

LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS

Lina Urbietė

**IŠ PALAIKOMOJO GYDYMO IR
SLAUGOS LIGONINĖS Į NAMUS
IŠRAŠOMŲ PAGYVENUSIŲ ŽMONIŲ
SAVARANKIŠKUMO IR SLAUGOS
PASLAUGŲ NAMUOSE TĘSTINUMO
VERTINIMAS**

Daktaro disertacija
Medicinos ir sveikatos mokslai,
slauga (M 005)

Kaunas, 2020

Disertacija rengta 2016–2020 metais Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Slaugos fakulteto Geriatrijos klinikoje.

Mokslinė vadovė

prof. habil. dr. Vita Lesauskaitė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, medicinos ir sveikatos mokslų sritis, slauga – M 005).

Konsultantė

prof. dr. Jūratė Macijauskienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, medicinos ir sveikatos mokslų sritis, slauga – M 005).

Disertacija ginama Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Slaugos mokslo krypties taryboje:

Pirmininkas

prof. dr. Mindaugas Stankūnas (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, visuomenės sveikata – M 004).

Nariai:

prof. dr. Audronė Prasauskienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, slauga – M 005);

prof. dr. Ida Liseckienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, medicina – M 001);

prof. dr. Vidmantas Alekna (Vilniaus universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, slauga – M 005);

prof. dr. Elizabeth Capezuti (Niujorko universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, slauga – M 005).

Disertacija bus ginama viešajame Slaugos mokslo krypties tarybos posėdyje 2020 m. rugpjūčio 27 d. 12 val. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Mokomojo laboratorinio korpuso Mažonoje auditorijoje.

Disertacijos gynimo vietos adresas: Eivenių g. 4, LT-50161 Kaunas, Lietuva.

LITHUANIAN UNIVERSITY OF HEALTH SCIENCES

Lina Urbietė

**THE ASSESSMENT OF INDEPENDENCE
OF OLDER PATIENTS DISCHARGED
FROM THE SUPPORTIVE CARE AND
NURSING HOSPITAL TO HOME CARE
AND THE CONTINUITY OF NURSING
SERVICES AT HOME**

Doctoral Disertation
Medical and Health Sciences,
Nursing (M 005)

Kaunas, 2020

Dissertation has been prepared at the Department of Geriatrics of the Faculty of Nursing of Medical Academy of Lithuanian University of Health Sciences during the period of 2016–2020.

Scientific Supervisor

Prof. Habil. Dr. Vita Lesauskaitė (Lithuanian University of Health Sciences, Medical and Health Sciences, Nursing – M 005).

Consultant

Prof. Dr. Jūratė Macijauskienė (Lithuanian University of Health Sciences, Medical and Health Sciences, Nursing – M 005).

Dissertation is defended at the Nursing Research Council of the Lithuanian University of Health Sciences:

Chairperson

Prof. Dr. Mindaugas Stankūnas (Lithuanian University of Health Sciences, Medical and Health Sciences, Public Health – M 004).

Members:

Prof. Dr. Audronė Prasauskienė (Lithuanian University of Health Sciences, Medical and Health Sciences, Nursing – M 005);

Prof. Dr. Ida Liseckienė (Lithuanian University of Health Sciences, Medical and Health Sciences, Medicine – M 001);

Prof. Dr. Vidmantas Alekna (Vilnius University, Medical and Health Sciences, Nursing – M 005);

Prof. Dr. Elizabeth Capezuti (City University of New York, Medical and Health Sciences, Nursing – M 005).

Dissertation will be defended at the open session of the Nursing Research Council of the Lithuanian University of Health Sciences on the 27st of August 2020 at 12 a. m. in the Mažoji Auditorium of Medical Research Center of the Lithuanian University of Health Sciences.

Address: Eivenių 4, LT-50161 Kaunas, Lithuania.

TURINYS

SANTRUMPOS.....	7
APIBRĖŽIMAI.....	8
ĮVADAS	10
1. LITERATŪROS APŽVALGA.....	14
1.1. Pagyvenusių žmonių skaičiaus didėjimo keliami iššūkiai siekiant patenkinti slaugos ir socialinių paslaugų poreikius	14
1.2. Slaugos paslaugų poreikis ir organizavimas Lietuvoje.....	17
1.3. Kitų šalių patirtys organizuojant slaugos paslaugas namuose pagyvenusiems žmonėms	25
1.4. Standartizuotų skalių panaudojimas, vertinant pagyvenusių žmonių slaugos ir socialinių paslaugų poreikius	28
2. TYRIMO METODIKA	33
2.1. Tyrimo organizavimas	33
2.2. Tyrimo imtis	34
2.3. Tyrimo etika.....	35
2.4. Tyrimo metodai ir priemonės.....	36
2.5. Statistiniai metodai.....	43
3. TYRIMO REZULTATAI.....	44
3.1. Bendroji tiriamųjų charakteristika	44
3.2. Tiriamųjų, išrašomų iš palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės į namus, sveikatos sutrikimai ir slaugos problemos.....	45
3.3. Iš palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės išrašomų pagyvenusių žmonių savarankiškumo ir nustatytų nuolatinės slaugos, pagalbos paslaugų sąsajos.....	54
3.4. Iš palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės į namus išrašytų pagyvenusių žmonių savarankiškumo pokyčiai ir teikiamų slaugos paslaugų veiksmingumas	59

3.5. Slaugos paslaugų organizavimas ir ateities perspektyvos pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų vadovų požiūriu	63
3.5.1. Sisteminiai veiksniai, ribojantys slaugos paslaugų pacientų namuose skyrimą	64
3.5.2. Sisteminiai veiksniai, ribojantys paskirtų slaugos paslaugų teikimą.....	65
3.5.3. Slaugos paslaugų organizavimo perspektyvos	68
4. REZULTATŲ APTARIMAS	71
IŠVADOS	79
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS.....	80
SUMMARY	81
BIBLIOGRAFIJOS SĄRAŠAS.....	130
PUBLIKACIJOS DISERTACIJOS TEMA	141
PRIEDAI	163
1 priedas	163
2 priedas	186
3 priedas	188
CURRICULUM VITAE	189
PADĖKA.....	191

SANTRUMPOS

ASPN	–	ambulatorinės slaugos paslaugos namuose
GS	–	galimybių santykis
IKV	–	instrumentinės kasdienės veiklos
ĮKV	–	įprastinės kasdienės veiklos
KMI	–	kūno masės indeksas
KVVS	–	kasdienės veiklos vertinimo skalė
LR	–	Lietuvos Respublika
PAASP	–	pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra
PSO	–	Pasaulio sveikatos organizacija
SADM	–	Socialinės apsaugos ir darbo ministerija
SAM	–	Sveikatos apsaugos ministerija
SVS	–	pažinimo (suvokimo) funkcijų vertinimo skalė
TLK-10-AM	–	Pasaulio sveikatos organizacijos Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacija, dešimtas leidimas, Australijos modifikacija

APIBRĖŽIMAI

Efektyvumas – išteklių naudojimo veiksmingumas, kai norimų rezultatų pasiekama mažiausiomis įmanomomis sąnaudomis arba, naudojant turimus išteklius, pasiekiami maksimalių įmanomų rezultatų [1].

Pažinimo (*sin.* kognityvinės) funkcijos – žmogaus gebėjimas gauti, perdirbti, išlaikyti ir atkurti tam tikrą informaciją [2].

Pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra (toliau – PAASP) – tai nespecializuotų kvalifikuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų pagal Šeimos (bendrosios praktikos) gydytojo ir Bendrosios praktikos slaugytojo bei Bendruomenės slaugytojo, prirėikus ir Akušerio medicinos normų reikalavimus ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje (t. y. įstaigoje, neteikiančioje stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų), pacientų namuose ir globos įstaigose, kompleksas [3].

Pirminė stacionarinė palaikomojo gydymo ir slaugos paslauga apima gydymo, slaugos, kitas minimalias sveikatos būklės palaikymo paslaugas / priemones bet kurio amžiaus žmonėms, sergantiems lėtinėmis ligomis, neįgaliesiems ir kitiems pacientams, kai yra aiški ligos diagnozė ir nereikalingas aktyvus gydymas bei kontraindikuotina medicininė rehabilitacija [4].

Prieinamumas – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ekonominę, komunikacinę ir organizacinę priimtumą asmeniui ir visuomenei [5].

Sistema – tarpusavyje susijusių elementų, veikiančių vienas kitą siekiant bendro tikslo, visuma. Šiuos elementus sudaro žmonių, finansiniai, materialiniai ir kiti ištekliai [5].

Slaugos paslaugos namuose – asmens sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos pacientų namuose, siekiant užtikrinti slaugos paslaugų prieinamumą, tęstinumą, patenkinti paciento slaugos poreikius namų sąlygomis ir skatinti paciento savirūpą [6].

Slaugos poreikiai – pagrindiniai fiziologiniai, psichikos sveikatos ir socialiniai paciento poreikiai, kuriems patenkinti reikia kitų pagalbos [6].

Socialinės paslaugos – tai paslaugos, kuriomis suteikiama pagalba asmeniui (šeimai) dėl amžiaus, neįgalumo, socialinių problemų iš dalies ar visiškai neturinčiam, neįgijusiam arba praradusiam gebėjimus ar galimybes savarankiškai rūpintis asmeniniu (šeimos) gyvenimu ir dalyvauti visuomenės gyvenime [7].

Sveikatos priežiūros kokybė – laipsnis, kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos, atitinkančios šiuolaikines profesines žinias, asmeniui ir visuomenei padidina pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybę [5].

Tęstinumas – laipsnis, kuriuo paciento priežiūra yra koordinuojama tarp sveikatos priežiūros specialistų ir įstaigų [5].

Veiksminga priežiūra – tokia priežiūra, kai geriausių rezultatų pasiekama įprastoje aplinkoje (efektyvumas) [5] ir mažiausiomis išlaidomis (našumas) [8].

Veiksmingumas – sveikatos priežiūros intervencijų galimybės pasiekti užsibrėžtus sveikatinimo veiklos tikslus ir rezultatus įprastoje aplinkoje [5].

IVADAS

Problema ir jos aktualumas

Visuomenės senėjimas tiek globaliame pasaulyje, tiek Europos Sąjungoje, kurios narė yra ir Lietuva, – demografinis procesas, keliantis daug socialinių, ekonominių, politinių ir teisinių problemų, apimančių įvairias sritis, įskaitant švietimą, sveikatos apsaugą, socialines paslaugas ir darbo rinką [9, 10].

Siekiant strategiškai spręsti visuomenės senėjimo problemas, numatyti pagrindiniai Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos tikslai: užtikrinti kokybiškesnę ir efektyvesnę sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius, sukurti saugesnę socialinę aplinką, mažinti sveikatos netolygumus ir socialinę atskirtį, sukurti sveikatai palankią fizinę darbo ir gyvenamąją aplinką, formuoti sveiką gyvenseną ir jos kultūrą [11]. Panašius tikslus ir uždavinius (visuomenės) sveikatos programose kelia ir kaimyninės šalys – Latvija [12] bei Estija [13]. Šie tikslai ir uždaviniai atspindi Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau – PSO) ir Europos Sąjungos (toliau – ES) sveikatos strateginių dokumentų nuostatas.

Dėl visuomenės senėjimo ES valstybės narės reformuoja išmokų bei sveikatos priežiūros ir ilgalaikės rūpybos sistemas, siekdamos užtikrinti visuotinį ir nuoseklų paslaugų prieinamumą [14]. Dėl pagyvenusiems žmonėms būdingo dauginio ligotumo, dauginio vaistų vartojimo, mažėjančio savarankiškumo išlaidos jų sveikatos priežiūrai didėja. Dėl efektyvesnės tokių pacientų priežiūros į diagnozes orientuoti specializuotos priežiūros modeliai keičiami į pacientus sutelktais priežiūros modeliais [15].

Žmonių sveikatos priežiūros ir socialiniai poreikiai gali būti visiškai patenkinti tik sukūrus vientisą, t. y. kompleksinę sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų tinklo sistemą. Kompleksinė sveikatos priežiūros ir socialinės saugos sistema leistų priartėti prie šiuos poreikius turinčių gyventojų bei juos patenkinti [16].

