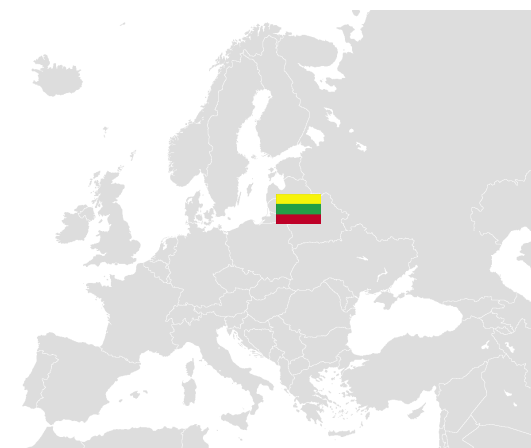


# Sveikatos Priežiūra Ligoninėje ir Namuose

## Situacija Lietuvoje



·H·E·P·P·Y·



## Sveikatos Priežiūra Ligoninėje ir Namuose Situacija Lietuvoje

**Aldona Droseikiene**  
Lithuanian Multiple Sclerosis Union  
Vilnius, Lithuania  
[info@liss.lt](mailto:info@liss.lt)

### Santrauka

Šiuo metu aktyviai rūpinamasi piliečių sveikata – įgyvendinamos įvairios sveikatos stiprinimo programos. Lietuvoje toliau tęsiamas sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas; daugiau paslaugų teikiama ambulatoriškai, plėtojamos dienos stacionarų, dienos chirurgijos, slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugos, bendrosios praktikos gydytojo institucija, privati praktika, modernizuojamos kaimo ambulatorijos. Taigi vyksta nemaži pokyčiai sveikatos apsaugos sistemoje, nes svarbiausias jos siekis – sveikas žmogus, sveika šeima ir darni valstybė. Visuomenės priežiūros paslaugos apima sveikatos saugą, ugdymą, užkrečiamų, tiek infekcinių ligų profilaktiką, kontrolę. Asmens priežiūros įstaigos teikia medicininę pagalbą, slaugą, palaikomą, sanatorinį, reabilitacinį gydymą, taiko ekspertizes. Įstaigų suskirstymą pagal klasifikavimo požymius nustato šių įstaigų sveikatos priežiūros licencijavimą reglamentuojantys teisės aktai bei šių įstaigų nuostatai priimti 1997 metais. (įstatai (1). Dauguma sveikatos priežiūros įstaigų 1997–1998 metais buvo reorganizuotos iš biudžetinių į pelno nesiekiančias (viešąsias) įstaigas. Ši reforma padidino įstaigų savarankiškumą ir atsakomybę, susilaukė medikų bendruomenės pritarimo ir buvo pritaikyta 2009 metais reformuojant aukštojo mokslo valdymą. (2) [www.mruni.eu/lt/mokslas/leidiniai/dl\\_n.php?sfile=269040&id.](http://www.mruni.eu/lt/mokslas/leidiniai/dl_n.php?sfile=269040&id.))

## 1. Nacionalinė Situacija (Ižanga)

### 1.1. Nacionalinė Sveikatos Sistema

Sveikatos sistemos įstatymas reglamentuoja Lietuvos nacionalinę sveikatos sistemą, jos struktūrą, sveikatos saugos, sveikatos stiprinimo ir sveikatos atgavimo santykių teisinio reguliavimo ribas, asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros organizavimo, valstybės ir savivaldybių laiduojamos (nemokamos) sveikatos priežiūros užtikrinimo, valdymo, sveikatos rėmimo, sveikatinimo veiklos sutarčių sudarymo pagrindus, atsakomybės už sveikatinimo veiklos teisės normų pažeidimus pagrindus, gyventojų, sveikatinimo veiklos subjektų teises ir pareigas. Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. gruodžio 7 d. nutarimu Nr. 1654 (Žin., 2009, Nr. 150-6713), sudaro 2 dalys: sveikatos priežiūros įstaigų tinklo optimizavimas ir sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimas. Stacionarias gydymo įstaigas siūloma suskirstyti į labai aiškiai apibrėžtas paslaugas teikiančius ir vienas kito nedubliuojančius tris lygmenis – rajono, regiono ir respublikos lygmens ligonines. Rajono lygmens ligoninėse būtų teikiamos minimalios paslaugos, o regiono lygmens ligoninėse – gerokai daugiau paslaugų. Respublikinio lygmens ligoninėse būtų sutelktas visų sudėtingiausių ir komplikuočių ligų gydymas, reikalingas sudėtingų technologijų ir siauros specializacijos gydytojų. Lietuvos Respublikos Vyriausybės potvarkiu Nr. V-1114 16 sveikatos įstaigų buvo perkvalifikuota į didesnio tipo ligonines, o 2010 metais iš 81 liko tik 65. Dėl šio potvarkio iki šiol vyksta diskusijos ar teisingai buvo padaryta pertvarka.(2) Sveikatos priežiūros paslaugos bus restruktūrizuojamos vadovaujantis šiais pagrindiniais kriterijais: atliekamų didžiųjų operacijų skaičius per kalendorinius metus, gimdymų skaičius per kalendorinius metus, geografinis atstumas iki artimiausios ligoninės. Numatomas sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimo ekonominis efektas – iki 137 mln. litų sveikatos sektoriui skiriamų lėšų. Vadovaujantis paslaugų pirkimo kriterijais, numatoma sumažinti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis perkamų stacionariųjų 30–40 šalies ligoninių skyrių paslaugų. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. gruodžio 7 d. nutarimu Nr. 1654 Sveikatos apsaugos ministerija įpareigota 2010 ir 2011 metais atlikti Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos įgyvendinimo rezultatų analizę, juos įvertinti ir vadovaujantis minėtoje programoje nustatytais kriterijais ir analizės rezultatais tikslinti ligoninių suskirstymą pagal lygmenis, teikiamų paslaugų sąrašą, apimtį ir apmokėjimą.(3) Visuomenės sveikatos priežiūros sistemos reformos eigą galima būtų suskirstyti į tris atskirus etapus: pirmasis etapas – bendros visuomenės sveikatos priežiūros administravimo sistemos šalies ir teritoriniu lygmenimis diegimas, kiti du etapai – visuomenės sveikatos priežiūros plėtra savivaldybėse ir tretinio lygio (specializuotų) visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų optimizavimas. Pastaruosius du etapus inicijuoja Sveikatos apsaugos ministerija, kurios pavaldumui priklauso 34 sveikatos institucijos ir 8 ligoninės bei klinikos. Taip pat yra 36 specializuotos, trys reabilitacijos ligoninės ir 33 sanatorijos.(4) Pagrindiniai trečiojo restruktūrizavimo etapo tikslų ir uždavinių įgyvendinimo vertinimo kriterijai yra šie: gyventojų, pacientų ir medicinos personalo pasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugų kokybe ir sauga pokytis; pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų plėtra ir finansavimo didėjimas; ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų apimties padidėjimas ne mažiau kaip 5 procentais; dienos stacionario paslaugų apimties padidėjimas ne mažiau kaip 8 procentais; hospitalizacijos rodiklio 100 gyventojų mažėjimas iki 18. Pertvarkant sveikatos apsaugos sistemą, numatoma įvesti papildomą (savanorišką) sveikatos draudimą, laiduojantį pacientams pasirinkimo teisę. Sveikatos reforma niekada nesibaigs – ji yra tęstinis procesas. Sveikatos sistema tobulinama atsižvelgiant į pragyvenimo lygį, gerėjantį susisiekimą, gyventojų pajamas, suvokimo lygį. Sistema reorganizuojama tiek, kiek visuomenė yra subrendusi. Esame maža valstybė, pasirinkusi Skandinavijos šalių sveikatos apsaugos modelį, kai daugiausia paslaugų siekiama suteikti pirminiame sveikatos lygyje, per šeimos gydytoją, esantį arčiausiai žmogaus. Ekstra tvarka pas tokį gydytoją

pacientai turi patekti tą pačią dieną, o negaluojujantieji ne vėliau, kaip per tris dienas. Kitas reformos tikslas – pasiekti, kad sveikata turi rūpintis pats žmogus, o valstybė tik sudaro sąlygas gydytis. Kol kas to nepavyko pasiekti. Paskutiniai apklausos duomenys, atlikti SAM, rodo, jog tik 15 proc. mūsų žmonių mano, kad sveikata yra pirmiausia jų pačių rūpestis. 40 proc. pasakė, jog jų sveikata yra valstybės ir medikų rūpestis, o 30 proc. pareiškė, kad jų sveikata turi rūpintis valstybė. Čia ir yra pati blogiausia reformos vieta – kol kas nepavyko įtikinti visuomenės, kad žmogus pats pirmiausia yra atsakingas už savo sveikatą ir turi saugoti ją.(5)

