

INTEGRUOTŲ SLAUGOS IR PSICHOSOCIALINIŲ PASLAUGŲ POREIKIS NAMUOSE SLAUGOMIEMS SUNKIOS BŪKLĖS PACIENTAMS IR JŲ ŠEIMOS NARIAMS. ATVEJO ANALIZĖ VŠĮ CENTRO POLIKLINIKOJE

Renata Kudukytė-Gasperė^{1,3}, Kęstutis Štaras^{2,3}

¹Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikos,

²VŠĮ Centro poliklinika, ³Mykolo Romerio universitetas

Raktažodžiai: integruota priežiūra, slaugos paslaugos pacientų namuose, socialinės paslaugos, psichosocialinės paslaugos, integruotų paslaugų poreikis.

Santrauka

Demografinio senėjimo pokyčiai Lietuvoje lemia integruotų paslaugų, orientuotų į senų, negalią turinčių žmonių sveikatos problemas, teikimo namuose poreikio didėjimą. Šiuo metu Lietuvoje tik pradedamas analizuoti integruotų sveikatos priežiūros, tuo pačiu slaugos ir psichosocialinių paslaugų, poreikis sunkiai sergantiems pacientams namuose. Nors vis dažniau atkreipiamas dėmesys į integruotos slaugos ir psichosocialinės pagalbos organizavimą ir teikimą lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams namuose, tačiau reali tokio paciento priežiūros našta vis dar tenka jo artimiesiems. Pastebima, kad apie sunkius pacientus namuose prižiūrinčių artimųjų sveikatą ir poreikius psichosocialinėms paslaugoms dar nesusimąstoma.

VŠĮ Centro poliklinika bene vienintelė viešoji įstaiga Vilniaus mieste teikianti integruotas slaugos, paliatyviosios medicinos ir socialines paslaugas pacientams namuose. Straipsnyje vertinamas integruotų slaugos ir psichosocialinių paslaugų poreikis VŠĮ Centro poliklinikos lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams ir juos namuose prižiūrintiems artimiesiems. Tyrimas atliktas 2013 m., įgyvendinant poliklinikos inicijuotą ir Vilniaus miesto savivaldybės finansuotą visuomenės sveikatos programą „Saugios aplinkos namuose užtikrinimas namuose slaugomiems pacientams bei socialinė, psichologinė ir dvasinė pagalba jų artimiesiems“. Iš viso apklaustas 431 lėtinėmis sunkiomis ligomis sergantis pacientas, turintis nustatytą specialųjį nuolatinės slaugos ar paliatyviosios pagalbos poreikį, bei 220 jų šeimos

narių. Nustatyta, kad lėtinėmis ligomis sergantiems, ilgai namuose prižiūrimiesiems pacientams reikalinga integruota kompleksinė pagalba ir priežiūra, teikiama multidisciplininės specialistų komandos, taikant konkrečiam pacientui atvejo vadybos principus, organizuojant ir teikiant įvairiapuses į konkretaus paciento ir jo šeimos narių poreikius orientuotas paslaugas. Lietuvoje psichosocialinės paslaugos paciento artimiesiems nėra organizuojamos, tačiau tyrimas parodė, kad pacientų šeimos nariams ir artimiesiems, kurie nuolat rūpinasi savo ligoniu, ypač reikalingos paslaugos, leidžiančios pailsėti nuo kasdieninės paciento priežiūros.

Įvadas

Demografiniai (senėjanti visuomenė) ir epidemiologiniai (daugėjančių susirgimų skaičius) pokyčiai reikalauja naujo požiūrio į sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimą, ypač atkreipiant dėmesį į tai, kad senyvo amžiaus asmenims ir asmenims, sergantiems lėtinėmis ligomis, turėtų būti užtikrintas įvairiapusių sveikatos priežiūros, psichologinių bei socialinių paslaugų teikimas. Tokiu būdu galima užtikrinti, kad asmuo būtų kuo ilgiau išlaikomas savo namuose ten teikiant slaugos, paliatyviosios pagalbos, psichologines bei socialines paslaugas. Lietuvos gyventojų sveikatos gerinimas ir tinkamos sveikatos priežiūros užtikrinimas yra svarbi šalies ekonominio augimo sąlyga, nes visuomenės sveikatos būklė tiesiogiai lemia gyvenimo kokybę, darbo išteklių apimtį ir produktyvumą, visuomenės socialinį saugumą. Todėl turi būti plėtojamos įvairiapusių, šiuolaikiškos ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos pacientams namuose, atsižvelgiant į juos namuose prižiūrinčių artimųjų poreikius, užtikrinant įvairiapusių holistinių paslaugų kokybę ir prieinamumą, efektyviau išnaudojant turimus žmogiškuosius išteklius.

Lietuvoje vyrauja institucinis priežiūros modelis, kai

tiek sveikatos priežiūros, tiek socialinės priežiūros paslaugos teikiamos stacionariose priežiūros įstaigose (slaugos ligoninėse, socialinės globos namuose), tačiau jau įrodyta, kad taip organizuojamos paslaugos iki galo nepatenkina šių paslaugų poreikio augimo. Šiuo metu didėjančių priežiūros paslaugų poreikį Lietuvoje iš dalies tenkina paciento artimieji, kurie prisiima visą atsakomybę už namuose slaugomą ligonį (t.y. prižiūri pacientą, teikia jam tiek neformalias slaugos paslaugas, tiek neformalias socialinės priežiūros paslaugas). Taigi Lietuvoje, šalia stacionarios priežiūros, vyrauja neformali priežiūra ir nėra plėtojama ambulatorinė priežiūra, kai paslaugos teikiamos pacientams namuose, siekiant kuo ilgiau išlaikyti pacientą jo gyvenamojoje aplinkoje, palaikant jo socialinius įgūdžius, kiek įmanoma geresnę fizinę ir psichinę sveikatą.

Siekiant užtikrinti sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų kokybę, būtina plėsti paslaugų, teikiamų pacientams ir jų šeimos nariams, spektrą (pvz., pradėti teikti atokvėpio paslaugas, psichosocialines paslaugas pacientams ir jų šeimos nariams). Pacientų šeimos nariams ir artimiesiems, kurie nuolat rūpinasi savo artimaisiais – ypač reikalingos paslaugos, leidžiančios pailsėti nuo kasdieninės paciento priežiūros, pasidalinti savo mintimis, išmokti, kaip reikia bendrauti su savo sunkiai sergančiu artimuoju. Šiuo metu paciento artimieji, kurie prižiūri savo pacientus namuose, taip pat tampa izoliuoti, kaip ir pacientai, retai kada turi galimybę išeiti iš namų, praranda socialinius ir darbo įgūdžius. Dėl šių priežasčių būtina skatinti psichosocialinių paslaugų paciento artimiesiems plėtrą, kadangi itin svarbu mokyti artimuosius kurti socialinius tinklus ir skatinti jų socialinį dalyvavimą, mažinti priklausomybę nuo ilgą laiką globojamo sergančio asmens (būtinai skirti sau laiko, ieškoti būdų, kurie padėtų išlikti pozityviam), sutelkiant dėmesį artimųjų fizinei sveikatai (miego kokybei, fiziniam aktyvumui, mitybai, bendrai sveikatos būklei), streso įveikos strategijų mokymuisi (relaksacijos ir atsipalaidavimo technikų mokymasis, savigalbos sau pačiam). Šių paslaugų atsiradimas ir plėtra skatintų artimuosius prisitaikyti bei integruotis visuomenėje.

Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) strateginiame leidinyje, formuojančiame Europos sveikatos politiką „Sveikata XXI. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione“, 15 tikslu įvardijamas Integruotas sveikatos sektoriaus užtikrinimas – t. y. Europos žmonėms, tuo pačiu ir Lietuvos, turi būti laisvai prieinama, orientuota į šeimą ir visuomenę, pirminės sveikatos priežiūros grandis, kurių remtų atsakinga lanksti ligoninių sistema. Turi būti užtikrinta įvairiapusiška pirminės sveikatos priežiūros tarnybų veikla (tarp jų ir teikiančių asmens sveikatos priežiūros paslaugas pacientams namuo-

se) iki tolesnio gydymo antrinio – tretinio lygio ligoninėse ir grįžus iš jų, palaikant gydymo tęstinumą efektyviomis išlaidų – apmokėjimo sąnaudomis [1].

Bendras, t. y. integruotas bei tenkinantis paciento ir jo šeimos narių poreikius sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimas kelia naujus sudėtingus iššūkius daugelio Europos Sąjungos (ES) valstybių sveikatos priežiūros sistemoms. Šiuo metu dažnai visuomenėje pasigirsta neigiamų atsiliepimų apie sveikatos bei socialinių paslaugų teikimo nepilnavertiškumą, profesionalų klaidas, paslaugų laukimo eiles, prastą paslaugų prieinamumą bei kokybę, aukštą paslaugų kainas [2]. Atsižvelgiant į kintančius visuomenės poreikius, daugelis sveikatos ir socialinės priežiūros mokslininkų, administratorių, politikos formuotojų nagrinėja skirtingų asmens priežiūros dalių (funkcijų atitikimų, institucijų ir paslaugų tiekėjų bendradarbiavimo galimybių) tarpusavio ryšį, siekdami tobulinti sveikatos ir socialinės priežiūros sistemą taip, kad ji atitiktų kintančius paciento ir visuomenės poreikius [3].

Europos regione, taip pat ir Lietuvoje, didėja populiacijos, vyresnės nei 65 metų amžiaus, dalis. Šis demografijos pokytis kelia iššūkius sveikatos priežiūros sistemai, kadangi sveikatos, socialinių bei psichosocialinių paslaugų poreikis išauga vyresniame amžiuje, kuriam didėjant auga ir sveikatos priežiūros ir psichosocialinių paslaugų poreikis. Kai kurie mokslininkai pabrėžia, kad ateityje vieninteliu aiškiu dalyku galime laikyti tai, kad sveikatos priežiūros sistemoje dominuos iššūkiai, susiję su lėtinėmis, kompleksinėmis ligomis (kaip diabetas, išėminės ligos ir kt.) [5], kurios dažniausiai yra būdingos vyresniame amžiuje [6]. Vyresnio amžiaus populiacijos didėjimas reikalauja daugiau sveikatos priežiūros paslaugų ir ypač ilgalaikės priežiūros, slaugos ir reabilitacijos paslaugų [7]. Dėl šių priežasčių sveikatos priežiūros sektoriaus reguliavimas ir įvairiapusių paslaugų teikimas turi būti kompleksinis, kadangi sveikatos priežiūros paslaugų gavėjais dažniausiai yra vyresni žmonės bei juos namuose prižiūrintys artimieji.

Lietuvoje, kaip ir kitose ES šalyse, pagrindiniai visuomenės senėjimo iššūkiai sveikatos apsaugos sistemai turi kelis aspektus: tolydaus, pakankamo finansavimo užtikrinimas, ligų prevencijos, gydymo, ilgalaikės globos ir slaugos paslaugų subalansuotos plėtros užtikrinimas, paslaugų prieinamumo visiems visuomenės nariams užtikrinimas; sveikos gyvenamosios propagavimas ir skatinimas [8]. Priimtuose Europos Komisijos dokumentuose suformuluoti svarbiausi valstybių narių sveikatos apsaugos tikslai, siekiant užtikrinti, kad senėjanti visuomenė gautų jiems būtinas integruotas sveikatos priežiūros, socialines ir psichosocialines paslaugas – visos ES šalys turi užtikrinti, kad paslaugos būtų prieinamos visiems šalių piliečiams, garantuoti aukš-

tą teikiamų paslaugų kokybę ir išlaikyti tolydų sveikatos apsaugos sistemų finansavimą [9]. Vertinant Lietuvos sveikatos priežiūros išlaidas 2008 m. – 2010 m. pastebima, kad 2010 m. išlaidos stacionariai sveikatos priežiūrai sumažėjo 2 proc., o išlaidos ambulatorinei sveikatos priežiūrai sumažėjo 7 proc., ypač sumažėjo išlaidos medicinos pagalbos priemonių kompensavimui [10]. Pastebėta, kad išlaidos sveikatos priežiūrai asmenims iki 60 metų didėja labai nežymiai, sulaukus 70 metų – padvigubėja, sulaukus 80 metų – išauga keturis kartus. Vienas svarbiausių bendrų, integruotų slaugos, socialinių ir psichosocialinių paslaugų poreikį skatinančių veiksnių yra vyresnių nei 65-ųjų metų asmenų sergamumas chroniškėmis, lėtinėmis ligomis [11].

R. Ulianskienė su bendraautoriais (2006) paslaugų teikimo integraciją apibrėžė kaip daugiamatę sąvoką, taisyklą struktūrinėms ir funkcinėms sveikatos paslaugų problemoms spręsti bei plėtros ekonominio racionalumo ir efektyvumo įvertinimui [12]. Įrodyta, kad integracija didina sveikatos priežiūros veiksmingumą ir kokybę. A. Juozulynas su bendraautoriais (2010) teigia, kad sveikatos ir socialinės politikos veiksmingumas pasiekiamas integruojant sveikatos ir socialinės priežiūros funkcijas [13]. Mokslininkai K. Cagney ir M. Wenk (2008), nagrinėję vyresnio amžiaus asmenų sveikatos rodiklių priklausomumą nuo bendruomenės socialinio subrendimo, teigia [14], kad socialinė-struktūrinė įtaka asmens sveikatai ir gerovei yra daugialypė ir sudėtinga.