Pagrindinis ir svarbiausias sveikatos priežiūros paslaugų tikslas – teikiamų paslaugų kokybė. Šiam tikslui pasiekti būtina užtikrinti paslaugų prieinamumą, jų teikimą laiku, tęstinumą. Vienas iš būdų užtikrinti tiek medicininių, tiek socialinių paslaugų tęstinumą (siekiant paslaugų kokybės) yra slaugos ir (arba) socialinių paslaugų teikimas gyventojų (pacientų) namuose.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (toliau – SAM) bei Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija (toliau – SADM) vis daugiau dėmesio skiria slaugos namuose plėtrai, šeimos gydytojo ir slaugytojo institucijoms stiprinti. 2007 metais buvo patvirtintas Lietuvos

Respublikos slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašas. Šis tvarkos aprašas nustato slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo pagrindinius tikslus ir principus, paslaugų gavėjus, ilgalaikės priežiūros paslaugų organizavimą, dokumentavimą ir finansavimą [17]. Šiuo dokumentu pabrėžiama, kad slaugos ir socialinės paslaugos yra neatsiejamos viena nuo kitos. Pagyvenusiems, savarankiškumą praradusiems žmonėms, siekiant užtikrinti kokybiškas, į asmenį orientuotas paslaugas namuose, jos turi būti teikiamos kartu. Tai rodo ir L. Danusevičienės atliktas tyrimas [18].

Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėse teikiamos palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos lėtinėmis ligomis sergantiems, iš dalies arba visai savarankiškumo netekusiems asmenims 120 kalendorinių dienų per metus neatsižvelgiant į asmens savarankiškumą, kai jis iš palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės yra išrašomas į namus. Lietuvoje atliktų mokslo tyrimų, pagrindžiančių, kokio savarankiškumo asmenys išleidžiami iš palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninių į namus, koks yra slaugos paslaugų namuose poreikis ir kaip veikia šių paslaugų teikimo namuose sistema, yra mažai. Lietuvos slaugos mokslo tyrėjai atskleidžia, kad slaugos paslaugų namuose trūksta, o šias paslaugas teikiant trūksta tarpinstitucinio bendradarbiavimo, paslaugų tęstinumo. Teigiama, kad būtina rasti būdų ir metodų nustatyti aiškius kriterijus, leidžiančius priimti sprendimą, kada reikalinga slauga palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėje, o kada pakaktų slaugos paslaugų namuose. Rekomenduojama iš palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninių į namus išleidžiamiesiems asmenims slaugos paslaugų teikimą namuose planuoti atsižvelgiant į slaugos poreikius. Teigiama, kad slaugos paslaugos namuose padėtų išsaugoti savarankiškumą ir taip išvengti brangiai kainuojančių stacionarinių palaikomojo gydymo ir slaugos ar globos paslaugų [18–20]. Mokslu pagrįsto vieno bendro būdo, kuris padėtų pagyvenusius žmones suskirstyti į grupes pagal jų savarankiškumo lygį ir rekomenduotų jiems tinkamą paslaugų rūšį, Lietuvoje nėra.

Akivaizdu, kad dėl vykstančių demografinių procesų, kai 65 metų ir vyresnių žmonių daugėja, o darbingo amžiaus žmonių mažėja, ateityje slaugos paslaugų poreikis didės, todėl būtina sveikatos priežiūros sistemą pritaikyti prie senėjančios visuomenės poreikių.

Tyrimo naujumas

Šis mokslo tyrimas yra svarbus Lietuvos slaugos paslaugų sistemos tobulinimui. Šiuo tyrimu ne tik apžvelgti moksliniai darbai, susiję su Lietuvos ir kitų šalių patirtimi, planuojant slaugos bei socialines paslaugas asmens namuose, bet ir išanalizuoti slaugos paslaugų teikimą reglamentuojantys teisės aktai, atskleisti sisteminiai slaugos paslaugų tiek namuose, tiek palaikomojo

gydymo ir slaugos ligoninėse planavimo ir teikimo trūkumai, pateikti mokslo tyrimais pagrįsti galimi sprendimo būdai.

Darbe aptarti ir palyginti Lietuvos ir kitų pažangių pasaulio šalių slaugos mokslo tyrimų duomenys, atskleidžiantys, kaip galima metodiškai ir kokybiškai įvertinti pagyvenusių žmonių savarankiškumą, sugrupuoti juos pagal savarankiškumo lygį ir rekomenduojamas slaugos, socialinių paslaugų rūšis, nustatyti jiems kylančias slaugos ir socialines problemas. Taip pat pirmą kartą Lietuvoje išverstas ir pritaikytas slaugos praktikai standartizuotas interRAI (HC) klausimynas, MAPLe ir MI Choice vertinimo skalės. Jas naudojant nustatytas pagyvenusių žmonių, išrašomų iš palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės į namus, savarankiškumas, išrašymo iš slaugos ligoninės planavimas, įvertintas postacionarinių slaugos paslaugų tęstinumo pacientų namuose veiksmingumas ir pasiūlytas naujas būdas slaugos paslaugų prioritetui nustatyti.

Šiuo darbu slaugos paslaugų sistema Lietuvoje įvertinta kiekybiniu tyrimu vartojant standartizuotą tarptautinį interRAI (HC) klausimyną, vertinimo skales. Gauti kiekybinio tyrimo duomenys papildyti ir paaiškinti atsižvelgiant į pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų vadovų nuomonę, argumentus ir praktinę patirtį. Pateiktos rekomendacijos slaugos paslaugų sistemai tobulinti.

Darbo praktinė reikšmė

Šio darbo rezultatai galės būti pritaikomi praktikoje, tobulinant slaugos paslaugų planavimo ir organizavimo sistemą Lietuvoje, gerinant slaugos paslaugų prieinamumą pagyvenusiems, savarankiškumo netekusiems žmonėms.

Į lietuvių kalbą išverstas ir pritaikytas praktikoje interRAI (HC) klausimynas, vertinimo MAPLe ir MI Choice skalės leis surinkti išsamius duomenis apie pagyvenusių žmonių fizinės ir psichikos sveikatos būklę, įvertinti psichosocialinę aplinką, nustatyti slaugos ir sveikatos priežiūros, socialinių paslaugų poreikį pagyvenusių žmonių namuose, įvertinti teikiamų slaugos paslaugų asmens namuose efektyvumą. Padės įvertinti ir nustatyti pagyvenusių žmonių savarankiškumo lygį bei prioritetą slaugos paslaugoms teikti.

Surinkti ir kaupiami duomenys naudojant interRAI (HC) klausimyną leis gautus duomenis lyginti su kitų, pažangių, šalių duomenimis, padarytos išvados padės tobulinti slaugos paslaugų kokybę.

Doktoranto asmeninis indėlis

Disertacijos autorė, vadovaujama mokslinės vadovės ir konsultantės, sudarė tyrimo planą, pasirinko tyrimo instrumentus (interRAI HC klausimynas, MAPLe ir MI Choice vertinimo skalės), kuriuos išvertė į lietuvių kalbą ir adaptavo Lietuvai. Autorė surinko tyrimo duomenis, apklausdama pirminės apklausos 152 pacientus (pirminės apklausos metu), išleidžiant juos iš slaugos ligoninės į namus, ir 124 pacientus antrinės apklausos metu, esant jiems namuose. Autorė parengė duomenų bazę ir įvedė duomenis, konsultuodamasi su statistikos specialistais, atliko statistinę tyrimo duomenų analizę. Ji taip pat surengė penkis individualius interviu su pirminių sveikatos priežiūros įstaigų vadovais. Konsultuodamasi su darbo vadove ir konsultante, darbo autorė interpretavo tyrimo rezultatus, juos pristatė tarptautinėse mokslinėse konferencijose bei publikavo mokslo leidiniuose.

Darbo tikslas

Įvertinti iš palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės į namus išrašomų pagyvenusių žmonių savarankiškumą ir slaugos paslaugų asmens namuose poreikį.

Darbo uždaviniai:

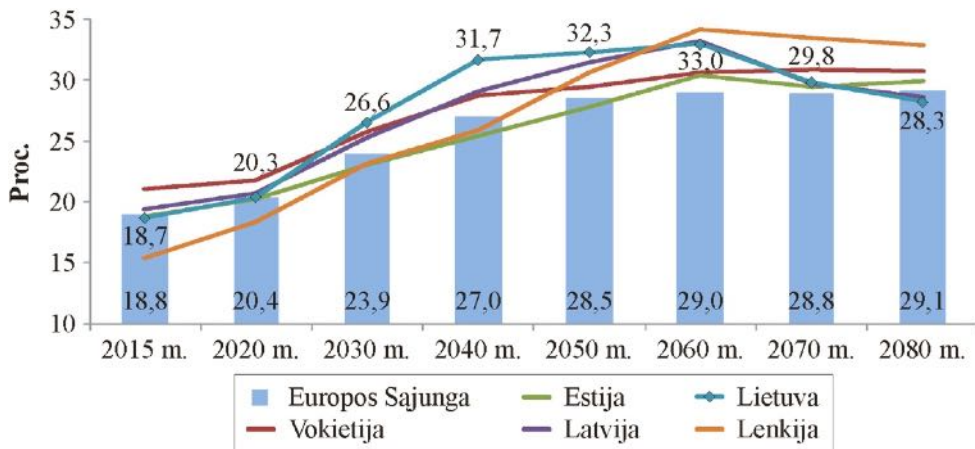
1. Nustatyti dažniausius iš palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės išrašomų pagyvenusių žmonių sveikatos sutrikimus ir jų pagrindines slaugos problemas.
2. Nustatyti iš palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės išrašomų pagyvenusių žmonių savarankiškumą ir slaugos poreikius.
3. Nustatyti iš palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės į namus išrašytų pagyvenusių žmonių savarankiškumo pokyčius ir slaugos paslaugų tęstinumą po išrašymo praėjus 90–120 dienų.
4. Išsiaiškinti slaugos paslaugų asmens namuose sistemos vertinimą ir ateities perspektyvas pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų vadovų požiūriu.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Pagyvenusių žmonių skaičiaus didėjimo keliama iššūkiai siekiant patenkinti slaugos ir socialinių paslaugų poreikius

Gyventojų senėjimas, žvelgiant iš ekonominės ir socialinės perspektyvų, apibūdinamas kaip gyventojų amžiaus struktūros kaita didėjant vyresnio amžiaus žmonių skaičiui/proporcijai. Senstančia populiacija yra laikoma tokia populiacija, kai vyresnių kaip 65 m. amžiaus žmonių skaičius bendroje populiacijoje yra lygus arba didesnis už 7 proc. [21].

Eurostat duomenimis, ES šalyse 2010 m. 65 m. ir vyresnio amžiaus žmonės bendroje populiacijoje sudarė 17,5 proc. visų gyventojų, o 2019 m. – 20 proc. Prognozuojama, kad 2060 m. šio amžiaus žmonės bendroje populiacijoje ES sudarys 29 proc., Lietuvoje – 33 proc. Lietuva 2060 m. viršys ES vidurkį pagal senų ir visų šalies gyventojų santykį 2020–2070 m. [22, 23] (1.1.1 pav.).



1.1.1 pav. 65 m. ir vyresnio amžiaus grupės gyventojų dalis kai kuriose Europos Sąjungos šalyse *Eurostat* duomenimis* (prognozės)

*Duomenys atnaujinti 2019-02-05.

Kaip teigiama Europos Sąjungos Komisijos komunikate, vyresnio amžiaus žmonių dalies didėjimas visų pirma yra didžiulės ekonominės, socialinės ir medicinos pažangos rezultatas, suteikiantis europiečiams galimybę kaip niekada anksčiau ilgai, patogiai ir saugiai gyventi. Tačiau, pasak valstybių ir vyriausybių vadovų pareiškimo neoficialiame 2005 m. spalio mėn. *Hampton*

Court vykusiame aukščiausiojo lygio susitikime, tai taip pat yra vienas svarbiausių iššūkių, kurį ES turės atremti per ateinančius metus [24].