## 1.2. Pagrindinės Nacionalinės Tendencijos

1991 metais, sukurtas kartu su Nacionaline sveikatos priežiūros koncepcija. Šiuo metu sveikatos priežiūros įstaigų tinklas neužtikrina racionalaus išteklių panaudojimo, esama netolygaus įstaigų ir specialistų išsidėstymo – per didelę įstaigų koncentracija didžiuosiuose miestuose, trūksta specialistų periferijoje. Taip pat nepakankamas paslaugų prieinamumas kaimo vietovėse, nepagrįstai didelė stacionariųjų paslaugų apimtis. Strategijoje numatytos trys restruktūrizavimo kryptys: 1. ambulatorinių paslaugų plėtra 2. stacionariųjų paslaugų optimizavimas, 3. medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo plėtra. Strategijoje numatyta, kad stacionariinės paslaugos bus optimizuojamos pertvarkant stacionarines sveikatos priežiūros įstaigas, didinant teikiamų paslaugų saugumą ir kokybę, plėtojant dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugas, spartinant ligonių ištyrimą bei įgyvendinant Vienu didžiausių 20-o amžiaus pradžios ir vidurio sveikatos paslaugų skirtumų buvo išplėtotas ligoninių sektorius. Ligoninių skaičiaus ir jų potencialo augimas daugelį metų buvo suvokiamas kaip akivaizdaus sveikatos priežiūros progreso rodiklis. Ligoninių potencialas yra stacionarinio sektoriaus darbo, materialinių, finansinių ir organizacinių išteklių sąveikos rezultatas. Kad būtų paprasčiau lyginti, tarptautinėje praktikoje pagrindiniu stacionarinio sektoriaus potencialo rodikliu laikomas kitas nuo Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos projektas numato du etapus: 2003-2005 m. ir 2006-2010 m. Jis apima tris pagrindines kryptis: ambulatorinių paslaugų plėtrą, stacionariųjų paslaugų optimizavimą ir medicinos bei ilgalaikio palaikomojo gydymo plėtrą. Pagrindiniai šiuo metu veikiančios sistemos trūkumai: per didelė stacionariųjų paslaugų dalis bendroje sveikatos priežiūros paslaugų dalyje, per didelė sveikatos priežiūros įstaigų koncentracija didžiuosiuose miestuose, kai kurių ligoninių teikiamų paslaugų apimtys per mažos, kad užtikrintų reikiamą paslaugų kokybę, nepakankamai išvystyta neįgalųjų žmonių sveikatos priežiūra. (9) status. (9) Daugumą pagalbos ir socialinės globos namuose paslaugų gavėjų sudarė senyvo amžiaus asmenys, apie penktadalį šių paslaugų gavėjų sudarė darbingo amžiaus asmenys su negalia ir 2 proc. – vaikai su negalia. Plečiant socialinių paslaugų tinklą ir siekiant patenkinti augantį socialinių paslaugų poreikį, vis didesnis vaidmuo bus skiriamas nevyriausybinėms organizacijoms, bendruomenėms. 15-osios vyriausybės programoje numatyta plėtoti nestacionarias socialines paslaugas, kurias teikiant kuo aktyviau galėtų dalyvauti bendruomenės ir neįgalųjų organizacijos. Visuomenės sveikatos saugos užtikrinimo programos vykdymas ir strateginio tikslo įgyvendinimas siejamas su Lietuvos Respublikos Seimo 2008 m. gruodžio 9 d. nutarimu Nr. XI-52 pritarta penkioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės veiklos programa (Žin., 6) 2008, Nr. 146-5870) bei jos pagrindiniais sveikatos sistemos tolesnės pertvarkos principais ir tikslais - pertvarkyti sveikatos sistemą pagal modernios visuomenės sveikatos koncepciją ir Europos Sąjungos visuomenės sveikatos, taip pat Pasaulinės sveikatos organizacijos „Sveikata visiems XXI amžiui“ strateginius principus; racionaliau valdyti ir finansuoti sveikatos sistemą siekiant pagerinti paslaugų prieinamumą ir kokybę; išgyvendinti iš sveikatos sistemos biurokratiją ir korupciją. Siekdama užsibrėžto strateginio tikslo VVSPT, kaip ūkio subjektų priežiūrą atliekanti institucija, 2011 m. gerino verslo sąlygas, inicijuodama pagal kompetenciją jai priskirtų valstybinės visuomenės sveikatos saugos kontrolės sričių teisės aktų pakeitimus, kuriais buvo mažinama administracinė našta verslui, kas buvo numatyta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2010 m. spalio 14 d. nutarimu Nr. 1448 (Žin., 2010, Nr. 123-6285) patvirtintų. 2008 m. lyginant su 2006 m. slaugos ir palaikomojo gydymo lovų skaičius padidėjo 838 lovomis, daugiau kaip 41 proc. slaugos ir palaikomojo gydymo lovų buvo

integruota į bendrojo pobūdžio ligonines. Globos lovų skaičius padidėjo 1400 lovų, t. y. daugiau kaip 2 kartus, 20 proc. visų globos lovų buvo integruota į bendrojo pobūdžio ligonines.

Slaugos rodiklis	2008		2009		2010	
	Ilgalaikės lovos	Ligoninės lovos	Ilgalaikės lovos	Ligoninės lovos	Ilgalaikės lovos	Ligoninės lovos
Ilgalaikis slaugymas	4,400	30,765	4,436	31,020	4,614	32,141
Poliatyvi priežiūra	26	67	43	247	96	600
Reabilitacija	1,290	16,175	1,320	15,647	1,378	17,333
TB	1,267	5,720	1,231	5,510	1,150	4,966
Psichinė negalia	3,453	39,530	3,409	37,436	3,303	37,618

Šaltinis: Sveikatos informacijos centro Higienos institutas, 2011.

Lietuvoje slaugos ir socialinių paslaugų poreikis gyventojų namuose iki šiol nebuvo tirtas. Tik žinant šių paslaugų poreikį, galima planuoti struktūras ir išteklius joms teikti. Siekiant išaiškinti sveikatos pNeįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos duomenimis, šalyje 2006 metais buvo nustatyti 23 tūkst. naujų neįgalumo atvejų, iš jų apie 66 proc. sudaro vidutinio sunkumo ir sunkios negalios asmenys. Kaip rodo tyrimai, dažniausiai sunkiai sergančiuosius slaugo artimieji. Senstant visuomenei, mažės galinčiųjų slaugyti skaičius, daugės slaugomųjų. riežiūros ir socialinių paslaugų poreikį senyvo amžiaus žmonėms, Didėjant ilgalaikės negalios atvejų skaičiui ir keičiantis visuomenės sugebėjimams neformaliai rūpintis artimaisiais, didėja ilgalaikės priežiūros poreikis. Vienas iš efektyvios ilgalaikės priežiūros kriterijų yra integruotos sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos. Kartu su demografiniais ir epidemiologiniais pokyčiais, keičiasi ir paslaugų gavėjų lūkesčiai. Informacinių technologijų dėka pacientai tampa geriau informuoti apie savo teises, bei galimybes ir reikalauja geresnių paslaugų. Kad būtų patenkinti pacientų lūkesčiai, turi būti pagerintas paslaugų prieinamumas, tęstinumas didinant paslaugų įvairovę ir gerinant paslaugų organizavimą, daugiau dėmesio skiriant prevencijai, reabilitacijai, slaugai. Lietuvoje yra parengti dokumentai, kuriais vadovaujantis galima teigti, jog integruotai priežiūrai skiriama dėmesio ir sudaromos politinės prielaidos. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006-2008 metų programos įgyvendinimo priemonėse (3) yra skiriama dėmesio integruotai priežiūrai. Sėkmingai buvo įgyvendinama pirmojo etapo 2003 – 2005 metų sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategija (6), kurios siektini tikslai:

1. gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą;
2. optimizuoti teikiamų paslaugų apimtį ir struktūrą pagal gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų poreikius.

