



**Daugiau paslaugų žmonėms
visoje Lietuvoje:
slaugos ir ilgalaikės
priežiūros stiprinimas**

I. SITUACIJOS APŽVALGA

Ilgiau gyvenanti visuomenė yra visų mūsų bendras pasiekimas. Tai nuoseklaus sveikatos apsaugos sistemos stiprinimo, gerėjančių gyvenimo sąlygų, pažangos medicinoje ir didėjančio žmonių sąmoningumo apie sveiką gyvenseną rezultatas. 2023 metais vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė Lietuvoje pasiekė istorinį 77,43 metų rodiklį.¹ Tačiau ilgėjanti gyvenimo trukmė ne automatiškai reiškia ilgesnį sveiką gyvenimą. Svarbu skirti bendrą gyvenimo trukmę nuo sveikos gyvenimo trukmės – laikotarpio, kurį žmogus išgyvena be reikšmingų sveikatos apribojimų.

65 metų sulaukę ES gyventojai vidutiniškai gali tikėtis gyventi daugiau kaip 20 metų, tačiau daugiau nei pusė šio laikotarpio praeina sergant lėtinėmis ligomis ar gyvenant su negalia.² Tai reiškia, kad ilgėjant gyvenimo trukmei proporcingai ilgėja ir laikotarpis, kai žmogui reikalinga nuolatinė priežiūra ar pagalba – ir tai yra struktūrinis iššūkis, kurį turime atliepti. Vyresnio amžiaus žmonės dažnai serga keliomis lėtinėmis ligomis ir jiems būtina profesionali slauga bei socialinė priežiūra tiek namuose, tiek institucijose. Tai reikalauja sisteminių sprendimų ir valstybės įsipareigojimo.

Naujausios Lietuvos gyventojų prognozės rodo, kad 2050 m. apie 30,2 % arba daugiau nei 808 tūkst. šalies gyventojų bus 65 metų ir vyresni.³ Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos (EBPO, angl. OECD) vertinimu, 65 metų ir vyresnių gyventojų dalis Lietuvoje išaugs nuo maždaug 20 % 2019 m. iki 32 % 2050 m., todėl ilgalaikės priežiūros poreikis artimiausiais dešimtmečiais sparčiai didės.⁴

Prie gyvenimo trukmės reikšmingai prisideda ir medicinos pažanga, kuri leidžia išgyventi ligas ir būkles, kurios dar prieš kelis dešimtmečius dažnai baigdavosi mirtimi. Kartu daugėja žmonių, kurie gyvena su sunkiomis lėtinėmis ligomis, negalia ar po sudėtingų medicininių būklių ir tam tikru gyvenimo laikotarpiu tampa priklausomi nuo nuolatinės pagalbos.

Tai reiškia, kad sveikatos ir socialinės apsaugos sistemoms kyla naujas uždavinys – ne tik padėti žmogui išgyventi ligą, bet ir užtikrinti orų gyvenimą tuomet, kai dėl ligos ar negalios reikalinga nuolatinė slauga ar priežiūra.

Vyresnio amžiaus žmonėms ypač būdingas poliligtumas – vienu metu keliomis lėtinėmis ligomis sergančio asmens būklė, kuriai valdyti reikalingas ne tik gydymas, bet ir nuolatinė, koordinuota priežiūra. Sistema, suplanuota vienai ligai ar vienam poreikiui atliepti, tokiems asmenims dažnai neveikia efektyviai – todėl būtinas visapusiškas, integruotas požiūris tiek į medicininę slaugą, tiek į socialinę paramą.

Žvelgiant detaliau, moterys Lietuvoje vidutiniškai gyvena apie 10 metų ilgiau nei vyrai, nors šis skirtumas pastaraisiais metais po truputį mažėja.⁵ Taip pat

¹ [Lietuva skaičiais](#)

² [Health at a Glance: Europe 2024 \(EN\)](#) p. 13

³ [Valstybės duomenų agentūroje pristatytos gyventojų skaičiaus prognozės Lietuvoje - Valstybės duomenų agentūra](#)

⁴ https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/03/oecd-economic-surveys-lithuania-2025_b2939e8f/4abf1ea5-en.pdf p. 125

⁵ [Lietuva skaičiais](#)

išlieka netolygumų tarp miestų ir regionų: miestų gyventojai paprastai gyvena ilgiau nei regionuose ar atokesnėse vietovėse gyvenantys žmonės. Šie skirtumai skatina ieškoti tikslingų sprendimų, orientuotų į rizikos veiksnių mažinimą, prevenciją ir paslaugų prieinamumo didinimą visoje šalyje.

Tarptautiniai duomenys rodo, kad Lietuvoje ilgalaikės priežiūros sistema vis dar yra nepakankamai išplėtotą. 100 vyresnių nei 65 m. gyventojų Lietuvoje tenka apie 0,7 ilgalaikės priežiūros darbuotojo, kai EBPO šalių vidurkis siekia apie 5 darbuotojus. Slaugytojų skaičius Lietuvoje taip pat išlieka mažesnis nei OECD vidurkis – 7,5 slaugytojo 1000 gyventojų, kai OECD vidurkis siekia 9,2.⁶ Tai rodo sisteminių žmogiškųjų išteklių trūkumą ilgalaikės priežiūros sektoriuje.

Kasmet apie 28 tūkst. Lietuvos gyventojų gauna palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugą gydymo įstaigose.⁷ Remiantis 2025 m. EBPO publikacija, Lietuvoje ilgalaikiai priežiūrai skiriami ištekliai yra maži ir nepakankami, palyginti su dabartiniu ir prognozuojamu būsimu poreikiu.

Lietuvoje išlaidos ilgalaikiai priežiūrai sudaro 1,1 % BVP, tuo tarpu EBPO šalyse vidurkis siekia 1,5 %. Tuo pačiu metu Lietuvoje yra didelė dalis 65 metų ir vyresnių žmonių, gaunančių tam tikros formos ilgalaikę priežiūrą.⁸

Apie 40 % vyresnio amžiaus žmonių, turinčių bent vieną kasdienės veiklos apribojimą, Lietuvoje nurodo nepatenkintą ilgalaikės priežiūros poreikį – tai maždaug 10 proc. punktų daugiau nei ES vidurkis.⁹ Laukiančiųjų eilės išlieka reikšminga problema – ankstesni vertinimai rodė, kad beveik pusė (47 %) vyresnio amžiaus žmonių, kuriems reikalinga ilgalaikė priežiūra, laukė paslaugų.¹⁰

Taip pat tik apie 2,9 % vyresnio amžiaus žmonių Lietuvoje gauna socialinės priežiūros paslaugas namuose, kai EBPO šalių vidurkis siekia apie 8,9 %. Šis atotrūkis ypač ryškus žvelgiant į realų poreikį: vertinama, kad Lietuvoje ilgalaikės priežiūros paslaugų poreikis gali siekti apie 204 tūkst. asmenų, tačiau šiuo metu integralias – slaugos ir socialines – paslaugas gauna tik apie 2 % visų turinčių nustatytus specialiuosius poreikius. Tai reiškia, kad sistema šiandien pasiekia tik nedidelę dalį tų, kuriems pagalba iš tiesų reikalinga.

