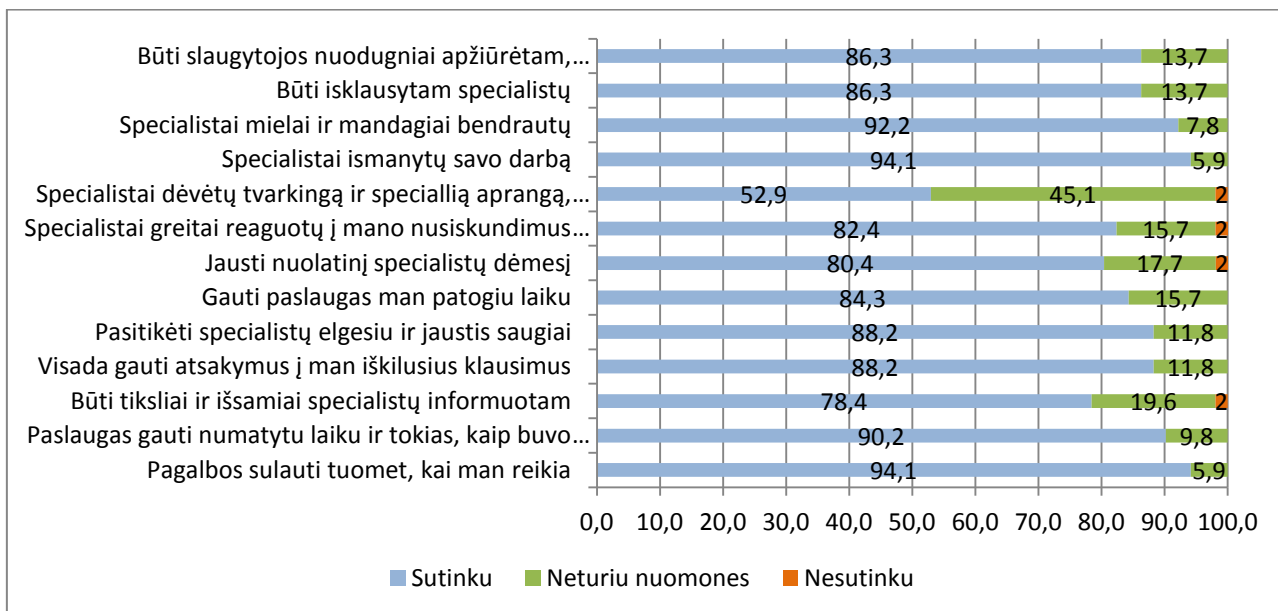
Teiraujantis respondentų, ar turi jais besirūpinančių artimųjų (13 pav.), nustatyta, kad pusė respondentų turi kitus giminaičius (52,9 proc.) ir vaikus (47,1 proc.) bei ketvirtadalis anūkus (25,5 proc.). Tačiau nors respondentai turi artimųjų, į klausimą apie tai ar jie norėtų, kad giminaičiai išmoktų slaugos, nustatyta, kad tik trečdalis (29,4 proc.) apklaustųjų to pageidautų, beveik pusė (41,2 proc.) abejoja ir penktadalis (19,6 proc.) atsakė neigiamai. Tokie duomenys rodo, kad respondentai yra labiau linkę prašyti svetimų žmonių pagalbos nei artimųjų. Kita vertus, gali būti, kad jie nėra linkę apkrauti rūpesčiais giminaičius arba giminaičiai nėra motyvuoti teikti jiems pagalbą. Skaičiuotas klausimo skalės vidinis patikimumas, nustatyta Cronbach alfa koeficiento vertė yra 0,877, vadinasi geras patikimumas.



13 pav. Respondentų nuomonė apie artimuosius, galinčiais jais pasirūpinti, proc.

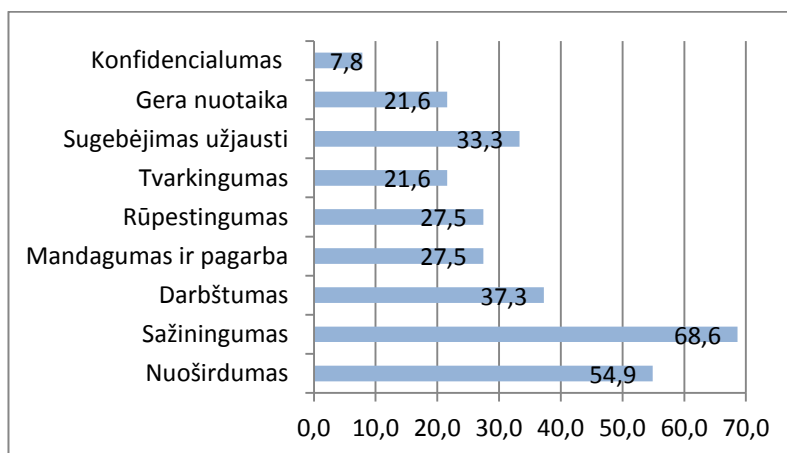
Analizuojant respondentų nuomones apie tai, ko jie tikisi iš gaunamų paslaugų (14 pav.) nustatyta, kad beveik visi tyrime dalyvavę respondentai tikisi, kad specialistai išmanys savo darbą

(94,1 proc.), pagalbos sulauks tuomet, kai jos reikia (94,1 proc.), specialistai mielai ir mandagiai bendraus (92,2 proc.), paslaugas gaus numatytu laiku ir tokias, kokios buvo žadėtos (92 proc.). Tai rodo, kad respondentai, vertindami teiginius apie socialinės globos ir slaugos paslaugas, pasitenkinimą ir lūkesčius jomis labiausiai vertina patikimumą, kompetentingumą bei empatiją. Galima daryti prielaidą, kad respondentai jaustų pasitenkinimą gaunama paslauga svarbūs visi kriterijai, keliami aukšti reikalavimai paslaugų kokybei.



14 pav. Tiriamųjų nuomonių apie tai, ko jie tikisi, gaudami socialinės globos ir slaugos paslaugas į namus pasiskirstymas, proc.

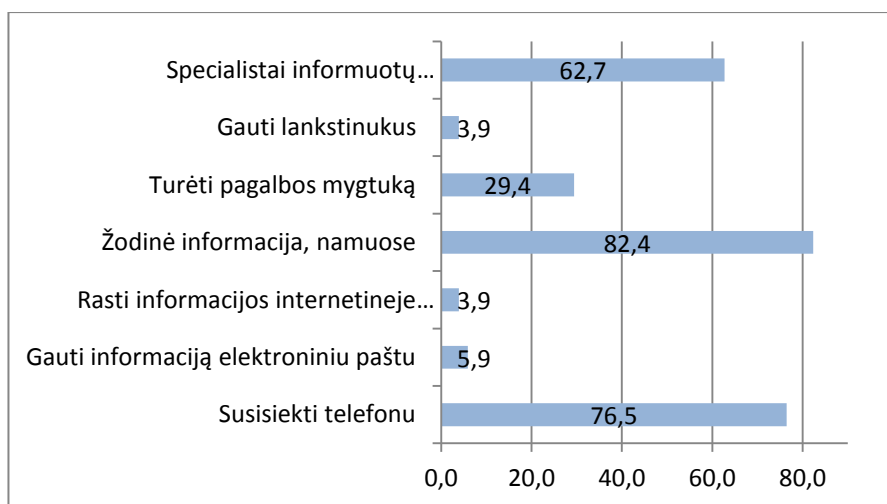
Vertinant dalyvių nuomonę (15 pav.) apie tai, kokiomis savybėmis turi pasižymėti specialistai išskirtos trys pagrindinės, sąžiningumas (68,6 proc.), nuoširdumas (54,9 proc.) ir darbštumas (37,3 proc.). Rečiausiai, tyrimo dalyvių įvardijamas konfidencialumas (7,8 proc.). Taigi apklaustiesiems svarbiausia yra specialistų asmeninės, bendražmogiškos savybės. Atsakymo pasirinkimo variante „kita“ nurodyta „kompetencija“, „atsakomybė“. Indrašienė, Katkonienė (2011) atlikusios socialinių paslaugų namuose vertinimą, nustatė, jog paslaugų gavėjams svarbios asmeninės lankomosios priežiūros darbuotojų savybės: patikimumas, sąžiningumas, taktiškumas ir pareiškumas.



15 pav. Savybės, kuriomis turi pasižymėti specialistai, proc.

Analizuojant respondentų pateiktus atsakymus apie tai, kaip jie norėtų gauti informaciją apie paslaugas ar sulaukti pagalbos (16 pav.) pastebėta, kad dažniausiai apklaustieji pageidautų žodinės informacijos namuose (82,4 proc.), susisiekti telefonu (76,5) proc. ar specialistai informuotų paskambinę telefonu (62,7 proc.). Mažiausiai respondentai pageidautų informacijos raštu, kuri būtų pateikiama lankstinukuose (3,9 proc.), internetu (3,9 proc.) ar el. paštu (5,9 proc.).

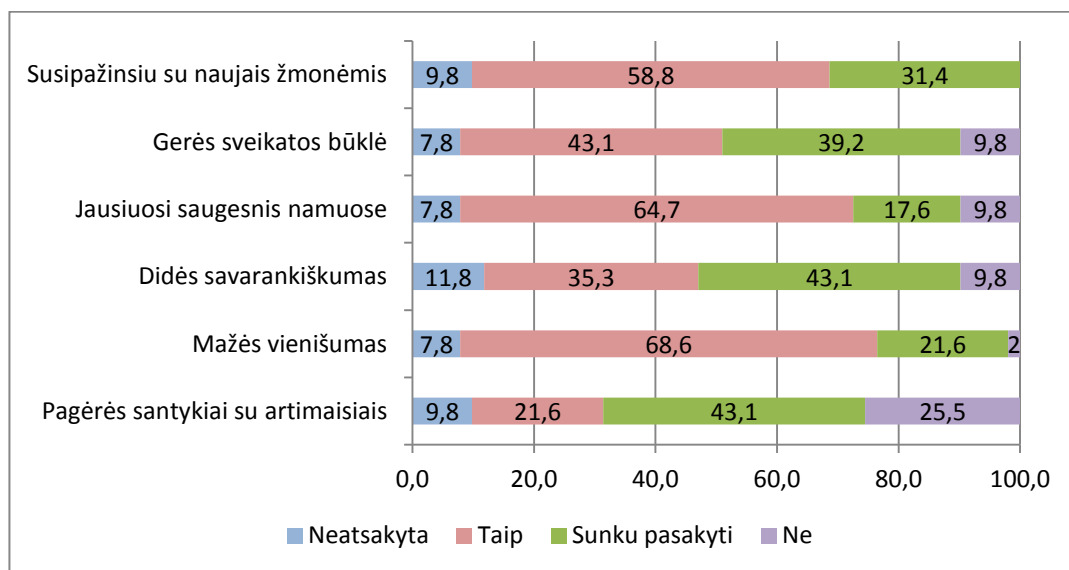
Vertinant duomenis pagal amžių pastebėta, kad „gauti informaciją el. paštu“ ($\chi^2=29,325$; df 4; $p<0,05$) ir „rasti informaciją internete“ ($\chi^2=19,151$; df 4; $p<0,05$) labiausiai pageidautų 41-60 m. respondentai (atitinkamai 60 proc. ir 40 proc.). Šie duomenys patvirtina faktą, kad socialines paslaugas gaunantys žmonės pageidauja gauti informaciją tiesiogiai ir jiems priimtinausiu būdu. Jaunesni žmonės dažniau naudojami internetu, todėl jiems ši priemonė yra patogesnė, kai tuo tarpu vyresni labiau pripažįsta įprastas priemones ($\chi^2=15,022$; df 3; $p<0,05$). Respondentai daug reikšmės nesuteikė pagalbos mygtukui (29,4 proc.). Tai naujovė, kuri bus diegiama kartu su integraliomis paslaugomis. Galima daryti prielaidą, jog žmonės neturėdami ankstesnės patirties apie šią priemonę, nesuteikė jai reikšmės, nors ji palengvins skubios pagalbos paiešką.