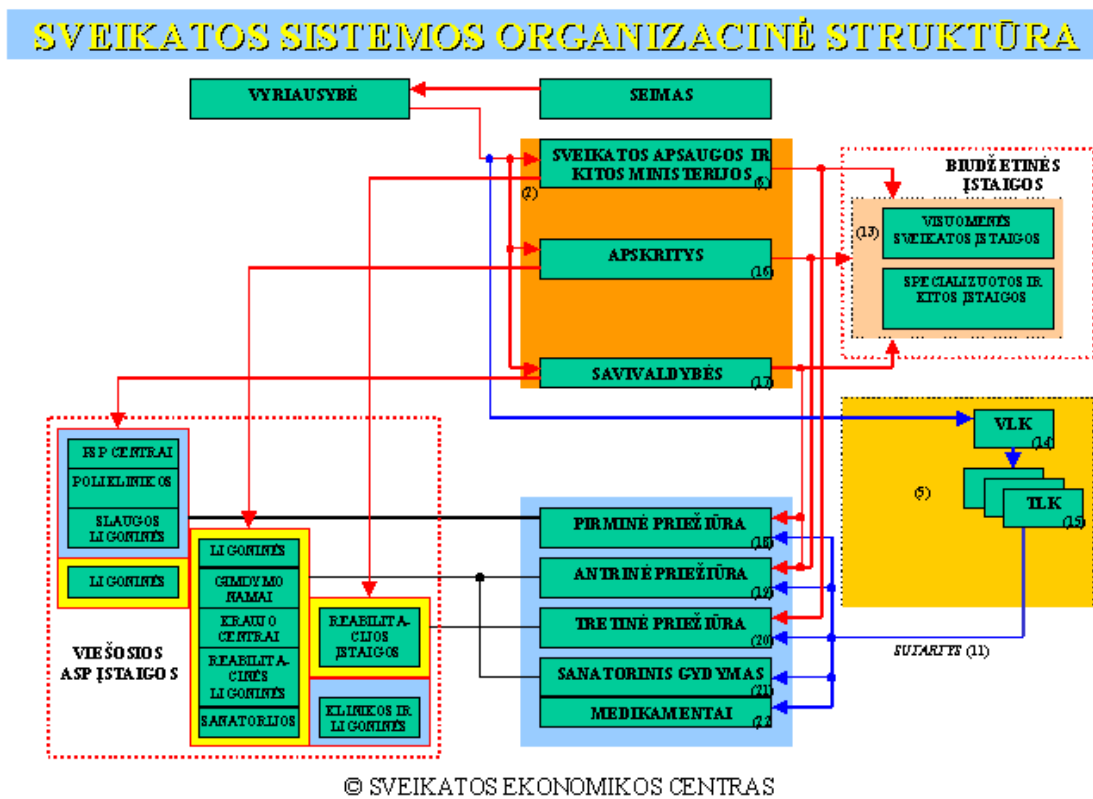
Pagrindiniai antrojo restruktūrizavimo etapo tikslai (4) yra:

1. nuolat gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą;
2. tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą;
3. toliau restruktūrizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą;
4. optimaliau naudoti žmogiškuosius, finansinius ir materialinius išteklius.

Vienas iš Antrojo restruktūrizavimo etapo uždavinių yra plėtojant slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų sistemą siekti, kad iki 2008 metų ne mažiau kaip 80 proc. šių paslaugų būtų teikiama bendrojo pobūdžio ligoninėse ir ne mažiau kaip 50 proc. slaugos paslaugų būtų teikiama kartu su socialinėmis (globos) paslaugomis. Šis procesas skatinamas tokiomis priemonėmis kaip: -kuriant ir diegiant diferencijuotą slaugos paslaugų ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų sistemą; -plėtojant slaugos paslaugas Lietuvos Respublikos valstybės ilgalaikės raidos strategijoje (7) akcentuojama šalies žmonių sveikata, kuri priklauso nuo socialinių ir ekonominių sąlygų. Šia strategija siekiama sukurti šiuolaikinę ir modernią sveikatos priežiūros sistemą, užtikrinančią sveikatos priežiūros prieinamumą, veiksmingumą, racionalų lėšų naudojimą, sveikos gyvensenos formavimą. Siekiama mažinti gyventojų mirtingumą ir ilginti vidutinę gyvenimo trukmę sudarant vienodas sąlygas visiems šalies piliečiams gauti reikiamas sveikatos paslaugas, stebėti ir vertinti gyventojų mirtingumo priežastis. Visiems gyventojams užtikrinti prieinamą kokybišką stacionarią ir ambulatorinę pagalbą.

## 2. Sveikatos Sistemos Organizacinė Struktūra

Sveikatos apsaugos sistemos struktūrą sudaro Sveikatos apsaugos ministerija, jai pavaldžios institucijos, apskričių ir savivaldybių gydytojų tarnybos, asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos. Sveikatos sistemos valdymas yra decentralizuotas. Ministerija atlieka bendras priežiūros, sveikatos sistemos planavimo bei kontrolės funkcijas, numatytas Sveikatos apsaugos ministerijos nuostatuose, patvirtintuose Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008 m. balandžio 9 d. nutarimu Nr. 378. Sveikatos apsaugos ministerijai vadovauja sveikatos apsaugos ministras, kurį vadovaudamasis Lietuvos Respublikos Konstitucija skiria Respublikos Prezidentas Ministro Pirmininko teikimu. Sveikatos apsaugos ministerija yra 34 institucijų steigėja. (8)



2010 m. veikė apie 760 įvairaus pavaldumo socialinių paslaugų įstaigų. Lietuvos statistikos departamento duomenimis, 2010 m. šiose įstaigose socialinės paslaugos nuolat buvo teikiamos 91,2 tūkst. neįgalųjų, senyvo amžiaus asmenų, likusių be tėvų globos vaikų, socialinės rizikos asmenų, socialinės rizikos šeimų ir kt. asmenų, dar apie 27,6 tūkst. asmenų ir 4,8 tūkst. šeimų gavo socialines paslaugas savo namuose. Be to, 161,4 tūkst. asmenų naudojo bendrosiomis socialinėmis paslaugomis (nemokamo maitinimo, aprūpinimo būtiniaisiais daiktais, asmens higienos, transporto paslaugomis.)