E. Nolte su bendraautoriais (2002) teigia, kad demografinis pokytis iškelia iššūkius sveikatos priežiūros sistemai, kadangi sveikatos bei socialinių paslaugų poreikis išauga vyresniame amžiuje [15]. Kai kurie mokslininkai pabrėžia, kad ateityje vieninteliu aiškiu dalyku galime laikyti tai, kad sveikatos priežiūros sistemoje dominuos iššūkiai, susiję su lėtinėmis kompleksinėmis ligomis (kaip diabetas, iššūkinės ligos ir kt.) (E. Nolte ir kt., 2008) [16], kurios dažniausiai yra būdingos vyresniame amžiuje (E. Nolte ir M. McKee, 2004) [17].

Mokslininkai išskiria kelias pagrindines priežastis, kurios gali veikti spartų integruotos priežiūros poreikį: sveikatos priežiūros efektyvumas, siekiant nustatyti veiksmingus gydymo būdus vyresnio amžiaus pacientams bei pažaboti augančias sveikatos priežiūros išlaidas [18]; didėjantis pacientų, turinčių psichikos sveikatos priežiūros poreikių, pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir ligoninių priėmimo skyriuose, skaičius [19]; mokslinių tyrimų įrodymai dėl plataus efektyvumo integruojant medicinos ir psichikos sveikatos priežiūrą [20].

R. Curtis ir E. Christian (2012) teigia, kad integruotos pirminės sveikatos priežiūros paslaugos su dislokuotais psichikos sveikatos priežiūros centrais gali suteikti svei-

katos priežiūros paslaugas, kurios yra neplanuotos, vadinamos horizontalios integracijos ir tikslingos, vadinamos vertikaliai integruotos. [21] Kalbant apie integruotas psichosocialinės priežiūros paslaugas, horizontali integracija reiškia sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir teikimo metodus pacientams, kuriems pasireiškia keletas sveikatos problemų ir reikalauja tam tikrų socialinių paslaugų. Vertikali integracija paremta bendrų priežiūros metodikų naudojimu, teikiant paslaugas konkrečioms gyventojų grupėms, sergančioms tam tikra liga, pavyzdžiui, tiems, kuriems diagnozuota depresija arba miokardo infarktas. [22]. Ši praktika leidžia spręsti pacientų, turinčių tam tikrų specialiųjų poreikių, kuriuos apibrėžia nustatyta metodika ir priežiūros protokolas, problemas remiantis geriausios praktikos teorijomis. Specialiosios paskirties integruota pagalba, pvz., kardiologinėmis ar onkologinėmis ligomis sergantiesiems, galima integruojant horizontaliai fizinės sveikatos ir psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, taip sprendžiant streso, nerimo ir depresijos simptomus, kurie dažniausiai susiję su pagrindine liga, (pvz., onkologija), siekiant pacientams padėti pakeisti elgesį, kuris palaikytų nustatytą gydymo režimą.

B. Mauer (2009) pateikė keturių kvadrantų priežiūros integracijos modelį, kuris pagrįstas paslaugų poreikiu, būtent, kokių rūšių paslaugos reikalingos patenkinti pacientų ir artimųjų poreikius skirtingoje sveikatos priežiūros aplinkoje. [23] Mokslininko aprašytame modelyje pateikiama dialogo tarp integruotų sveikatos priežiūros, socialinių ir psichosocialinių paslaugų teikėjų esmė, kuri padeda atsakyti į klausimą, kur dėmesys turėtų būti kreipiamas, teikiant lėtinėmis ligomis sergančiam pacientui ir jo šeimos nariams būtinas paslaugas. Mokslininkas pabrėžia, kad paslaugos turi būti orientuotos individualiai ir tenkinant konkretaus asmens ir jo šeimos narių poreikius. Autorius, aprašydamas kvadrantų teoriją, nurodo, kad I kvadrante atsideria paslaugos, kurios organizuojamos pacientui, turinčiam nežymių sveikatos ir psichikos sveikatos sutrikimų – jam užtenka šeimos gydytojo komandos teikiamų paslaugų; II kvadrante – vaizduojama, kaip paslaugos organizuojamos pacientams, kurie turi elgsenos sutrikimų, bet nesiskundžia fizinės sveikatos problemomis, šių pacientui poreikius geriausiai tenkina psichikos sveikatos specialistai, kurių komandą turi papildyti gydytojai psichiatrai, atvejo vadybininkai, socialiniai darbuotojai, slaugytojai; III kvadrante – paslaugos organizuojamos pacientams, kurie neturi ypatingų psichikos sveikatos sutrikimų, tačiau jiems reikalinga specifinė pagalba, pvz., nuolatinė kardiologo priežiūra, ši pagalba organizuojama per pirminę asmens sveikatos priežiūros grandį, organizuojant ir teikiant priežiūros paslaugas pacientams namuose, o paslaugas koordinuoja atvejo

vadybininkas; IV kvadrante – paslaugos teikiamos pacientams, turintiems rimtų psichinės sveikatos ir fizinės sveikatos problemų, teikiant paslaugas šiems pacientams būtinas aukšto lygio paslaugų koordinavimas ir specialistų bendradarbiavimas siekiant pasiekti efektyvių sveikatos rodiklių. Toks integruotų paslaugų koordinavimas ir teikimas gali panaudoti vidinius sveikatos priežiūros įstaigų išteklius dirbti su pacientais, turinčiais sudėtingų priežiūros ir gydymo poreikių.

VšĮ Centro poliklinika bene vienintelė viešoji įstaiga Vilniaus mieste ir Lietuvoje, įgyvendinanti PSO rekomendacijas dėl integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimo lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams ir jų šeimos nariams. Poliklinika dar prieš dešimtmetį įkūrė atskirą integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų padalinį, kurio specialistai (slaugytojai, socialiniai darbuotojai, paliatyviosios pagalbos gydytojai) teikia būtinas integruotas paslaugas pacientams ir jų šeimos nariams. Šio poliklinikos padalinio specialistai, matydami didelį papildomų, psichosocialinių, šiuo metu valstybės nefinansuojamų, paslaugų poreikį tiek pacientams, tiek jų šeimos nariams, 2013 m. inicijavo ir Vilniaus miesto savivaldybei pateikė visuomenės sveikatos programą „Saugios aplinkos namuose užtikrinimas namuose slaugomiems pacientams bei socialinė, psichologinė ir dvasinė pagalba jų artimiesiems“. Programos vienas iš tikslų buvo suteikti socialinę, psichologinę, dvasinę pagalbą namuose slaugomiems pacientams bei jų artimiesiems. Programos metu buvo įvertintas pacientų, turinčių nustatytą specialųjį nuolatinės slaugos ar paliatyviosios pagalbos poreikį, bei jų šeimos narių integruotų sveikatos priežiūros, socialinės ir psichosocialinės pagalbos poreikis.