16 pav. Priemonės, kuriomis paslaugų vartotojai norėtų gauti informaciją apie paslaugas ar sulaukti pagalbos, proc.

Respondentų teirautasi apie jų gyvenimo pokyčius, pradėjus integralios pagalbos asmens namuose paslaugų teikimą (17 pav.). Apklaustųjų teigimu, mažės vienišumas (68,6 proc.) ir jie jausis saugesni namuose (64,7 proc.). Daugiau nei pusė mano, kad tai padės jiems susipažinti su naujais žmonėmis (58,8 proc.). Tačiau pastebima, remiantis respondentų pateiktais atsakymais, kad jiems dar ganėtinai sunku pasakyti, ar pradėjus teikti integralios pagalbos asmens namuose paslaugas, didės jų savarankiškumas (43,1 proc.), pagerės santykiai su artimaisiais (43,1 proc.) ar pagerės sveikatos būklė (39,2 proc.). Pažymėtina, kad daugiau nei ketvirtadalis respondentų manymu, integralios pagalbos paslaugų teikimas nepagerins santykių su jų artimaisiais. Taigi galima daryti išvadą, kad tokias paslaugas respondentai vertina teigiamai ir tikisi, kad tai sumažins

jų atskirtį bei vienišumą. Nustatytas klausimo vidinis geras patikimumas pagal Cronbach alfa koeficientą 0,836.



17 pav. Tiriamųjų nuomonių apie tai, ar pasikeis jų gyvenimas, pradėjus integralios pagalbos asmens namuose paslaugų teikimą pasiskirstymas, proc.

Tiriamųjų buvo teirautasi, kiek laiko jiems yra teikiamos integralios pagalbos paslaugos. Iš tyrimo rezultatų matyti, jog 78,4 proc. tiriamiesiems integralios pagalbos asmens namuose paslaugos buvo teikiamos daugiau nei 3 mėnesius. Kitai daliai apklaustųjų integralios pagalbos asmens namuose paslaugos teikiamos iki vieno mėnesio (9,8 proc.) ar mėnesį (7,8 proc.)

Dažniausias laiko integralios pagalbos asmens namuose paslaugų intervalas yra nuo 4 iki 5 valandų per dieną (43,1 proc.) ir nuo 2 iki 3 valandų per dieną (37,3 proc.). Pastebima, kad rečiau tiriamiesiems yra teikiamos integralios pagalbos asmens namuose paslaugos nuo 6 iki 7 valandų per dieną (11,8 proc.), iki 8 valandų per dieną (3,9 proc.). Taigi, pagal gautus duomenis galima daryti prielaidą, kad nors integralios slaugos paslaugos yra teikiamos daugumai apklaustųjų po keletą valandų per dieną, tačiau neaišku, ar tiek laiko užtenka patenkinti visus respondentų poreikius.

Išanalizavus duomenis apie tiriamųjų nuomonę apie gautas integralias paslaugas matyti, kad daugiau nei pusė respondentų (60,8 proc.) nurodo, kad, jiems pradėjus gauti paslaugas, jų gyvenimo kokybė pasikeitė, 29,4 proc. pasikeitė tik iš dalies, 5,9 proc. – neturi nuomonės, o 2 proc. - nepasikeitė. Vadinasi galima teigti, kad šių paslaugų tipas turi teigiamą naudą respondentų gyvenimo kokybei.

Respondentų teirautasi, ką reikėtų keisti, tobulinti ar teikti papildomų paslaugų, kad paslaugų vartotojų gyvenimo asmens namuose kokybė pagerėtų. Respondentų atsakymai pasiskirstė į kelias vertinamąsias grupes: viskas gerai ir nereikia nieko keisti, tobulintina, neturi nuomonės. Galime teigti, jog teikiamų paslaugų kokybė tenkina paslaugų vartotojus, nes jie pasisako, jog nereikalingi pokyčiai: „pastabų neturiu, nes labai patenkinta teikiamomis paslaugomis“, „nieko keisti nereikia“, „nieko nekeisti“. Išsakyta ir neutrali pozicija „neturiu nuomonės“, „sunku pasakyti“.

Tobulintiniais dalykais nurodoma:

- paslaugų teikimo trukmė („reiktų skirti daugiau valandų“, „pailginti paslaugos teikimo laiką“, „lankantis pas gydytoją, kad darbuotojas galėtų būti ilgesnį laiką“, „pageidaučiau, kad darbuotojai teiktų paslaugas iki 19 valandos“, „teikti paslaugas visą parą“, „išieginėmis dienomis, kad būtų teikiama pagalba“, „galimybė gauti paslaugas savaitgalį“);

- paslaugų įvairovė („teikti specializuotą transporto paslaugą“, „pritaikyti aplinką sunkiai judantiems“, „norėtume gauti specialios paskirties lovą“);

- aptarnavimo kokybė („pastovesni darbuotojai“, „nesikeistų“, „darbuotojas turi mokėti skaniai gaminti“, „trūksta rusų kalbos mokėjimo“, „gauti daugiau medicinos paslaugų“, „kad būtų galimybė daugiau pabendrauti“).

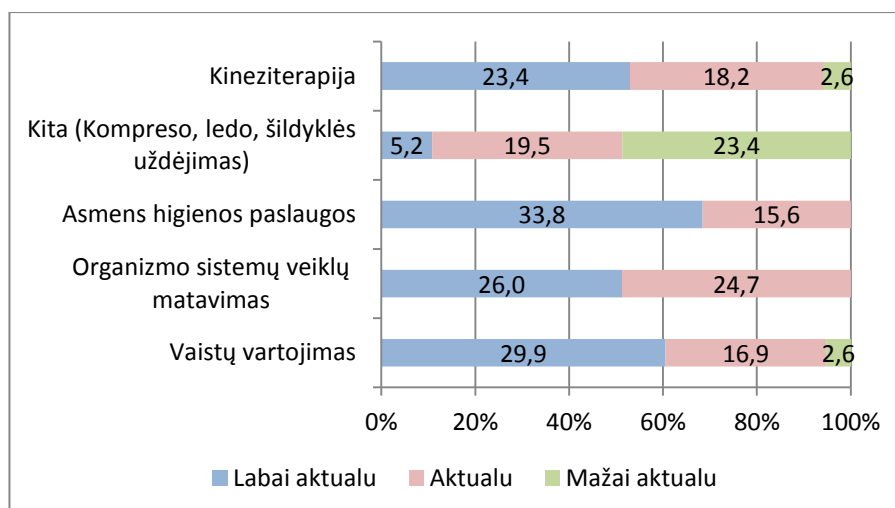
Apibendrinant išanalizuotus duomenis galima daryti išvadą, analizuoti veiksniai lemiantys paslaugų vartotojų lūkesčius yra teigiami, tikimasi, kad teikiama integrali pagalba suteiks pasitenkinimą gaunamomis paslaugomis. Remiantis paslaugų gavėjų atsakymais apie reikalingas dienos socialinės globos ir slaugos paslaugas, pagal patvirtintus sąrašus, jos atlieps vyresnių nei 71 metai, našlių ir vienu gyvenančių asmenų poreikius, kad jie galėtų, padedant kitiems asmenims, išlikti namuose, savo jaukioje namų aplinkoje. Kriterijai, kuriais remiantis vertinamas paslaugos atitikimas jos vartotojui, įrodo jų reikšmingumą, nes jų rangavimas neišskyrė esminių skirtumų. Paslaugų gavėjai viliasi, jog gaunant integralią pagalbą jų gyvenimo kokybė, pasikeis, ypatingai mažės vienišumas ir susipažins su kitais žmonėmis. Apibendrintai galima teigti, jog teikiama integrali pagalba asmens namuose pateisins paslaugų vartotojų lūkesčius.

3.3.2. Integralios pagalbos asmens namuose paslaugų teikėjų lūkesčių analizė

Integralios pagalbos asmens namuose paslaugų teikėjų lūkesčių analizės poskyryje atskleidžiamos dviejų grupių specialistų nuomonės, tai socialinių darbuotojų ir lankomosios priežiūros specialistų nuomonė apie socialinės globos paslaugų aktualumą gavėjams ir slaugytojų, slaugytojų padėjėjų ir kineziterapeutų nuomonė apie slaugos paslaugų gavėjams aktualumą. Išanalizavus duomenis, matyti, kad socialinės globos paslaugų teikėjų nuomone (18 pav.), minėtų paslaugų gavėjams aktualiausios yra šios paslaugos: maitinimo (63,6 proc.), pagalbos buityje ir namų ruošoje (54,5 proc.) bendravimo (53,2 proc.). Aktualiomis socialinės globos paslaugomis respondentai nurodė transporto organizavimą (48,1 proc.), tarpininkavimą ir atstovavimą (46,8 proc.), informavimą ir konsultavimą (41,6 proc.). Statistiškai reikšmingi duomenys pagal respondentų užimamas pareigas atskleidė, kad socialinių darbuotojų ir lankomosios priežiūros specialistų manymu aktualiausios paslaugos yra informavimas ir konsultavimas (50 proc.) ($\chi^2=63,983$; df 16; $p<0,05$), bendravimas (atitinkamai 50 proc. ir 74 proc.) ($\chi^2=70,099$; df 12;

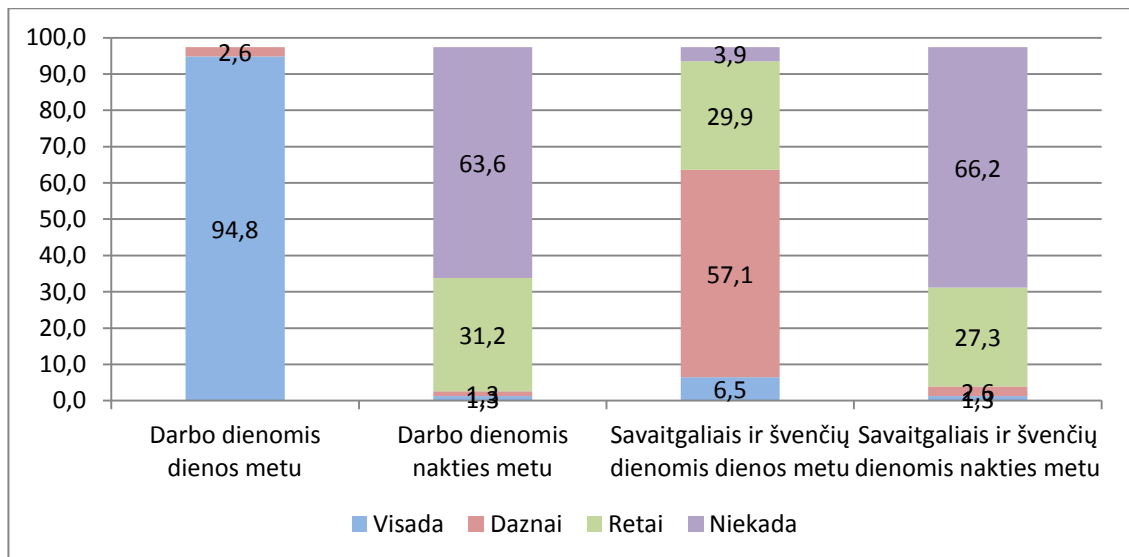
$p < 0,05$), maitinimo organizavimas (atitinkamai 100 proc. ir 85 proc.) ($\chi^2=77,074$; df 8; $p < 0,05$), pagalba buityje ir namų ruošoje (atitinkamai 83,3 proc. ir 72 proc.) ($\chi^2=74,580$; df 8; $p < 0,05$), sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas (atitinkamai 66,7 proc. ir 48 proc.) ($\chi^2=68,774$; df 12; $p < 0,05$). Taigi, pasak paslaugų teikėjų, gavėjams yra aktualu gauti pačias pagrindines paslaugas, kurios galėtų užtikrinti normalų paslaugas gaunančių klientų gyvenimą. Skaičiuotas šio klausimo skalės vidinis patikimumas, nustatyta Cronbach alfa koeficiento vertė yra 0,955, vadinasi geras patikimumas.