### 3. Nacionalinės Sveikatos Politikos Uždaviniai Gerinant Sveikatos Prieinamumo Paslaugas Namuose

Plėtojant slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų sistemą, siekti, kad iki 2008 metų ne mažiau kaip 80 procentų šių paslaugų būtų teikiama bendrojo pobūdžio ligoninėse ir ne mažiau kaip 50 procentų slaugos paslaugų būtų teikiama kartu su socialinėmis (globos) paslaugomis. Šis procesas buvo skatinamas tokiomis priemonėmis: kuriant ir diegiant diferencijuotą slaugos paslaugų ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų sistemą, plėtojant slaugos paslaugas, teikiamas pacientų namuose, didinant ambulatorinės slaugos apimtį, plėtojant jos formas, kuriant slaugos paslaugų dienos stacionarus. Sveikatos priežiūros mastą pagal LNSS veiklos organizavimo ir sveikatos priežiūros lygius nustato Sveikatos apsaugos ministerija. Žmonių globos ir slaugos sistemas siekiama organizuoti laikantis pagrindinio principo – sudaryti galimybę žmogui kuo ilgiau gyventi savo namuose. 2009 m. Pabaigoje pagalbos ir socialinės globos paslaugas asmens namuose teikė 1708 socialiniai darbuotojai, jų padėjėjai ir lankomosios priežiūros darbuotojai, kurie suteikė pagalbos ir socialinės globos namuose paslaugas 13,6 tūkst. asmenų. (zr.lentele) Daugumą pagalbos ir socialinės globos namuose paslaugų gavėjų sudarė senyvo amžiaus asmenys, apie penktadalį šių paslaugų gavėjų sudarė darbingo amžiaus asmenys su negalia ir 2 proc. – vaikai su negalia. Plečiant socialinių paslaugų tinklą ir siekiant patenkinti augantį socialinių paslaugų poreikį, vis didesnis vaidmuo bus skiriamas nevyriausybinėms organizacijoms, bendruomenėms. 15-osios vyriausybės programoje numatyta plėtoti nestacionarias socialines paslaugas, kurias teikiant kuo aktyviau galėtų dalyvauti bendruomenės ir neigaliųjų organizacijos. Visuomenės sveikatos saugos užtikrinimo programos vykdymas ir strateginio tikslo įgyvendinimas siejamas su Lietuvos Respublikos Seimo 2008 m. gruodžio 9 d. nutarimu Nr.XI-52 pritarta penkioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės veiklos programa (Žin., 2008, Nr. 146-5870) bei jos pagrindiniais sveikatos sistemos tolesnės pertvarkos principais ir tikslais - pertvarkyti sveikatos sistemą pagal modernios visuomenės sveikatos koncepciją ir Europos Sąjungos visuomenės sveikatos, taip pat Pasaulinės sveikatos organizacijos „Sveikata visiems XXI amžiuje“ strateginius principus; racionaliau valdyti ir finansuoti sveikatos sistemą siekiant pagerinti paslaugų prieinamumą ir kokybę; išgyvendinti iš sveikatos sistemos biurokratiją ir korupciją. Siekdama užsibrėžto strateginio tikslo VVSPT, kaip ūkio subjektų priežiūrą atliekanti institucija, 2011 m. gerino verslo sąlygas, inicijuodama pagal kompetenciją jai priskirtų valstybinės visuomenės sveikatos saugos kontrolės sričių teisės aktų pakeitimus, kuriais buvo mažinama administracinė našta verslui, kas buvo numatyta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2010 m. spalio 14 d. nutarimu Nr. 1448 (Žin., 2010, Nr. 123-6285) patvirtintų

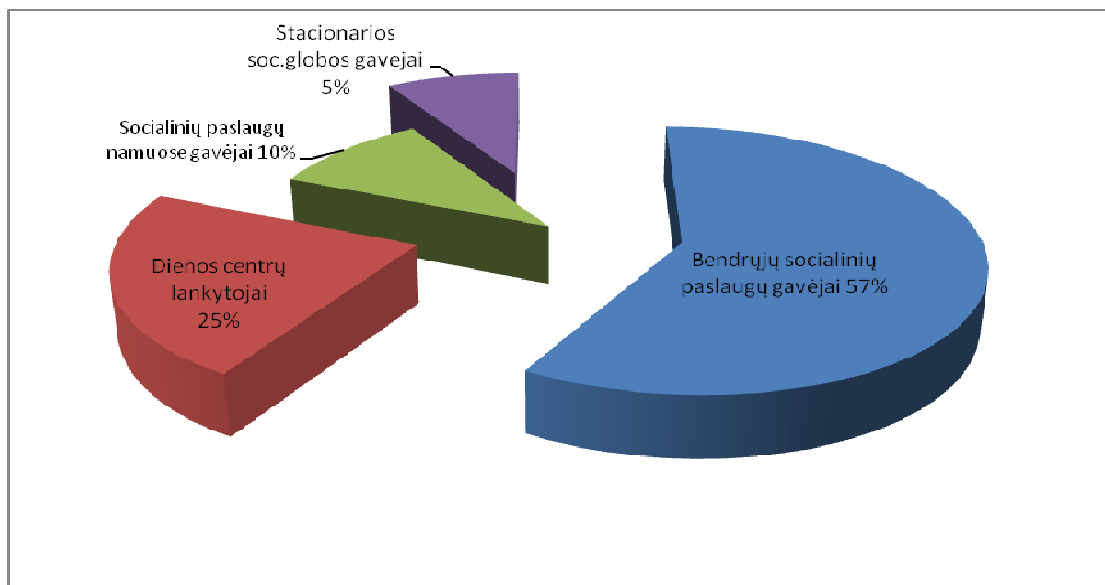


## 4. Nacionalinės Strategijos Ir Iniciatyvos Keliant Sveikatos

### 4.1. Priežiūros lygį vietiniu ir nacionaliniu mastu.

Ypatingas dėmesys yra skiriamas antrojo restruktūrizacijos etapo metu buvo skiriamas slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų plėtrai bei sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos sistemų bendradarbiavimo stiprinimui, toliau skatinamas slaugos paslaugų integravimas į bendrojo pobūdžio ligonines ir teikimas kartu su globos paslaugomis. Tuo tikslu asmens sveikatos priežiūros įstaigose buvo kuriami palaikomojo gydymo ir slaugos padaliniai, gerinama jų infrastruktūra aprūpinant būtina medicinos ir slaugos įranga bei atliekamas šių padalinių patalpų remontas / rekonstrukcija. Dalis slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių buvo prijungta prie stacionariųjų bendrojo pobūdžio paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų. 2008 m. buvo įgyvendintas vienas svarbiausių uždavinių – įteisintas savarankiškas slaugytojų darbas pacientų namuose. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymu Nr. V-1026 „Dėl slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų patvirtinimo“ (Žin., 2007, Nr. 137-5626) nustatyti slaugos paslaugų teikimo reikalavimai, kuriais siekiama plėtoti slaugos paslaugų teikimą pacientų namuose, pagerinant jų gyvenimo kokybę, išsaugant jų savarankiškumą gyvenamoje aplinkoje, bei užtikrinti minėtų paslaugų kokybę. Už slaugos paslaugų namuose teikimą atsakingos pirminės ambulatorinės asmens sveikatos įstaigos. Slaugos paslaugas namuose gauna asmenys, kuriems teisės aktu nustatyta tvarka patvirtintas specialusis nuolatinės slaugos poreikis. 2008 m. buvo įteisintas ir papildomas mokėjimas už slaugos paslaugų teikimą pacientų namuose. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 20 d. įsakymu Nr. V-476 (Žin., 2008, Nr. 59-2266) buvo patvirtintas Slaugos paslaugų namuose apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašas, kuriame detalizuota, kaip teritorinės ligonių kasos atsiskaito su įstaigomis, teikiančiomis pacientams slaugos paslaugas namuose. Šiuo teisės aktu taip pat buvo siekiama išspręsti problemą dėl slaugos paslaugų teikimo bei apmokėjimo pacientams, gyvenantiems socialinės globos paslaugas teikiančiose įstaigose ir prisirašiusiems prie pirminės ambulatorinės asmens sveikatos paslaugas teikiančios įstaigos. 2008 m. buvo suteikta 69,8 tūkst. slaugos ir socialinių paslaugų pacientų namuose.