Straipsnio tikslas - išanalizuoti pacientų, slaugomų namuose, ir jų šeimos narių poreikį gauti integruotas slaugos, socialines ir psichosocialines paslaugas namuose bei pasiūlyti priemones integruotų priežiūros paslaugų plėtrai paciento namuose.

Tyrimo objektas ir metodai

Įgyvendinant Vilniaus miesto savivaldybės finansuotą visuomenės sveikatos programą „Saugios aplinkos namuose užtikrinimas namuose slaugomiems pacientams bei socialinė, psichologinė ir dvasinė pagalba jų artimiesiems“ bei siekiant įvertinti pacientų, slaugomų namuose, ir jų šeimos narių poreikį gauti integruotas slaugos, socialines ir psichosocialines paslaugas namuose, 2013 metų rugsėjo – spalio mėnesiais anketinės apklausos metodu apklausti VšĮ Centro poliklinikos pacientai, slaugomi namuose, turintys nustatytą specialųjį nuolatinės slaugos ar paliatyviosios pagalbos poreikį, bei juos nuolat prižiūrintys šeimos nariai.

Tyrimo instrumentas – sukurti 2 klausimynai: vienas skirtas įvertinti pacientų poreikį integruotoms paslaugoms, kitas – įvertinti šeimos narių poreikį psichosocialinių paslaugų gavimui. Tyrimo eigą galima suskirstyti į 2 etapus: I tyrimo etape – buvo parengti tyrimo instrumentai (klausimynai) ir atlikti bandomieji tyrimai, siekiant įvertinti klausimynų patikimumą; II tyrimo etape – buvo atliktas pagrindinis tyrimas bei gautų rezultatų analizė.

Apklausoje dalyvavo 431 pacientas ir tai sudarė 72 proc. poliklinikos pacientų, kuriems 2013 m. buvo nustatytas specialusis nuolatinės slaugos poreikis ar paliatyviosios poreikis, bei 220 pacientų artimųjų, nuolat prižiūrinčių pacientus namuose. Vyresni, dėl sveikatos būklės negalintys patys įrašyti atsakymų, apklausos dalyviai į pateikiamus klausimus atsakinėjo verbaliniu būdu. Tokį atsakymų gavimo būdo pasirinkimą lėmė keli esminiai faktoriai: apklausos dalyviai dažnai turėjo sveikatos sutrikimų, dėl kurių negalėjo savarankiškai užpildyti klausimyno bei jiems reikėjo papildomo laiko bei klausimų paaiškinimo įsigilिनimui į gvildinamą klausimą. Pacientų artimiesiems buvo išdalintos anoniminės anketos.

Statistinis duomenų apdorojimas: apžvalgomoji statistika atlikta pasinaudojus SPSS v. 21 programiniu paketu. Anketinių duomenų apdorojimui šio paketo aplinkoje buvo sukurtos 2 duomenų bazės: pacientų ir artimųjų. Atsakymų dažnių paskaičiavimams naudota „frequencies“ procedūra, kuri parodo atvejų skaičių bei atsakymo varianto lyginamąjį svorį (procentą), lyginamąjį svorį, atmetus neatsakiusius į klausimą (tikrąjį procentą). Nustačius nenormaliuosius skirstinius, analizėje naudoti neparametriniai kriterijai: 1) atsakymų dažnio pasiskirstymo skirtumui tarp diskrečių (nominalių ir ordinalių) požymių statistiniam reikšmingumui įvertinti pasirinktas neparametrinis kriterijus – Pearson'o chi kvadratas (χ^2) su 95 proc. tikimybe, t.y. laikoma, kad skirtumas statistiškai reikšmingas, kai $p < 0,05$; 2) statistinių-koreliacinių ryšių stiprumui (intervaliniams kintamiesiems be skirstinio normalumo prielaidos ir ranginiams kintamiesiems) bei kryptiniai tarp nesimetriškų tolydžių dydžių nustatyti, pasirinktas neparametrinis Spearman'o koreliacijos koeficientas (ρ), kai $p < 0,05$. Spearman'o koeficientas rodo tiesioginį (su pliuso ženklu) arba atvirkštinį (su minuso ženklu) ryšį tarp kintamųjų, o juo reikšmė varijuoja tarp -1 (stiprus atvirkštinis ryšys) iki 1 (stiprus tiesioginis ryšys).

Tyrimo rezultatai

Analizuojant ir vertinant tyrime dalyvavusių pacientų pasiskirstymą pagal sociodemografinius požymius, pacientai buvo suskirstyti į 3 amžiaus grupes: 1 grupė – iki 70 m. amžiaus (20 proc. visų tyrime dalyvavusių pacientų), 2

grupė – nuo 71 m. iki 80 m. amžiaus (26 proc. visų tyrime dalyvavusių pacientų) ir 3 grupė – 81 m. ir vyresni pacientai, kurie sudarė didžiausią dalį tyrime dalyvavusių pacientų (56 proc.). Tyrime dalyvavo 83,7 proc. pacientų, kuriems buvo nustatytas slaugos ar priežiūros poreikis, ir 16,2 proc. pacientų, kuriems nustatytas paliatyviosios pagalbos poreikis. Vertinant pacientų šeiminių padėčių, nustatyta, kad dauguma pacientų (49 proc.) gyveno su savo vaikais, 28,8 proc. gyveno su vyru ar žmona, 12,5 proc. su artimais giminaičiais ir 9,7 proc. gyveno vieni. Nepaisant to, dauguma pacientų (90,3 proc.) nurodė, kad buityje pastoviai padeda artimieji, 3,9 proc. buityje pastoviai padeda kaimynai, 1,9 proc. pacientų nurodė, kad artimieji padeda tik tada, kai kreipiamasi pagalbos, 2,8 proc. nurodė, kad buityje padeda Vilniaus miesto Socialinės paramos centro lankomosios priežiūros specialistai. Tik 0,9 proc. pacientų nurodė, kad jie buityje susitvarko savarankiškai ir jiems pagalbos nereikia, 0,2 proc. nurodė, kad buityje niekas nepadeda, bet pagalba yra reikalinga.