Respondentų teirautasi apie slaugos ir kineziterapijos paslaugų aktualumą paslaugų gavėjams (21 pav.). Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų nuomone, minėtų paslaugų gavėjams aktualiausios yra šios paslaugos: asmens higienos (33,8 proc.), organizmo sistemų veiklų matavimo (26 proc.), kineziterapijos (23,4 proc.). Mažiau aktuali paslauga gavėjams - kompreso, ledo ar šildyklės uždėjimo paslauga.



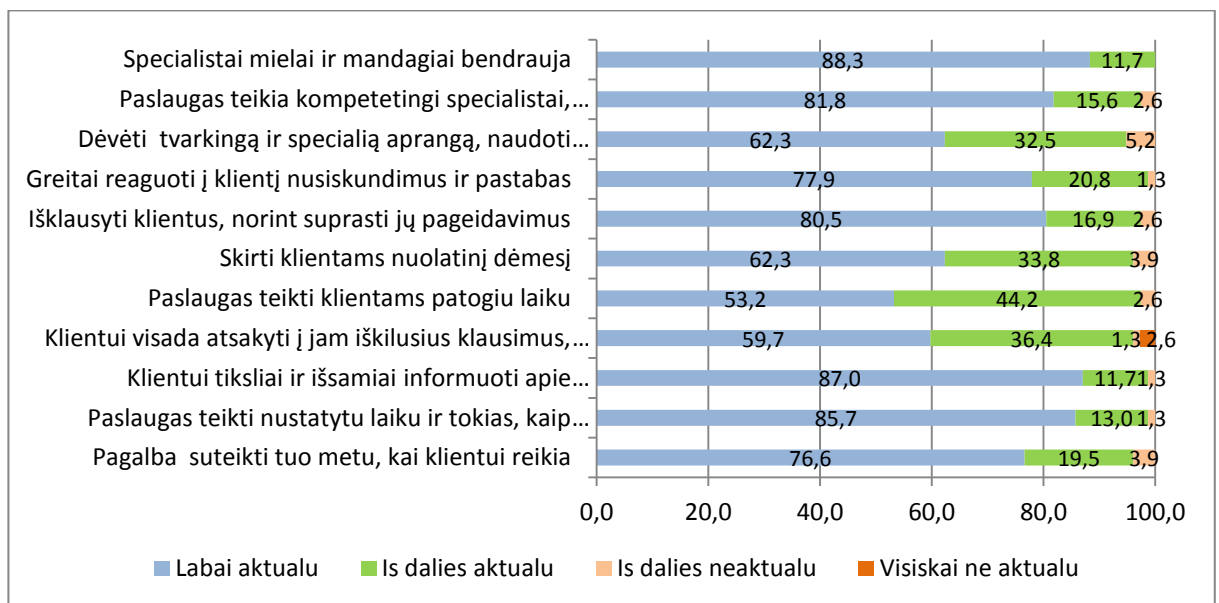
18 pav. Tiriamųjų nuomonių apie slaugos ir kineziterapeuto paslaugų gavėjams aktualumą pasiskirstymas, proc.

Analizuojant duomenis, kada paslaugų teikėjų manymu reikia slaugos ar globos paslaugų klientams (19 pav.), nustatyta, kad visada reikia - darbo dienomis dienos metu (94,8 proc.), o daugiau nei pusei klientų dažnai reikia šių paslaugų - savaitgaliais ir švenčių dienomis dienos metu (57,1 proc.). Didelė dalis apklaustųjų nurodė, kad niekada slaugos ir globos paslaugų nereikia savaitgaliais ir švenčių dienomis nakties metu (66,2 proc.) ir darbo dienomis nakties metu (63,8 proc.). Taigi, minėtos paslaugos yra reikalingiausios darbo dienomis dienos metu arba savaitgaliais ir švenčių dienomis dienos metu. Tačiau, dalis respondentų mano apie paslaugų teikimo galimybę retais atvejais darbo dienomis nakties metu (31,2 proc.) ir savaitgaliais ir švenčių dienomis nakties metu (27,3 proc.).



19 pav. Slaugos ir globos paslaugų reikalingumas paslaugų gavėjos paros metu, proc.

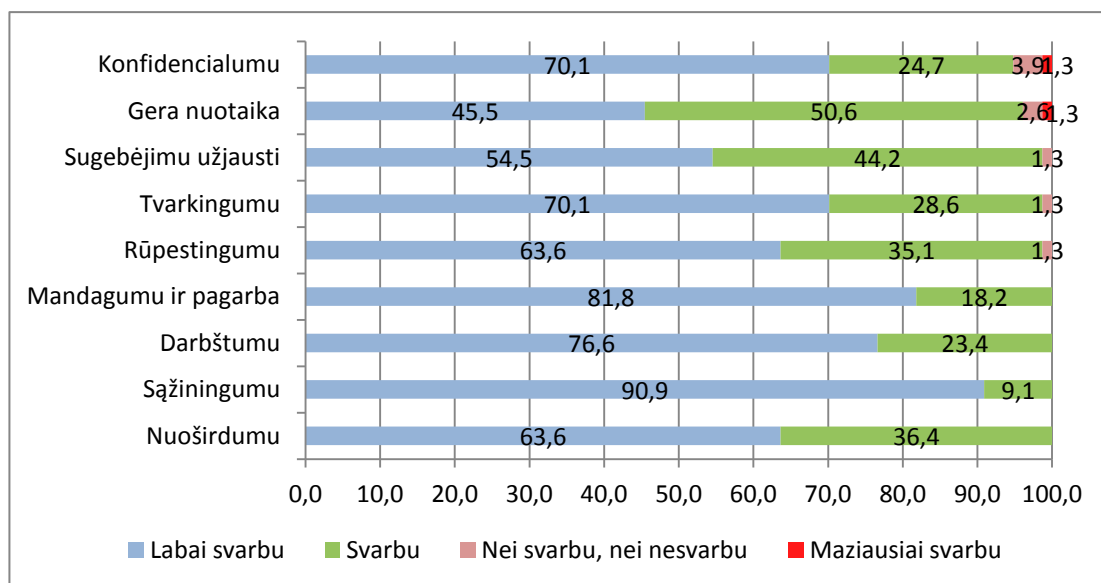
Vertinant respondentų pasisakymus apie veiksnius lemiančius pasitenkinimą gaunamomis paslaugomis (20 pav.) pastebima, kad labiausiai yra vertinamas specialistų mielas ir mandagus bendravimas (88,3 proc.), tikslus ir išsamus informavimas kliento apie paslaugos teikimą (87 proc.), paslaugos teikimas nustatytu laiku ir tokias, kaip buvo pažadėta (85,7 proc.). Specialistai įvertino veiksnius, lemiančius pasitenkinimą socialinės globos ir slaugos paslaugomis, išskirdami empatiją, jautrumą bei patikimumą. Atsakymuose dominuoja įverčio modalinė reikšmė lygi 1 (Mo=1).



20 pav. Veiksniai, kurie aktualūs ir lemiantys klientų pasitenkinimą gaunamomis paslaugomis pasiskirstymas, proc.

Analizuojant duomenis apie tai, kokiomis asmeninėmis savybėmis turi pasižymėti specialistai (21 pav.), kad klientai jaustų pasitenkinimą gaunamomis paslaugomis, svarbiomis išskirtos šios savybės - sąžiningumas (90,9 proc.), mandagumas ir pagarba (81,8 proc.) bei

darbštumas (76,6 proc.). Mažiau svarbiomis savybėmis galima laikyti gerą paslaugų teikėjų nuotaiką (50,6 proc.), sugebėjimą užjausti (44,2 proc.) ir nuoširdumą (36,4 proc.). Skaičiuojant klausimyno patikimumą, nustatytas šio klausimo skalės vidinis patikimumas, kai Cronbach alfa koeficiento vertė yra 0,829, vadinasi geras patikimumas.



21 pav. Tiriamųjų nuomonių apie savybes, kuriomis turi pasižymėti specialistai, kad klientai jaustų pasitenkinimą gaunamomis paslaugomis pasiskirstymas, proc.

Tyrimo dalyvių nuomonė apie klientų gyvenimo kokybės pasikeitimą gaunant integruotas paslaugas namuose išsiskyrė, nes 45,5 proc. nurodė, jog labai pagerės, 41,6 proc. pagerės kliento gyvenimo kokybė. Tuo tarpu 13 proc. apklaustųjų buvo sunku vertinti klientų gyvenimo kokybės pokyčius, gaunant ar gavus integruotas paslaugas namuose. Respondentų manančių apie gyvenimo kokybės nepagerėjimą ir visišką nepagerėjimą nebuvo.

Analizuojant duomenis dėl klientų ir jų šeimos pageidavimo, kad artimieji būtų konsultuojami slaugos ir socialinių paslaugų klausimais bei mokomi pagrindinių slaugos įgūdžių, nustatyta, kad pusė apklaustųjų (50,6 proc.) pritaria teiginiui, kad klientai ir jų šeimos pageidaus, kad artimieji būtų konsultuojami slaugos ir socialinių paslaugų klausimais, 44,2 proc. tyrimo dalyviams sunku atsakyti į šį klausimą. Tik 5,2 proc. respondentų mano, kad klientai ar jų šeimos nepageidaus šių paslaugų.

Aptariant atviro tipo anketos klausimus, skirtus integralios pagalbos asmens namuose paslaugų teikėjams, buvo nustatytos nepasitenkinimo paslaugomis priežastys, klientų gyvenimo kokybės pokyčiai, integralios pagalbos asmens namuose paslaugų teikėjų nuomonė apie klientus, įvardytos jų charakteristikos.

Integralios pagalbos komandos narių buvo teirautasi ar išlieka nepatenkintas paslaugų poreikis ir jei yra, prašoma nurodyti priežastį. Pastebėta, kad dalis specialistų teigė, jog paslaugos tenkina visus poreikius „paslaugų pakanka“, „paslaugas gauna pagal katalogą“. Kiti specialistai

įvardino kelias priežastis, dėl kurių negali būti patenkinti visi poreikiai, nepakanka teikiamų paslaugų ar neteikiamos kitų profesijų atstovų paslaugos: „*nepatenkintas klientų paslaugų poreikis dėl psichologo konsultacijų trūkumo*“, „*daugelis klientų norėtų, kad juos dažniau lankytų kineziterapeutas*“; nepakanka paslaugos teikimo trukmės, slaugos ir techninių priemonių: „*daugiau laiko, slaugos priemonių*“, „*ne visi naudojami funkcinėmis lovomis*“, „*trūksta transporto*“, „*reikia daugiau transporto*“, „*negali į polikliniką nuvažiuoti*“, „*sunku patekti pas gydytojus*“; bei bendravimo „*komunikavimo ir bendravimo galimybę*“.

Respondentų buvo prašoma nurodyti, kaip pasikeis klientų gyvenimo kokybė pradėjus teikti integralias paslaugas. Pažymėtina, kad gyvenimo kokybė daugeliu atveju priklausys nuo asmenims teikiamų paslaugų rūpinimosi jų gerbūviu: „*tvarkingesnė jų gyvenamoji aplinka*“, „*sutvarkyta gyvenamoji aplinka*“, „*atnešame maisto*“, „*pasikeis kliento gyvenamosios aplinkos sąlygos*“, „*taps patogesnis gyvenimas namuose*“, „*bus daugiau pagalbos buityje*“, „*derinam laiką*“; teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos: „*sveikatos priežiūra patobulės*“, „*bus slaugytojas, prižiūrės*“, „*rūpinamės klientų higiena*“, „*labiau laikysis asmens higienos*“, „*laiku duodami vaistai*“; bei tuo pačiu jaus palaikymą: „*gaus daugiau dėmesio*“.

Specialistai mano, kad pasikeis paslaugų gavėjų savarankiškumo lygis: „*padidės savarankiškumas*“, „*atsiras daugiau savarankiškumo*“, „*savarankiški*“, „*taps gyvenimas pilnavertiškesnis*“, „*labiau pasitikintys savimi*“, „*jausis saugesnis*“.