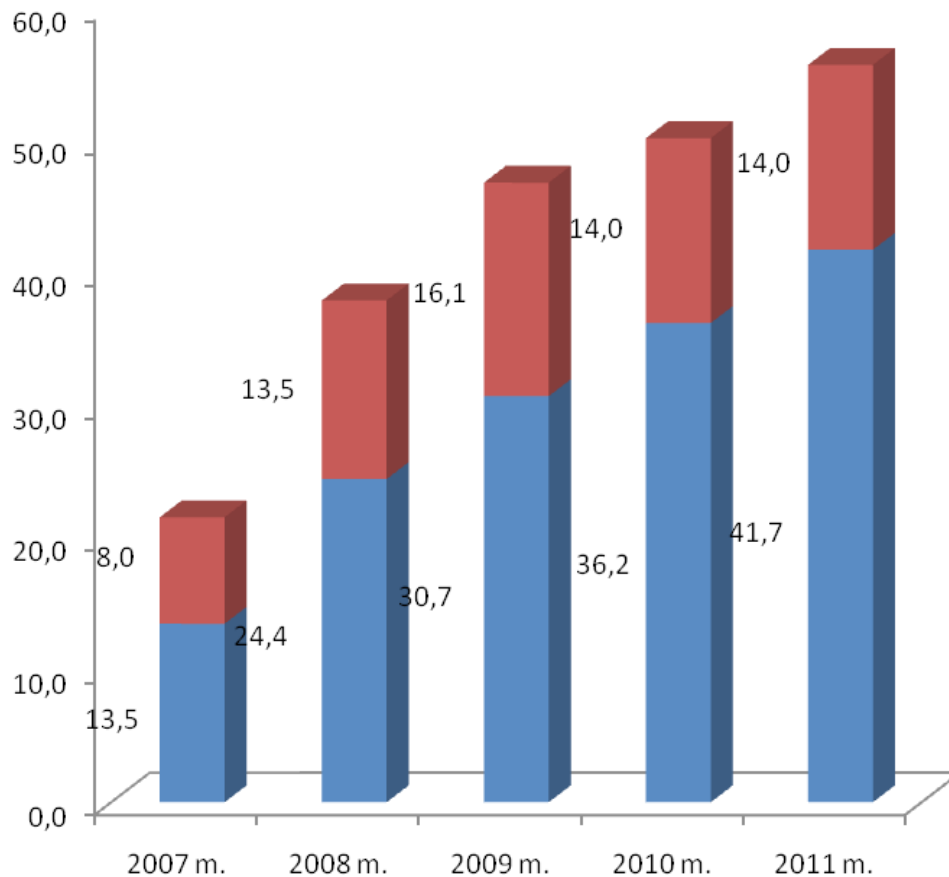
**Socialinių paslaugų gavėjai 2010 m.**



Didžioji dalis (57 proc.) socialinių paslaugų gavėjų naudojami bendrosiomis socialinėmis paslaugomis, ketvirtadalis socialinių paslaugų gavėjų lankė dienos centrus, kas dešimtas – gavo pagalbą namuose. Stacionari socialinė globa buvo teikiama 5 procentams socialinių paslaugų gavėjų, laikino gyvenimo namų, krizių centrų ar savarankiško gyvenimo namų teikiamomis paslaugomis naudojosi apie 3 procentus socialinių paslaugų gavėjų. Per 2010 m. keitėsi socialinių paslaugų infrastruktūra. Pagrindiniai socialinių paslaugų infrastruktūros pokyčiai yra susiję su apskričių reforma ir kai kurių apskritims priklausiusių socialinės globos įstaigų savininko teisių ir pareigų perdavimu savivaldybėms bei Socialinės apsaugos ir darbo ministerijai. 2010 m. įvykdžius apskričių reformą, savivaldybėms buvo perduoti 25 buvę apskričių vaikų globos namai ir 4 senų žmonių globos namai. 28-ių suaugusių neįgalių asmenų globos namų savininko teises ir pareigas įgyvendinančia institucija tapo Socialinės apsaugos ir darbo ministerija.<sup>(10)</sup> Vadovaujantis Socialinių paslaugų įstatymu (Žin., 2006, Nr. 17-589), socialinė globa sunkią negalią turintiems asmenims ir socialinė priežiūra socialinės rizikos šeimoms finansuojamos iš valstybės biudžeto specialių tikslinių dotacijų savivaldybių biudžetams (toliau – valstybės dotacijos). Lėšų poreikis socialinės globos teikimui sunkią negalią turintiems asmenims užtikrinti nustatomas, atsižvelgiant į savivaldybių pateiktą informaciją apie prognozuojamą jų teritorijos gyventojų, turinčių sunkią negalią, gausiančių socialinę globą, skaičių ir apskaičiuotą lėšų poreikį. Lėšų poreikiui apskaičiuoti naudojamas Socialinių paslaugų finansavimo ir lėšų apskaičiavimo metodikoje nustatytas 7,2 bazinės socialinės išmokos (BSI) dydis per mėnesį socialinei globai teikti vienam sunkią negalią turinčiam asmeniui. Skaičiuojant lėšų poreikį, atsižvelgiama į sunkią negalią turinčių asmenų skaičiaus kitimo tendencijas per praėjusius 3 metus, atliekant suteiktų, planuojamų suteikti ar nesuteiktų, bet būtinų suteikti socialinės globos paslaugų sunkią negalią turintiems asmenims skaičiaus lyginamąją analizę, įvertinant lėšų, skirtų sunkią negalią turinčių asmenų socialinei globai, panaudojimo efektyvumą. Atsižvelgiant į tai, kad savivaldybės plečia socialinių paslaugų infrastruktūrą, organizuodamos naujų, kokybiškai efektyvesnių socialinės globos paslaugų teikimą, valstybės dotacijų sunkią negalią turinčių asmenų socialinei globai teikti poreikis kiekvienais metais augo (2008–2010 m. vidutiniškai apie 20 proc. kasmet).<sup>(11)</sup> 2010 metais savivaldybėms buvo skirta 36199,3 tūkst. Lt sunkią negalią turinčių asmenų socialinei globai užtikrinti (iš jų – 1054 tūkst. Lt

šios funkcijos administravimo išlaidoms), 2011 m. – 41729,3 tūkst. Lt (iš jų 1215 tūkst. Lt administravimo išlaidoms). 2011 metais valstybės dotacijų šiai funkcijai vykdyti buvo skirta 15 proc. daugiau nei 2010 metais. Lėšų poreikis socialinei priežiūrai socialinės rizikos šeimoms teikti skaičiuojamas pagal socialinių darbuotojų, teikiančių socialinę priežiūrą socialinės rizikos šeimoms, pareigybių skaičių. Lėšos skiriamos darbo užmokesčiui ir socialinio draudimo įmokoms finansuoti.

**Valstybės biudžeto specialios tikslinės dotacijos socialinėms paslaugoms, mln. Lt**



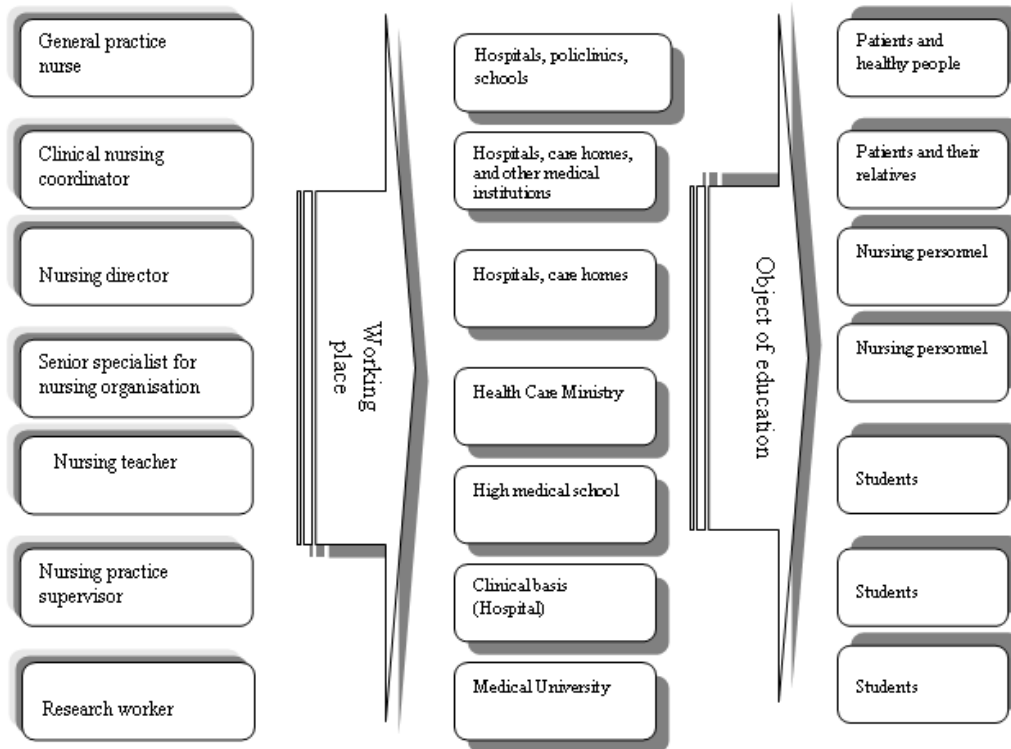
Vykdamas apskričių reformą, Socialinės apsaugos ir darbo ministerija perėmė 3 vaikų ir jaunimo su negalia socialinės globos įstaigas, 28 senyvo amžiaus asmenų bei suaugusių asmenų su negalia globos įstaigas, 7 vaikų globos įstaigas. Šių įstaigų savininko teises ir pareigas įgyvendina Socialinės apsaugos ir darbo ministerija (toliau – valstybės socialinių paslaugų įstaigos), administruoja Socialinės globos įstaigų administravimo tarnyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (toliau – Tarnyba). Tarnyba, įgyvendindama jai nustatytus veiklos tikslus, atlieka šias svarbiausias funkcijas: koordinuoja socialinės globos įstaigų veiklą, atlieka socialinės globos įstaigų teikiamų paslaugų, jų kainų, personalo sudėties, paslaugų gavėjų skaičiaus, lėšų panaudojimo ir poreikio analizę ir vertinimą, teikia įstaigoms metodinę pagalbą, organizuoja asmenų siuntimą į socialinės globos įstaigas, nagrinėja gyventojų skundus dėl siuntimo į socialinės globos įstaigas, teikia siūlymus Socialinės apsaugos ir darbo ministerijai dėl įstaigų veiklos ir kt. Apibendrinant galima teigti, kad didelis dėmesys skiriamas socialinių paslaugų kokybei bei žmogaus teisėms užtikrinti socialinės globos įstaigose gyvenantiems asmenims. Siekiant surasti tinkamiausią socialinės globos įstaigų infrastruktūros modelį, analizuojamos socialinės globos įstaigų pertvarkymo, paslaugų decentralizavimo galimybės, dirba darbo grupės, pasitelkti ekspertai. Keliama