Demografiniai pokyčiai ir gyventojų senėjimas kelia iššūkius ne tik ekonomikos, politikos, švietimo, bet ir socialinių institucijų funkcionavimui, sveikatos apsaugai [25]. Vyresnio amžiaus gyventojų skaičiaus didėjimas, mažėjant darbingo amžiaus gyventojų skaičiui, yra didžiulis iššūkis šalies socialinei politikai – didėja socialinės apsaugos išlaidos, skirtos senatvės pensijoms, susiduriama su socialinės globos paslaugų pagyvenusiems asmenims trūkumu, poreikiu sparčiai plėsti šias paslaugas [26]. Demografinio senėjimo pokyčiai, vyresniame amžiuje būdingas poliligitumas, polifarmacija lemia gyventojų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų, orientuotų į senų ir negalią turinčių asmenų sveikatos problemas, paslaugų poreikio didėjimą [27–29].

Kitas, ne mažiau svarbus poreikių sveikatos priežiūrai, slaugai ir ilgalaikiai globai plėtros senstančioje visuomenėje aspektas yra susijęs su šeimos globos funkcijų silpnėjimu. Nepilnų šeimų skaičiaus gausėjimas, šeimos struktūrų nestabilumas ir jų narių teritorinis mobilumas silpnina, daro fragmentiškus „giminystės ryšių tinklus“, kartu silpnėja šeimos narių galimybės rūpintis ir teikti reikiamą priežiūrą ir globą senyvo amžiaus giminaičiams. Tradiciškai rūpinimasis vyresnių kartų šeimos nariais yra moterų pareiga, tačiau aktyvi profesinė veikla, užimtumo augimas bei įstatymu numatyto išėjimo į pensiją amžiaus „senėjimas“ žymiai riboja jų galimybes prižiūrėti senyvo amžiaus artimuosius, ypač teikiant jiems nuolatinę globą. Dėl šių priežasčių numatomas paklausos institucinėms (formalioms) paslaugoms didėjimas [30].

Lesauskaitė su bendraautoriais išskiria pagrindines priežastis, kurios formuoja poreikį plėtoti pagyvenusių ir senyvų žmonių priežiūros ir namų slaugos paslaugas. Tai demografinės, socialinės, epidemiologinės, mokslo ir inovacinės veiklos pokyčiai, lūkesčių ir vertybių pasikeitimas (1.1.1 lentelė) [31].

1.1.1 lentelė. Priežastys, didinančios pagyvenusių žmonių priežiūros poreikį

Veiksniai	Poreikio priežiūrai namuose formulavimas
Demografiniai pokyčiai	Daugėja senų ir labai senų žmonių visuomenėje, tačiau mažėja jaunesnių žmonių, kurie galėtų rūpintis pagyvenusiais žmonėmis; vyresnis amžius didina savarankiškumo praradimo ir priežiūros poreikio riziką.
Socialiniai pokyčiai	Tradicinės didelės šeimos instituto subyrėjimas į mažesnius šeimos vienetus, ypač miesto vietovėse; moterų aktyvus dalyvavimas darbo rinkoje mažina potencialių globėjų skaičių; pensinio amžiaus ribos pailginimas mažina potencialių globėjų skaičių, nes daugiausia neformalių globėjų amžius svyruoja tarp 45 ir 60 metų amžiaus; tiek vidinė, tiek išorinė migracija nutolina šeimos narius ir ženkliai sumažina galimybę pasirūpinti atsiradus poreikiui (migracija kelia problemų ne tik dėl „protų nutekėjimo“, bet ir dėl potencialių globėjų nykimo).
Epidemiologiniai pokyčiai	Gydant psichikos ligas pirmenybė teikiama ambulatorinėms paslaugoms; keičiasi ligų struktūra, Alzheimerio liga ir kitos demencijos tampa dažnesnės; lėtinių ligų (cukrinio diabeto, insulto, širdies nepakankamumo) pasekmių reikalingą priežiūrą sėkmingai galima teikti namuose.
Mokslo ir technologijų inovacijos	Medicinos pasiekimai leidžia nugalėti ligas, pailgina gyvenimą, pagerina gyvenimo kokybę žmonėms, turintiems ir kompleksinių poreikių; net ir nedideli aplinkos pakeitimai įgalina žmones su negalia būti savarankiškesnius; technologijų ir inovacijų spartaus vystymo sprendimai leidžia žmonėms likti namuose.
Lūkesčių pasikeitimas	Didėja individualizuotos priežiūros aktualumas; namuose teikiamos paslaugos patrauklesnės už stacionarines paslaugas.

Dėl visuomenės senėjimo ES valstybės narės reformuoja išmokų bei sveikatos priežiūros ir ilgalaikės rūpybos sistemas, siekdamos užtikrinti visuotinę ir nuoseklų socialinių paslaugų prieinamumą [14].

Mokslo tyrimų, grindžiančių, kurios paslaugos yra pigesnės, yra įvairių. Vieni jų rodo, kad slaugos paslaugos, teikiamos namuose, yra pigesnės už paslaugas ligoninėje [32], kiti – kad išlaidos nesiskiria [33], dar kiti – kad namuose teikiamos slaugos paslaugos yra brangesnės [34].

Apibendrinant galima teigti, kad Lietuvoje, kaip ir visame pasaulyje, vyksta spartus senėjimo procesas, keliantis didelį susirūpinimą socialinės politikos, ekonomikos, sveikatos priežiūros sritims. Visuomenei senstant ir mažėjant gimstamumui, daugėja pagyvenusių asmenų skaičius. Darbingo amžiaus žmonių mažėja, ir jiems darosi sudėtingiau išlaikyti pagyvenusius asmenis. Akivaizdu, kad gyventojų senėjimas ir su juo susijęs slaugos, socialinių paslaugų poreikio didėjimas ateityje pasireikš dar labiau. Todėl būtina jau dabar ieškoti būdų, kaip patenkinti didėjančią šių paslaugų poreikį, o turimus resursus paskirstyti kuo racionaliau, kad būtų užtikrintas paslaugų

prieinamumas, savalaikiškumas ir kokybė. Lyginant Lietuvoje patiriamas išlaidas slaugos paslaugoms namuose ir/ar ligoninėse su kitų šalių išlaidomis šioms paslaugoms, būtina atkreipti dėmesį, kokios paslaugos vertinamos, kokia dalis jų finansuojama ir kokia metodika taikoma, kokio savarankiškumo laipsnio pacientai slaugomi namuose ir kada slaugos paslaugos namuose tampa brangesnės už slaugą ligoninėse. Vertinant teikiamų slaugos paslaugų namuose sąnaudas, reikėtų atsižvelgti ir į neoficialių slaugytojų išlaidas, patiriamas atsisakius darbo ir laisvalaikio dėl artimųjų slaugos. Šias paslaugas galėtų teikti sveikatos priežiūros specialistai, o pacientų artimieji galėtų eiti į darbą, gauti atlyginimą ir mokėti mokesčius valstybei.

1.2. Slaugos paslaugų poreikis ir organizavimas Lietuvoje

Senstančios visuomenės įtaka didėjančiam institucinių paslaugų poreikiui

Visuomenei senstant integruotos globos ir slaugos poreikis didėja, ilgalaikė globa ir slauga tampa vis svarbesne šiuolaikinių valstybių socialinės politikos dalimi. Tyrimai rodo, nors žmonės, kuriems reikia pagalbos, vėliau renkasi paslaugas savo namuose ar bendruomenės patalpose, tačiau daugumoje ES šalių, pavyzdžiui, Švedijoje, Islandijoje, Vokietijoje, Prancūzijoje, Airijoje, Čekijoje, Lietuvoje, pusė išlaidų tenka stacionariai priežiūrai [35].

Dėl senstančios visuomenės ir jai būdingo polilogotumo, kai sergama ne viena liga, o keliomis lėtinėmis ligomis [36, 37], į stacionarias gydymo įstaigas patenka vis daugiau vyresnio amžiaus pacientų, o jų gulėjimo ligoninėje trukmė būna ilgesnė nei jaunesnio amžiaus pacientų. Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis, 2019 m. stacionariose Lietuvos gydymo įstaigose gydėsi 288,2 tūkst. (2009 m. – 262,7 tūkst.) 65 metų ir vyresnių asmenų, kurių vidutinė gulėjimo stacionare trukmė buvo ilgesnė nei bendros populiacijos (atitinkamai 14,09 dienos ir 7,35 dienos) [38]. Lietuvoje palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninių poreikis nuolat didėja, dėl to nuolat plečiamas šių ligoninių tinklas bei didinamas slaugos lovų skaičius. Kaip antai, 2011 metais slaugos lovų skaičius, tenkantis 10 000 gyventojų, buvo 14,72 lovos, o 2018 m. jis išaugo iki 20,48 lovų. Lovos funkcionavimas 2011 m. buvo 335 dienos, o 2018 m. – 330 dienų per metus [39].

Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis, ilgalaikės globos lovų skaičius pastaraisiais metais Lietuvoje taip pat didėjo. Nuo 2001 m. iki 2018 m. šių lovų skaičius, tenkantis 10 000 gyventojų, padidėjo 9 kartus (nuo 0,04 iki 0,36 lovų). Lovos funkcionavimo rodiklis 2001 m. buvo 368 dienos per metus, o 2018 m. – 267 dienos [39]. Pastebėję, kad 2018 m. lovos funkcionavimo rodiklis yra žemas, o 2001 metų statistinis rodmuo taip

pat nėra teisingas (metuose yra 365, bet ne 368 dienos), viešai prieinamus statistinius duomenis apie socialinių globos namų užimtumą paanalizavome plačiau.

Lovos funkcionavimo rodiklis parodo, kiek dienų per metus stacionaro lova buvo užimta. Jis yra skaičiuojamas lovadienių skaičių padalinus iš vidutinio metinio lovų skaičiaus [40]. Peržiūrėję oficialią statistiką padarėme išvadą, kad socialinės globos įstaigos lovos funkcionavimo rodiklio nevertina, o Higienos institutui patenka neteisingi statistiniai duomenys. Manome, kad tarp socialinės globos įstaigų ir statistinius duomenis renkančių, apdorojančių įstaigų nėra bendradarbiavimo, tinkamos komunikacijos.

Oficialios statistikos departamentas skelbia, kad 2014 m. socialinės globos įstaigose LR teritorijoje buvo 5158 vietos, o 2018 m. – 6324 [41]. Taigi įvyko gana žymus 1166 lovų padidėjimas. Neįgaliųjų reikalų departamento prie socialinės apsaugos ir darbo ministerijos duomenimis 2020 m. balandžio 20 d. laukiančiųjų eilėje apsigyventi socialinės globos namuose buvo 527 suaugę žmonės (viėtų skaičius – 6511) [42]. Šie duomenys rodo, kad nežiūrint į socialinės globos įstaigose didinamą vietų skaičių, jų poreikis išlieka nepatenkintas.

Daugeliui vyresnio amžiaus žmonių ilgesnis buvimas ligoninėje mažina savarankiškumą ir galimybes jį pagerinti [43, 44], todėl į stacionarias gydymo, slaugos ar globos įstaigas pagyvenęs žmogus turėtų būti siunčiamas tik tada, kai tai neišvengiama: kai teikiamos paslaugos namuose yra neveiksmingos arba nėra sąlygų jas teikti namuose. Mokslo tyrimai rodo, kad namuose pacientai jaučiasi geriau, o kokybiškos slaugos paslaugos pagerina paciento ir jo šeimos narių tarpusavio santykius [45].

Nustatyta, kad daugelio pagyvenusių žmonių apsisprendimui gyventi globos įstaigose įtakos turi savarankiškumas. Kol jis mažai sutrikęs, paslaugas jie norėtų gauti jiems įprastoje aplinkoje – savo namuose, tačiau visiškai nesavarankiškai rinktųsi institucinę slaugą. Priklausomi asmenys siekia išlaikyti identitetą, autonomiją, kontrolę ir orumą. Pageidaujamas priežiūros būdo pasirinkimas priklauso nuo to, kaip tai užtikrins žmonių bazinius psichologinius ir psichinius/socialinius poreikius [46, 47]. Alders prognozuoja, kad ateityje formosis slaugos namų perteklius mažus slaugos ir/ar socialinius poreikius turintiems pagyvenusiems žmonėms bei trūkumas – didelius poreikius turintiems žmonėms [48].