Specialistai įvardijo tris priežastis ar aplinkybes dėl kurių klientų gyvenimo kokybė negerės. Viena jų, susijusi su daugelio specialistų vienu metu teikiamomis paslaugomis: „*dažnai klientai pavargsta*“, „*pavargsta kai vienu metu jiems reikia sutelkti dėmesį į keletą darbuotojų*“, „*kad ateitume po vieną*“. Antroji, susijusi su nepakankamomis paslaugų teikimo apimtimis: „*dėl teikiamų paslaugų laiko*“, „*nepakanka laiko darbui atlikti, nėr kada pašnekėt*“, „*neateinam savaitgaliais ir nakties metu*“, „*reikia pagalbos savaitgaliais*“, „*sunku būti klientui, kol mūsų sulaukia pirmadienį*“. Trečioji išsakyta mintis, susijusi su paslaugų gavėjų amžiumi: „*nuolat jaučia mirties baimę*“.

Brogienė, Gurevičius (2008), Drungilienė ir kt. (2011), tyrę pacientų nuomonę ir lūkesčius sveikatos priežiūros paslaugų kokybės atžvilgiu nustatė, kad asmenų charakteristikos gali turėti įtakos lūkesčiams bei pasitenkinimui paslaugomis ir paslaugų kokybės vertinimui, kuris išreiškiamas poreikiu emocinei paramai ir saugumui. Todėl integralios pagalbos teikėjų paprašyta charakterizuoti savo rūpinamus žmones. Paaiškėjo, jog jų pasisakymai pasiskirstė į kelias kategorijas kaip fizinės, psichologinės, socialinės bei teigiamas ar neigiamas asmenines savybes. Fizinės ir psichologinės savybės įvardintos: „*ligoti*“, „*dažnai serga, daug ligų*“, „*ligoti, turi psichikos negalią*“, „*turinys negalią*“, „*psichiškai nesveikas, sunku bendrauti*“, „*yra su psichine negalia, nesusikalbam*“, „*psichikos negalia turinčiais klientai, su kuriais yra labai sunku bei*

pavojinga dirbti, bendrauti ir teikti jiems kokybiškas paslaugas“. Socialiniams aspektams priskirtinos: „negali pats susitvarkyti“, „negali savimi pasirūpinti“, „iš dalies arba visai negali savimi pasirūpinti“, „padedam, nes negali“, „gyvena vienas, niekas neprižiūri“, „daug vienišų“, „gyvena vieni, vieniši“, „vieniši žmonės“, „garbaus amžiaus“, „vienišiems, apleistiems“, „besijaučiantiems nesaugiais“, „reikalinga nuolatinė pagalba“, „psichologinės pagalbos“, „bendravimo“, „pagalbos bei užuojautos“, „dažno palaikymo“. Išryškintos teigiamos paslaugų gavėjų savybės: „nuoširdžius“, „labai nuoširdžių klientų“, „paprasti“, „bendruojančius“, „malonius paslaugų gavėjus“, „labai malonių“, „laukia kada ateisim“, „su šypsena ir pasitikėjimu“.

Tačiau išvelgtos ir kitos savybės, dažnai trukdančios pačiam asmeniui gauti paslaugą ir yra nulemtos vardintų charakteristikų: „įvairių charakterių“, „sunkus charakteris“, „užsidarę savyje“, „užsispyrę“, „nenori nieko“, „bendravimas komplikuoatas“, „piktoki“, „pikti“, „kaprizingi“, „įkyrūs“, „irzlūs“, „nervingi“, „įnoringi“, „manipuliuojantys“, „reiklūs“, „konfliktiški“, „nepasitikintys“, „dėmesio reikalaujantys“, „reikalaujantys labai daug dėmesio“, „reikalaujantys, kad už juos viską padarytų kiti“, „neprisideda prie pagalbos teikimo proceso“.

Apibendrinant gautus duomenis galima teigti, kad dienos socialinės globos ir slaugos paslaugų komplekte dominuoja paslaugos, kurios palengvina pažeidžiamų asmenų kasdienį gyvenimą ir patenkina jų bendravimo poreikį. Nors paslaugų teikėjai yra nusiteikę optimistiškai integralių paslaugų teikimo atžvilgiu, tačiau reikia pastebėti, kad didžioji dalis sėkmės priklauso nuo paslaugas gaunančių asmenų. Kadangi dauguma jų yra vieniši, ligoti, gali būti, kad ir nepasiturintys, tai lemia dideles psichologines problemas, kurios gali trukdyti suteikti kokybiškas integralias socialines paslaugas.

3.3.3. Paslaugų gavėjų ir paslaugų teikėjų lūkesčių palyginamoji analizė

Šiame poskyryje analizuojama abiejų apklaustų respondentų grupių nuomonės apie tai, kokių paslaugų reikia, kuriuo paros metu, kuo turi pasižymėti paslaugų teikėjai.

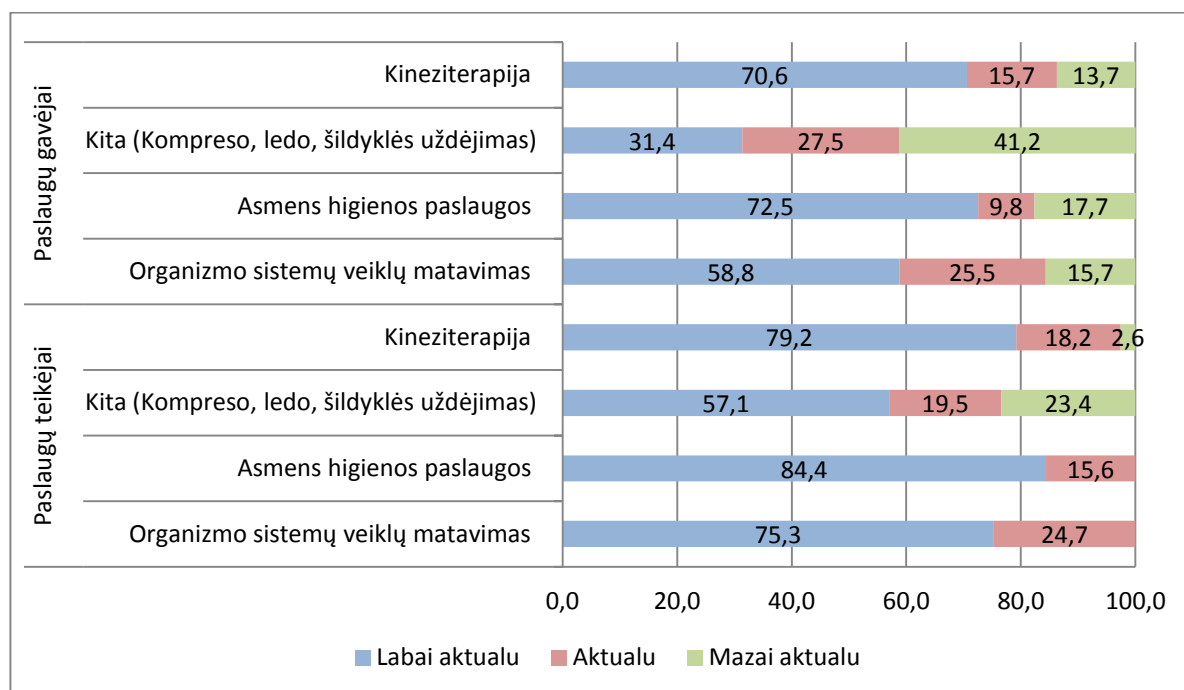
Lyginant paslaugų gavėjų ir teikėjų duomenis apie reikalingiausias paslaugas nustatyta (12 lentelė), kad gavėjams aktualiausia yra pagalba buityje ir namų ruošoje (86,3 proc), bendravimas (74,5 proc.), maitinimo organizavimas ir sveikatos priežiūra (72,5 proc.). Pasak teikėjų aktualiausios paslaugos yra maitinimo organizavimas (63,6 proc.), pagalba buityje ir namų ruošoje (54,5 proc.), bendravimas (53,2 proc.). Taigi galima daryti išvadą, kad abi grupės panašiai vertina reikalingiausias paslaugas, vadinasi yra gerai organizuotas darbas.

12 lentelė

Paslaugų gavėjų ir teikėjų nuomonių palyginimo apie reikalingiausias globos paslaugas pasiskirstymas, proc.

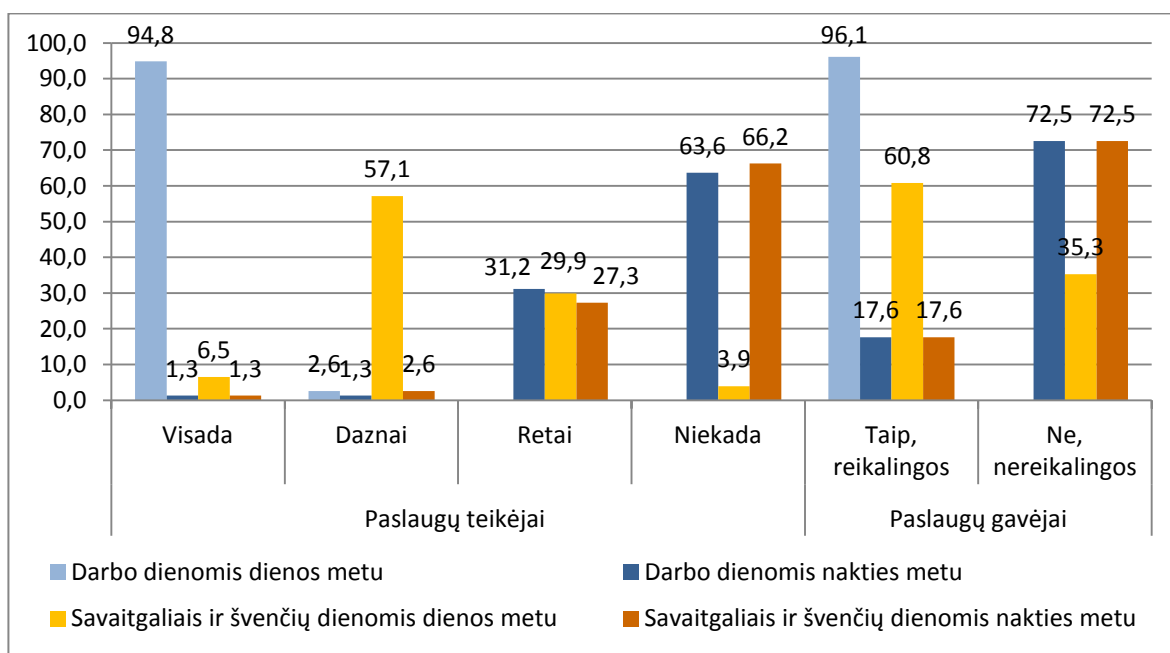
Reikia	Reikia, nebūtina	Nereikia	Paslaugos pavadinimas	Labai aktualu	Aktualu	Mažai aktualu	Neaktualu
70,6	15,7	5,9	Informavimas ir konsultavimas	27,3	41,6	2,6	2,6
74,5	15,7	3,9	Bendravimas	53,2	20,8	1,3	-
17,6	11,8	60,8	Budėjimas	7,8	18,2	31,2	16,9
60,8	21,6	13,7	Tarpininkavimas ir atstovavimas	13,0	46,8	14,3	1,3
72,5	13,7	9,8	Maitinimo organizavimas	63,6	11,7	-	-
86,3	7,8	5,9	Pagalba buityje ir namų ruošoje	54,5	20,8	-	-
70,6	11,8	13,7	Asmens higienos paslaugų organizavimas	35,1	36,4	3,9	-
72,5	19,6	7,8	Sveikatos priežiūros paslaugų	35,1	36,4	3,9	-
37,3	21,6	39,2	Ūkio darbai	10,4	32,5	22,1	10,4
49,0	23,5	21,6	Kasdienio gyvenimo įgūdžių	16,9	27,3	28,6	1,3
58,8	13,7	25,5	Transporto organizavimas	10,4	48,1	13,0	2,6

Analizuojant duomenis apie slaugos paslaugas (22 pav.) pastebėta, kad paslaugų gavėjams labiau reikalingos yra asmens higienos paslaugos (72,5 proc.), kineziterapija (70,6 proc.). Teikėjams aktualu yra tie patys punktai (atitinkamai 84,4 proc. ir 79,2 proc.). Vadinasi sutampančios nuomonės parodo, kad iš išvardintų slaugos ir kineziterapijos paslaugų poreikiai yra aktualiausi pagal abiejų apklaustųjų grupių nuomonę.