aukštesni reikalavimai ne tik socialinės globos įstaigoms, jose dirbantiems specialistams, bet ir vadovams. Nuo 2015 m. turi prasidėti socialinės globos įstaigų vadovų atestacija, atestacijos tvarka turi būti parengta 2011 metais. Tais pačiais metais turi būti parengtos ir Socialinės globos įstaigų licencijavimo taisyklės. Nuo 2008 metų gegužės mėnesio iš PSDF biudžeto pradėta mokėti ir už paliatyviosios pagalbos paslaugas. Jų teikimo tvarka reglamentuota Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymu Nr. V-14 „Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ (Žin., 2007, Nr. 7-290), o šių paslaugų bazinės kainos patvirtintos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 16 d. įsakymu Nr. V-470 „Dėl Paliatyviosios pagalbos suaugusiems ir vaikams paslaugų bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ (Žin., 2008, Nr. 59- 2247). Paliatyviosios pagalbos paslaugų įteisinimas bei jų apmokėjimas iš PSDF biudžeto pagerino šių paslaugų prieinamumą nepagydomomis, progresuojančiomis ligomis sergantiems pacientams. Paliatyviosios pagalbos paslaugų teikimo formą: stacionare, dienos stacionare ar ambulatorinėmis sąlygomis parenka gydantis gydytojas, atsižvelgdamas į ligonio sveikatos būklę, ligonio ir jo artimųjų pageidavimą. Tais atvejais, kai paliatyviosios pagalbos paslaugų teikti dienos stacionare ar ligonio namuose sąlygų nėra, gydantis gydytojas pasiūlo ligoniui stacionarinę asmens sveikatos įstaigą, teikiančią šias paslaugas. Iki minėtų teisės aktų įsigaliojimo, neretai pasibaigus ligonių gydymo laikotarpiui stacionare, kildavo keblumų dėl tolesnio pacientų slaugymo, kadangi stacionaruose teikiamos slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugos iš PSDF biudžeto apmokamos neviršijant nustatytos vidutinės gulėjimo trukmės –120 dienų per kalendorinius metus vienam pacientui. Paliatyviosios slaugos pagalbos laikas –neribojamas.(13) Atsižvelgiant į Lietuvos gyventojų skaičių, numatoma įsteigti 180 stacionariųjų paliatyviosios pagalbos lovų suaugusiems ir vaikams. 2008 m. buvo įsteigta 26 stacionarinės paliatyviosios pagalbos lovos.

## 5. Sveikatos Priežiūros Namuose Teiktinų Paslaugų Mokymo Kursai

Sveikatos apsaugos ministerijos įsteigtas Slaugos darbuotojų tobulinimosi ir specializacijos centras – įstaiga, kurioje asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų slaugos bei kiti specialistai tobulina savo kvalifikaciją. Centre rengiami anestezijos ir intensyvios terapijos, bendruomenės, psichikos sveikatos ir vaikų slaugytojai. Sėkmingai baigusiems mokymą išduodami valstybės pripažįstami išsilavinimo pažymėjimai, suteikiama profesinė kvalifikacija. Pagal keturias darbo rinkos mokymo programas, suteikiančias pirmo lygio profesinę kvalifikaciją, mokomi neturintys profesinio pasirengimo ar norintys pakeisti profesinę kvalifikaciją asmenys. Baigusiems mokymą suteikiama teisė naudoti ir prižiūrėti medicininius autoklavus, dirbti dezinfekuojuojais, sveikatos statistikais, slaugytojų padėjėjais. Sėkmingai baigusiems mokymą kursų klausytojams(17) išduodami valstybės pripažįstami išsilavinimo pažymėjimai ir suteikiama teisė dirbti atitinkamos profesinės kvalifikacijos darbą. Slaugos ir kiti specialistai šiame centre gali tobulinti savo profesinę kvalifikaciją pagal 172 Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintas tobulinimosi programas. Šiais metais 15 centro parengtų kvalifikacijos programų įtraukta į Darbo rinkos Neformaliojo profesinio mokymo programų sąvadą. Pagal šias programas mokomi bedarbiai bei slaugos darbuotojai, įspėti apie atleidimą. Teorinius ir praktinius užsiėmimus veda apie 2300 dėstytojų. Nemaža jų dalis dirba vyriausiais ar vyresniais slaugytojais. Organizuojami dieniniai ir vakariniai kursai. Mokymo programos nuolat peržiūrimos, tobulinamos, kad slaugos ir kitų specialistų žinios ir praktiniai gebėjimai atitiktų Europos Sąjungos reikalavimus. 2003 m. pradėtas slaugos bei kitų specialistų nuotolinis mokymas, padedantis slaugytojams papildomai mokytis namuose. Pagal „Tuberkuliozės profilaktikos“ mokymo programą tokius kursus baigė 3294 slaugos specialistai, pagal „Pirmoji medicinos pagalba šilumos ir saulės smūgių atvejais“ – 544 slaugytojai. 2004 m. sausį prasidėjo 17 mėnesių trukmės nuotolinis mokymas pagal mokymo programą „Pirmoji medicinos pagalba“. Centre veikia slaugos specialistų kvalifikacijos duomenų bankas, organizuojamos slaugytojų stažuotės užsienyje(18). Nuo 1997 m. Slaugos darbuotojų tobulinimosi ir specializacijos centras 3-4 tūkst. egzempliorių tiražu leidžia leidinį slaugos specialistams „Sauga. Mokslas ir praktika“. Čia pateikiami nauji įstatymai, Vyriausybės nutarimai, Sveikatos apsaugos ministro įsakymai, specialistų komentarai, paaiškinimai, atsakymai į klausimus. Socialinis slaugytojas teikia žmonėms buitines, sanitarines ir higienos paslaugas: padeda namų ruošoje, parenka ir patiekia maistą, tvarko patalynę, padeda apsirengti, atlieka paskirtas gydymo procedūras. Nustato ir įvertina kliento poreikius, kartu su juo sudaro ir koreguoja slaugos planą, organizuoja kliento darbą ir laisvalaikį. Konsultuoja higienos, dietinės mitybos ir kitų profilaktinių medicinos metodų ir priemonių klausimais. Skatina slaugomojo asmens savitarną, pasitikėjimą savo jėgomis. Jis dirba su klientais slaugos ligoninėse, socialinės paramos centro pagalbos tarnybose, senelių namuose, pensionuose, reabilitacijos įstaigose. Gali įsidarbinti samdomu darbuotoju: slaugyti vienišus pensininkus ar neįgaliuosius, globoti juos namuose. Bendradarbiauja su kitais specialistais: gydytojais, psichologais, reabilitacijos darbuotojais, derina slaugos programas. Taiko medicinos priemones, buitines ir higienos reikmenis, rūpinasi maisto produktais. Darbas judrus, darbo diena dažnai nenormuota, gali tekti dirbti savaitgaliais ir švenčių dienomis. Sėkmingą socialinio slaugytojo darbą lemia mokėjimas bendrauti ir suprasti kitus žmones, paslaugumas, organizaciniai gebėjimai ir kt. Sunkių ligonių globa reikalauja ypatingo darbštumo bei mokėjimo valdyti emocijas. Šio darbo nepatariama imtis nestabilios psichikos, silpnos sveikatos žmonėms. Negali dirbti asmenys, sergantys tuber. Baigęs socialinio slaugytojo mokymo programą asmuo gali dirbti lankomosios priežiūros darbuotoju, o patobulinęs savo kvalifikaciją specialiuose kursuose, aukštojoje mokykloje ir įgijęs patirties - socialinio darbo organizatoriumi. Daugėjant pagyvenusių žmonių, plečiantis pagalbos namuose tarnybų tinklui, socialinių slaugytojų poreikis augakulioze ir kt. užkrečiamosiomis ligomis. Socialinis darbas yra nauja daugialypė profesija. Jis reikalauja nuolatinio socialinių darbuotojų tobulėjimo: plėsti ir gilinti žinias, ugdyti įgūdžius ir remtis socialinio darbo vertybėmis. Todėl labai svarbu, kad socialiniai