Mokslo tyrimai rodo, kad pacientų išrašymo iš ligoninės planavimas padeda sutrumpinti gydymo ligoninėje trukmę, užtikrinti sveikatos priežiūros tęstinumą po išrašymo, išvengti rehospitalizavimo arba priešlaikinio patekimo į ilgalaikės globos įstaigas, padidinti pacientų ir jų artimųjų pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis [49, 50]. Vien tik dėl šių priežasčių būtina

dėti visas pastangas, kad pacientai ligoninėse būtų gydomi kuo trumpiau. Būtina tinkamai įvertinti jų būklę, savarankiškumą ir suplanuoti tolimesnę slaugą arba/ir pagalbą namuose. Lietuvoje stacionarinių slaugos lovų skaičiaus didinimas susijęs su vis dar vystoma ir reorganizuojama namų slauga ir/ar socialinių paslaugų trūkumu.

Stacionarinių slaugos paslaugų organizavimas Lietuvoje

Lietuvoje vyresnio amžiaus žmonės, kuriems reikalinga slauga, dažniausiai šias paslaugas gauna palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėse. Palaikomojam gydymui ir slaugai jie stacionarizuojami pagal SAM patvirtintą palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų teikimo reikalavimų aprašą. Šiame apraše nurodomi ne tik keliami reikalavimai stacionarines slaugos paslaugas teikiančių įstaigų patalpoms, medicininei įrangai, personalui, bet ir išvardijamos konkrečios diagnozės (pagal TLK-10-AM kodus), dėl kurių asmenys gali būti stacionarizuojami į slaugos ligonines. Nurodoma, kad „pacientai palaikomojam gydymui ir slaugai stacionarizuojami, kai nustatyta galutinė diagnozė ir nereikia tirti papildomai“. Tai gali būti atvejai po gydymo ir slaugos paciento namuose, kai ambulatorinė pagalba neefektyvi, arba po gydymo stacionare, teikiančiame aukštesnio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas: dėl užsitęsusių ligų ir būklių, kai nereikia aktyvaus stacionarinio gydymo ir kontraindikuotina medicininė rehabilitacija, po galvos smegenų operacijų ar kitų susirgimų, kai negalima ankstyva medicininė rehabilitacija, kai dėl objektyvių priežasčių pacientui netaikytinas radikalus gydymas, po medicininės rehabilitacijos, nepakitus paciento biosocialinių funkcijų sutrikimo laipsniui, esant simptominio gydymo ir slaugos indikacijų, esant sužalojimų, apsinuodijimų ir kitų išorinių priežasčių poveikio neigiamų padarinių, kai kontraindikuotina medicininė rehabilitacija [4].

Jei pacientas suserga kita liga (ne ta, dėl kurios buvo stacionarizuotas į palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninę) arba jo lėtinė liga paūmėja, gydymui jis perkeliamas į kitą ligoninę [4]. Slaugos ligoninių tikslas – išsaugoti individualų fizinį aktyvumą ir pagal galimybes palaikyti organizmo funkcinių pajėgumą. Slaugos komandą sudaro gydytojas (dirbantis slaugos ligoninėje), slaugytojas, slaugytojo padėjėjas, kineziterapeutas, socialinis darbuotojas [4]. Įrodyta, kad šiose ligoninėse ne tik stabilizuojama pacientų būklė, bet ir pasiekiami teigiami pacientų sveikatos būklės rezultatai [51].

Slaugą palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėse valstybė finansuoja 120 kalendorinių dienų per metus [52]. Šis laikotarpis paciento artimiesiems yra kaip atokvėpis po slaugymo namuose arba kaip artimųjų pasiruošimas slaugai namuose po ūmių būklių, kai pacientas staiga iš savarankiško tampa nesavarankišku ir po stacionarinio gydymo jam reikalinga slauga. Svarbus

aspektas yra tas, kad pasibaigus šiam laikotarpiui, pacientai nepriklausomai nuo jų savarankiškumo, sveikatos būklės išleidžiami į namus arba artimųjų pageidavimu perkelti į privačias ilgalaikės globos įstaigas, kur slaugos išlaidas apmoka pats pacientas arba jo šeimos nariai. Tik pacientams, kuriems reikalinga paliatyvi slauga, šių paslaugų teikimo slaugos ligoninėje trukmė neribojama [53]. Asmenys, kuriems dėl įvairių socialinių priežasčių slaugos, globos paslaugas teikti namuose nėra galimybės, apgyvendinami ilgalaikės globos įstaigose. Šiems asmenims paslaugas ilgalaikės globos įstaigose iš dalies finansuoja valstybė.

Išanalizavę teisės aktus, reglamentuojančius stacionarinę palaikomąją gydymą ir slaugą, taip pat paliatyvią pagalbą, pastebėjome, kad palaikomojo gydymo ir slaugos 120 dienų finansavimas nėra susietas su paciento būkle, savarankiškumu, paciento šeimos galimybėmis. Pavyzdžiui, pacientas, kuris dėl lūžusio šlaunikaulio slaugos ligoninėje jau yra išnaudojęs 120 kalendorinių dienų, sugrįžo į namus ir tais pačiais metais jį ištiko insultas, nežiūrint į tai, kad jis tapo visiškai nesavarankiškas ir yra vienišas, stacionarinė slauga šiam pacientui nėra prieinama. Jis gali būti slaugomas tik namuose arba apgyvendinamas socialinės globos įstaigoje. Dar didesnė problema kyla tada, kai vienišam pacientui, kuris jau yra praleidęs 120 kalendorinių dienų slaugos ligoninėje, suformuota tracheostoma ir reikalingas siurbimas iš kvėpavimo takų. Tokių pacientų priimti socialinės globos įstaigos neturi sąlygų (nėra visą parą dirbančio slaugos personalo, neturi reikiamos medicininės technikos ir kt.). Jeigu tracheostoma suformuota dėl onkologinio susirgimo, kurio diagnozė yra įrašyta į sąrašą diagnozių, dėl kurių skiriama paliatyvi slauga, tada gulėjimas slaugos ligoninėje gali būti pratęstas. Taigi, nors abu pacientai bus vienodai nesavarankiški ir jiems bus reikalinga tokia pati slauga, sąlygos stacionarioms slaugos paslaugoms gauti bus nevienodos.

Paliatyvią slaugą PSO apibrėžia kaip pagalbą, skirtą pagerinti pacientų ir jų šeimos narių gyvenimo kokybę, susidūrus su problemomis, kurios susijusios su gyvybei grėsmingomis ligomis. Siekiama pacientą apsaugoti nuo kančių arba jas sumažinti, anksti nustatyti, įvertinti ir gydyti skausmą, kitas fizines, psichologines, socialines ir dvasines problemas [54]. Išanalizavę indikacijas, apibrėžiančias paliatyvią pagalbą, reglamentuojančiame apraše [53] pastebėjome, kad ne visos „gyvybei grėsmingos ligos“ yra minėtame apraše. Pvz., apraše nurodoma: „Jeigu pacientui diagnozuotas piktybinis navikas ir nustatytas ligos progresavimas arba terminalinė ligos stadija, kai būtina suvaldyti simptomus: skausmą, pykinimą, vėmimą, karščiavimą, kvėpavimo sutrikimą ir kt., kai nebetaikytinas aktyvus stacionarinis gydymas (pagal TLK-10-AM C00–C96), pacientui gali būti skiriama stacionari paliatyvinė pagalba.“ Tačiau jeigu terminalinė būklė pacientui kyla dėl kitos

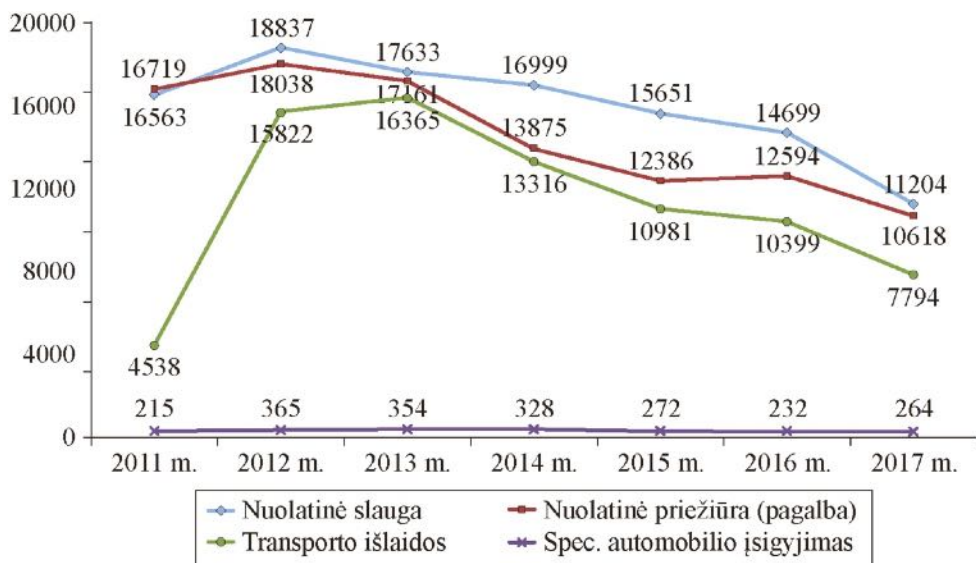
diagnozės, pavyzdžiui, insulto, nei ambulatorinės, nei stacionarinės paliatyvios slaugos paslaugos nėra numatytos, nors paciento būklė labai sunki ir yra išnaudotos 120 kalendorinės stacionarinės slaugos dienos. Toks pacientas iš ligoninės išrašomas į namus.

Apibendrinami galime teigti, kad stacionarines palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas reglamentuojančiuose dokumentuose yra spragų, dėl kurių pagyvenusiems, savarankiškumo visiškai netekusiems žmonėms (ypač sunkios būklės pacientams) neužtikrinamas reikalingų paslaugų savalaikis prieinamumas ir tęstinumas. Griežtas stacionarinių palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų ribojimas (120 kalendorinių dienų per metus) nesudaro sąlygų paslaugas gauti pagal esamą poreikį (sveikatos būklę, savarankiškumą).

Ambulatorinės (namų) slaugos paslaugų organizavimo principai ir poreikis Lietuvoje

Slaugos paslaugos namuose teikiamos tik tokiems pacientams, kuriems nustatytas specialusis nuolatinės slaugos poreikis (SP) arba specialusis nuolatinės priežiūros (pagalbos) poreikis su dideliais specialiaisiais poreikiais. Didelius specialiuosius poreikius liudija specialiųjų poreikių nustatymo pažyma iš Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos (NDNT) prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos. Šie poreikiai asmeniui pripažįstami esant kelioms sąlygoms: kai dėl somatinių ligų ir pažeidimų nustatytas bendras funkcinis sutrikimas, kai Bartelio indeksas yra nuo 20 iki 61 balo ir kurie kasdieniame gyvenime yra visiškai priklausomi arba beveik visiškai priklausomi nuo kitų žmonių pagalbos, kai asmenims atlikta tracheostoma ar gastrostoma ir būtinas gleivių išsiurbimas iš kvėpavimo takų [6]. Nustačius nuolatinės slaugos arba priežiūros poreikį, asmuo įgyja teisę į valstybės finansuojamas tam tikras slaugos paslaugas namuose, socialinę pagalbą, gauna tikslines finansines kompensacijas. Šią kompensaciją žmogus gali naudoti slaugos arba priežiūros reikmėms įsigyti, gali samdyti slaugytoją arba padėjėją. Nėra kontroliuojama, kaip panaudojamos šios lėšos.