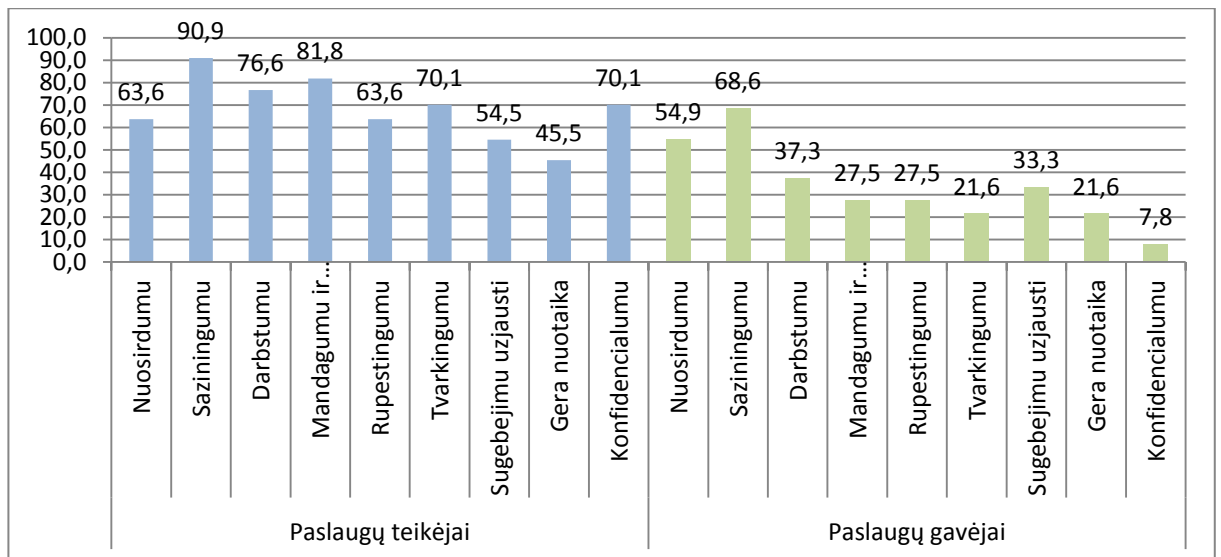
22 pav. Paslaugų gavėjų ir teikėjų nuomonių palyginimo apie slaugos paslaugų reikalingumą pasiskirstymas, proc.

Respondentų teirautasi apie paslaugų teikimą įvairiu paros laiku ir savaitės dienomis (23 pav.). Nustatyta, paslaugų gavėjų ir teikėjų nuomonė, dėl to, kad paslaugos dažniausiai reikalingos darbo dienomis dienos metu bei savaitgaliais ir švenčių dienomis dienos metu ir mažiau reikalingos darbo dienomis nakties metu bei savaitgaliais ir švenčių dienomis nakties metu - sutampa. Tačiau, paslaugų gavėjai išreiškė poreikį gauti paslaugas darbo dienomis ir savaitgaliais (17,6 proc.) ir švenčių dienomis nakties metu (17,6 proc.). Tokio poreikio buvimą patvirtina ir paslaugų gavėjai manydami, jog paslaugos retais atvejais galėtų būti teikiamos darbo dienomis nakties metu (31,2 proc.) ir savaitgaliais ir švenčių dienomis nakties metu (27,3 proc.). Vadinas, abi respondentų grupės nurodė poreikį, plėsti paslaugų apimtį, ne tik darbo dienomis.



23 pav. Paslaugų gavėjų ir teikėjų nuomonių palyginimo apie paslaugų teikimą pagal paros laiką ir savaitės dienas pasiskirstymas, proc.

Analizuojant duomenis apie tai kokiomis savybėmis turi pasižymėti paslaugų teikėjai, nustatyta (24 pav.), kad jų manymu svarbiausia yra sąžiningumas (90,9 proc.), mandagumas ir pagarba (81,8 proc.), darbštumas (76,6 proc.), o gavėjų manymu svarbu yra – sąžiningumas (68,6 proc.), nuoširdumas (54,9 proc.), darbštumas (37,3 proc.). Paslaugų teikėjai mažiau dėmesio skyrė savybei gera nuotaika (45,5 proc.), o gavėjai – konfidencialumui (7,8 proc.). Paslaugų gavėjai išskyrė nuoširdumą, vadinas jiems aktualus jų priėmimas su liga ar negalia, paprasto bendražmogiško kontakto palaikymas.



24 pav. Paslaugų gavėjų ir teikėjų nuomonių palyginimo apie savybes, kuriomis turi pasižymėti paslaugų teikėjai pasiskirstymas, proc.

Palyginamosios charakteristikos tarp paslaugų gavėjų ir paslaugų teikėjų sutampa. Galima teigti, jog specialistai gerai susipažinę su paslaugų gavėjų poreikiais ar lūkesčiais, jog tyrimo duomenys atliepia vieni kitus. Paslaugų gavėjai ir paslaugų teikėjai išskyrė tas pačias dienos socialinės globos ir slaugos reikalingas paslaugas ir jų teikimo laiką. Nustatyta, kad išlieka poreikis plėsti paslaugų apimtį, nes šiuo metu paslaugos nakties metu neteikiamos, nepakanka paslaugas teikiančių specialistų.

IŠVADOS

1. Socialinės paslaugos plėtojamos decentralizacijos ir deinstytucionalizacijos principais, mažinant stacionarios globos apimtį, užtikrinant alternatyvių nestacionarių ir bendruomeninių paslaugų prieinamumą. Socialinėmis paslaugomis, teikiamomis namuose, sudaromos sąlygos pagyvenusiems ir vyresnio amžiaus asmenims, neįgaliesiems kuo ilgiau gyventi savo namuose ir šeimoje, mažinant stacionarią pagalbą, išlaikant jų savarankiškumą, užtikrinant normalias gyvenimo sąlygas bei integruojant į visuomenę. Teisinio reguliavimo priemonėmis sukurtos prielaidos teikti socialines ir sveikatos priežiūros paslaugas. Inovatyvių paslaugų forma kaip integralios pagalbos teikimas asmens namuose, derinant socialinę globą ir slaugą, siekiant patenkinti individualius pagyvenusio ir senyvo amžiaus bei neįgalių asmenų poreikius, laiduojant ilgalaikės priežiūros paslaugas ir teikiant paramą artimiesiems, laikytina prioritetine sritimi. Integralios paslaugos asmens namuose užtikrins paslaugų integruotumą ir kompleksiskumą, mobilizuojant sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sistemas.

2. Vilniaus miesto socialinės paramos centras vykdydamas projektą „Integralios pagalbos teikimas Vilniaus mieste“ diegia integruotas dienos socialinės globos ir slaugos paslaugas neįgaliesiems ir senyvo amžiaus asmenims, praplėsdamas teikiamų paslaugų spektrą. Pagrindinėmis projekto veiklomis laikomos integruotų globos ir slaugos paslaugų teikimas neįgaliesiems ir senyvo amžiaus asmenims ir jų šeimos narių konsultavimas apie šeimos narių priežiūrą, interdisciplininės mobilios komandos sukūrimas ir jų darbuotojų bei savanorių mokymas. Integralios pagalbos teikimui numatomas išskaidytas finansavimas, slaugos paslaugos remiamos projektinėmis ir valstybės biudžeto lėšomis, o dienos socialinės globos paslaugos apmokamos savivaldybės, valstybės tikslinių dotacijų ir asmens mokamomis už paslaugas lėšomis. Diegiant integralios pagalbos paslaugas, įstaigai teko susidurti su teisinio reglamentavimo spragomis, biurokratiniais trukdžiais ir atlikti eilę parengiamųjų darbų bei keisti struktūrą.

3. Atlikus „Integralios pagalbos asmens namuose paslaugų organizavimo Vilniaus mieste“ tyrimą, nustatyta:

3.1. *Paslaugų gavėjų nuomonė:*

Turima teigiama ankstesnė patirtis gaunant paslaugas, žodinė komunikacija bei paslaugų teikėjo suteikta informacija apie ketinamą teikti integralią pagalbą tiesiogiai formuoja paslaugų gavėjų lūkesčius, leisiančius gauti pasitenkinimą gautomis paslaugomis.

Reikalingos dienos globos ir slaugos paslaugos, išskyrus budėjimas, teikiamos kvalifikuotų darbuotojų: socialinių darbuotojų, slaugytojų ir ypatingai lankomosios priežiūros specialistų, slaugytojų padėjėjų, kineziterapeutų bei kitų pageidaujamų specialistų, kuomet efektyviau bus sprendžiamos jų problemos.

Svarbu integralia pagalbą gauti darbo dienomis ir savaitgaliais dienos metu, įtraukti į pagalbą bendruomenės narius.

Neformalios pagalbos teikėjai rūpinasi savo artimais asmenimis, deja būti mokomais ar konsultuojamais apie priežiūrą ar slaugą, paslaugų gavėjų nuomone nereikia.

Pagrindiniai veiksniai, lemsiantys pasitenkinimą socialinės globos ir slaugos paslaugomis - patikimumas, kompetentingumas bei empatiškumas.

Gaunant integralia pagalbą, ypatingai mažės vienišumas, vartotojai jausis saugesniais, susipažins su naujais žmonėmis.

Pageidaujama didesnės paslaugų teikimo trukmės, paslaugų savaitgalių dienomis, specializuotos technikos, užtikrinančios judėjimą ir slaugą, aplinkos pritaikymo.

3.2. Paslaugų teikėjų nuomonė:

Teikiamos paslaugos pagal dienos globos ir slaugos sąrašą yra aktualios, išskyrus budėjimas ir kompreso, ledo uždėjimo paslaugos, užtikrinsiančios paslaugų gavėjų normalias gyvenimo sąlygas.

Išlieka poreikis plėsti paslaugų apimtį, nes šiuo metu paslaugos nakties metu neteikiamos.

Pasitenkinimą socialinės globos ir slaugos paslaugomis lemia empatija, jautrumas bei patikimumas.

Klientų gyvenimo kokybė pradėjus teikti integralia pagalbą pagerės, o priežastimis kodėl negerėtų įvardinta: paslaugų teikimo trukmė, neteikiamos paslaugos savaitgaliais ir nakties metu, nepakankamas paslaugų teikimo eiliškumas, nepakanka specializuotos įrangos, nustatytas psichologo poreikis.

PASIŪLYMAI

Vyriausybės lygmeniu

1. Diegti strateginio valdymo pagrindu organizuojamą sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų tarnybų integraciją, derinant sveikatos apsaugos ir socialinių paslaugų sistemas.

2. Reglamentuoti integruotos globos ir slaugos paslaugų asmens namuose teikimą socialinių paslaugų įstaigose ir sveikatos priežiūros įstaigose, numatyti jų integravimo ir finansavimo mechanizmus.

3. Perduoti slaugos paslaugų namuose organizavimo ir finansavimo funkciją savivaldybėms kaip valstybės suteiktą funkciją, skiriant tikslinę dotaciją savivaldybių biudžetams, siekiant sisteminio paslaugų planavimo, finansavimo.

4. Sukurti paslaugų sistemą (socialinių ir sveikatos priežiūros paslaugų), užtikrinsiančią pagalbos suteikimą kiekvienam vyresnio amžiaus žmogui pasiekusiam tam tikrą amžiaus ribą.