Didelė dalis priežiūros Lietuvoje tenka šeimos nariams – ir tai nėra tik asmeninis pasirinkimas, bet sistemos nepakankamumo pasekmė. Statistiškai ši našta dažniausiai tenka šeimos moterims, kurios yra priverstos mažinti darbo krūvį arba pasitraukti iš darbo rinkos. Tai turi tiesioginių ilgalaikių pasekmių: mažesnės pajamos, prarastos karjeros galimybės, mažesnės ateities pensijos. Valstybės investicija į priežiūros sistemą todėl yra ne tik socialinė, bet ir ekonominė – ji grąžina žmones į darbo rinką ir stiprina jų finansinį saugumą ateityje.

⁶ [Health at a Glance 2025: Lithuania](#)

⁷ [Paaiškino palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugą: kas ir kaip ją gauna? - Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos](#)

⁸ https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/03/oecd-economic-surveys-lithuania-2025_b2939e8f/4abf1ea5-en.pdf p. 125

⁹ Ibid.

¹⁰ [Lithuania – Eurocarers](#)

Lietuvoje trūksta koordinuotos slaugos, ilgalaikės priežiūros ir globos tiek miestuose, tiek regionuose. Valstybė privalo užtikrinti, kad paslaugos būtų prieinamos, kokybiškos ir laiku teikiamos. Siūlome kurti personalizuotą paslaugų modelį, atitinkantį kiekvieno žmogaus poreikius, panašiai kaip Skandinavijos šalyse. Tai apima ne tik medicininę pagalbą, bet ir emocinę, socialinę bei kasdienę pagalbą, kad kiekvienas žmogus galėtų gyventi oriai ir savarankiškai.

Todėl ir valstybės tikslas turi būti dvigubas: užtikrinti kokybišką pagalbą žmogui, kuriam jos reikia, ir kartu sudaryti sąlygas jo artimiesiems išlikti gyvenime, darbo rinkoje.

Kartu svarbu siekti, kad net ir tais atvejais, kai dėl sudėtingos būklės ar šeimos galimybių stokos žmogus negali būti slaugomas namuose, būtų išsaugomas artimųjų ryšys su šeimos nariu. Šiuolaikinės technologijos leidžia užtikrinti nuolatinį informavimą apie paciento būklę, suteikti galimybę artimiesiems nuotoliniu būdu palaikyti ryšį, kalbėtis ar dalyvauti sprendimuose dėl priežiūros. Tokie sprendimai padeda išlaikyti emocinį ryšį, mažina vienišumą ir stiprina pasitikėjimą slaugos sistema.

Svarbu įvardyti dar vieną sisteminių problemą, kuri dažnai lieka nematoma – pažeidžiamusių asmenų apsauga nuo netinkamo elgesio. Asmenys, kurie dėl amžiaus, ligos ar negalios yra visiškai priklausomi nuo kitų, dažnai neturi realių galimybių patys apginti savo teisių. Tiek tarptautiniai tyrimai, tiek nacionalinių institucijų duomenys rodo, kad vyresnio amžiaus žmonės, ypač turintys sunkią negalią ar kognityvinius sutrikimus, patiria įvairias netinkamo elgesio formas: fizinį smurtą, nepriežiūrą, orumo pažeidimus (pvz., privatumo nesilaikymą atliekant higienos procedūras), kartais net suvaržymą (rišimą), emocinį ar psichologinį spaudimą. Šios situacijos dažnai lieka neidentifikuotos, nes pats žmogus negali apie jas pranešti, o kontrolės mechanizmai yra fragmentuoti. Tai reiškia, kad šioje sistemoje egzistuoja „nematoma rizikos zona“, kurioje žmogaus teisės gali būti pažeidžiamos be efektyvios gynybos. Todėl ilgalaikės priežiūros sistemos stiprinimas negali apsiriboti vien paslaugų plėtra – jis turi apimti ir aiškius žmogaus teisių apsaugos mechanizmus.

II. STRATEGINĖ KRYPTIS

Svarbiausia kryptis – pereiti nuo fragmentuotos sistemos prie modelio, kuriame paslaugos organizuojamos pagal žmogaus medicininį, funkcinį ir socialinį poreikį.

Tai reiškia aiškiai diferencijuoti paslaugas pagal žmogaus poreikį ir būklę, nustatant, ar reikalinga:

- medicininė slauga;
- socialinė priežiūra;
- ilgalaikė globa;
- paliatyvioji pagalba;
- ar šių paslaugų derinys.

Šis modelis veikia tik tada, kai grindžiamas patikimu, standartizuotu poreikio vertinimu. Šiandien sveikatos ir socialinės sistemos poreikius vertina atskirai ir

skirtingais instrumentais – tai lemia paslaugų neatitikimą realiai žmogaus situacijai. Todėl integruoto, abiem sistemoms bendro poreikio vertinimo mechanizmo sukūrimas ir skaitmeninimas yra esminė šio modelio įgyvendinimo prielaida, o ne techninis klausimas.

Ne mažiau svarbi šio modelio dalis yra visuomenės švietimas – visuomenė turi aiškiai žinoti, kokias paslaugas ir kada gali gauti, kur kreiptis, kuo skiriasi slauga, socialinė globa ar paliatyvioji pagalba, kokios yra jų teisės ir galimybės. Informacija turi būti teikiama aktyviai ir sistemingai, žmogui suprantamu būdu, sukuriant vieningą gyventojų informavimo ir navigacijos sistemą („vieno langelio“ principu), kuri pagal konkrečią žmogaus gyvenimo situaciją, o ne institucijų struktūrą, padėtų suprasti, kokios sveikatos, slaugos, socialinės, globos ir kitos pagalbos priemonės jam priklauso, bei aiškų kelią, kaip jas gauti, kur pateikti prašymus, o kilus ginčams ar susidūrus su netinkamu paslaugų teikimu – kaip pateikti prašymą ar skundą ir kokios institucijos gina jų teises. Šeimos nariams sudaromos sąlygos įsitraukti į artimųjų priežiūrą, gauti mokymus, konsultacijas ar laikino atokvėpio paslaugas. Tik taip galima užtikrinti racionalų išteklių panaudojimą, mažinti eiles, stiprinti šeimų vaidmenį ir svarbiausia – suteikti kiekvienam žmogui orią, jo poreikius atitinkančią pagalbą.

Ilgalaikės priežiūros sistema turi būti valdoma ne prielaidomis, o duomenimis. Todėl būtina sistemingai rinkti pacientų ir jų artimųjų grįžtamąjį ryšį apie sveikatos būklės pokyčius, gautų paslaugų rezultatus ir jų patirtį naudojantis ilgalaikės priežiūros paslaugomis. Šie duomenys turi tapti nuolatinio paslaugų planavimo, kokybės vertinimo, išteklių paskirstymo ir ilgalaikės priežiūros politikos formavimo pagrindu, užtikrinant, kad sprendimai būtų priimami atsižvelgiant ne tik į administracinius ar klinikinius rodiklius, bet ir į pacientų bei jų artimųjų patirtį.

Strateginės krypties dalis turi būti ir aktyvaus senėjimo skatinimas. Ilgalaikės priežiūros sistemos stiprinimas – tai atsakas į jau susiformavusį poreikį, tačiau lygiai svarbu investuoti į tai, kad šis poreikis atsirastų kuo vėliau. Fizinio aktyvumo galimybės, socialinė įtrauktis, sveikatą skatinanti aplinka ir prevencinės programos vyresnio amžiaus žmonėms – visa tai tiesiogiai lemia, kiek metų žmogus išlieka savarankiškas ir nepriklausomas nuo sistemos. Todėl ilgalaikės priežiūros politika turi eiti drauge su aktyvaus ir sveiko senėjimo skatinimo politika.