19,5 proc. pacientų nurodė, kad slaugos paslaugas gauna iki 1 metų, 80,5 proc. nurodė, kad slaugos paslaugas namuose gauna ilgiau nei 1 metus (24,4 proc. iki 2 m., 31,8 proc. iki 4 m., 13,9 proc. iki 6 m., 10,5 proc. virš 6 m.). Dauguma pacientų (72,1 proc.) nurodė, kad poliklinikos slaugytojas juos namuose lanko ir vertina sveikatos būklę 1 kartą per mėnesį, 14,4 proc. nurodė, kad slaugos paslaugas gauna kelis kartus per mėnesį, o 13,4 proc. pacientų slaugos paslaugas gauna kiekvieną dieną ar kelis kartus per savaitę. Nenustatyta, kad slaugos paslaugų dažnumas statistiškai reikšmingai skirtųsi priklausomai nuo paciento amžiaus ($\chi^2=5,735$, $lfs=10$, $p=0,837$). Taip pat nenustatyta, kad didėjant pacientui amžiaus slaugytojo apsilankymų skaičius didėtų ($\rho=-0,011$, $p=0,826$). Nenustatyta, kad slaugytojų apsilankymų dažnumas priklausytų nuo paciento šeiminių padėties ($\chi^2=9,589$, $lfs=14$, $p=0,845$).

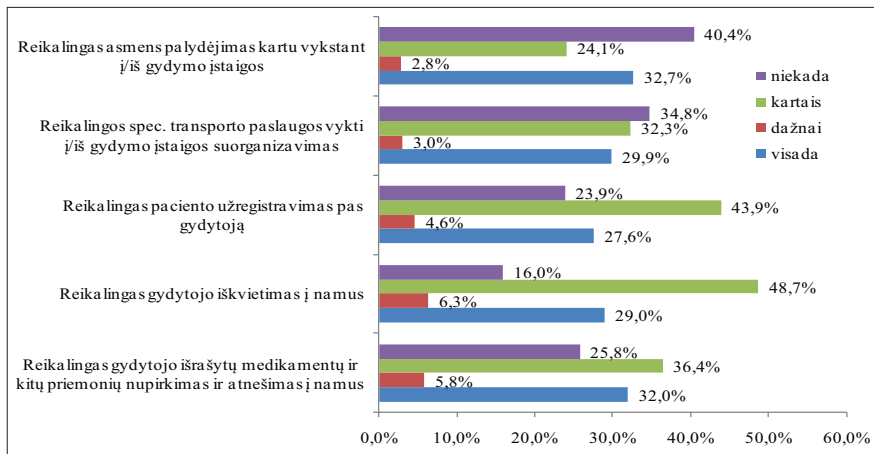
Vertinant pacientų poreikį gauti profesionalias slaugos paslaugas namuose, dauguma pacientų (54,3 proc.) nurodė, kad profesionalių slaugos paslaugų jiems užtenka vieną kartą per mėnesį, 32 proc. pacientų nurodė, kad profesionali slaugytojo pagalba jiems būtų reikalinga 1–2 kartus per savaitę, tačiau net 13,7 proc. respondentų nurodė, kad slaugytojų pagalba jiems reikalinga dažniau nei 1 kartą per dieną. Nenustatyta, kad šis poreikis reikšmingai skirtųsi priklausomai nuo paciento amžiaus ($\chi^2=12,735$, $lfs=10$, $p=0,239$), ar kad amžius turėtų įtakos profesionalių slaugos paslaugų poreikio augimui ($\rho=0,01$, $p=0,980$). Nenustatyta, kad slaugytojų apsilankymų dažnumas priklausytų nuo paciento šeiminių padėties ($\chi^2=16,218$, $lfs=14$, $p=0,368$). Todėl galima daryti išvadą, kad slaugytojų apsilankymų dažnumas ir slaugos paslaugų po-

reikis labiausiai priklauso nuo paciento sveikatos būklės.

Vertinant slaugytojo padėjėjo paslaugų poreikį (dažniausiai asmens higienos paslaugoms bei nespacializuotai pagalbai), nustatyta, kad tik 9,1 proc. pacientų asmens higiena sugeba pasirūpinti patys, kitiems (90,9 proc.) ši pagalba labai aktuali: 40,1 proc. pacientų reikalinga nuolatine (daugiau nei 2 kartus per dieną) pagalba rūpintis asmens higiena, 17,9 proc. – 2 kartus per dieną, 14,2 proc. – 1 kartą per dieną, 18,8 proc. pacientų pagalba rūpintis asmens higiena būtų reikalinga 1–2 kartus per savaitę. Nenustatyta, kad šios paslaugos poreikis skirtųsi skirtingose amžiaus grupėse padėties ($\chi^2=10,215$, $lfs=8$, $p=0,250$) ar priklausytų nuo paciento amžiaus ($\rho=0,03$, $p=0,493$), tačiau pastebėta, kad asmens higienos paslaugų poreikis skiriasi priklausomai nuo šeiminių padėties. Pacientai, kurie gyvena vieni ir dar gali pasirūpinti savimi, rečiau nei pacientai gyvenantys su vyru / žmona ir šeimos nariais, norėtų gauti šias paslaugas ($\chi^2=59,72$, $lfs=12$, $p=0,0001$). Atkreiptinas dėmesys, kad slaugytojo padėjėjo paslaugos pacientams namuose šiuo metu valstybės nefinansuojama paslauga, tačiau rezultatai parodė, kad net jei pacientą prižiūri artimieji, jiems vis tiek sudėtinga patiems rūpintis paciento asmens higiena namų sąlygomis, todėl papildoma slaugytojo padėjėjo pagalba yra itin aktuali ir labai reikalinga.

Vertinant slaugos paslaugų poreikį nakties metu, nustatyta, kad 78,2 proc. namuose slaugomų pacientų šios paslaugos būtų labai reikalingos: 64 proc. pacientų nurodė, kad slaugos paslaugų naktį jiems reikėtų nuo 1 karto per naktį iki kelių kartų per naktį (25,5 proc. – 1 karto per naktį, 19,3 proc. – 1–2 kartų per naktį ir 19,7 proc. – daugiau nei 2 kartų per naktį), o 13,7 proc. pacientų nurodė, kad pagalba naktį jiems būtų reikalinga 1–2 kartus per savaitę. Nenustatyta, kad slaugos paslaugų nakties metu poreikis skirtųsi skirtingose amžiaus grupėse ($\chi^2=12,690$, $lfs=8$, $p=0,123$) ar priklausytų nuo paciento amžiaus ($\rho=0,087$, $p=0,073$), tačiau pastebėta, kad asmens higienos paslaugų poreikis skiriasi priklausomai nuo šeiminių padėties. Pacientai, kurie gyvena vieni ir dar gali pasirūpinti savimi, dažniau buvo linkę nurodyti, kad jiems slaugos paslaugos nakties metu yra nereikalingos, nei pacientai gyvenantys su vyru/ žmona ir šeimos nariais ($\chi^2=44,876$, $lfs=12$, $p=0,0001$).