Analizuojant NDNT duomenis pastebėta, kad pensinio amžiaus žmonių, kuriems nustatytas nuolatinės slaugos poreikis, skaičius Lietuvoje mažėja. Nuo 2012 m. iki 2016 m. kasmet mažėjo maždaug po 1000 asmenų (nuo 18 837 iki 14 699). Kiek didesnis mažėjimas pastebimas 2017 m. lyginant su 2016 m. (2016 m. – 14 699, 2017 m. – 11 204) [55] (1.2.1 pav.).



1.2.1 pav. Pensinio amžiaus asmenims nustatytų spec. poreikių skaičiaus kitimo tendencijos 2006–2017 m.

Galima manyti, kad tokį sumažėjimą lėmė sergamumo arba sveikatos būklių, pavyzdžiui, galvos smegenų kraujotakos sutrikimų (tai pagrindinė lėtinio neįgalumo priežastis), mažėjimas. Tačiau 65 metų ir vyresnio amžiaus grupėje vyrų ir moterų mirtingumas ir hospitalinis sergamumas nuo galvos smegenų kraujotakos sutrikimų pasižymėjo tendencija augti. Lietuvoje kasmet galvos smegenų insultas išstinka apie 10 tūkst. gyventojų [56].

Stasiukaitienė pastebėjo, kad nuolatinio slaugos poreikio sumažėjimas atsirado pasikeitus specialiujų poreikių nustatymo tvarkai [57]. Toks tvarkos sugriežtinimas padeda taupyti socialinio draudimo lėšas ir valstybės dotacijas, tačiau tai nereiškia, kad žmonių, kuriems reikalinga pagalba (slauga) namuose, mažėja [18]. Dar 2007 m. atlikto tyrimo duomenimis, iš 390 vyresnio amžiaus žmonių Kauno rajone, jų nuomone, 71,3 proc. buvo reikalingos slaugos, o 58,2 proc. – socialinės paslaugos namuose [58]. 2019 m. Kudukytės-Gasperės tyrimo rezultatai parodė, kad daugiau nei pusei lėtinėmis ligomis sergančių pacientų, stacionarizuotų palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėje, niekada nebuvo teikiamos pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugos namuose, nors, tiriamųjų nuomone, toks poreikis buvo [20]. Tokie duomenys rodo, kad slaugos paslaugų namuose poreikis pagyvenusio amžiaus, savarankiškumo netekusiems žmonėms nėra patenkinamas.

Pagal šiuo metu Lietuvoje galiojančią tvarką slaugos paslaugų namuose gavėjai yra tik tie pagyvenę žmonės, kuriems nustatytas nuolatinės slaugos poreikis. Asmenims, kuriems yra tik laikinas sveikatos pablogėjimas, slaugos

paslaugos namuose nepriklauso. Tam tikros procedūros gali būti atliekamos namuose gydytojui paskyrus, tačiau tai neužtikrina pastovios, reguliarios slaugos, paciento sveikatos būklės stebėjimo. Nors pagrindinis tikslas yra tiek slaugos, tiek socialines paslaugas vyresnio amžiaus žmogui teikti taip, kad jis kuo ilgiau galėtų namuose gyventi savarankiškai ir jam neprireiktų stacionarių slaugos arba globos paslaugų, slaugos paslaugos namuose skiriamos tik tada, kai asmuo yra visiškai nepajėgus.

Integralios pagalbos paslaugos Lietuvoje

PSO integralią pagalbą apibrėžia kaip koordinuotą paslaugų organizavimą, kai sveikatos priežiūros ir kitos tarnybos, teikiančios priežiūros, pagalbos paslaugas, dirba kartu orientuojantis į individualius asmens poreikius, o paslaugų teikimo pobūdis leidžia užtikrinti tų paslaugų tęstinumą pradedant sveikatos stiprinimu, ligų prevencija, diagnostika, gydymu, ligos kontrole, reabilitacija ir baigiant paliatyvia priežiūra [59].

Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integruoto teikimo poreikį sąlygoja besikeičianti demografinė ir epidemiologinė situacija Europoje, taip pat ir Lietuvoje. Visuomenės senėjimas kelia iššūkius ne tik ES šalių sveikatos priežiūros sistemoms, bet ir reikalauja, kad būtų palaikoma sveiko senėjimo idėja, paremta sveikatos mokymu, propagavimu, sveikatos problemų sprendimu kuo ankstyvesniame amžiuje. Reikalaujama, kad sveikatos priežiūros sistema būtų kuo labiau susieta su socialiniais, ekonominiais bei aplinkos apsaugos veiksniais [60]. Didėjant vyresnio ir senyvo amžiaus žmonių skaičiui, nepaliaujamai auga sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų, t. y. integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų, poreikis [61]. Besikeičiančioje visuomenėje, nuolatos tobulėjant medicinos bei informacinėms technologijoms, siekiama kuo labiau patenkinti visuomenės lūkesčius ir poreikius. Įrodyta, kad integracija didina sveikatos priežiūros veiksmingumą ir kokybę. Sveikatos ir socialinės politikos veiksmingumas pasiekiamas integruojant sveikatos ir socialinės priežiūros funkcijas [62].

Lietuvoje 2007 m. bendru LR SAM ir LR SADM ministrų įsakymu, buvo reglamentuotas integralios pagalbos teikimas [17]. Bendras LR SAM ir SADM įsakymas numato, kad integruotos priežiūros paslaugos teikiamos nuo tada, kai nustatomas ilgalaikės priežiūros paslaugų poreikis asmeniui (šeimai). Ilgalaikės priežiūros tikslas – sudaryti palankias sąlygas asmeniui kuo ilgiau savarankiškai ir visavertiškai gyventi bendruomenėje, namuose, ten, kur jis gyvena, užtikrinant tinkamų slaugos ir socialinių paslaugų organizavimą ir teikimą asmeniui, siekiant jį apsaugoti nuo ligos paūmėjimo ar esamų simptomų progresavimo, atsižvelgiant į šeimos poreikius ir galimybes. Tačiau šis įsakymas, nežiūrint į visus kitus išleistus teisės aktus, įgyvendintas

nebuvo. Išryškėjo atskirų tarnybų bendradarbiavimo stoka, bendro sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų veiklos koordinavimo, paslaugų pasisikirstymo ir finansavimo problemos.

2012 m. LR SADM iniciatyva buvo patvirtinta integralios pagalbos plėtros programa per pilotinį projektą, finansuojamą iš ES ir savivaldybių lėšų. Šiame projekte pareiškė norą dalyvauti 21 savivaldybė. Minėtoje programoje buvo numatyta siekti kokybiškos integralios pagalbos (socialinės globos ir slaugos) namuose kūrimo ir plėtros proveržio. Ši pagalba skirta asmenims su negalia, senyvo amžiaus asmenims, taip pat apima ir šeimos narių konsultavimą [63].

Po dvejų metų projekto veiklos LR SADM inicijavo Integralios pagalbos veiksmingumo ir pritaikomumo tyrimą, kurio tikslas – įvertinti Integralios pagalbos plėtros programos veiksmingumą ir pritaikomumą bei numatyti ilgalaikės priežiūros socialinės pagalbos sistemos plėtros kryptis. Ataskaitoje išskiriami šie pagrindiniai taikytos integralios pagalbos privalumai:

1. Pagerėjo integralios pagalbos paslaugų prieinamumas (pilotinėse savivaldybėse). Teikiamos tiek socialinės, tiek ir medicininės paslaugos namuose.
2. Geriau jaučiasi paslaugų gavėjai ir jų šeimos nariai. Šeimos nariai gali skirti laiko savo profesinei veiklai ir jaustis saugiai dėl savo artimo žmogaus visapusiškos priežiūros bei slaugos [64].

Pastebėti trūkumai ir pagrindinės rekomendacijos:

1. Paslaugos neteikiamos savaitgaliais ir švenčių dienomis.
2. Pasibaigus projekto finansavimui daugelis savivaldybių nuogąstauja, kad nepakaks finansinių išteklių tęsti pradėtą darbą.
3. Nėra tarpinstitucinio bendradarbiavimo tarp SAM ir SADM paslaugas teikiančių įstaigų teikiant integralias paslaugas. Turi būti užtikrintas aiškus bendradarbiavimo ir koordinavimo mechanizmas tarp pagrindinių institucijų – SADM ir SAM, atsakingų už ilgalaikės priežiūros užtikrinimą bei atsakomybės pasidalinimą, bei joms pavaldžių įstaigų (pvz., NDNT), savivaldybių, nevyriausybinų ir privačių organizacijų [64].

Ataskaitoje nurodoma, kad analizuojant integralios pagalbos paslaugų finansavimą, vienas didžiausių trūkumų yra skirtingi finansavimo šaltiniai. Bandomąjį projektą ir slaugos paslaugas finansuoja iš ES fondų, o ASPI teikiamos socialinės paslaugos arba socialinių paslaugų įstaigų teikiamos slaugos paslaugos finansuojamos iš įstaigų vidinių resursų ir įstaigoms yra nuostolingos. SAM neranda galimybių finansuoti SADM bandomųjų projektų slaugos paslaugų iš PSDF biudžeto lėšų, argumentuodama, kad NDNT institucijai nustačius paslaugų gavėjų poreikius (nuolatinės slaugos), jiems

skiriama tikslinė kompensacija slaugai, tačiau, SADM nuomone, ši tikslinė kompensacija yra skiriama ne tik slaugos paslaugoms, bet ir kitiems paslaugų gavėjo poreikiams patenkinti. SAM atstovai teigia, kad NDNT ne visada laiku perduoda duomenis apie nustatytus paslaugų gavėjų poreikius šeimos gydytojams [64].

Mokslo tyrimai rodo, kad mažėjant savarankiškumui, didėja institucinės globos rizika, tačiau ši pagalbos forma brangiai kainuoja ir pasižymi ribota stacionarizuotų vyresnio amžiaus žmonių gyvenimo kokybe ir kitais neigiamais aspektais [65]. Danusevičienės atliktame integralios pagalbos veiksmingumo tyrime pastebėta, kad „nė vienas iš integralios pagalbos paslaugų gavėjų projekto metu neapgyvendintas socialinės globos įstaigoje. Integralios komandos padėjo sumažinti pacientų hospitalizacijos poreikį“ [18]. Vadinas, integralios pagalbos paslaugų veiksmingumas yra neabejotinas ir reikėtų ieškoti galimybių praktiniam šių paslaugų įgyvendinimui.

Apibendrinant galima teigti, kad savalaikės integralios pagalbos paslaugos namuose pagyvenusiems žmonėms padeda ilgiau savarankiškai gyventi namuose, išvengti brangaus stacionarinio gydymo, jį sutrumpinti arba išvengti rehospitalizavimo, o tai padeda taupyti finansinius šalies išteklius.

Bendras SAM ir SADM įsakymas dėl integralios pagalbos yra puiki pradžia abiem ministerijoms pavaldžių institucijų darbui. Šį įsakymą būtina tobulinti aiškiai apibrėžiant atsakomybės, veiklos sritis, bendradarbiavimo, informacijos apsikeitimo mechanizmus.

1.3. Kitų šalių patirtys organizuojant slaugos paslaugas namuose pagyvenusiems žmonėms

Norint sukurti slaugos paslaugų namuose sistemą, kuri atitiktų šalies finansines galimybes ir pagyvenusių žmonių poreikius, reikėtų išsiaiškinti, kaip analogiška sistema veikia kitose šalyse, kur šios paslaugos teikiamos jau daugelį metų.

Daugelyje ES šalių bendra yra tai, kad slaugos paslaugos namuose dažniausiai teikiamos pacientams po gydymosi ligoninėse, paūmėjus lėtinėms ligoms arba netekus savarankiškumo dėl sutrikusių fizinių ir/ar kognityvinių gebėjimų.