III. KAD KUO DAUGIAU ŽMONIŲ GAUTŲ PASLAUGAS NAMUOSE

Ambulatorinės ir bendruomeninės paslaugos yra aiškus prioritetas, todėl turime siekti, kad žmonės kuo daugiau reikalingų, kokybiškų ir savalaikių paslaugų galėtų gauti savo namuose. Tai apima ne tik medicininę priežiūrą, bet ir slaugą, reabilitaciją, socialinę pagalbą, emocinę paramą. Paslaugos namuose leidžia žmogui išsaugoti įprastą gyvenimo ritmą, artimą aplinką ir socialinius ryšius, kurie yra itin svarbūs fizinei ir psichologinei gerovei.

Toks modelis remiasi glaudžiu bendradarbiavimu tarp artimųjų, bendruomenės narių, socialinių darbuotojų, slaugytojų bei kitų specialistų.

Komandinė pagalba užtikrina, kad žmogaus poreikiai būtų vertinami visapusiškai, o paslaugos būtų koordinuotos ir pritaikytos individualiai situacijai.

Daliai žmonių galimybė gyventi savo namuose, o ne institucijoje, yra esminis prioritetas. Tai susiję su orumu, savarankiškumu, emociniu saugumu ir gyvenimo kokybe. Net ir susiduriant su sveikatos iššūkiais, daugelis nori likti pažįstamoje aplinkoje, tarp artimų daiktų ir žmonių.

Todėl mūsų tikslas – sudaryti sąlygas kuo ilgesniam ir saugesniam gyvenimui namuose, užtikrinant reikiamą pagalbą tada, kada jos labiausiai reikia.

Institucinė priežiūra išlieka svarbi tiems, kuriems būtina nuolatinė, intensyvi ar specializuota pagalba. Tačiau bendra kryptis – stiprinti paslaugas bendruomenėje ir namuose, kad kiekvienas žmogus galėtų pasirinkti jam tinkamiausią ir oriausią gyvenimo būdą.

Svarbu atkreipti dėmesį, kad nors ambulatorinės ir bendruomeninės paslaugos bei galimybė likti namuose yra esminis prioritetas, būtina įvertinti ir pagalbinių darbo našumą, kurią dažniausiai patiria artimieji, statistiškai dažniausiai šeimos moterys. Rūpinimasis pacientu namuose reikalauja laiko, energijos ir emocinių resursų, todėl planuojant bei diegiant paslaugas būtina užtikrinti, kad pagalba būtų koordinuota ir subalansuota, kad šeimos nariai nepervargtų ir gautų reikalingą paramą. Komandinė priežiūra, apimanti slaugytojus, socialinius darbuotojus ir bendruomenės pagalbą, yra būtina, kad namų aplinka išliktų saugi ir palaikanti tiek pacientui, tiek ir jo artimiesiems.

MŪSŲ SIŪLYMAI:

- 1. Ambulatorinės slaugos paslaugų peržiūra grindžiama realiu žmonių poreikiu** ir orientuota ne tik į apimtį didinimą, bet ir į kokybės užtikrinimą. Paslaugų planavimas ir finansavimas neturėtų būti siejami vien su formaliais apsilankymų skaičiais ar kvotomis, bet su tikroju gyventojų poreikiu, ligų struktūra, pacientų funkcinio savarankiškumo lygiu ir socialinėmis aplinkybėmis, kad pagalba pasiektų tuos, kuriems jos labiausiai reikia.

Kartu tikslinga pereiti nuo kiekybinio paslaugų vertinimo prie pacientų poreikių analizės, rezultatais ir paciento patirtimi grindžiamo modelio ir **įdiegti kompleksinę kokybės kontrolės sistemą**. Tokia sistema galėtų apimti pacientų įtraukties instrumentus, leidžiančius įvertinti paciento patirtį ir sveikatos pokyčius (pvz., pacientų praneštų sveikatos baigčių (PROM) ir pacientų praneštos priežiūros patirties (PREM) vertinimo instrumentus), užtikrinančius sistemingą pacientų ir jų artimųjų grįžtamojo ryšio rinkimą (šis grįžtamasis ryšys būtų naudojamas ne individualių skundų nagrinėjimui, o paslaugų kokybės stebėsenai, organizavimo trūkumų nustatymui ir nuolatiniam ilgalaikės priežiūros sistemos tobulinimui), individualius slaugos planus su aiškiais ir pamatuojamais tikslais, atsitiktinius kokybės auditus, skaitmeninį apsilankymų patvirtinimą, integruotą pagrindinių sveikatos rodiklių stebėseną (pvz., hospitalizacijų dažnį, pragulų ar kitų komplikacijų atsiradimą), kontrolę per bendradarbiavimą su savivaldybių viešąsias paslaugas teikiančius specialistus ir pan.

2. **Gerosios praktikos kaupimo ir sklaidos sistema.** Siūlome sveikatos ir socialinės apsaugos politiką formuojančioms institucijoms sistemingai rinkti informaciją apie ilgalaikės priežiūros srityje taikomus sėkmingus sprendimus, inovatyvius organizacinius modelius ir praktinius pavyzdžius iš sveikatos priežiūros įstaigų, socialinių paslaugų teikėjų, savivaldybių, nevyriausybinių organizacijų bei kitų ilgalaikės priežiūros paslaugų teikėjų. Remiantis sukaupta patirtimi, būtų rengiamos rekomendacijos, metodinės gairės, pavyzdiniai veiklos modeliai ir kitos gerosios praktikos priemonės, padedančios vienodinti paslaugų kokybę, mažinti praktikos skirtumus ir skatinti efektyvių sprendimų diegimą visoje Lietuvoje.
3. **„Atokvėpio lovos“** – trumpalaikė institucinė priežiūra pacientams, kuriems reikalinga nuolatinė slauga ir (ar) priežiūra, kad jų artimieji galėtų trumpam atsitraukti nuo nuolatinės priežiūros ir galėtų pasirūpinti savo sveikata ar asmeniniais reikalais.
4. **Individualios priežiūros darbuotojai.** Didelę dalį kasdienės priežiūros – maitinimo, higienos, judėjimo pagalbos – galėtų teikti specialiai parengti individualios priežiūros darbuotojai, kuriems nereikalinga sveikatos priežiūros licencija ar aukštasis išsilavinimas. Šis modelis jau įtrauktas į ilgalaikės priežiūros reformos planus ir yra finansuojamas ES lėšomis, tačiau jo diegimo tempas ir aprėptis turi būti pagreitinanti. Tai leistų išlaisvinti kvalifikuotus slaugytojus sudėtingesnėms medicininėms funkcijoms ir padidintų priežiūros prieinamumą.
5. **Individualios priežiūros asistentai.** Dažnai žmonėms, kuriems reikia nuolatinės priežiūros, nereikia specializuotų slaugos paslaugų (pvz., daryti injekcijų, statyti kateterių, perrišinėti žaizdų). Didelę dalį paslaugų – pamaitinimo, higienos ir kt. – galėtų atlikti individualios priežiūros asistentai, kuriems nebūtų būtinas specialus išsilavinimas ir kvalifikacijos reikalavimai (licencijos).
6. Daugiau dėmesio ambulatorinių slaugos paslaugų namuose (ASPN) komandoms ir **didesnis savivaldos įsitraukimas.** Savivaldybės geriausiai žino savo gyventojų poreikius, tačiau iki šiol jos dažnai buvo įtraukiamos į reformos procesus per vėlai – jau įgyvendinimo, o ne planavimo etape. Įtraukti savivaldybes aktyviai dalyvauti tiek poreikių vertinime, tiek paslaugų organizavimo modelių kūrimo, tiek finansavimo mechanizmų planavime. Tik tada galima tikėtis, kad ASPN komandos bus formuojamos pagal realų, o ne normatyvais apibrėžtą poreikį.
7. Siūlome įsteigti naują – **dienos slaugos stacionaro** – paslaugos modelį, kuris sudarytų galimybę pacientams dienos metu gauti reikalingą medicininę slaugą, o vakare grįžti į namus. Tokia paslauga būtų skirta asmenims, kuriems reikalinga reguliari profesionali priežiūra (pvz., žaizdų priežiūra, medikamentų administravimas, funkcinė reabilitacija, būklės stebėseną), tačiau nėra būtinybės nuolatinei hospitalizacijai. Ji sudarytų sąlygas artimiesiems, kurie šiuo metu yra priversti nuolat slaugyti namuose, išlaikyti dalyvavimą darbo rinkoje, tęsti profesinę veiklą ar socialinį gyvenimą. Tam tikri šio modelio