Tyrimo metu nustatyta, kad dauguma pacientų, prižiūrimų namuose, (47,3 proc.) negauna socialinio darbuotojo ar jų padėjėjų teikiamų paslaugų. 34,1 proc. nurodė, kad socialinis darbuotojas juos namuose aplanko 1 kartą per mėnesį, 7,0 proc. – 1 kartą per metus. Tik 7,4 proc. respondentų nurodė, kad socialinio darbuotojo ar socialinio darbuotojo padėjėjo paslaugas gauna kiekvieną dieną ar kelis kartus per savaitę. Nenustatyta, kad slaugos paslaugų dažnumas statistiškai reikšmingai skirtųsi priklausomai nuo paciento



1 pav. Socialinių paslaugų poreikis namuose slaugomiems pacientams.

1 lentelė. Pacientų artimųjų ir šeimos narių, nuolat prižiūrinčių pacientą namuose, psichinę būklę atspindinčių atsakymų pasiskirstymas

Klausymas, atspindintis paciento artimojo psichologinę būklę	Nejaučia/nepatiria/nepablogėjo/ne	Jaučia / patiria / pablogėjo / taip	Nuolatos jaučia / patiria / labai pablogėjo / visada
Ar jaučiatės prislėgtas, nuo tada kai pablogėjo artimojo būklė?	15,9%	37,7%	46,4%
Ar patiriate nerimą, nuo tada kai pablogėjo artimojo būklė?	15,0%	30,9%	54,1%
Ar jaučiate įtampą, nuo tada kai pablogėjo artimojo būklė?	15,9%	34,5%	49,6%
Ar pablogėjo fizinė savijauta, nuo tada kai pablogėjo artimojo būklė?	20,0%	40,0%	40,0%
Ar jaučiate baimę, susijusią su mirtimi?	27,3%	31,0%	41,7%
Ar Jūsų interesai susiaurėjo, nuo tada kai pablogėjo artimojo būklė?	19,1%	42,7%	38,2%

amžiaus ($\chi^2=8,230$, $l/s=10$, $p=0,606$), ar paciento šeiminių padėties ($\chi^2=17,289$, $l/s=15$, $p=0,302$). Tačiau daugiau nei trečdalis apklaustų pacientų nurodė, kad jiems reikalingos papildomos socialinės paslaugos. Socialinių paslaugų poreikis pateiktas 1 paveiksle.

Analizuojant pacientų psichologinės pagalbos poreikį, nustatyta, kad dauguma (50,4 proc.) pacientų savo nuotaiką vertino patenkinamai, net 33,6 proc. pacientų savo nuotaką buvo linkę vertinti blogai ir labai blogai. Nenustatyta, kad pacientų savo nuotaikos vertinimas skirtingose amžiaus grupėse ($\chi^2=11,149$, $l/s=6$, $p=0,084$) ar tarp skirtingos šeiminių padėties pacientų ($\chi^2=5,978$, $l/s=9$, $p=0,742$), tačiau nustatytas silpnas teigiamas ryšys tarp amžiaus ir paciento nuotaikos vertinimo ($\rho=0,174$, $p=0,004$), t. y. pastebima, kad didėjant amžiui blogėja savo nuotaikos vertinimas. Dauguma pacientų nurodė, kad jaučia nerimą: 33,3

proc. pacientų nuolat jaučia nerimą, 51,4 proc. nerimą jaučia retkarčiais. Nenustatyta, kad nerimo jausmas priklausytų nuo amžiaus ar šeiminių padėties, t. y. tiek jaunesni, tiek vyresni, tiek gyvenantys vieni, tiek su artimaisiais pacientai jautė nerimą. Pacientams uždavus klausimą, ar apie savo dvasinę būseną kalbasi su artimaisiais, dauguma pacientų nurodė, kad apie savo nuotaikas ir jausmus su artimaisiais pacientai linkę kalbėti nedažnai ir nepakankamai atvirai: 37,7 proc. pacientų nurodė, kad apie savo dvasinę būseną tik artimiesiems tik retkarčiais užsimeša, 11,2 proc. – daug ką nuo artimųjų slepia, o net 14,9 proc. pacientų visus išgyvenimus linkę laikyti savyje. Nustatyta, kad vyriausi pacientai, lyginant su jaunesniais, labiau linkę savo išgyvenimų neatskleisti artimiesiems ($\chi^2=12,895$, $l/s=6$, $p=0,045$). Tačiau 42,4 proc. respondentų labai norėtų ar norėtų su kuo nors pasikalbėti apie savo išgyvenimus ir dvasinę būklę. 27,9 proc. pacientų – nežinojo ir 29,7 proc. pacientų apie savo išgyvenimus nenorėtų kalbėtis. Nenustatyta, kad poreikis su kuo nors pasikalbėti priklausytų nuo paciento šeiminių padėties ($\chi^2=16,403$, $l/s=9$, $p=0,059$), tačiau

pastebėta, kad vyriausi pacientai, lyginant su jaunesniais apklaustaisiais, dažniau nurodė, kad savo išgyvenimais nenorėtų dalintis ($\chi^2=17,106$, $l/s=6$, $p=0,009$).

1 lentelėje analizuojant pacientų artimųjų ir šeimos narių, nuolat prižiūrinčių pacientą namuose, psichinę būklę atspindinčių atsakymų pasiskirstymą, nustatyta, kad dauguma (iš viso 84,1 proc.) artimųjų ir šeimos narių jaučiasi prislėgti. 85 proc. artimųjų nuolatos prižiūrinčių pacientą namuose patiria nerimą (iš jų net 54,1 proc. nerimą jaučia nuolatos) bei 84,1 proc. (iš jų net 49,6 proc. nuolatos) jaučia įtampą. 80 proc. apklaustųjų nurodė, kad nuo tada kai pablogėjo jų namuose prižiūrimo artimojo būklė, jų pačių fizinė sveikata taip pat pablogėjo – iš jų 40 proc. nurodė, kad fizinė sveikata labai pablogėjo. 73 proc. artimųjų nurodė, kad jaučia baimę, susijusią su mirtimi. 80,9 proc. artimųjų nurodė, kad pradėjus slaugyti savo

giminaitį jų pačių interesai susiaurėjo ar labai susiaurėjo.