Savivaldos lygmeniu

1. Parengti savivaldybės lygmenyje bendrą tvarką, reglamentuojančią integralios pagalbos dienos socialinės globos ir slaugos paslaugų organizavimo ir teikimo procesą, bei plėsti integruotų paslaugų teikimą, kuriant modelius asmens sveikatos priežiūros įstaigose, nevyriausybinėse organizacijose, užtikrinti integralios pagalbos asmens namuose paslaugų tęstinumą Socialinės paramos centre, pasibaigus projektui, planuoti steigimą struktūrinio vieneto organizuojančio ir koordinuojančio integralios pagalbos teikimą Vilniaus mieste.

2. Reglamentuoti socialinių paslaugų įstaigų, teikiančių integralią pagalbą asmens namuose, suderintą bendradarbiavimą su bendrosios praktikos gydytoju.

3. Socialinių paslaugų sistemą kurti ir tobulinti remiantis įvertintais paslaugų vartotojų poreikiais, vertinimais apie gaunamas paslaugas, atsižvelgiant ne tik į suteiktų paslaugų rezultatus, bet ir kokybinius vertinimus, kad būtų pasiekti socialinių paslaugų tikslai.

4. Papildyti integruotų paslaugų asmens namuose dienos socialinės globos ir slaugos paslaugų sąrašą, didinant jų apimtį, didinant paslaugų teikimo laiko normatyvus, sudarant sąlygas paslaugas pagal poreikį teikti savaitgaliais, nakties metu.

5. Tobulinti integralios pagalbos asmens namuose senyvo amžiaus ir neįgaliems asmenims poreikio nustatymo ir skyrimo tvarkos aprašo metodiką.

6. Sukurti savivaldybės lygmenyje, struktūruotą pagal seniūnijas, integruotą informacinę bazę, užtikrinančią socialinių paslaugų ir sveikatos priežiūros paslaugų namuose prieinamumą.

7. Organizuoti savanorišką veiklą, sudarant sutartis su nevyriausybinėmis organizacijomis, integruojant savanorius į paslaugų namuose organizavimą ir teikimą.

Įstaigos lygmuo

1. Sistemingai vertinti paslaugų vartotojų poreikius ir lūkesčius, atsižvelgiant į tai nuolat tobulinti paslaugų organizavimą ir teikimą orientuotą į paslaugų vartotoją, užtikrinant paslaugų prieinamumą, tęstinumą ir kokybę.

2. Ieškoti galimybių ir į integruotų paslaugų komandą įtraukti psichologus, profesinės reabilitacijos specialistus bei siekti bendradarbiavimo su sveikatos priežiūros įstaigomis dėl gydytojų paslaugų.

3. Išnaudoti bendruomenės narių išteklius bei juos papildyti bendruomeninių centrų galimybėmis.

4. Organizuoti kvalifikacijos kėlimo seminarus integralios pagalbos asmens namuose mobilios komandos nariams apie komandinę veiklą, apie iškylančių psichologinės įtampos, emocinio pervargimo sprendimo būdų paiešką bei apie bendravimo ypatumus su ligotais ir vyresnio amžiaus žmonėmis.

Tyrėjams

Atlikti tyrimus apie integralios pagalbos plėtros galimybes, apie socialinių ir sveikatos priežiūros įstaigų integraciją, siekiant atliepti vartotojų poreikius ir lūkesčius, pakartotinai vertinti integralios pagalbos gavėjų lūkesčius pagal platesnius kriterijus bei įvertinti vartotojų nuomonę apie gautą integralią pagalbą namuose, išryškinant iškilusias problemas ar nepatenkintus lūkesčius.

LITERATŪRA

1. Bagdonienė L., Hopenienė R. Paslaugų marketingas ir vadyba. Kaunas: Technologija, 2004.
2. Bitinas B., Rupšienė L., Žydžiūnaitė V. Kokybinių tyrimų metodologija: vadovėlis vadybos ir administravimo studentams. Klaipėda, 2008, p. 303.
3. Brogienė D, Gurevičius R. Veiksniai, sąlygojantys pacientų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę // Visuomenės sveikata. 2008, 3 (42), p. 36-45.
4. Butkevičienė E. Apklausų duomenų analizė: seminaro medžiaga. Projektas „Lietuvos HSM duomenų archyvo LiDA plėtra“ SFMIS Nr. VP1-3.1-ŠMM-02-V-02-001. (Paslaugų sutartis Nr. SA-2010-771/1). Kaunas, 2011, p. 28.
5. Bendrosios europinės gairės dėl perėjimo nuo institucinės prie bendruomeninės globos. Tvaraus perėjimo nuo institucinės globos prie šeimoje ir bendruomenėje teikiamų alternatyvų vaikams, neįgaliesiems, psichikos sveikatos problemų turintiems asmenims ir vyresnio amžiaus asmenims Europoje įgyvendinimo ir rėmimo gairės. Europos ekspertų grupė perėjimo nuo institucinės prie bendruomenėje teikiamos globos klausimais. Briuselis, Belgija, 2012 m. lapkritis, p. 179. www.deinstitutionalisationguide.eu [žiūrėta 2013-07-23]
6. Čepinskis J., Kanišauskaitė V. Managing the Social Care Services Development in the Ageing Society // Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai. 2010, 53, p. 19-30.
7. Čepinskis J., Kanišauskaitė V. Model of Social Care Services for the Elderly: Theoretical Approach // Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai: 2011, p. 23-33.
8. Dromantienė L. Socialinės politikos formavimasis ir raidos tendencijos Lietuvoje // Regnum est: 1990 m. Kovo 11-osios Nepriklausomybės Aktui – 20. Liber Amicorum Vytautui Landsbergiui: mokslo straipsnių rinkinys / Atsak. red. G. Mesonis. – Vilnius: Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras, 2010. – 1060 p.
9. Drungilienė D., Slatvickaja N., Žiliukas G. Slaugos paslaugų atitiktis opioidinės priklausomybės pacientų lūkesčiams // Sveikatos mokslai 2011, Volume 21, Number 7, p. 196-201.
10. Dunajevs, E. Asmeninių socialinių paslaugų sistemos raida pokomunistinėje Lietuvoje. Daktaro disertacija Socialiniai mokslai, sociologija (05 S), 2011, p. 262.
11. Edvardsson B. Service quality: beyond cognitive Assessment//Managing Service Quality Vol. 15 No. 2, 2005 p. 127-131. Emerald Group Publishing Limited 0960-4529. <http://www.ida.liu.se/~steho/und/htdd01/1080150201.pdf> [žiūrėta 2013-10-25]
12. European charter for family carers „Coface disability“(Confederation of family organization in the Europe Union). Brussels, 2009/ Europos chartija dėl artimuosius prižiūrinčių šeimos narių. <http://www.coface-eu.org/en/Publications/Charter-for-Family-Carers/> [žiūrėta 2013-10-26]
13. Europos vartotojų pasitenkinimo valdymo vadovas. Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerija, 2010, p. 22. <http://vakokybe.vrm.lt/index.php?id=385> [žiūrėta 2013-07-23]
14. Filipavičiūtė R.; Jurgelėnas A.; Savičiūtė R.; Butkienė B. Socialinės paramos įtakos pagyvenusių neįgalių žmonių depresijai tyrimas. Gerontologija 2010; Nr. 11(3), p. 172–179.
15. Galdikienė N. Patient satisfaction – indicator for assessing quality of nursing care. Sveikatos ir socialinių mokslų taikomieji tyrimai : sandūra ir sąveika = Applied research in health and social sciences: interface and interaction / Klaipėdos valstybinė kolegija. Klaipėda : Klaipėdos universiteto leidykla. ISSN 1822-3338. 2010, nr. 1(7), p. 65-74.
16. Geltytė J., Riklikienė O. Šeimos pasirinkimas slaugyti namuose nepagydoma liga sergantį ligonį // Internistas. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto mokslo publikacijos. Vilnius: "Baltijos idėjų grupė" ir partneriai. ISSN 1648-3839. 2013, Nr. 6 (133), p. 62-64. <http://www.medpraktika.lt/naujienos/naujiena/452/eimos-pasirinkimas-slaugyti-namuose-nepagydoma-liga-serganti-ligoni> [Žiūrėta 2013-09-11]
17. Gintilienė M.; Krasuckienė D.; Krukauskienė E.; Kuzminskienė L. Sveikatos ir socialinės globos specialistų požiūris į poreikio priežiūrai standartizuoto vertinimo galimybes // Sveikatos mokslai. 2010, Nr. 3, p. 3180-3185.
18. Gröne O, Garcia-Barbero M. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. International Journal of Integrated Care. 2001 Jun 1;1 Available from: URL: <http://www.ijic.org/> . [žiūrėta 2013-09-24]

19. Guogis A. Socialinių paslaugų ekonominiai svertai Lietuvos Savivaldybėse // *Socialinis darbas*. 2005, Nr. 4(1), p. 66-73 p.
20. Guogis A.; Gudelis D. Socialinių paslaugų sektoriaus plėtros galimybės Lietuvoje // *Viešoji politika ir administravimas*. 2005, Nr. 12, p. 77-85.
21. Ham C. Glasby, J., Parker, H. and Smith, J. 2008. Altogether now? Policy options for integrating care, Health Services Management Centre, University of Birmingham <http://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-social-sciences/social-policy/HSMC/publications/2008/Health-Care-Commissioning-in-the-International-Context.pdf> [žiūrėta 2013-09-23]
22. Heinisch R. Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komiteto nuomonė dėl Gyventojų senėjimo poveikio sveikatos ir gerovės sistemoms (tiriamoji nuomonė) (2011/C 44/02)
23. Hoff A. Tackling Poverty and Social Exclusion of Older People – Lessons from Europe. // Working paper 308. University of Oxford. Oxford Institute of Ageing. 2008, p. 76 <http://www.ageing.ox.ac.uk/files/Working%20Paper%20308.pdf> [žiūrėta 2013-09-24].
24. Hope P., Bamford S.M., Beales S., Brett K., Kneale D., Macdonnell M., McKeon A. Creating Sustainable Health and Care Systems in Ageing Societies // Report of the Ageing Societies Working Group 2012, p. 38. https://workspace.imperial.ac.uk/global-health-innovation/Public/GHPS_Ageing_Societies_Report.pdf [žiūrėta 2013-09-25]
25. Hickey J. Integrating health and social care services. *Nursing Management*. 2008, 15(8), 20-24. <http://search.ebscohost.com.skaitykla.mruni.eu/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=35659186&site=ehost-live> [žiūrėta 2013-09-19]
26. Hitaitė L., Spirgienė L. Pagyvenusių žmonių slaugos bei socialinių paslaugų poreikis Kauno rajono bendruomenėje // *Medicina*. Kaunas. 2007, Nr. 43 (11), p. 903-908.
27. Ilgalaikė priežiūra Europos Sąjungoje. Europos Komisija. Liuksemburgas: Europos Bendrijų oficialiųjų leidinių biuras. 2008, p. 16. [žiūrėta 2013-07-23] <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=lt&pubId=203&type=2&furtherPubs=yes>
28. Indrašienė V., Katkonienė A. Pagalbos namuose paslaugų teikimo vertinimas // *Socialinis darbas: mokslo darbai*. 2011, t. 10(2), p. 267–278. Išoraitė M. Socialinių paslaugų administravimas: mokomasis leidinys. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007.
29. Ilgalaikė priežiūra Europos Sąjungoje. Europos Komisija. Liuksemburgas: Europos Bendrijų oficialiųjų leidinių biuras 2008 — 16 p. ISBN 978-92-79-09586-3 DOI 10.2767/36024 .
30. Johnsen J.R. Health Systems in Transition: Norway, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2006 http://politiquessociales.net/IMG/pdf/Norway_euro.pdf . [žiūrėta 2013-09-23]
31. Jankūnaitė D., Užaitė V. Globėjo, besirūpinančio Alzheimerio liga Sergančiu artimuoju, streso įveikimas // *Socialinis darbas*. Patirtis ir metodai. 2011, 7 (1), p. 153-174.
32. Juozulynas A.; Jurgelėnas A.; Filipavičiūtė R.; Butkienė B.; Alekna V.; Savičiūtė R. Gyvenimo kokybės prognozavimo galimybė senstančioje visuomenėje // *Gerontologija*. 2010; 11(3), p. 141–147.
33. Jurkuvienė R.; Audronytė S. Lėtinėmis ligomis sergančių senų ir pagyvenusių žmonių integruotų ilgalaikių paslaugų namuose poreikis // *Sveikatos mokslai*. 2007, Nr. 5, p. 1191-1197.
34. Jurkuvienė R.; Rupkuvienė S. Slaugos namuose poreikio nustatymas ir Bartelio indeksas kaip kriterijus // *Sveikatos mokslai*. 2010, Nr.1, p. 2909-2916.
35. Jurkuvienė R., Danusevčienė L., Mickevičiūtė A. Paliatyvios pagalbos sunkiai sergantiems pacientams poreikis Kauno mieste. *Sveikatos mokslai*, 2007, Nr.5, p. 1184-1191.
36. Kanopienė V., Mikulionienė S. Demografinio senėjimo problemos socialinėje Europos sąjungos darbotvarkėje // *Socialinis darbas: mokslo darbai*. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2004. Nr. 3 (2), p. 5-14.
37. Kanopienė V.; Mikulionienė S. Gyventojų senėjimas ir jo iššūkiai sveikatos apsaugos sistemai // *Gerontologija*, 2006; 7(4), p. 188–200.
38. Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai: (edukologija ir kiti socialiniai mokslai): vadovėlis. Šiauliai, 2005, p. 398.
39. Kaziliūnas, A. Kokybės analizė, planavimas ir auditas: monografija. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2006. ISMN 9955-19-035-3.