Karlberg, aprašydamas paslaugų lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams organizavimo principus Švedijoje, pažymi, kad darbas su pacientais namuose yra organizuojamas per slaugytojų vadovaujamas klinikas („*nurse-led clinics*“), kurios kuriamos prie pirminių sveikatos priežiūros centrų bei ligoninių. Šios slaugos klinikos yra specializuotos, pavyzdžiui, kraujotakos ir širdies nepakankamumu sergantiems pacientams, onkologinėmis ligomis

sergantiems pacientams, diabetu, lėtine obstrukcine plaučių liga sergantiems pacientams, psichinėmis ligomis sergantiems pacientams, paliatyviosios pagalbos pacientams namuose ir daug kitų specializuotų slaugos klinikų. Tokių klinikų tinklas užtikrina įvairių slaugos paslaugų prieinamumą šalies gyventojams. Slaugytojas yra pirmasis specialistas, kuris nusprendžia, kokia pagalba reikalinga pacientui [66].

Perroca tyrime aprašo vieną tokių klinikų Švedijoje. Ši klinika prijungta prie universitetinės ligoninės ir jos teikiamas paslaugas galima būtų suskirstyti į tris grupes: paliatyvioji pagalba (paciento namuose ir klinikos skyriuje), slauga paūmėjus lėtinėms ligoms ir reabilitacija (namuose bei ambulatoriniams pacientams). Namų priežiūros personalas daugiaprofesinis. Tai gydytojai, slaugytojai, slaugytojų padėjėjai, diabetologai, kineziterapeutai, ergoterapeutai, logoterapeutai, socialiniai darbuotojai ir kiti darbuotojai pagal poreikį. Darbuotojų komandai vadovauja gydytojas su slaugytoju. Paskyrus slaugos paslaugas namuose, gydytojas su slaugytoju, atsižvelgdami į poreikius, sudaro planuojamų vizitų (paslaugų) tvarkaraštį, kurį aptaria kiekvieną dieną. Esant poreikiui vizitų kiekį didina. Daugiadisciplininame komandiniam darbe naudojamas holistinis požiūris, kuriame pagrindinis dėmesys skiriamas individualios priežiūros poreikių tenkinimui [67].

Panašiai kaip Švedijoje, darbas organizuojamas ir Jungtinėje Karalystėje bei Olandijoje. Yra įrodymų, kad tokių Slaugos klinikų darbas padeda užtikrinti paslaugų tęstinumą, mažina rehospitalizavimą ir suteikia geresnius paciento gydymo rezultatus nei tradicinis tik gydytojo priežiūros modelis. Šis modelis taip pat sumažina sveikatos priežiūros išlaidas [67, 68].

Milberg ir Strang tyrimas parodė, kad Švedijos paliatyvios slaugos namuose sistema, organizuotą per slaugos kliniką, paslaugų gavėjai įvertino labai teigiamai. Saugumo jausmą ir galimybę likti namuose jie išskyrė kaip pagrindinius paslaugų kokybės elementus. Pacientų artimiesiems slaugos paslaugos namuose mažino psichinį stresą ir nuovargį [69].

Slaugos paslaugas namuose Vokietijoje teikia Slaugos namuose tarnybos. Tai savarankiškos įstaigos, kurias pacientai pasirenka patys. Slaugos namuose tarnybos darbo dienos organizavimo principai panašūs į Švedijoje veikiančių slaugos klinikų. Danijoje, Suomijoje, Nyderlanduose, Švedijoje atsakomybė organizuoti slaugos paslaugas atitenka savivaldai [67, 70].

Literatūros analizė rodo, kad pažangiose šalyse, kuriose slaugos paslaugų namuose sistema pakankamai išvystyta (Danija, Norvegija, Švedija ir kt.), slaugos paslaugos namuose suprantamos ne tik kaip medicininių procedūrų (medikamentų administravimas, injekcijų atlikimas, žaizdų perrišimas ir kit.) atlikimas, bet ir pacientų maudymas, ap rengimas, apipirkimas, maisto gaminimas ir kt. Visa tai gali atlikti profesionalai arba artimieji. Neformali namų

slauga daugelyje ES šalių yra priklausoma nuo šeimos narių. Kai kuriose šalyse vienas iš šeimos narių (dažniausiai moteris) tampa pagrindiniu globėju (Bulgarija, Rumunija, Suomija, Slovėnija), su kuriuo valstybinės institucijos sudaro darbo sutartis. Be pagrindinių neformalių globėjų, pagalbą vyresnio amžiaus žmonėms taip pat teikia kaimynai, savanoriškos organizacijos. Priežiūra namuose taip pat apima ir tokią valstybės subsidijuojamą pagalbą, kaip maitinimas ant ratų (maistas pristatomas į namus) ar maitinimas, teikiamas paslaugų centre (pvz., Suomija, Belgija, Vengrija, Latvija), pagalbos iškvietimo į namus sistema (pvz., Belgija, Suomija, Vengrija, Latvija, Malta, Jungtinė Karalystė), slaugos ir techninės priemonės, kaip antai: slaugos lovos (pvz.: Vokietija, Danija, Estija, Suomija, Latvija, Jungtinė Karalystė), pagalba pritaikant privačius namus (pvz., Vokietija, Danija, Suomija, Prancūzija, Rumunija, Jungtinė Karalystė) ir kitos paslaugos [70, 71].

Paciento artimųjų indėlis į namų slaugą įvairiose Europos šalyse skirtingas. Šalyse, kur yra žemesnis pragyvenimo lygis bei ribotos valstybės dotacijos slaugai, stiprios šeimos struktūros, gilios tradicijos padėti seniems tėvams, slauga didžiąja dalimi atitenka šeimai [72]. Kitoks požiūris ir galimybės yra labiau išsivysčiusiose šalyse, kur pragyvenimo lygis yra aukštesnis. Šiaurės Europos šalyse populiarī formali slauga, nes pagyvenę asmenys pageidauja, kad slaugos paslaugas teiktų kvalifikuoti slaugos darbuotojai, o ne artimi giminės [73].

Skirtingose Europos šalyse slaugos paslaugos finansuojamos skirtingai. Vienose šalyse egzistuoja tik medicininis draudimas, neišskiriant slaugos paslaugų (Lietuva), kitose (Vokietija, Austrija) be medicininio draudimo egzistuoja ir slaugos draudimas. Papildomai galima draustis ir privačiu slaugos draudimu. Kiekvienas draudimas aiškiai apibrėžia draudimo sąlygas: kada, kiek laiko, kokias priemones ir/ar paslaugas finansuoja, kokia skiriama finansinė išmoka [71, 74–76].

Piniginių išmokų už slaugą tvarka taip pat skirtinga. Vokietijoje, priklausomai nuo paciento savarankiškumo laipsnio (nuo 1 iki 5, kuo laipsnis didesnis, tuo savarankiškumas mažesnis), skiriamos skirtingo dydžio išmokos. Kuo pacientas mažiau savarankiškas, tuo pinigine išmoka didesnė. Artimieji, gavę išmoką, patys sprendžia, kaip slaugys. Gali kreiptis į slaugos namuose tarnybą (šiuo atveju pinigine išmoka pervedama į paciento ar jo artimųjų nurodytą slaugos namuose tarnybą), gali kreiptis dėl institucinės slaugos ar slaugyti savarankiškai. Sprendimų priėmimui įtakos turi ir tai, kokią draudimą yra pasirinkęs pacientas. Jeigu pasirinktai paslaugai pinigų nepakanka (pvz., stacionarinei slaugai), reikia primokėti patiems. Kokias paslaugas namuose atliks slaugos namuose tarnyba, o kokias šeimos nariai, taip pat priklauso nuo to, koks yra pasirinktas paciento draudimas, koks savarankiškumo laipsnis

(kokio dydžio piniginė išmoka paskirta). Sudarant sutartį su slaugos namuose tarnyba aptariama, kokias paslaugas teiks tarnyba, o kokias artimieji. Vokietijoje kiekviena teikiama slaugos paslauga (pvz., paciento maudymas, sauskelnių keitimas, injekcijų atlikimas ir t. t.) turi savo įkainį ir, planuodami slaugos paslaugas namuose, šeimos nariai už gaunamą išmoką perka paslaugas iš slaugos namuose tarnybos. Jie patys nusprendžia, kurias paslaugas pirks iš tarnybos, o kurias teiks patys [74, 75].

Parama slaugomojo globėjams įvairiose šalyse taip pat skirtinga. Sudaromas lankstus darbo grafikas, sudaromos sąlygos dirbti ne visą darbo dieną, numatomos atostogos slaugai, nuotolinis darbas ir kt. [70].

Vokietijos centrinės ligonių kasos duomenimis, šiuo metu 2,9 milijono žmonių reikalinga slauga ir 2,04 milijono iš jų šias paslaugas gauna namuose. Vokietijos Federalinės vyriausybės duomenimis, apie 73 proc. visų pacientų, kuriems reikalinga slauga, prižiūri artimieji. Darbuotojų galimybę rūpintis artimais giminaičiais, kuriems reikalinga priežiūra namuose, apibrėžia ilgalaikės priežiūros įstatymas, kuriuo taip pat reguliuojamas darbo ir šeimos priežiūros suderinamumas [77]. Pagal šį įstatymą darbuotojai turi teisę ne ilgiau kaip 10 dienų atsitraukti nuo darbo artimo giminaičio priežiūrai ar organizuoti jo priežiūrą. Tam sergančiojo artimieji turi kreiptis į darbdavį su prašymu ir pateikti pažymą, patvirtinančią artimo giminaičio priežiūros būtinumą. Šiuo laikotarpiu darbuotojui mokama priežiūros pašalpa. Minėtas įstatymas taip pat numato galimybę atsitraukti nuo darbo, kai artimą giminaitį reikia kažkur palydėti ar slaugyti paskutinėmis jo gyvenimo dienomis (laikotarpis gali trukti nuo keletos dienų iki 2 mėn.). Pagal įstatymą šeimos priežiūros laikas negali viršyti 24 mėn. [77].

Apibendrinami galime teigti, kad kiekvienos šalies kultūrinės, etinės, ekonominės, socialinės sąlygos skirtingos, tačiau pagrindinis tikslas – turimus finansinius, žmogiškuosius resursus paskirstyti taip, kad vyresnio amžiaus žmogus kuo ilgiau išliktų savarankiškas jam pažįstamoje namų aplinkoje.

1.4. Standartizuotų skalių panaudojimas, vertinant pagyvenusių žmonių slaugos ir socialinių paslaugų poreikius

Vyresnio amžiaus žmonėms dėl jiems būdingos polipatologijos, psichologinių ir socialinių problemų didėja slaugos, pagalbos poreikis, ir todėl šio amžiaus žmonėms būtinas ypatingas dėmesys. Vyresnis amžius didina pagyvenusių žmonių fizinės sveikatos bei pažinimo funkcijų sutrikimus. Jiems būdingi atminties sutrikimai, dažniau patiriami griuvimai, nepakankama mityba, pragulų išsivystymas, savarankiškumo kasdienėje veikloje mažėjimas, depresija, šlapimo ir išmatų nelaikymas [78].

Šiandien vis dažniau pradedama kalbėti apie sąlygų sudarymą vyresnio amžiaus žmonėms kuo ilgiau gyventi savo namuose, neplečiant stacionarių paslaugų tinklo užtikrinti kokybišką priežiūrą vyresnio amžiaus žmonėms, racionaliai ir efektyviai paskirstant turimus tiek žmogiškuosius, tiek finansinius resursus. Norint to pasiekti, būtina tinkamai identifikuoti slaugos, socialinius pagyvenusių žmonių poreikius, atsižvelgiant į kiekvieną gyventoją individualiai.

Slaugos, socialinių poreikių identifikavimui naudojamos įvairios skalės, kurios palengvina paciento ištyrimą, pasižymi dideliu specifiškumu ir jautrumu. Skalių, klausimynų yra labai daug. Juos pagal biopsichosocialines sritis galima suskirstyti į keletą grupių: skalės, nagrinėjančios fizinę, funkcinę, psichologinę ir socialinę būklę. Funkcinės būklės vertinimas svarbus nustatant vyresnio amžiaus žmonių fizinį savarankiškumą, reabilitacijos efektyvumą, slaugos, pagalbos poreikį. Viena populiariausių skalių fiziniam savarankiškumui vertinti Lietuvoje yra Barthel indeksas [78], tačiau šis indeksas kritikuojamas dėl vertinimo sistemos subjektyvumo. Dažnai vertinimas priklauso nuo vertintojo patyrimo ir interpretacijos, nuo kurios asmens slaugos poreikiai gali būti įvertinti skirtingai: vietoj beveik visiškai nesavarankiško paciento jis gali būti įvertintas kaip vidutiniškai savarankiškas ir negauti reikalingos pagalbos, slaugos. Taip pat, surinkus 100 balų (kai reikšmė „nepriklausomas“), žmogui gali būti reikalinga pagalba instrumentinėje veikloje, kurios Barthel indeksas neapima [80].