Rezultatų aptarimas

R. Jurkuvienė ir S. Audronytė 2007 m., nagrinėdamos Kauno mieste gyvenančių lėtinėmis ligomis sergančių pagyvenusių žmonių poreikius gauti jiems būtinas paslaugas (tiek sveikatos priežiūros, tiek socialines) 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. [24] Mūsų tyrimas parodė, kad poliklinika siekia, kad lėtinėmis ligomis sergantys pacientai namuose gautų integruotą pagalbą – gydytojo, slaugytojo, slaugytojo padėjėjo, socialinio darbuotojo, psichologo paslaugas. Tyrimo metu nustatyta, kad dauguma pacientų (72,1 proc.) nurodė, kad poliklinikos slaugytojas juos namuose lanko ir vertina sveikatos būklę 1 kartą per mėnesį, 14,4 proc. nurodė, kad slaugos paslaugas gauna kelis kartus per mėnesį, o 13,4 proc. pacientų slaugos paslaugas gauna kiekvieną dieną ar kelis kartus per savaitę. Vertinant pacientų lūkesčius, net 32 proc. pacientų nurodė, kad profesionali slaugytojo pagalba jiems būtų reikalinga 1 – 2 kartus per savaitę, o 13,7 proc. respondentų nurodė, kad slaugytojų pagalba jiems reikalinga dažniau nei 1 kartą per dieną. Mūsų tyrimas parodė, kad didelei daliai pacientų (90,9 proc.) yra labai aktualu nespecializuotos slaugos paslaugos, tokios kaip asmens higiena: 40,1 proc. pacientų reikalinga nuolatinė (daugiau nei 2 kartus per dieną) pagalba rūpintis asmens higiena, 17,9 proc. – 2 kartus per dieną, 14,2 proc. – 1 kartą per dieną, 18,8 proc. pacientų pagalba rūpintis asmens higiena būtų reikalinga 1-2 kartus per savaitę. Atkreiptinas dėmesys, kad šios nespecializuotos paslaugos pacientams namuose šiuo metu valstybės nefinansuojama paslauga, tačiau rezultatai parodė, kad net jei pacientą prižiūri artimieji, jiems yra reikalinga papildoma pagalba rūpinantis paciento higiena. Tuo tarpu 2011 m. poliklinikos 15,3 proc. pacientų nurodė, kad slaugytojo paslaugų jiems reikėtų ir savaitgaliais ar švenčių dienomis dienos ir nakties metu [25].

2011 m. įvertinus poliklinikos pacientų ir jų artimųjų lūkesčius iš namuose lankančių slaugytojų, nustatyta, kad pacientai norėtų slaugytojo paslaugų kelis kartus per savaitę. 76,0 proc. respondentų norėtų, kad slaugytoja juos lankytų darbo dienomis dienos metu. 17,3 proc. apklausos dalyvių norėtų slaugos paslaugų darbo dienomis dienos ir nakties metu. [25] Mūsų tyrimo metu vertinant slaugos paslaugų poreikį nakties metu, nustatyta, kad 78,2 proc. namuose slaugomų pacientų šios paslaugos būtų labai reikalingos, neatsižvelgiant į paciento amžių ar šeiminių padėtį.

Mūsų tyrimas parodė, kad dauguma pacientų, prižiūrimų namuose (47,3 proc.), negauna socialinio darbuotojo ar

jų padėjėjų teikiamų paslaugų, tačiau daugiau nei trečdalis apklaustų pacientų nurodė, kad jiems reikalingos papildomos socialinės paslaugos. 2011 m. tyrimo metu nustatyta, kad socialinis darbuotojas pacientus namuose lanko vieną kartą per mėnesį (26,7 proc.) ar kelis kartus per mėnesį (24,7 proc.) [25].

Mūsų tyrimas parodė, kad pacientams, slaugomiems namuose ir jų šeimos nariams, yra papildomos psichologinės pagalbos poreikis: dauguma pacientų savo nuotaiką vertino patenkinamai, blogai ir labai blogai, dauguma pacientų jaučia nerimą bei šiuos jausmus pacientai linkę slėpti nuo juos namuose prižiūrinčių artimųjų, tačiau norėtų su kuo nors pasikalbėti apie savo išgyvenimus ir dvasinę būklę. Analizuojant pacientų artimųjų ir šeimos narių, nuolat prižiūrinčių pacientą namuose psichinę būklę, nustatyta, kad dauguma artimųjų ir šeimos narių jaučiasi prislėgti, patiria nerimą bei jaučia įtampą. Dėl šių priežasčių galima daryti išvadą, kad pacientams, slaugomiems namuose ir jų šeimos nariams, neužtenka gaunamos pagalbos, jiems yra būtinos ir psichosocialinės paslaugos, kurios šiuo metu Lietuvoje nėra teikiamos.

Išvados ir rekomendacijos

1. Tyrimo rezultatai parodė, kad lėtinėmis ligomis sergantiems, ilgai namuose prižiūrimiems pacientams, reikalinga integruota kompleksinė pagalba ir priežiūra, teikiama multidisciplininės specialistų komandos, taikant konkrečiam pacientui atvejo vadybos principus, organizuojant ir teikiant šias paslaugas: sveikatos priežiūros paslaugas, kurios turi būti prieinamos ne tik darbo dienomis, bet ir savaitgaliais, nakties metu – kvalifikuotų slaugytojų ir slaugytojų padėjėjų pagalba; socialinės pagalbos paslaugos – teikiama socialinių darbuotojų bei lankomosios priežiūros specialistų; psichosocialinės pagalbos paslaugos, teikiamos paruoštų specialistų, siekiant palaikyti paciento socialinius (bendravimo) įgūdžius – psichologų ar atitinkamą pasiruošimą turinčių socialinių darbuotojų, ergoterapeutų.

2. Lietuvoje psichosocialinės paslaugos paciento artimiesiems nėra valstybės finansuojamos, organizuojamos ir teikiamos, tačiau pacientų šeimos nariams ir artimiesiems, kurie nuolat rūpinasi savo ligoniu, ypač reikalingos paslaugos, leidžiančios pailsėti nuo kasdieninės paciento priežiūros. Šiuo metu paciento artimieji taip pat tampa izoliuoti, kaip ir pacientai, retai kada turi galimybę išeiti iš namų, praranda socialinius ir darbo įgūdžius.

Atsižvelgiant į šio tyrimo rezultatus siūlome:

1. Tobulinti teisės aktus reglamentuojančius paslaugų teikimą pacientams namuose, siekiant integruoti paslaugas, užtikrinant jų kokybę; paslaugas turi teikti multidisciplininė paslaugų teikėjų komanda (šiuo metu teikia skirtingi

specialistai, dirbantys skirtingose organizacijose, teisės aktai neskatina dirbti komandose, kai kurių specialistų (pvz., psichologų) dalyvavimas nėra įteisintas). Įteisinti ir reglamentuoti atvejo vadybos metodo taikymo principus, organizuojant ir teikiant paslaugas pacientams ir jų šeimos nariams namuose (ištisą parą ištikus metus, pradiniam etape dienomis šeštadieniais ir sekmadieniais dienomis). Įteisinti ir reglamentuoti psichosocialines paslaugas pacientų artimiesiems.

2. Skatinti paslaugas pacientams namuose teikiančių įstaigų (sveikatos priežiūros, socialines paslaugas teikiančių įstaigų, nevyriausybinių organizacijų) bendradarbiavimą, reglamentuojant paslaugų teikimo tvarkas.