40. Kalberg I. Sweden. Managing Chronic Conditions – Experience in Eight Countries. Nolte E., Knai C., McKee M. Observatorie studines series No15 . 2008, p. 182. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98414/E92058.pdf . [žiūrėta 2013-10-15]
41. Kodner D.L., Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications a discussion paper. *Int J Integr Care*. 2002 Oct-Dec; 2: e12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1480401/> [žiūrėta 2013-08-19]
42. Kokko S. Integrated primary health care. *Integrated primary health care: Finnish solutions and experiences. International Journal of Integrated Care – Vol. 9, 25 June 2009 – ISSN 1568-4156 –* <http://www.ijic.org/> . [žiūrėta 2013-08-23]
43. Kröger T., Leinonen A. Home Care in Finland LIVINDHOME Living independently at home Reforms in home care in 9 European countries. SFI – The Danish National Centre for Social Research, Copenhagen. 2011, p. 252. <http://www.sfi.dk/Files/Filer/SFI/LIVINDHOME/LIVINDHOME.pdf> . [žiūrėta 2013-04-02]
44. Kudukytė-Gasperė R., Jankauskienė D., Štaras K. Sveikatos ir socialinių paslaugų integracija. Atvejo analizė VŠĮ Centro poliklinikoje // Sveikatos politika ir valdymas: Mokslo darbai / Mykolo Romerio universitetas. Vilnius. 2012, Nr. 1(4), p.127-146.
45. Langvinienė N., Vengrienė B. Paslaugų teorija ir praktika: vadovėlis. Kaunas, Technologija. 2005, p. 363.
46. Leichsenring K. Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*. 2004 Jul-Sep; 4: e10. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1393267/#r8> . [žiūrėta 2013-06-30]
47. Lesauskaitė V., Macijauskienė J., Širvinskienė E. Geriatriinių pacientų gyvenančių namuose, poreikiai ir jų užtikrinimas techninėmis priemonėmis // *Gerontologija*. 2009; 10(3), p.176–182.
48. Lesauskaitė V., Macijauskienė J., Damulevičienė G., Knašienė J., Kučikienė O. Pagyvenusių žmonių sveikatos, fiziniai, psichologiniai ir socialiniai gyvenimo aspektai, sukeltys integracijos visuomenėje problemas // Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2012 // Sveikas senėjimas – nauji iššūkiai Lietuvai. Vilnius, 2012, p. 24-28.
49. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos pranešimas „Nuo institucinės globos – prie socialinių paslaugų bendruomenėje“, 2012. <http://www.socmin.lt/index.php?164490635>
50. Lloyd J, Wait S. *Integrated Care A Guide for Policymakers*. Alliance for Health and the Future. 2005. http://www.ilcuk.org.uk/images/uploads/publication-pdfs/pdf_pdf_7.pdf [žiūrėta 2013-08-02]
51. Martinaitytė A., Garbačiauskienė A. Socialinių paslaugų pagyvenusiems žmonėms teikimo galimybės, problemos, jų sprendimo būdai. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2012 // Sveikas senėjimas – nauji iššūkiai Lietuvai. Vilnius, 2012, p. 74-75.
52. Merfeldaitė O. Socialinės pedagoginės pagalbos komanda ugdymo institucijoje: veiklos prielaidos ir organizavimo ypatumai // *Pedagogika*. 2005, 76, p. 51-55.
53. Naujanienė, R. Kliento problemų ypatumai gerontologinio socialinio darbo tyrimuose // *Socialinis darbas*. 2008, Nr. 7(1), p. 36-40.
54. Niskanen J.J. Finnish care integrated. *International Journal of Integrated Care*, 1 June 2002 - ISSN 1568-4156 <http://www.ijic.org>. [žiūrėta 2013-10-12]
55. Norvegijos patirties nestacionarių socialinių paslaugų srityje adaptavimo, perkėlimo ir įdiegimo Lietuvoje galimybių studija. Vilnius, 2010, p. 34. http://www.lsa.lt/failai/spprojektas/SP_GS_NorvegijosPatirtis.pdf . [žiūrėta 2012-10-15]
56. Petrauskienė A. Interdisciplininis bendradarbiavimas socialinio darbo praktikoje // *Socialinis darbas*. 2011, Nr. 10(1), p. 42-48.
57. Rudžionienė J., Lašinytė I., Informacijos paslaugos neįgaliesiems: informacinės prieigos organizavimas Danijoje // *Informacijos mokslai*. 2011, 57, p. 39-53.
58. Socialinis pranešimas 2006-2007. Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, 2007, p. 195.
59. Socialinis pranešimas 2007-2008. Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, 2008, p. 215.
60. Socialinis pranešimas 2012-2013. Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, 2007, p. 88.
61. Spirgienė L., Macijauskienė J. Pagyvenusių žmonių poreikių vertinimas stacionariose ilgalaikės globos institucijose naudojant InterRAI LTCF klausimyną: bandomojo tyrimo duomenys. *Gerontologija* 2008; 9(3), p. 197–201.

62. Stankūnienė V., Jonkarytė A., Mikulionienė S., Mitrikas A.A., Maslauskaitė A. Šeimos revoliucija? Iššūkiai šeimos politikai: kolektyvinė monografija. Socialinių tyrimų institutas. Vilnius, 2003, p. 315.
63. Strandberg-Larsen M., Krasnik A. Measurement of integrated healthcare delivery: a systematic review of methods and future research directions. 2009. International Journal of Integrated Care, 9. Jan-Mar. <http://www.ijic.org>. [žiūrėta 2013-10-03]
64. Šileikaitė S.; Kudukytė-Gasperė R. Slaugos paslaugų pacientų namuose kokybės įvertinimas ir pacientų lūkesčiai. Vilniaus miesto Centro poliklinikos asmens sveikatos priežiūros specialistų ir pacientų nuomonės įvertinimas // Sveikatos mokslai. 2011, T. 21, Nr. 6, p. 25-35.
65. Tarricone R., Tsouros A. D. The solid facts. Home care in Europe. World Health Organization. Italy: Francesco Longo Director Centre for Research on Health and Social Care Management Bocconi University. 2008. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf [žiūrėta 2013-09-25].
66. Ulianskienė R.; Vitkūnienė O.; Hitaitė L. (2006). Integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikis ir plėtra. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. Žmonių išteklių sveikatos priežiūroje, – Vilnius: VĮ Seimo leidykla „Valstybės žinios“, 2006, p. 56-69.
67. Ulianskienė R., Čiplienė A. Integruotų ambulatorinių sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikis, teikimo patirtis ir plėtros galimybės // Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2012 // Sveikas senėjimas – nauji iššūkiai Lietuvai. Vilnius, 2012, p. 49-55.
68. Valentijn P.P, Schepman S.M., Opheij W., Bruijnzeels M.A. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. International Journal of Integrated Care Cite this as: Int J Integr Care 2013. [žiūrėta 2013-10-15]
69. Vareikytė A., Kaziliūnas A., Guogis A., Gudelis D., Mickus J. Socialinių paslaugų tobulinimas Lietuvos savivaldybėse: Atviros Lietuvos fondo 2004 metais remto tyrimo ataskaita: gerosios praktikos mokomasis leidinys. - Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, leidybos centras, 2006, p. 176.
70. Vilniaus miesto savivaldybės 2013 metų socialinių paslaugų planas, patvirtintas Vilniaus miesto savivaldybės tarybos 2013 m. gegužės 15 d. sprendimu Nr. 1-1224.
71. Vyresnio amžiaus asmenų priežiūros 2012–2020 metų strategija, pritarta Vilniaus miesto savivaldybės tarybos 2012 m. liepos 18 d. sprendimu Nr. 1-707.
72. Vuorenkoski L, Mladovsky P., Mossialos E. Finland: Health system review, Health Systems in Transition. WHO European Observatory on Health Systems and Policies. 2008. 10 (4): 1–168. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/80692/E91937.pdf. [žiūrėta 2013-09-29]
73. Weatherly H., Mason A., Goddard M., Wright, K. Financial integration across health and social care: evidence review. Scottish Government Social Research, Edinburgh. 2010, p. 73 <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/303234/0095107.pdf>. [žiūrėta 2013-09-22]
74. Wittenberg R., Sandhu B, Knapp M. Funding long-term care: the public and private options // Funding health care: options for Europe /edited by Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras and Joe Kutzin. p. cm. — European Observatory on Health Care Systems series. 2002, p.236 http://www.who.int/health_financing/documents/europe_funding_options.pdf#page=145. [žiūrėta 2013-08-19]
75. Žalimienė L. Socialinės paslaugos. Vilnius, VU Specialiosios psichologijos laboratorija, 2003, p. 180.
76. Žalimienė, L. Nauji iššūkiai socialinių paslaugų plėtrai – mišrios socialinių paslaugų rinkos kūrimas. STEPP: socialinė teorija, empirija, politika ir praktika, VU. 2006, Nr. 3, p. 139-147.
77. Žalimienė, L. Socialinių paslaugų vadyba: balansavimas tarp socialinio teisingumo ir ekonominio racionalumo // Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos. 2006, Nr. 1 (6), p. 183–189.
78. Žalimienė L. Socialinės globos paslaugų pagyvenusiems žmonėms standartizavimas: Lietuvos praktika ir užsienio šalių patirtis // Gerontologija. 2007, 8(1), p. 44–54.
79. Žalimienė L.; Lazutka R. Socialinės globos paslaugos Lietuvoje: nuo hierarchinio prie mišrios globos ekonomikos modelio // Ekonomikos teorija ir praktika. Pinigų studijos. 2009/2, p. 22-36.