Kita dažnai pasaulyje naudojamų skalių, vertinančių asmens funkcinę, fizinę būklę, yra Funkcinio nepriklausomumo matavimo skalė (angl. *Functional independence Measure* – FIM), įvesta Grangerio. Ji naudojama vertinant negalią ir reabilitacijos efektyvumą [81]. Jutimo sutrikimai analizuojami, vertinant sensorinius (klausos, regos) pokyčius, kurių paplitimas tarp vyresnio amžiaus žmonių yra didelis [82]. Naudojant protinės veiklos anketas, Folsteino trumpąjį Protinės būklės testą (TPBT), vertinama asmens mąstymo – pažinimo funkcija [83]. Vienas didžiausių šio testo privalumų – trumpas testo atlikimo laikas (4–21 min.), tačiau šį testą gali būti sunku atlikti pacientams, turintiems fizinių trūkumų, blogai girdintiems ir matantiems, turintiems motorikos sutrikimų [84].

Siekiant patikslinti demencijos diagnozę, vertinant atminties, dėmesio, orientacijos pokyčius, naudojama Klinikinė demencijos (KDS) ir Blessedo skalė. TPB testas yra jautresnis nustatant atminties pokyčius, tuo tarpu Blessedo demencijos skalė yra nukreipta į kasdieninę veiklą ir kitas kognityvines funkcijas, pavyzdžiui, erdvinį matymą, skaičiavimą, abstraktų mąstymą [85–88].

Vertinant pragulų riziką, svarbu įvertinti bendrą asmens sveikatos, odos būklę, paciento fizinį aktyvumą, inkontinenciją (šlapimo ir išmatų nelaikymą), mitybą bei skausmą [89, 90]. Pragulų riziką nustatyti naudojamos Bradeno, Nortono skalės, tačiau jų efektyvumas ne visada pakankamas [89, 91].

Griuvimų riziką įvertinti naudojama Morse skalė [92].

Pagyvenusio amžiaus žmonėms dažnai būdinga nepakankama mityba. Nepakankama mityba yra susijusi su didesniu mirtingumu, ilgesniu hospitalizacijos laiku, dažnesniu pakartotinių hospitalizacijų dažniu, hospitalizavimu ilgalaikio gydymo įstaigose [93, 94]. Vienas iš dažniausiai taikomų testų mitybos būklei įvertinti yra trumpoji mitybos vertinimo anketa [95, 96].

Asmens socialinių paslaugų poreikis Lietuvoje nustatomas individualiai pagal asmens savarankiškumą bei galimybes savarankiškumą ugdyti arba kompensuoti asmens interesus ir poreikius atitinkančiomis socialinėmis paslaugomis. Socialinio savarankiškumo vertinimo klausimyną sudaro informacijos kaupimas apie asmens ryšius su šeima, bendruomene, laisvalaikio praleidimo įpročius, gyvenamojo būsto ir aplinkos pritaikymą, asmens veiknumą, esamą kitų asmenų (ne giminaičių) pagalbą. Taip pat renkami duomenys apie asmens fizinį savarankiškumą, maitinimąsi, namų ruošą, asmens finansinius gebėjimus, pažinimo funkciją, suvokimą, emocijas ir elgesį [97].

Siekiant kuo ilgiau vyresnio amžiaus žmones išlaikyti savarankiškus savo namuose ir išvengti hospitalizavimo į ligonines, globos, slaugos įstaigas ar išvengti rehospitalizavimo, aktualu kuo anksčiau pastebėti kylančias sveikatos problemas, savarankiškumo mažėjimą. Gyvenimo tikrovė skatina sveikatos priežiūros sistemas labiau atsižvelgti į vyresnio amžiaus pacientų poreikius ir siekti nuodugnaus pagyvenusių žmonių ištyrimo, neapsiribojančio tik fizinės būklės ištyrimu ir gydymu, bet apimančio funkcinės būklės, pažinimo funkcijų, socialinio, ekonominio aspekto, gyvenamosios aplinkos vertinimą [98, 99]. Vis didesnis dėmesys skiriamas vyresnio amžiaus žmonių sisteminiam vertinimui ir ištyrimui.

Vienas plačiausiai mokslinėje literatūroje aprašomų yra sistematizuotas interRAI (priežiūra namuose) (angl. *interRAI Home Care*) klausimynas [100]. Tai viena iš visos interRAI šeimos, į asmenį orientuota vertinimo sistema, padedanti planuoti slaugos, pagalbos paslaugas pagyvenusiems žmonėms namuose. InterRAI (HC) klausimynu galima surinkti informaciją apie pagyvenusių asmenų gyvenimo sąlygas, socialinę aplinką, suvokimo, bendravimo sutrikimus, kasdienes ir instrumentines funkcines veiklas, nuotaiką, elgesį, psichosocialinę savijautą, ši informacija padeda nustatyti ir įvertinti tiriančiojo sveikatos sutrikimų sudėtingumą. Klausimynas svarbus numatant griuvimų riziką, funkcinę negalią, pragulų, netinkamos mitybos riziką, suplanuoti postacionarinės slaugos paslaugų tęstinumą ar slaugos

paslaugų namuose efektyvumą, efektyvų išteklių panaudojimą [101–105]. Su šiuo klausimynu taip pat suderinti įvairūs prognostiniai algoritmai. Vienas tokių klausimynų yra griuvimų rizikos algoritmas. Šis algoritmas nuo kitų griuvimo rizikos vertinimo algoritmų skiriasi tuo, kad prognozuoja pirmąjį griuvimą [106]. InterRAI (HC) klausimynas buvo sukurtas 1994 m. JAV ir nuolat tobulinamas, derinamas su kitais interRAI šeimos klausimynais. Instrumentas ypač išsamus, apima įvairias sritis.

Šiuo metu šis klausimynas plačiai naudojamas Šiaurės Amerikoje (Kanadoje ir keliose JAV valstijose), Europoje (Italijoje, Šveicarijoje, Suomijoje, Estijoje ir kit.), keliuose Azijos ir Ramiojo vandenyno rajonuose (Honkonge, Singapūre, Japonijoje, Australijoje, Naujojoje Zelandijoje). Mokslo tyrimai šį instrumentą vertina kaip vieną geriausių, išsamų vertinimo įrankį, skirtą žmonėms, sergantiems lėtinėmis ligomis [107–110].

Augantis slaugos paslaugų, pagalbos poreikis didina poreikį nustatyti tikslines vyresnio amžiaus grupes, kurioms slaugos, pagalbos paslaugos labiausiai reikalingos, kurioms grupėms jos turėtų būti teikiamos prioriteto tvarka. Tuo pačiu būtina turimas, dažnai ribotas, lėšas paskirstyti tinkamai ir teisingai. InterRAI bendradarbiaudama su įvairiomis šalimis sukūrė ir išbandė įvairias atrankos priemones, kuriomis būtų galima įvertinti santykinį paslaugų poreikį, skubumą ar bendrą priežiūros sudėtingumą, prognozuoti neformalių globėjų stresą. Tokios priemonės yra MI Choice ir MAPLe algoritmai, kurie padeda atlikti pagyvenusių žmonių grupavimą pagal savarankiškumo lygį (MI Choice, MAPLe) ir rekomenduojamų paslaugų pobūdį (MI Choice). MI Choice algoritmas taip pat gali būti naudojamas apklausiant asmenis telefonu, kai norima nustatyti asmenis, kurie, tikėtina, neatitinka sveikatos, pažinimo ir funkcinių kriterijų, susijusių su namų priežiūra ar institutinėmis paslaugomis. Tai leidžia brangius asmens įvertinimo išteklius skirti asmenims, kurie turi rimtų sveikatos, slaugos problemų. Be to, interRAI (HC) klausimynas sukurtas taip, kad jį galima panaudoti ne tik visą, bet ir atskiras jo dalis ar reikalingas dalis derinti su įvairiais algoritmais, informacinėmis technologijomis. InterRAI (HC) klausimyno ir algoritmų efektyvumas pagrįstas mokslo tyrimais [111–115].

Šiuo metu Lietuvoje yra išbandyti du interRAI šeimos klausimynai. Tai 2009 m. interRAI skubi pagalba (angl. *interRAI Acute Care*), kuriuo vadovaujantis buvo nustatyta standartizuoto išsamaus geriatrinio tyrimo vertė ir nustatytos hospitalizuotų pagyvenusių žmonių medicininės ir psichosocialinės problemos [78]. Vėliau, 2010 m., panaudotas klausimynas „InterRAI ilgalaikės priežiūros institucija“ (angl. *interRAI Long-Term Care Facility (LTCF)*), kurio tikslas buvo įvertinti pagyvenusių žmonių sveikatos ir funk-

cinę būklę, pažinimo funkcijas ir socialinį užimtumą stacionariose ilgalaikės globos institucijose [116].

Lietuvoje vieningo, standartizuoto klausimyno, kuris padėtų įvertinti tiek asmens sveikatos būklę, tiek medicininės, socialinės problemas, nustatyti slaugos poreikius bei suplanuoti reikalingas slaugos paslaugas ar įvertinti teikiamų paslaugų kokybę, efektyvumą, nėra. Apžvelgę įvairius Lietuvoje atliktus slaugos mokslo tyrimus, analizuojančius pagyvenusių žmonių slaugos poreikius, pastebėjome, kad kiekvienas tyrėjas naudojo skirtingas metodikas, skales, klausimynus (tiek standartizuotus, tiek pačių sukurtus) [19, 58, 117].

Nustatant slaugos poreikius pagyvenusiems žmonėms Lietuvoje, vadovaujamasi LR SAM ir SADM įsakymu patvirtinta metodika [118], tačiau mokslo duomenų, pagrindžiančių šią metodiką kaip efektyvų įrankį slaugos poreikiams identifikuoti, slaugos, pagalbos laipsniui nustatyti, nepakanka.

Apžvelgę įvairių šalių metodikas, atliktus mokslinius tyrimus, galime teigti, kad visos šalys ieško mokslu grįstų būdų rasti efektyviausią metodą visapusiškam pagyvenusių žmonių slaugos poreikių vertinimui. Siekis kuo išsamiau įvertinti asmens slaugos poreikius susijęs su slaugos paslaugų namuose užtikrinimu, paslaugų savalaikiu prieinamumu, tęstinumu, institucinių slaugos paslaugų mažinimu, racionalių tiek žmoniškųjų, tiek materialinių išteklių paskirstymu.

2. TYRIMO METODIKA

2.1. Tyrimo organizavimas

Atliktas kiekybinis tyrimas, taikant metodų trianguliaciją. Tyrimas vyko trimis etapais (2.2.1 pav.).

Pirmasis etapas: nuo 2017 m. birželio iki 2018 m. birželio mėn. Tyrime dalyvavo palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės (65 metų ir vyresni) pacientai, praleidę ligoninėje 90–120 kalendorinių dienų prieš juos išleidžiant į namus.

Tyrimo metodai – tiesioginis struktūruotas interviu (*angl. face-to-face*), atliktas palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėje pacientui iki išrašymo į namus likus savaitei. Taip pat atlikta dokumentų analizė renkant duomenis apie pacientui nustatytus nuolatinės slaugos, pagalbos poreikius, jo fizinio savarankiškumo Barthel indekso duomenis, ūgį ir svorį, paskirtą gydymą ir procedūras.