elementai jau veikia Lietuvoje, pavyzdžiui, Vilniuje, Fabijoniškėse veikiantis dienos centras, skirtas demenciją ar Alzheimerio liga sergantiems senjorams, rodo, kad dienos metu teikiamos priežiūros paslaugos padeda užtikrinti tiek paciento saugumą, tiek artimųjų galimybę išlikti aktyviems. Tokia praktika galėtų būti sistemingai išplėsta ir papildyta medicininės slaugos komponentu. Be to, dienos slaugos stacionaras leistų išvengti nereikalingų hospitalizacijų, sumažintų slaugos ligoninių apkrovą ir būtų ekonomiškai efektyvesnė alternatyva ilgalaikiam stacionariniam gydymui, pirmiausia orientuojantis į asmenis, kurių būklė leidžia saugiai atvykti į paslaugų teikimo vietą ir kuriems nereikalinga nuolatinė intensyvi slauga visą parą. Siekiant užtikrinti realų paslaugos prieinamumą, ypač mažesnio mobilumo asmenims, kartu turėtų būti stiprinamos pavėžėjimo galimybės. Ilgalaikėje perspektyvoje galėtų būti svarstomi lankstesni pavėžėjimo organizavimo ir finansavimo modeliai, atsižvelgiant į asmens bei šeimos galimybes. Toks modelis galėtų papildyti esamas slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas, mažinti nereikalingo stacionarinio gydymo poreikį ir suteikti daugiau pagalbos šeimoms, prižiūrinčioms artimuosius namuose.

8. **Numatyti budinčio slaugos specialisto modelį, veikiantį 24/7 principu,** pagal poreikį. Tai nebūtų nuolatinė ar kasdienė priežiūra, bet galimybė operatyviai suteikti profesionalią medicininę pagalbą namuose tais atvejais, kai staiga prireikia intervencijos, įvertinti būklės pablogėjimą ar spręsti su slauga susijusias komplikacijas. Šiuo metu tokiose situacijose dažnai kviečiama greitoji medicinos pagalba arba vykstama į skubios pagalbos skyrių, nors problema galėtų būti išspręsta slaugos specialisto pagalba. Budinčio slaugos specialisto modelis padidintų pacientų saugumą, sumažintų nereikalingų hospitalizacijų skaičių, sustiprintų artimųjų pasitikėjimą sistema ir leistų ilgiau išlaikyti žmogų namų aplinkoje, užtikrinant racionalų sveikatos sistemos išteklių naudojimą.
9. **Didesnis šeimos narių ir bendruomenių įsitraukimas.** Siekiant pagerinti pacientų priežiūrą, siūlome skatinti šeimos, bendruomenių ir savanorių aktyvų dalyvavimą.
Tai gali būti įgyvendinama:
 - 9.1. organizuojant socialines valandas mokyklinio amžiaus vaikams, kurie galėtų dalyvauti bendruomenės veikloje;
 - 9.2. steigiant integruotas įstaigas, jungiančias vaikų darželius, pradžios mokyklas ir senelių globos namus, taip kuriant tarpgeneracinę paramos sistemą;
 - 9.3. populiarinant ir plečiant visuomenines iniciatyvas, kurios suteikia pagalbą šeimoms ir vyresnio amžiaus žmonėms;
 - 9.4. skatinant šeimos įsitraukimą į pacientų priežiūrą ir, kai renkamasi institucinė priežiūra, dalinį finansinį įsipareigojimą, užtikrinant atsakingą resursų naudojimą.
10. **Socialinių darbuotojų, slaugytojų ir jų padėjėjų profesijų prestižo didinimas.** Siūlome didinti šių profesijų prestižą visuomenėje ir kurti pasitikėjimą jų kompetencija, gerinti darbo sąlygas, įskaitant konkurencingą atlyginimą, socialines garantijas ir karjeros galimybes, skatinti profesinį

augimą ir nuolatinį mokymąsi, kad specialistai turėtų galimybę nuolat tobulinti kompetencijas.

- 11. Daugiau valstybės finansuojamų socialinio darbo ir slaugos studijų vietų.** Tam, kad būtų užtikrintas pakankamas specialistų skaičius, siūlome plėsti valstybės finansuojamas studijų vietas socialinio darbo ir slaugos studijoms. Tai leistų pritraukti daugiau jaunų žmonių į šias profesijas ir užtikrintų ilgalaikį specialistų rengimą visoje šalyje.

IV. DAR LABIAU PRIEINAMOS PASLAUGOS INSTITUCIJOSE

Augant ilgalaikės priežiūros poreikiui, slaugos sistemos pajėgumai Lietuvoje beveik nebesiplečia. Nuo 2018 m. slaugos ir palaikomojo gydymo lovų skaičius, tenkantis gyventojams, išlieka praktiškai nepakitęs, nors jų naudojimo intensyvumas nuolat didėja.

Remiantis Higienos instituto duomenimis, 2024 m. Lietuvos stacionaruose buvo 5958 slaugos ir palaikomojo gydymo lovos, arba 20.61 lovų 10 000 gyv.¹¹ Palyginus su 2015 m., lovų skaičius 10 000 gyv. paaugo 2.8 lovos ir išlieka stabilus nuo 2018 m. Slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių rodikliai 2022–2024 m. rodo nevienodas tendencijas.¹² Lovų skaičius sumažėjo nuo 2911 (2022 m.) iki 2902 lovų 2024 m. Lovos apyvarta nuosekliai augo: nuo 4,3 karto 2022 m. iki 5,7 karto 2023 m. ir 6,2 karto 2024 m. Tai rodo intensyvesnį lovų naudojimą.