3. Inicijuoti ir skatinti įvairių projektų, plėtojančių paslaugų pacientams namuose tinklą, rengimą ir įgyvendinimą.

4. Skatinti bendruomenių iniciatyvas, savanorišką veiklą organizuojant ir teikiant pagalbą bendruomenės nariams.

Literatūra

1. HEALTH21: the health for all policy framework for the WHO European Region.
2. Grone O, Garcia-Barbero M. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *Int J.Integr.Care* 2001;1:e21.
3. Zuidgeest M, Delnoij DM, Luijkx KG, de BD, Westert GP. Patients' experiences of the quality of long-term care among the elderly: comparing scores over time. *BMC. Health Serv. Res* 2012;12:26.
4. Nolte E, Scholz R, Shkolnikov V, McKee M. The contribution of medical care to changing life expectancy in Germany and Poland. *Soc.Sci.Med* 2002;55(11):1905-21.
5. Nolte E, Ettelt S, Thomson S, Mays N. Learning from other countries: an on-call facility for health care policy. *J.Health Serv.Res.Policy* 2008;13 Suppl 2:58-64.
6. Nolte E, McKee M. Population health in Europe: how much is attributable to health care? *World Hosp.Health Serv* 2004;40(3):12-4, 40, 42.
7. London Enriched.The Mayor's draft strategy for refugee integration in London. Report on the Mayor's Consultation. 2009. <http://www.london.gov.uk/sites/default/files/London%20Enriched%20The%20Mayor's%20Strategy%20for%20Refugee%20Integration.pdf>
8. The future of health care and care systems for the elderly: guaranteeing accessibility, quality and financial viability. COM, 2001. http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/healthcare/healthcare_en.htm
9. Supporting national strategies for the future of health care and care for the elderly. Joint report by the Commission and the Council. Social security & social integration. http://www.monitoringris.org/documents/strat_reg/eu251.pdf
10. Lietuvos statistikos departamentas. Socialinė apsauga Lietuvoje 2012. <http://osp.stat.gov.lt/services-portlet/pub-edition-file?id=15295>
11. Kanopienė V., Mikulionienė S. Gyventojų senėjimas ir jo iššūkiai sveikatos apsaugos sistemai. *Gerontologija*, 2006;7(4):188-200.
12. Ulianskienė R., Vikūnienė O., and Hitaitė L. Integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikis ir plėtra. 2006. http://www.ispcentras.lt/upload/str_paslaugu_poreikis.pdf
13. Juozulynas A., Jurgelėnas A., Filipavičiūtė R. et al. Gyvenimo kokybės prognozavimo galimybė senstančioje visuomenėje. *Gerontologija*, 2010;11(3): 141-147.
14. Cagney KA, Wen M. Social capital and aging-related outcomes. In: Kawachi I, Subramanian SV, Kim D (ed.) *Social capital and health*. Springer, Berlin 2008; 239-258.
15. Nolte E, Scholz R, Shkolnikov V, McKee M. The contribution of medical care to changing life expectancy in Germany and Poland. *Soc.Sci.Med* 2002; 55(11):1905-21.
16. Nolte E, Ettelt S, Thomson S, Mays N. () Learning from other countries: an on-call facility for health care policy. *J.Health Serv.Res.Policy* 2008;13(2):58-64.
17. Nolte E, McKee M. Population health in Europe: how much is attributable to health care? *World Hosp.Health Serv* 2004; 40(3):12-4, 40, 42.
18. Lubell J., Sloane T. (). Time to act on medical coverage. *Modern Healthcare* 2007; 37(2):24-25.
19. Gatchel RJ, Oordt MS. *Clinical health psychology and primary care: Practical advice and clinical guidance for successful collaboration*. Washington, DC: American Psychological Association 2003.
20. Blount A., Schoenbaum M., Kathol R., Rollman B. L., Thomas M., O'Donohue W. & Peek C. J. The economics of behavioral health services in medical settings: A summary of the evidence. *Professional Psychology: Research and Practice* 2007; 38(3):290-297.
21. Curtis R, Christian E. (ed.). *Integrated Care Applying Theory to Practice*. New York: Routledge Taylor & Francis Group 2012; 3-20.
22. O'Donohue W. T., Byrd M. R., Cummings N. A., Henderson, D. A. (Ed.). (2005). *Behavioral integrative care: Treatments that work in the primary care setting*. New York: Brunner-Routledge.
23. Mauer B. J. (2009). *Behavioral health/primary care integration and the personcentered health care home*. Washington, DC: National Council for Community Behavioral Health care.
24. Jurkuvienė R., Audronytė S. Lėtinėmis ligomis sergančių senų ir pagyvenusių žmonių integruotų ilgalaikių paslaugų namuose poreikis. *Sveikatos mokslai*, 2007;5:1191-97.
25. Kudukytė-Gasperė R., Jankauskienė D., Štaras K. „Sveikatos ir socialinių paslaugų integracija. Atvejo analizė VŠĮ Centro poliklinikoje“. *Sveikatos politika ir valdymas*, 2012; 1(4): 127-146.

**THE DEMAND OF INTEGRATED NURSING AND
PSYCHOSOCIAL SERVICES FOR CHRONIC SEVERE
DISEASE PATIENTS AND THEIR RELATIVES.
CASE ANALYSIS IN PUBLIC INSTITUTION CENTRO
POLIKLINIKA**

R. Kudukyte-Gasperė, K. Štaras

Key words: integrated care, home care, social services, psychosocial services, demand of integrated services.

Summary: aging population in Lithuania determinates the demand for integrated services, oriented in solving problems of senior, disable citizens and growing needs of home nursing. At the present time, Lithuania are only at the beginning of analysis for demand of integrated health care as well as nursing and psychosocial services for long care patients. Although more and more attention are paid for management of providing integrated nursing and psychosocial help for chronically ill patients at home, the real patient care burden still lies with patients family. The lack of attention for the needs of patient's relatives in health care and psychosocial services was noticed.

Public institution Centro poliklinika is the almost the only institution in Vilnius, providing integrated home nursing, palliative medicine and social services. This article assess the integrated nursing and psychosocial services demands for Centro

poliklinika chronically ill patients and their relatives. The survey was conducted in 2013, by implementing public health program "Ensuring of safe environment at home for patients and social, psychological and spiritual help for their relatives". 431 chronic severe disease patients with a specific set of permanent nursing or palliative care needs, as well as 220 of their family members were interviewed.

It was found that the chronically ill, long term home nursed patients need an integrated comprehensive support and care provided by a multidisciplinary team of specialists, using a specific patient case management principles in organizing and providing diverse on the individual patient and his family members' needs-oriented services. Psychosocial services are not organized for the patient's relatives in Lithuania, however, study has showed that patients' family members who are constantly taking care of them, particularly needs recreational services allowing them to rest from the day to day care of the patient.

Correspondence to: renata.kudukyte@gmail.com

Gauta 2014-11-07