Teisės aktai

1. Asmens (šeimoms) socialinių paslaugų poreikio nustatymo ir skyrimo tvarkos aprašas ir Senyvo amžiaus asmens bei suaugusio asmens su negalia socialinės globos poreikio nustatymo metodika, patvirtinti Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2006 m. balandžio 5 d. įsakymu Nr. A1-94 (2007 m. kovo 13 d. įsakymo Nr. A1-67 redakcija) (Žin., 2006, Nr. 43-1571; Žin., 2007, Nr. 32-1162).
2. Integralios pagalbos plėtros programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2012 m. liepos 20 d. įsakymu Nr. A1-353 (Žin., 2012, Nr. 89-4663).
3. Lietuvos medicinos norma MN 57:2011 „Bendruomenės slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 30 d. įsakymu Nr. V-650 (Žin., 2011, Nr. 82-4015).
4. Lietuvos medicinos norma MN 124:2004 „Kineziterapeutas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu 2004 m. gruodžio 14 d. įsakymu Nr. V-934 (Žin., 2004, Nr. 184-6819).
5. Lietuvos medicinos norma MN 21:2000 „Slaugytojo padėjėjas. Funkcijos, pareigos, teisės, kompetencija ir atsakomybė“, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu 2000 m. balandžio 26 d. Nr. 220 (Žin., 2000, Nr. 36-1009)
6. Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministro 2006 m. balandžio 5 d. įsakymas Nr. A1-93 „Dėl socialinių paslaugų katalogo patvirtinimo“ (Žin., 2006, Nr. 43-1570; 2008, Nr. 2-72; 2009, Nr.83-3450, 2010, Nr. 83-4393).
7. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Specialiųjų nuolatinės slaugos, nuolatinės priežiūros (pagalbos), lengvojo automobilio įsigijimo ir jo techninio pritaikymo išlaidų kompensacijos ir transporto išlaidų kompensacijos poreikių nustatymo kriterijų sąrašo, tvarkos aprašo ir pažymų formų patvirtinimo“ 2005 m. gegužės 4 d. Nr. A1-120/V-346 (Žin., 2005, Nr. 60-2130).
8. Lietuvos Respublikos Socialinių paslaugų įstatymas (Žin., 2006, Nr. 17-589).
9. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas (Žin., 1994, Nr. 63-1231, nauja redakcija Žin., 1998, Nr.112-3099).
10. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr.V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ (Žin. 2005, Nr. 143-5205).
11. Lietuvos Respublikos Vietos savivaldos įstatymas (Žin., 1994, Nr. 55-1049; 2008, Nr. 113-4290)
12. Mokėjimo už socialines paslaugas tvarkos aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 14 d. nutarimu Nr. 583 (Žin., 2006, Nr. 68-2510).
13. Neįgalių vaikų, likusių be tėvų globos vaikų, suaugusių neįgalių asmenų socialinės globos namų deinstytucionalizacijos strateginės gairės, patvirtintos Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministro 2012 m. lapkričio 16 d. įsakymu Nr. A1-517 (Žin, 2012, Nr. 135-6912).
13. Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2007 m. liepos 4 d. įsakymu Nr. V-558/A1-183 (Žin., 2007, Nr. 76-3029).
14. Slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymu Nr. V-1026 (Žin., 2007, Nr. 137-5626).
15. Socialinės paramos koncepcija, patvirtinta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1994 m. gegužės 9 d. nutarimu Nr. 360 “Dėl (Žin., 1994, Nr. 36-653).

SANTRAUKA

Baigiamasis magistro darbas: Integralios pagalbos asmens namuose paslaugų organizavimas Vilniaus mieste.

Baigiamojo darbo tikslas - Išanalizuoti integralios pagalbos asmens namuose organizavimo ir teikimo aspektus Vilniaus mieste.

Tiriamieji – Vilniaus miesto integralios pagalbos asmens namuose paslaugų gavėjai ir paslaugų teikėjai.

Baigiamajame darbe taikytos metodikos: buvo taikomi mokslinės literatūros, dokumentų analizės, reglamentuojančių slaugos ir socialinių paslaugų organizavimą ir teikimą asmens namuose bei statistinių duomenų analizės metodai. Kiekybinio tyrimo duomenys apdoroti statistine analizės sistema SPSS 17.0 for Windows programa, o gauti duomenys aprašyti, pateikti lentelėse ir diagramose panaudojant Microsoft Office 2007 ir Microsoft Office Excel 2007 programas.

Tyrimo rezultatai

Prioritetine sritimi laikytina integruotos pagalbos teikimas asmens namuose, derinant socialinę globą ir slaugą, siekiant patenkinti individualius pagyvenusio ir senyvo amžiaus bei neįgalių asmenų poreikius, sudarant sąlygas kuo ilgiau gyventi savo namuose ir šeimoje, mažinant stacionarią pagalbą. Lietuvoje prielaidos teikti integruotas socialinės globos ir slaugos paslaugas yra sukurtos, tačiau nėra veiksmingos ir pilnai suderinančios skirtingus interesus atstovaujančioms institucijoms. Integruotas dienos socialinės globos ir slaugos paslaugas Vilniaus miesto neįgaliems ir senyvo amžiaus asmenims diegia Vilniaus miesto socialinės paramos centras, vykdydamas projektą „Integralios pagalbos teikimas Vilniaus mieste“. Inovatyvios integralios pagalbos asmens namuose diegimas numatytas pagal veiklas ir jų įgyvendinimo rezultatus. Tyrimu nustatyti paslaugų gavėjų poreikiai, lūkesčiai ir juos formuojantys veiksniai. Paslaugų gavėjų nuomone jiems reikalingos dienos globos ir slaugos paslaugos, teikiamas kvalifikuotų darbuotojų: socialinių darbuotojų, slaugytojų, lankomosios priežiūros specialistų, slaugytojų padėjėjų, kineziterapeutų, kuomet efektyviau bus sprendžiamos jų problemos. Respondentų lūkesčiai sietini su sumažėjusiu vienišumu, saugumo jausmu ir pažintimi su naujais žmonėmis. Paslaugų teikėjų nuomone, klientų gyvenimo kokybė pradėjus teikti integralią pagalbą pagerės, o priežastimis kodėl negerėtų įvardinta: paslaugų teikimo trukmė, neteikiamos paslaugos savaitgaliais ir nakties metu, nepakankamas paslaugų teikimo eiliškumas, nepakanka specializuotos įrangos, nustatytas psichologo poreikis, vadinasi išlieka poreikis plėsti paslaugų apimtį. Analizuojant duomenis nustatyta, kad specialistai gerai susipažinę su paslaugų gavėjų poreikiais ar lūkesčiais, jog tyrimo duomenys atliepia vieni kitus.

Raktiniai žodžiai: integruotos paslaugos, dienos socialinė globa namuose, slauga namuose, senyvo amžiaus ir neįgalūs asmenys

SUMMARY

Master's thesis Service Organization of the Integral Assistance at a Person's Home in Vilnius City.

The aim of the Master's thesis is to analyze the aspects of organization and rendering of the integral assistance at a person's home in Vilnius city.

In order to reach the goal the research on the service receivers and providers of the integral assistance at a person's home in Vilnius city was conveyed.

Various methods were applied in the final thesis. Firstly, the analysis of scientific literature was applied. Moreover, the analysis of documents regulating the organization and rendering of nursing and social service at a person's home. Besides, the analysis of statistic data was applied as well. The data of quantitative research was processed with the program of statistic analysis SPSS 17.0 for Windows and the results were described and presented in the charts and diagrams using the programs of Microsoft Office 2007 and Microsoft Office Excel 2007.

The priority scope is considered to be the rendering of the integral assistance at person's home, combining social care and nursing, trying to satisfy the needs of elderly, old and disabled people, providing the conditions to prolong the life in their own homes and families, decreasing the stationary assistance. There are created presumptions to provide the integrated social care and nursing services in Lithuania. However, they are not effective and fully combined with the different interests representing institutions. The services of integrated days social care and nursing for the disabled and old people of Vilnius city are installed by the social support center of Vilnius city, executing the project *The Rendering of Integral Assistance in Vilnius City*. The instalment of the innovative integral assistance at a person's home is anticipated according to the activities and their implementation of the results. The service receivers' needs and expectations, and their supporting factors were revealed in the process of the analysis. According to the service receivers, they are in the need of the days care and nursing services, which should be provided by qualified specialists, social workers, nurses, attending maintenance specialists, assistant nurses, kinezitherapists in order to solve the problems more effectively. The expectations of the respondents were related with the decrease in loneliness, the feeling of safety and the acquaintanceship of new people. According to the service providers, the quality of customers' life will become better once the rendering of the integral assistance begins. However, they do reveal the reason for failure: the length of rendering service, the service not being rendered weekends and nights, the sequence service rendering is not sufficient, the lack of special equipment, the need of a psychologist, i.e. there is still a need to expand the service scope. During the analysis of the data it was revealed that the specialists are well aware fo the needs and expectations of service receivers. To be more precise, the research data corresponds to one another.

Keywords: integrated service, days social care at home, home nursing, old and disabled people.

PRIEDAI

4 lentelė. Veiksniai didinantys poreikį priežiūrai namuose

<i>Veiksniai</i> Lesauskaitė ir kt.	<i>Kriterijai</i>	<i>Veiksniai / faktoriai</i> Gröne, Garcia-Barbero
Demografiniai pokyčiai	- daugėja senų ir labai senų žmonių skaičius visuomenėje, tačiau jaunesnių žmonių, kurie galėtų rūpintis pagyvenusiais žmonėmis, mažėja; - kuo vyresnis amžius, tuo didesnė rizika savarankiškumo praradimui ir priežiūros poreikiui.	Demografiniai pokyčiai
Socialiniai pokyčiai	- tradicinės didelės šeimos instituto subyrėjimas į mažesnius šeimos vienetus, ypač mieste vietovėse; - moterų aktyvus dalyvavimas darbo rinkoje mažina potencialių globėjų skaičių; - pensinio amžiaus ribos prailginimas mažina potencialių globėjų skaičių, nes daugiausia neformalių globėjų amžius svyruoja tarp 45 ir 60 metų amžiaus; - tiek vidinė, tiek išorinė migracija nutolina šeimos narius ir ženkliai sumažina galimybę pasirūpinti atsiradus poreikiui (migracija kelia problemų ne tik dėl „protų nutekėjimo“, bet ir dėl potencialių globėjų nykimo).	-
Epidemiologiniai pokyčiai	- gydant psichikos ligas pirmenybė teikiama ambulatorinėms paslaugoms; - keičiasi ligų struktūra, ir tokios ligos kaip Alzheimerio liga ir kitos demencijos tampa dažnesnės; - dėl lėtinių ligų (cukrinio diabeto, insulto, širdies nepakankamumo) pasekmių reikalinga priežiūra, kurią sėkmingai galima teikti namuose.	Epidemiologiniai pokyčiai
Mokslo ir technologijų inovacijos	- medicinos pasiekimai leidžia nugalėti ligas, prailgina gyvenimą, pagerina gyvenimo kokybę žmonėms, turintiems ir kompleksinių poreikių; - net ir nedideli aplinkos pakeitimai ir pritaikymai įgalina žmones su negalia būti savarankiškesniais; - technologijų ir inovacijų spartus vystymas žada sprendimus, leidžiančius žmonėms likti namuose.	Medicinos technologijos, telemedicina ir informacinės sistemos
Lūkesčių ir vertybių pasikeitimas	- didėja individualizuotos priežiūros aktualumas; - stacionarinės paslaugos nėra tokios patrauklios lyginant su paslaugomis, teikiamomis namuose.	Gyventojų ir pacientų teisės ir lūkesčiai
Valdžios institucijų prioritetai		-
	- Ligoninės sunaudoja 40-80 proc. visų sveikatos priežiūrai skirtų lėšų; - Sveikatos sistemos reformos orientuotos į išlaidų mažinimą ir rinkos dėsnių taikymą; - Lovų skaičiaus ligoninėse mažinimas, infrastruktūros pokyčiai; - Sutrumpintos diagnostikos ir gydymo procedūrų laikas, daro prielaidas brangesnių intervencijų prieinamumui.	Ekonominis spaudimas

Šaltinis: sudaryta pagal Lesauskaitė, Macijauskienė, Širvinskienė. Geriatriinių pacientų, gyvenančių namuose, poreikiai ir jų užtikrinimas techninėmis priemonėmis. Gerontologija 2009; 10(3), p. 177; Gröne O, Garcia-Barbero M. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. International Journal of Integrated Care. 2001 Jun 1;1