Vidutinis gulėjimo laikas reikšmingai trumpėjo – nuo 70,3 dienos 2022 m. iki 56,5 dienos 2023 m. ir 51,2 dienos 2024 m.

Letališkumas mažėjo visą laikotarpį: nuo 29,00 % 2022 m. iki 21,43 % 2023 m. ir 19,90 % 2024 m. Tai rodo gerėjančius gydymo ar pacientų priežiūros rezultatus. Apibendrinant, 2022–2024 m. slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse matomas efektyvesnis lovų panaudojimas, trumpėjantis pacientų gulėjimo laikas ir mažėjantis letališkumas. Tai rodo, kad sistema dirba ties savo galimybių riba, o augant senėjančios visuomenės poreikiams vien efektyvesnio esamų išteklių panaudojimo nebepakaks – reikia didinti ilgalaikės priežiūros pajėgumus.

Svarbu užtikrinti, kad stacionaruose teikiamos slaugos paslaugos, nepriklausomai, ar jos valstybinės, ar bendruomeninės/nevyriausybinių organizacijų, ar privačios, būtų kuo labiau prieinamos žmonėms. Slaugos paslaugos turi atitikti realius žmonių poreikius, nes kiekvieno paciento situacija yra individuali: vieniems gyventojams pakanka šiuo metu nustatyto maksimalaus 120 dienų per metus slaugos termino, o kitiems reikia kur kas ilgesnio ar dažnesnio stacionarinio gydymo. Todėl planuojant slaugos paslaugų apimtį, būtina atsižvelgti į konkretaus regiono gyventojų sveikatos būklę, demografinę sudėtį ir sergamumo ypatumus.

Šiuo metu stebime ypač didelį paliatyviosios slaugos paslaugų poreikį. Sergamumas onkologinėmis, nepagydomomis neurologinėmis ir kitomis

¹¹ https://www.hi.lt/uploads/Statistikos_leidiniai_Gyventoju_sveikata/leid2024.pdf p. 47

¹² Ibid, p. 81.

sunkiomis ligomis yra didelis, tačiau daugelyje rajonų yra tik po kelias paliatyvios slaugos lovas. Tai reiškia, kad daugelis pacientų negali gauti tinkamos stacionarinės priežiūros savo gyvenamojoje vietoje. Nacionalinio vėžio centro (NVC) stacionaras yra vienintelė institucija, atitinkanti aukščiausius reikalavimus ir gebanti užtikrinti kokybišką paliatyvią slaugą. Turint omenyje, kad paliatyviosios pagalbos poreikis nuolat auga – sergamumas onkologinėmis ir nepagydomomis neurologinėmis ligomis didėja –, o gyventojų pasiskirstymas regionuose skirtingas, reiškia, kad dalis žmonių savo paskutiniiais gyvenimo mėnesiais yra priversti keliauti toli nuo namų arba apskritai negauna tinkamos pagalbos. Stacionarinės paliatyviosios pagalbos lovų plėtra regionuose ir mobilių komandų tinklo stiprinimas yra ne antraeilis, o prioritetas, o prioritetinis uždavinys.

Be to, daugeliui pacientų po stacionarinės slaugos reikia tolimesnės globos arba kompleksinių slaugos ir globos paslaugų. Slaugos laikotarpis turėtų būti ne tik gydymo etapas, bet ir laikas pacientui bei jo artimiesiems apgalvoti tolimesnę priežiūrą: ar pasirinkti ambulatorinę priežiūrą, ar tęsti paslaugas institucijose. Taip pat svarbu, kad šeima galėtų aktyviai prisidėti prie paciento priežiūros ir sprendimų priėmimo, atsižvelgiant į paciento būklę, prognozę ir individualius poreikius.

Tik užtikrinus tokį sistemingą, prieinamą ir individualizuotą paslaugų teikimą, galima pasiekti tikrą pacientų gerovę ir užtikrinti, kad slauga būtų ne tik mediciniškai veiksminga, bet ir socialiai bei emociškai palaikanti.

MŪSŲ SIŪLYMAI:

- 1. Siūlome sistemiškai peržiūrėti palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų reglamentavimą ir organizavimą**, užtikrinant, kad sprendimai dėl šių paslaugų teikimo būtų grindžiami individualiais paciento medicininiais ir funkciniais poreikiais bei socialiniais kriterijais, o ne formaliais terminais ar socialinėmis aplinkybėmis. Sistemoje neturėtų susiklostyti situacijos, kai slaugos skyriuose gydomi asmenys, kuriems iš esmės reikalinga socialinė globa ar sprendimai, susiję su kitomis socialinėmis aplinkybėmis, o ne medicinine slauga.

Siūlome pereiti nuo terminu riboto prie **poreikiu grįsto** slaugos finansavimo modelio. Šiuo metu galiojanti 120 dienų riba sukuria sisteminę iškreiptas paskatas: žmonės, kuriems reikalinga ilgesnė priežiūra, yra perkeliami į socialinės globos sistemą ne pagal savo būklę, o pagal kalendorių. Paliatyviosios pagalbos paslaugoms toks terminas netaikomas – ir tai yra teisingas principas, kurį reikia išplėsti į visą slaugos sritį. Slaugos trukmė turi būti nustatoma pagal objektyviai įvertintą klinikinę būklę ir realų poreikį.

- 2. „Vieno langelio“ principas institucinėms paslaugoms gauti.** Siūlome sukurti skaidrią, vieningą registracijos sistemą, kuri leistų gyventojams lengvai ir vienodai kreiptis dėl stacionarių paslaugų, nepriklausomai nuo jų gyvenamosios vietos. Tokia sistema suteiktų galimybę tiksliau fiksuoti pacientų poreikius, laisvas vietas stacionaruose ar dienos centruose, užtikrintų skaidrią pavėžėjimo registraciją, suteiktų galimybę fiksuoti suteiktas paslaugas, vykdyti stebėseną bei analizuoti paslaugų naudojimo tendencijas,

taip užtikrinant efektyvesnį paslaugų planavimą ir paslaugų prieinamumą nepriklausomai nuo gyvenamosios vietos ir resursų paskirstymą.

- 3. Poreikis institucinėms paslaugoms gauti vertinamas pagal poreikį periodiškai** – siūlome įvesti kas 30/60/90 dienų –galimybę pacientui ir jo šeimai priimti sprendimus.
- 4. Siūlome plėsti slaugytojų ir slaugytojų padėjėjų tinklą, ruošiant daugiau specialistų.**

V. ŽMOGAUS TEISIŲ APSAUGA IR PACIENTŲ ĮGALINIMAS

Ilgalaikės priežiūros sistemos kokybę lemia ne tik paslaugų prieinamumas ar jų apimtis, bet ir žmogaus galimybė suprasti savo teises, pasinaudoti jam priklausančia pagalba bei būti apsaugotam nuo žmogaus teisių pažeidimų. Praktikoje žmonės ir jų artimieji dažnai susiduria ne tik su sudėtingomis sveikatos ar socialinėmis situacijomis, bet ir su informacijos stoka, skirtingų institucijų atsakomybės ribomis, sudėtingomis paslaugų gavimo procedūromis bei nežinojimu, kur kreiptis pagalbos ar kaip apginti savo teises.