darbuotojai būtų įsitraukti į nuolatinio mokymosi procesą ir aktyviai jame dalyvautų. Tai skatina ne tik kintanti visuomenė, bet ir Lietuvos politinis kontekstas, kuris rodo, kad socialiniams darbuotojams būtina dirbti su skirtingų rasių, tautybės, amžiaus, lyties ar orientacijos žmonėmis. Nuo 1997 metų organizuojami socialinių darbuotojų kvalifikaciniai mokymai, o nuo 2002 metų vyksta socialinių darbuotojų atestacija. Tai pirmieji bandymai suteikti socialiniams darbuotojams galimybę tobulėti profesinėje srityje. Šių mokymų tikslas – atskleisti socialinių darbuotojų kompetencijos ypatumus ir išanalizuoti jų galimybę tobulinti profesijos žinias kvalifikacinius mokymus organizuojamus, dalyvaujant Vytauto Didžiojo universiteto, Socialinio darbo instituto ir Socialinės rūpybos studijų centro. (17) (17) Žr. <http://www.socmin.lt/index.php?-581105858> Tyrimo metu naudoti šie metodai: literatūros analizė bei anketinė apklausa. Duomenys apdoroti SPSS statistiniu paketu. Tyrimo metu, kuris buvo atliktas 2002 metais, dalyvavo 56 socialiniai darbuotojai. Anketoje buvo pateikti 4 uždari klausimai su atsakymų variantais ir 3 atviri klausimai. Dauguma respondentų teigė, kad kursai labai padėjo arba padėjo jiems tobulėti profesinėje srityje. Tokie atsakymai rodo, kad kursų klausytojai vertina šiuos socialinių darbuotojų kursus dėl galimybės ne tik gauti pažymėjimą, bet ir suteikiamų tam tikrų žinių, kurias vėliau galima naudingai pritaikyti atliekant praktinį darbą. Galvojant apie kvalifikavimo kursų tobulinimą, svarbi kursų klausytojų nuomonė apie kursų naudingumą. Tam buvo pateikti klausimai apie kursų kokybę. Kai kurie respondentai pateikė kelis skirtingus atsakymus į tą patį klausimą, todėl atsakymų pasiskirstymas pateikiamas ne skaitine išraiška. Respondentų nuomone, naudingiausias buvo žinios arba naujos žinios. Kiti respondentai sukonkretino savo atsakymus. Jie teigė, kad naudingiausias jiems buvo praktinės žinios, taip pat teorinės žinios apie socialinių darbuotojų veiklą apskritai, socialinio darbo metodus, psichologines žinias. Keletas respondentų savo atsakymuose įvardijo jiems atrodžiusį naudingiausią modulį. Kursų klausytojai išskyrė socialinio bendravimo įgūdžių ir etikos modulį ir žinių apie kilusių konfliktų sprendimą modulį, taip pat socialinės politikos modulį ir socialinio darbo pagrindų respondentai nurodė konkrečias kursų metu įgytas žinias apie socialinių darbuotojų etikos kodeksą, “naujoviškus paslaugų teikimo būdus”. Prie šios atsakymų grupės būtų galima priskirti ir atsakymą, kad naudingiausia buvo situacijų analizė ir patirties su kolegomis pasidalijimas. Kai kurie respondentai, atsakydami į šį klausimą, įvardijo ir pačią kursų atmosferą: draugiška aplinka, dėstytojų socialinės vertybės, etika ir bendravimo menas. Dalis respondentų atsakė, kad kursai buvo naudingi visais aspektais, o 5 respondentai į šį klausimą neatsakė. Didelė atsakymų įvairovė ir nedidelis neatsakiusių į klausimą skaičius rodo, kad klausytojai laiko kursus ir jų metu įgytas žinias naudingomis ir vertina gerą kursų atmosferą. Šiuo požiūriu abejingų šiems kursams buvo mažai. Iš atsakymų matyti, kad respondentai labiausiai vertina praktinio pobūdžio žinias, kurias galima tiesiogiai panaudoti socialinio darbo praktikoje. Į klausimą, kas kursų metu buvo mažiausiai naudinga dažniausiai atsakyta, kad naudinga buvo viskas. Kiti respondentai išskyrė keletą sričių, kurios jiems šiuose kursuose pasirodė mažiausiai naudingos. Tai politika, “administravimo dalykai, kurie buvo pateikti epizodiškai”, testai. Keletas respondentų teigė, kad nežino, kurie dalykai jiems buvo naudingi. 35 respondentai į šį klausimą neatsakė. Atsakymai į šį klausimą parodė, kad aiškiai išskirtų, praktiškai nenaudingų sričių respondentams buvo nedaug. Kursų klausytojai prasčiau vertina atsiskaitymo formas. Didelis neatsakiusių skaičius rodo, kad respondentams sunkoka kritiškai vertinti šiuos kursus. Sunkoka dėl keleto priežasčių. Jie gali būti įdėję pernelyg daug pastangų, kad kursus užbaigtų, todėl nepajėgia jų kritiškai vertinti. Taip pat gali nedrįsti rašyti neigiamus dalykus tiems žmonėms, kurie tuos kursus organizuoja.



1996 metais, LSB darbo grupė parengė socialinių slaugytojų mokymo programą ir metodiką (zr.lentelė). Ši programa patvirtinta Švietimo ir mokslo ministerijos ir Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, po trejų metų bandomajam laikotarpiui. Keturios kolegijos dabar pagal šią programą parengti profesionalūs medicinos sesuo. LSB, siekiant užtikrinti darbo vietas šių žmonių valdžios institucijas, kurios teikia slaugos paslaugas žmonėms, kurie serga ir likti namie. Samarietis savanoriai, kurie buvo mokomi pagrindinių slaugos įgūdžių LSB mokytojų dirbti kartu su dirbančių specialistų. (Bulajeva T., Jakubė A., Lepaitė D., Teresevičienė M., Zuzevičiūtė V. Studijų programų atnaujinimas: kompetencijų plėtoteis ir studijų siekinių vertinimo metodika. Vilnius, 2011. [http://www4066.vu.lt/Projekto\\_rezultatai](http://www4066.vu.lt/Projekto_rezultatai)) For two years already LSB in some branches has been teaching families to take care of their ill family memJau dvejus metus LSB kai kurių šakų dėsto šeimas, rūpintis jų netinkamo šeimos nariui. This initiative based on projects received funding from several municipalities. Ši iniciatyva grindžiama projektų gavo finansavimą iš kelių savivaldybių. It is major support for families which cannot afford nurses. Tai didelė parama šeimoms, kurios negali sau slaugytojų.