Ilgalaikės priežiūros sistema turi būti orientuota į žmogų – ne tik teikti paslaugas, bet ir užtikrinti, kad kiekvienas asmuo galėtų lengvai suprasti savo galimybes, aktyviai dalyvauti priimant sprendimus dėl savo priežiūros, o valstybė užtikrintų veiksmingą žmogaus teisių apsaugą bei prevenciją. Tik taip galima stiprinti pasitikėjimą sistema, mažinti informacijos fragmentaciją ir užtikrinti orią bei žmogaus teisėmis grindžiamą ilgalaikę priežiūrą.

Kalbant apie žmogaus teisių užtikrinimą slaugos ir ilgalaikės priežiūros sistemoje, svarbu atkreipti dėmesį ne tik į pacientų, bet ir į paslaugas teikiančių darbuotojų teises bei gerovę. Slaugytojai ir kiti priežiūros specialistai taip pat turi teisę į saugią, pagarbią ir orią darbo aplinką. Praktikoje darbuotojai susiduria ne tik su dideliu emociniu ir fiziniu krūviu, bet ir su agresijos bei smurto atvejais. Todėl žmogaus teisių principų įgyvendinimas turi apimti ir darbuotojų apsaugą nuo smurto, aiškias reagavimo procedūras bei prieinamą pagalbą darbuotojams. Saugios sąlygos darbuotojams yra neatsiejama kokybiškos, pagarbios ir orios priežiūros dalis.

MŪSŲ SIŪLYMAI:

- 1. Vieninga gyventojų informavimo ir navigacijos sistema.** Siūlome sukurti vieno langelio principu veikiančią ilgalaikės priežiūros sistemą, kuri vienoje vietoje užtikrintų gyventojų informavimą, paslaugų paiešką, registraciją, prašymų pateikimą, jų nagrinėjimo stebėseną bei pagalbą ginant savo teises. Sistema padėtų gyventojams suprasti, kokios sveikatos priežiūros, slaugos, socialinės pagalbos, globos ir finansinės paramos priemonės jiems priklauso konkrečioje gyvenimo situacijoje, o ne pagal institucijų kompetencijas (pavyzdžiui: „Auginu vaiką su negalia“, „Prižiūriu slaugos ar priežiūros reikalaujantį tėvą“, „Artimajam nustatyta demencija“, „Po ligoninės grįžau

namo“). Kiekvienoje situacijoje žmogus vienoje vietoje rastų informaciją apie jam priklausančias sveikatos priežiūros, slaugos, socialines, globos, techninės pagalbos, finansinės paramos ir savivaldybių teikiamas paslaugas, jų gavimo tvarką, atsakingas institucijas, prašymų pateikimo būdus ir terminus.

Sistema taip pat turėtų aiškiai nurodyti, kur kreiptis atsisakius skirti paslaugą ar susidūrus su netinkamu jos teikimu, kaip pateikti prašymą ar skundą, kokie terminai taikomi ir kokios institucijos nagrinėja tokius klausimus. Ji taip pat turėtų būti prieinama skaitmeninėje platformoje ir telefonu, kad ja galėtų naudotis visi gyventojai, nepriklausomai nuo jų skaitmeninių įgūdžių. Tokia sistema sumažintų informacijos fragmentaciją, padidintų gyventojų informuotumą ir sudarytų vienodas galimybes visiems pasinaudoti jiems priklausančia pagalba.

2. Proaktyvi žmogaus teisių stebėseną ilgalaikės priežiūros įstaigose.

Siūlome suteikti Lietuvos Respublikos Seimo kontrolierių įstaigai aiškius įgaliojimus periodiškai lankytis ilgalaikės priežiūros paslaugas teikiančiose įstaigose, kurių veiklą reglamentuoja Sveikatos apsaugos ministerija ir/ar Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, nepriklausomai nuo jų pavaldumo ar nuosavybės formos. Vizitai turėtų būti vykdomi ne tik gavus skundą, bet ir prevenciškai – planinių bei neplaninių patikrų metu, vertinant žmogaus teisių ir pacientų teisių užtikrinimą praktikoje.

Tokios stebėsenos metu būtų vertinama, ar gerbiamas pacientų orumas, privatumas, savarankiškumas, teisė dalyvauti priimant sprendimus dėl savo priežiūros, ar nėra netinkamo elgesio, diskriminacijos, nepagrįsto fizinio suvaržymo, nepriežiūros ar kitų žmogaus teisių pažeidimų. Atlikus vertinimą būtų teikiamos rekomendacijos įstaigoms dėl praktikos gerinimo, žmogaus teisių standartų taikymo ir teisėkūros pokyčių, o nustatyti sisteminiai trūkumai būtų naudojami nacionalinei ilgalaikės priežiūros politikai tobulinti. Toks modelis padėtų užkirsti kelią žmogaus teisių pažeidžiančiai praktikai dar iki atsirandant sunkiems pažeidimams, didintų visuomenės pasitikėjimą ilgalaikės priežiūros sistema ir užtikrintų nuolatinę pažeidžiamiausių asmenų teisių apsaugą.

3. „QualityRights“ principų taikymas. Siūlome į nacionalinę politiką, priežiūros standartus ir kasdienę slaugos praktiką integruoti „QualityRights“ principus¹³, užtikrinančius kiekvieno asmens orumą, savarankiškumą, lygybę, dalyvavimą ir nediskriminavimą. Ypatingas dėmesys turi būti skiriamas į asmenį orientuotai priežiūrai, sudarant galimybes paslaugų gavėjams aktyviai dalyvauti priimant sprendimus dėl savo priežiūros. Taip pat būtina stiprinti sveikatos ir socialinės priežiūros specialistų kompetencijas žmogaus teisių srityje, organizuojant nuolatinį mokymus ir diegiant gerąją praktiką.

¹³ [Lietuvoje plėtojama Pasaulio sveikatos organizacijos iniciatyva „QualityRights“](#)

„QualityRights“ principų įgyvendinimas slaugos ir ilgalaikės priežiūros sistemoje prisidės prie pagarba žmogaus teisėms grindžiamos, saugios, kokybiškos ir įtraukios aplinkos kūrimo Lietuvoje.

4. **Pacientų įgalinimas atpažinti žmogaus teisių pažeidimus.** Siūlome informavimo priemonę, padedančią ilgalaikės priežiūros paslaugų gavėjams atpažinti galimus jų žmogaus teisių pažeidimus. Priemonė turi informuoti pacientus apie jų teises ir sprendimų algoritmo forma pateikti aiškius klausimus, pavyzdžiui: „Ar manęs klausiama nuomonės dėl mano priežiūros?“, „Ar gerbiamas mano privatumas?“, „Ar galiu laisvai išsakyti savo pageidavimus ir skundus?“. Jei atsakymai rodo galimus teisių pažeidimus, priemonė paaiškintų, kokia teisė gali būti pažeidžiama ir kokių veiksmų galima imtis. Taip pat joje būtų pateikiama informacija, kur kreiptis pagalbos, kaip pateikti skundą ir kokios institucijos gina pacientų teises. Priemonė turi būti parengta lengvai suprantama kalba, kad ja galėtų naudotis vyresnio amžiaus žmonės, asmenys su negalia ir jų artimieji. Toks sprendimas didintų pacientų informuotumą ir skatintų aktyviau ginti savo teises ilgalaikės priežiūros sistemoje.
5. **Ankstyvas konfliktų sprendimas ir mediacija.** Siūlome ilgalaikės priežiūros įstaigose diegti ankstyvo konfliktų valdymo modelį, skatinant kilusius nesutarimus tarp pacientų, artimųjų ir darbuotojų spręsti dialogo būdu dar iki oficialių skundų ar teisinių ginčų. Tam tikslinga stiprinti konfliktų valdymo kompetencijas, rengti mediacijos pagrindų mokymus esamiems darbuotojams arba paskirti darbuotojus, galinčius atlikti neformalios mediacijos funkciją.
6. **Slaugytojų ir kitų ilgalaikės priežiūros specialistų teisių ir saugumo užtikrinimas.** Siūlome stiprinti praktinę jau nustatytų darbuotojų saugos ir smurto prevencijos reikalavimų įgyvendinimo kontrolę (vertinant ne tik formaliai patvirtintų tvarkų buvimą, bet ir faktinį jų taikymą, darbuotojų informuotumą, incidentų registravimą ir veiksmus po jų, vykdant tikslines patikras didesnės rizikos įstaigose); skatinti įstaigas po smurto ar agresijos incidentų darbuotojams suteikti prieinamą institucinę, įskaitant įstaigos turimą teisinę ir psichologinę, pagalbą (konsultavimą dėl darbuotojo teisių ir tolesnių veiksmų, pagalbą tinkamai užfiksuojant incidentą, rengiant pareiškimus ar kitus reikalingus dokumentus, prireikus – nukreipiant psichologinei pagalbai); numatant tikslines finansavimo galimybes darbuotojų konfliktų deeskalacijos, agresijos valdymo ir saugos mokymams (pasitelkiant esamus ar būsimus nacionalinius, Europos Sąjungos ir kitus prieinamus finansavimo mechanizmus, prioritetą teikiant praktiniams mokymams, kaip atpažinti didėjančią agresijos riziką, deeskaluoti konfliktą, saugiai elgtis incidento metu ir po jo); numatyti finansines ir (ar) metodines paskatas įstaigoms diegti jų rizikos lygį atitinkančias organizacines ir technines darbuotojų saugos priemones (pvz., greito pagalbos iškvietimo ar pavojaus signalizavimo priemonės, tinkamą patalpų ir darbo organizavimą, dalinį tokių priemonių įsigijimo finansavimą ar kompensavimą).

VI. APIBENDRINIMAS

PENKI TRUMPALAIKIAI SPRENDIMAI (1–2 METŲ LAIKOTARPIUI)

- 1. Vieninga slaugos ir globos paslaugų registracijos sistema.** Siūlome sukurti vieningą slaugos ir globos paslaugų registracijos ir stebėsenos sistemą, plečiant socialinės paramos ir socialinių paslaugų savitarnos bei administravimo sistemos SPIS ir e.sveikatos sistemų integraciją, bendro poreikio vertinimo klausimyno skaitmenizavimą ir paslaugų teikėjų žemėlapių sukūrimą. Šiuo metu dauguma įstaigų turi atskiras laukiančiųjų eiles, todėl žmonėms sunku suprasti realų paslaugų prieinamumą. Vieninga sistema leistų:

- taikyti principą – viena eilė;
- registruoti paslaugų poreikį pagal gyvenamąją vietą arba artimųjų gyvenamąją vietą;
- matyti laisvas vietas įstaigose;
- realiu laiku stebėti laukiančiųjų skaičių ir planuoti paslaugų plėtrą.

Sistema taip pat turėtų veikti kaip vieningas gyventojų informavimo ir navigacijos įrankis, suteikiantis informaciją apie gyventojams priklausančias sveikatos, slaugos, socialines ir globos paslaugas, jų gavimo tvarką, atsakingas institucijas bei galimybes pateikti prašymus ar skundus.

- 2. Skaitmeninė slaugos priežiūros ir kokybės stebėsenos sistema.** Siūlome diegti skaitmeninius įrankius, kurie padėtų slaugos specialistams fiksuoti paciento būklę ir kasdienę priežiūrą. Tokiose sistemose būtų registruojama:

- paciento būklė;
- vartojami vaistai;
- mityba;
- atliktos slaugos procedūros.

Siūlome sudaryti galimybę dalį informacijos sistemoje pasiekti ir paciento artimiesiems. Tai leistų geriau suprasti artimojo būklę ir aktyviau dalyvauti priežiūros procese. Dabar panašus modelis taikomas kai kuriuose darželiuose, kur tėvams apie vaiko dieną, įsitraukimą į veiklas, nuotaikas ir kt. perteikiama informacinėmis žinutėmis.

Paslaugų kokybės vertinimas turi būti grindžiamas ne apsilankymų skaičiumi, o realiais rezultatais – paciento būklės pokyčiais, komplikacijų prevencija ir hospitalizacijų mažėjimu. Kokybės stebėseną turėtų būti papildyta sistemingu pacientų ir jų artimųjų grįžamojo ryšio rinkimu (PROM ir PREM principais), o sukaupti duomenys naudojami ne individualių skundų nagrinėjimui, bet paslaugų kokybės gerinimui, organizavimo trūkumų nustatymui ir gerosios praktikos sklaidai nacionaliniu mastu. Todėl siūlome diegti:

- skaitmeninį apsilankymų patvirtinimą;
- individualius slaugos planus;
- periodinius kokybės auditus.

3. Pagalba namuose: būsto pritaikymas ir slaugos įranga. Siekiant, kad žmogus galėtų kuo ilgiau gyventi savo namuose, siūlome įtvirtinti greitesnę pagalbą:

- pritaikant būstą;
- aprūpinant slaugos įranga;
- supaprastinant pagalbinių priemonių skyrimo procedūras.

Savivaldybėse turėtų būti formuojamas slaugos priemonių rezervas. Taip pat siūlome plėtoti individualios priežiūros asistentų modelį, kad dalį kasdienės priežiūros funkcijų galėtų atlikti specialiai parengti priežiūros darbuotojai.

4. Pavėžėjimo sistema ir dienos slaugos stacionarai. Siūlome tobulinti pavėžėjimo sistemą žmonėms, kurie naudojami slaugos ar reabilitacijos paslaugomis. Kartu siūlome plėtoti dienos slaugos stacionaro paslaugas, kurios leistų žmogui dienos metu gauti profesionalią slaugą, o vakare grįžti į namus. Tokios paslaugos padėtų:

- artimiesiems išlikti darbo rinkoje;
- sumažinti hospitalizacijų skaičių;
- užtikrinti nuoseklią priežiūrą.

5. Lankstus atokvėpio paslaugų modelis. Siūlome plėtoti lankstesnį atokvėpio paslaugų modelį šeimoms. Paslaugos galėtų būti teikiamos:

- žmogaus namuose;
- trumpalaikio apgyvendinimo įstaigose;
- specialistui padedant šeimai išvykų metu.

Savivaldybės turėtų kasmet vertinti paslaugų poreikį ir dalį jų organizuoti per konkursus nevyriausybinėms organizacijoms ir bendruomenėms. Taip pat turi siūlome išbandyti budinčio slaugos specialisto („on call“) modelis, kai prireikus skubios slaugos pagalbos namuose galima išvengti hospitalizacijos ar greitosios pagalbos kvietimo.