## 6. Išvados

Sveikatos priežiūros politikai, slaugos administratoriai, slaugytojai praktikai dabar daug kalba apie galimybę teikti slaugą namuose. Tačiau kol kas ne tik, kad pacientai jos nesulaukia, nes nėra nustatyti jų poreikiai ar apmokėjimo už paslaugas sistema, bet ir nežinia ar pakankamai turime žmoniškų ir finansinių resursų teikti slaugos paslaugas namuose, ar slaugytojai yra pasiruošę tai daryti. Siekiant pagerinti pirminės sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą steigiami privatus sveikatos priežiūros centrai, kurie steigiasi arčiau pacientų gyvenamos vietos, kad palengvintu pacientų patekima pas šeimos sveikatos priežiūros specialistą. Daugumas privatus sveikatos priežiūros centrų yra palyginti su viešosiomis poliklinikomis nedideli ir aptarnauja nedideli gyventojų skaičiai. Mažai atliktas tyrimas - koks šiuo metu yra bendruomenės slaugytojų, dirbančių viešose istaigose ir privatuose šeimos sveikatos priežiūros centruose, darbo kruvis aplinkoje, kokias paslaugas jie teikia, kiek pacientų vienas slaugytojas aplanko per dieną, kokius atstumus įveikia norėdami suteikti slaugos paslaugas pacientams namuose. Pavargę, dirbdami sunku, daug atsakomybės reikalaujanti darba, slaugytojai negali gerai atlikti savo darbo, kartais nepakanka motyvacijos darba atlikti gerai ir kokybiškai. Dar yra ne vienas ligonis, paliktas likimo valiai arba tapęs našta artimiesiems, kuriems trūksta elementarių slaugos žinių. Kiekvienai sveikatos priežiūros istaigai svarbu turėti gerai motyvuotą personalą. Tik motyvuotas darbuotojas specialistas jaučia pasitenkinimą darbu, savirealizuoja ir gali pasiekti gerų darbo rezultatų. Slaugytojai, besirūpindami pacientų sveikata ir gerove, kovodami už jų gyvybę dažnai pamiršta save. Šiuo metu nepakankamai dėmesio skiriama pačių slaugytojų gerovei, didesnis dėmesys skiriamas kvalifikuotai slaugai. Norint, kad slaugytojai geriau būtų motyvuoti, tinkamai atliktu savo pareigomis, pirmiausia reikia pasirūpinti slaugytojų gerove. Kuomet žmogus jaučiasi saugus ir užtikrintas dėl savo ir savo šeimos pagrindinių poreikių patenkinimo galimybių, išskyla nauji poreikiai, kurių patenkinimo galimybės motyvuoja darbuotoją. Tai gali būti savęs įvertinimo ar savirealizacijos poreikis, pagarbos poreikis, poreikis būti komandos ar kolektyvo nariu, poreikis lyderiauti ir kt. Slauga turi remtis aukštos kvalifikacijos slaugos komanda, kuriai užtenka žinių ir pasitikėjimo suplanuoti, įgyvendinti, patikrinti ir įvertinti priežiūrą, tiksliai atitinkancia individualius paciento poreikius [18]. Šeimos nariai bei ligonio slaugytojai turėtų gauti pakankamą medicininę, psichologinę bei dvasinę informaciją ir profesionalų palaikymą. Ligonio artimieji tampa „slaptaisiais pacientais“ ir turėtų būti neapmirštami, o esant reikalui turėtų gauti medicinos ir dvasinę pagalbą. Depresijos ir nerimo diagnozės yra dažniausiai nustatomos psichiatro „slaptiesiems ligoniams“. Tik sukūrus vientisą sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų tinklo struktūrą, galima efektyviai kurti integruotą pagalbą bendruomenės žmonėms. Slaugytojų nuolatinis kvalifikacijos tobulinimas turėtų tapti istaigos veiklos norma. Norint padidinti slaugytojų profesijos prestižą visuomenėje, skatinti slaugytojus kelti kvalifikaciją, siekti aukštojo mokslo, dalyvauti moksliniuose tyrimuose, įsitraukti į slaugytojų profesinę organizaciją veiklą ir kurti naujas organizacijas. Tik sukūrus vientisą sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų tinklo struktūrą, galima efektyviai kurti integruotą pagalbą bendruomenės žmonėms.



## 7. Informacijos šaltiniai:

1. Law on the Health Care System, 12/01/1998 I-552 (note: this link works only if copied into your browser window):  
[http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_e?p\\_id=82095&p\\_query=&p\\_tr2](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_e?p_id=82095&p_query=&p_tr2)
2. (2)Resolution No. 1654 of the Government of the Republic of Lithuania as of 7 December 2009 on the Programme of the Third Stage of Restructuring of Health Care Institutions and Services (*Official Gazette Valstybės Žinios*, 2009, No. 150-6713), retrieved 15 April 2011
3. Ministry of Health of the Republic of Lithuania, Operating Report for 2009:  
[http://www.sam.lt/go.php/sveikatos\\_prieziuros\\_reforma](http://www.sam.lt/go.php/sveikatos_prieziuros_reforma), retrieved on 20 April 2011.
4. European Observatory on Health Care Systems 2000
5. Arnaudova and Charpak 2004, p.96-97
6. Report of the National Survey results to the Ministry of health - "Evaluation of the quality and the access to health care services in Lithuania according to the opinion of patients and health care providers". Social information centre, 21 February 2011; retrievable at:  
[http://www.sam.lt/go.php/lit/Pacientu\\_ir\\_sveikatos\\_prieziuros\\_paslaug/1184](http://www.sam.lt/go.php/lit/Pacientu_ir_sveikatos_prieziuros_paslaug/1184).
7. Standard Eurobarometer 74 / Autumn 2010 – TNS Opinion & Social; Retrieved at:<http://ec>
8. Database of the Department of Statistics, 2009:  
<http://db1.stat.gov.lt/statbank/SelectVarVal/saveselections.asp>.
9. Data of the State Patient Fund, received on 27 April 2010.
10. Working paper "Health and long-term care expenditure projections: availability/collection of data" presented to the Ageing Working Group attached to the Economic Policy Committee on 7 April 2011, P.
11. D. Jankauskienė, Development of Health Policy and It's Further Perspectives in Lithuania. Regnum est. Monograph. Mykolas Romeris University Press, 2010. pp. 845-866.
12. Outline of further health system development till 2015", accepted by Lithuanian Government on 26 January 2011.  
[http://jga.lt/uploads/studijos/Tolesnes\\_sveikatos\\_sistemas\\_pletros\\_2008\\_2015\\_.pdf](http://jga.lt/uploads/studijos/Tolesnes_sveikatos_sistemas_pletros_2008_2015_.pdf).
13. Department of Statistics of Lithuania database  
<http://db1.stat.gov.lt/statbank/default.asp?w=1024>
14. Risk of insufficient attention to health Asisp Annual Report, 2011 Lithuania
15. Resolution No. 638 of the Government of the Republic of Lithuania of 28 June 2006 on the Approval of the Programme for home care for People with Disabilities for 2007–2011 (*Official Gazette*, 2006, No. 73-2782). *Current Status, Reforms and the Political and Scientific Discourse during the previous Year (2010 until May 2011)*
16. Order No. V(4)-34 "On the Approval of Methodical Centres of Social Work" of the Authority for Administration of Social Care Institutions under the Ministry of Social Security and Labour of 28 March 2011 (*Official Gazette Valstybės žinios*, 2011, No. 38-1849).
17. Order No. A1-639 Amending Order No. A1-92 "On the Approval of the Descriptions of Qualification Requirements for Social Workers and Social Worker Assistants, the Procedure for Professional Development of Social Workers and Social Worker Assistants, and the Procedure for the Assessment of Social Workers" of the Minister of Social Security and Labour of the Republic of Lithuania of 5 April 2006 of the Minister of Social Security and Labour of 31 December 2010 (*Official Gazette Valstybės žinios*, 2011, No. 2-79).
18. Order No. A1-264 "On the Approval of the List of Positions of Specialists Engaged in Social Work" of the Minister of
19. Social Security and Labour of 2 June 2011 (*Official Gazette Valstybės žinios*, 2011, No. 69-3305). [www.leeds.ac.uk/.../00003749.htm](http://www.leeds.ac.uk/.../00003749.htm)