PENKI ILGALAIKIAI SPRENDIMAI (5–10 METŲ LAIKOTARPIUI)

1. Integruota ilgalaikės priežiūros sistema. Sukurti vieningą ilgalaikės priežiūros sistemą, apjungiančią sveikatos, socialinės priežiūros, globos ir paliatyviosios pagalbos paslaugas. Šiuo metu dažnai susidaro situacijos, kai:

- slaugos skyriuose gydomi žmonės, kuriems reikalinga socialinė globa;
- globos įstaigose gyvena žmonės, kuriems reikalinga medicininė slauga.

Taip pat reikia peržiūrėti 120 dienų slaugos ribą, kad sprendimai būtų grindžiami realiu paciento poreikiu.

2. Didesnis slaugos specialistų skaičius. Siūlome didinti valstybės finansuojamas slaugos ir socialinio darbo studijų vietas ir gerinti darbo sąlygas regionuose.

3. Bendruomeninių paslaugų plėtra. Siūlome nuosekliai plėsti slaugos ir priežiūros paslaugas namuose ir bendruomenėje.

- 4. Paliatyviosios pagalbos stiprinimas.** Siūlome didinti paliatyviosios pagalbos prieinamumą regionuose:
- plėsti stacionarines vietas;
 - stiprinti mobilių komandų tinklą;
 - gerinti specialistų kompetencijas.
- 5. Tvarus ilgalaikės priežiūros finansavimo modelis.** Ilgalaikės priežiūros sistema negali būti tvari, jei jos finansavimas remiasi vien metiniais biudžeto sprendimais ar projektiniu ES lėšų panaudojimu. Siūlome sukurti aiškia, įstatymiškai įtvirtintą finansavimo struktūrą, kurioje būtų apibrėžta: kokios paslaugos finansuojamos iš PSDF, kokios iš valstybės biudžeto tikslinių dotacijų ir kokia dalis tenka savivaldybėms. Ši struktūra turi užtikrinti, kad paslaugų prieinamumas nepriklausytų nuo konkrečios savivaldybės finansinės padėties ar politinių prioritetų. Kartu reikia numatyti finansavimo augimo mechanizmą, atspindintį demografinį slėgį: augant 65+ amžiaus gyventojų daliai, sistemos finansavimas turi augti proporcingai ir nuspėjamai.
- 6. Technologijų integravimas.** Siūlome diegti dirbtiniu intelektu grįstą ilgalaikės priežiūros paslaugų prioritizavimo ir koordinavimo sistemą, kuri leistų efektyviau valdyti laukiančiųjų eiles ir tiksliau paskirstyti ribotus sistemos resursus. Šiuo metu daugeliu atvejų paslaugų suteikimo prioritetas grindžiamas tik registracijos į eilę data, nors realūs žmonių poreikiai labai skiriasi. Dėl to susidaro situacijos, kai didžiausią riziką ar artimųjų perdegimą patiriantys žmonės pagalbos laukia taip pat ilgai kaip ir mažesnio intensyvumo priežiūros poreikį turintys asmenys. Dirbtinio intelekto sprendimai padėtų analizuoti ne tik medicininius duomenis, bet ir funkcinį savarankiškumą, hospitalizacijų dažnį, socialinę situaciją, artimųjų apkrovą, vienišumo riziką ar gyvenamąją vietą. Tokia sistema leistų dinamiškai nustatyti prioritetus pagal realų žmogaus pažeidžiamumą ir tikėtiną būklės blogėjimo riziką, o ne vien pagal formalų laukimo laiką. Toks modelis nepakeistų gydytojų ar socialinių darbuotojų sprendimų, tačiau veiktų kaip pagalbinė „AI triage“ priemonė, padedanti greičiau identifikuoti aukščiausios rizikos pacientus, racionaliau planuoti paslaugas ir mažinti nereikalingų hospitalizacijų bei krizinių situacijų skaičių. Kartu būtina užtikrinti aiškius žmogaus teisių, duomenų apsaugos ir sprendimų skaidrumo principus – galutinis sprendimas dėl paslaugų prioriteto visais atvejais turėtų likti žmogui specialistui.

SIŪLOMŲ POKYČIŲ NAUDA:

- Kuo ilgesnė pacientų ir šeimų nepriklausomybė, socialinių ryšių išlaikymas, bendruomenių įsitraukimas.
- Stiprinant paslaugas bendruomenėje ir namuose, sudaromos sąlygos žmonėms kuo ilgiau išlikti savarankiškiems, gyventi pažįstamoje aplinkoje ir išsaugoti kasdienius socialinius ryšius. Tai teigiamai veikia ne tik fizinę, bet ir emocinę bei psichologinę sveikatą. Bendruomenės įsitraukimas stiprina tarpusavio pasitikėjimą, solidarumą ir kuria artimesnį socialinį tinklą, kuris tampa svarbia atrama tiek vyresnio amžiaus žmonėms, tiek jų artimiesiems.

- Daugiau darbo vietų socialiniams darbuotojams, slaugytojams, slaugytojų padėjėjams regionuose. Plečiant ambulatorines ir bendruomenines paslaugas, didėja kvalifikuotų specialistų poreikis regionuose. Tai reiškia naujas darbo vietas socialiniams darbuotojams, slaugytojams, slaugytojų padėjėjams bei kitiems specialistams. Tokia plėtra gali prisidėti prie regionų gyvybingumo išsaugojimo, mažinti emigraciją ir skatinti jaunus specialistus rinktis karjerą ne tik didmiesčiuose, bet ir mažesniuose miestuose ar kaimiškose vietovėse.
- Galimybės inovacijoms ekonominėje, socialinėje veikloje galimybė sukurti daugiau darbo vietų, burti bendruomenes – tai itin svarbu ir didinant bendrą visuomenės atsparumą. Bendruomeninių paslaugų plėtra atveria erdvę inovatyviems sprendimams, nuo socialinio verslo modelių iki technologinių sprendimų, palengvinančių nuotolinę priežiūrą ar paslaugų koordinavimą. Tai gali paskatinti naujų paslaugų kūrimą, tarpsektorinį bendradarbiavimą ir papildomų darbo vietų atsiradimą. Toks modelis stiprina bendruomenes, skatina savanorystę, partnerystes ir prisideda prie bendro visuomenės atsparumo didinimo krizėms ar demografiniams pokyčiams.
- Galimybė įsitraukti ir viešosioms/valstybinėms įstaigoms, ir nevyriausybiniams organizacijoms, ir privačiam verslui. Toks daugiasektorinis modelis leidžia efektyviau paskirstyti atsakomybes, išnaudoti skirtingų sektorių stiprybes ir kurti tvaresnę, lankstesnę paslaugų sistemą. Bendradarbiavimas tarp sektorių gali užtikrinti didesnę paslaugų prieinamumą ir kokybę visoje šalyje.
- **Ekonominė grąža per darbo rinką.** Investicija į priežiūros sistemą generuoja tiesiogiai išmatuojamą ekonominę grąžą: kai valstybė prisiima dalį priežiūros naštos, šeimos nariai – dažniausiai vidutinio amžiaus moterys – gali išlikti arba grįžti į darbo rinką. Tai reiškia didesnę darbo jėgos pasiūlą, aukštesnes pajamas, didesnes mokestines įplaukas ir mažesnius pensijų sistemos įsipareigojimus ateityje. Tokia investicija nėra vien socialinės išlaidos – tai struktūrinis produktyvumo didinimo sprendimas senstančiai visuomenei.