Antrasis etapas: nuo 2017 m. rugpjūčio iki 2018 m. rugsėjo mėn. Į šį etapą pateko tik tie respondentai ($n = 124$), kurie dalyvavo pirmajame etape ir kuriems buvo nustatytas nuolatinės slaugos ($n = 85$) arba pagalbos poreikis ($n=39$). Likusieji pacientai, kurie dalyvavo pirmajame tyrimo etape ir kuriems tokio poreikio nebuvo nustatyta, į antrą tyrimo etapą nebuvo kviešti.

Tyrimo metodas – tiesioginis struktūruotas interviu (*angl. face-to-face*), atliktas tiriamųjų namuose, po išrašymo iš palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės praėjus 90–120 dienų. Atsako dažnis sudarė 100 proc. Iš viso antrame etape apklausta 113 respondentų. Mirusių – iš grupės, kuriems buvo nustatyti nuolatinės slaugos poreikiai, buvo 10 ir 1 – kuriam buvo nustatyti globos ir pagalbos poreikiai.

Trečiasis etapas: nuo 2019 m. liepos iki 2019 m. rugpjūčio mėn. Metodas – giluminis pusiau struktūruotas interviu, iškeliant klausimą – kokia, pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų vadovų požiūriu, yra slaugos paslaugų teikimo asmens namuose situacija ir koks slaugos paslaugų namuose teikimo modelis būtų optimalus.

Dalyvavo 5 informantai. Visų jų išsilavinimas – aukštasis universitetinis, specialybė – gydytojai. Amžiaus vidurkis – 59 ($SN\pm 3$) metai. Vidutinė visų informantų vadovaujamo darbo asmens sveikatos priežiūros įstaigai patirtis – 16 ($SN\pm 5$) metų. Vieno interviu trukmė – nuo 90 iki 120 min.

Giluminis pusiau struktūruotas interviu vyko tyrimo dalyvių (informantų) pasirinktoje vietoje, t. y. jų darbo vietoje, sukuriant laisvą atmosferą tarp klausėjo ir atsakančiojo.

Trečio etapo duomenys buvo analizuojami naudojant indukcinę turinio analizę tokia tvarka [119]:

1. Interviu buvo perrašyti iš diktofono į kompiuterį ir atliktas interviu transkribavimas.
2. Pasitelkus indukcinę prieigą, transkribuotas interviu tekstas buvo koduojamas pagal prasminius vienetus.
3. Jungiant kodus buvo sudaromos kategorijos.
4. Paskutiniame etape visi duomenys buvo sujungti į temas ir bendrą pasakojimą.

Respondentų citatos pateikiamos autentiška, netaisyta kalba.

2.2. Tyrimo imtis

Kiekybinis metodas. Tyrimui pasirinktoje palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėje pagyvenusių pacientų vidutinė gulėjimo trukmė buvo 90 dienų. Tyrimo populiacijos dydis (152 pacientai) nustatytas remiantis penkerių metų (2012–2016 m.) statistiniais duomenimis apie į namus iš palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės išvykusius pagyvenusius pacientus po ne mažiau kaip 90–120 dienų slaugos.

Reprezentatyvios imties dydį, apskaičiuotą su 2 proc. paklaida ir 98 proc. tikimybe, sudarė 152 pagyvenę pacientai, palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėje slaugyti ne trumpiau kaip 90–120 dienų ir išrašyti į namus. Į tyrimą buvo kviešti visi pacientai, iš eilės išrašomi po 90–120 dienų, praleistų slaugos ligoninėje. Atsako dažnis sudarė 100 proc.

Kokybinis metodas. Siekiant atskleisti kiek įmanoma įvairiapusiškesnes patirtis ir slaugos paslaugų teikimo sistemos vertinimus, buvo pasirinkta heterogeninė imtis: du vadovai buvo pasirinkti iš viešųjų įstaigų, trys vadovai – iš privačias paslaugas teikiančių įstaigų. Iš viso vyko penki interviu su skirtingų pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų vadovais.

Tyrimo imtis pagal etapus pateikiama 2.2.1 pav.

	I etapas	II etapas	III etapas
Tiriamųjų skaičius	152	113	
Tyrimo vieta	Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninė	Tiriamųjų namai	Penkių pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų vadovai
Atrankos kriterijai	– 65 m. ir vyresni pacientai – palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėje praleidę 90–120 dienų – išrašomi į namus	– dalyvavo pirmame etape – buvo nustatyti nuolatinės slaugos arba pagalbos poreikiai – po išrašymo iš palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės praėjus 90–120 dienų	Heterogeninė imtis: – du vadovai iš viešųjų įstaigų – trys vadovai iš privačių įstaigų

2.2.1 pav. Tyrimo etapai ir imtis

2.3. Tyrimo etika

Tyrimas vykdytas gavus Kauno regioninio biomedicininio tyrimų etikos komiteto (Nr. BE-2-36) ir Valstybinės duomenų apsaugos inspekcijos leidimus (NR 2R-6655), taip pat gautas leidimas iš InterRAI organizacijos tyrimui pritaikyti ir naudoti interRAI Home Care (HC) klausimyną. Prieš apklausiant respondentus (ir/ar jų artimuosius), buvo gautas jų sutikimas dalyvauti biomediciniame tyrime.

Atliekant giluminį pusiau struktūruotą interviu informantams buvo paaiškinta tyrimo tema, supažindinta su tyrimo tikslu, informuota, kad jų dalyvavimas yra savanoriškas. Konfidencialumas buvo užtikrintas, laikant paslaptįje visą pateiktą informaciją apie asmenį – tyrime neminimi informantų vardai, neminimos darbovietės, kuriose jie dirba. Paaiškinta, kad tyrimo dalyviai iš tyrimo gali pasitraukti bet kuriuo metu. Dalyviams sutikus, duomenys buvo fiksuojami diktofonu.

2.4. Tyrimo metodai ir priemonės

Tyrimui taikyta metodų trianguliacija, derinant keletą metodų tarpusavyje, siekiant pateikti labiau patikimas bei pagrįstas išvadas, tiriant kompleksinę problemą. Naudoti metodai – tiesioginis struktūruotas interviu (angl. *face-to-face*), paciento vertinimas, dokumentų analizė, giluminis pusiau struktūruotas interviu. Pirmame ir antrame tyrimo etapuose interviu buvo naudotas interRAI Home Care (HC) klausimynas (9.1.2 versija) (1 priedas). Klausimyno vertimui, pritaikymui lietuvių kultūrai pasirinkti svarbiausi žingsniai, aprašyti mokslinėje literatūroje: pirminis vertimas (iš anglų kalbos į lietuvių kalbą); atgalinis vertimas (iš lietuvių kalbos į anglų kalbą); abiejų anglų kalbos tekstų palyginimas ir suderinimas iki visiško sutapimo ir turinio pagrįstumo įvertinimas [120]. Remiantis pagrįstumo įvertinimu, buvo galima atsakyti į klausimą, ar klausimynas sudarytas tinkamai, kad atspindėtų tiriamojo reiškinio savybes.

InterRAI Home Care (HC) klausimynas buvo naudojamas pagal interRAI mokymo vadovą (angl. *interRAI Home Care (HC) Assessment Form and User's Manual Version 9.1*) [121].

Klausimyną sudaro 19 (A-U) dalių, susijusių su asmens duomenimis, ligos istorija, įvairių organų bei jų sistemų veikla, gydymu, socialine aplinka ir kt. (1 priedas).

Pacientų asmeniniai duomenys A dalyje, pavyzdžiui, asmens vardas, pavardė, siekiant išsaugoti konfidencialumą, buvo pakeisti specialiu kodu. Žymėta tik lytis, gimimo data, šeiminė padėtis (vedęs, nevedęs, našlys ir t. t.). Mokėjimo šaltiniai taip pat nepildyti, nes visų pacientų slauga slaugos ligoninėje buvo finansuojama iš teritorinės ligonių kasos. Vertinimo priežastis buvo žymima kodu 7 – 1 mokslinis tyrimas (pirmame tyrimo etape) ir 2 mokslinis tyrimas (antrame tyrimo etape). Gyvenamoji vieta pirmame tyrimo etape visų pacientų buvo palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninė, o antrame etape – namai. Pirmame tyrimo etape buvo klausama, su kuo pacientas gyveno iki stacionarizavimo į slaugos ligoninę, o antrame – su kuo pacientas šiuo metu (namuose) gyvena. Buvo vertintas gyvenamosios vietos pokytis. Detaliau tyrimo apklausos etapai pateikiami 2.4.1 lentelėje.

2.4.1 lentelė. Tyrimo apklausos etapai

I etapas	II etapas	III etapas
Tyrimo instrumentas: Standardizuotas interRAI (HC) klausimynas. Tyrimo metodas: tiesioginis struktūruotas interviu Naudotos interRAI (HC) klausimyno dalys: A; B; C; D; E; F (išskyrus 4 kl. „Laikas dieną, kurio metu būna vienas“); G; H; I; J; K; L; M; N (išskyrus 3 kl. Oficiali priežiūra; 4 kl. Apsilankymai ligoninėje, priėmimo-skubios pagalbos skyriuje, gydytojo apsilankymai); S; T; U.	Tyrimo instrumentas: Standardizuotas interRAI (HC) klausimynas. Tyrimo metodas: tiesioginis struktūruotas interviu Naudotos interRAI (HC) klausimyno dalys: A dalies 12 kl. gyvenamoji vieta vertinimo metu); 13 kl. Su kuo pacientas gyvena. F dalies 4 kl. (laikas dieną, kurio metu būna vienas); G dalies 6 kl. (pokytis atliekant įprastinę kasdieninę veiklą palyginus su praėjusiom 90 dienų); L dalies 1 kl. (Pragulos); 3 kl. Gydytojų paskirtų vaistų vartojimo atitikimas. N dalies 3 kl. Oficiali priežiūra. 4 kl. Apsilankymai ligoninėje, priėmimo-skubios pagalbos skyriuje, gydytojo apsilankymai; O; P; R dalys; S dalies 2 kl. (bendro savarankiškumo pokytis per praėjusias 90–120 dienų)	Pusiausvyrą struktūruoto giluminio interviu klausimai, suformuluoti, atsižvelgiant į atliko kiekybinio tyrimo rezultatus: – Kokia yra slaugos paslaugų asmens namuose situacija, pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos teikiančių įstaigų vadovų požiūriu? – Koks, vadovų požiūriu, būtų optimalus slaugos paslaugų namuose teikimo modelis?
Papildomi klausimai: 1. Kokie nustatyti poreikiai (nuolatinės slaugos ar pagalbos)? 2. Barthel indekso reikšmė stacionarizavimo į palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninę metu ir išrašant iš jos į namus po 90–120 dienų.	Papildomi klausimai: 1. Dėl kokių priežasčių lankė bendruomenės slaugytojas (jei lankė)? 2. Ar artimajam teko atsakyti darbo, kad galėtų slaugyti namuose? 3. P dalies 1 kl.(klausta, kas slaugo namuose) papildytas punktu „sandomas asmuo (mokama paslauga)“	
Duomenų rinkimo šaltiniai: Pacientų suvokimas (kognityviniai gebėjimai priimti sprendimus kasdieniniame gyvenime, atmintis, mąstymas, psichinės būklės kitimas), nuotaka ir elgesys, gebėjimai atlikti kasdieninę veiklą buvo vertinami renkant informaciją iš pačių pacientų, slaugos personalo (tik pirmame etape), pacientų artimųjų. Informacija apie pacientų ligos diagnozę (-es), paskirtus vaistus ir jų vartojimą buvo renkama iš paciento ligos, slaugos dokumentacijos.		

Pagal klausimyne interRAI esančius parametrus sukurtos įvairios skalės, t. y. vidiniai klausimynai skirti pacientų būklei, savarankiškumui vertinti. Mūsų tyrime naudotos skalės: kasdienės veiklos vertinimo skalė (KVVS) (angl. *Activities of Daily Living Hierarchy Scale* – ADLHS) (naudojome atnaujintą (2016 m.) versiją), pažinimo (suvokimo) funkcijų vertinimo skalė (SVS) (angl. *Cognitive Performance Scale* – CPS). Šios skalės pirmą kartą Lietuvoje buvo aprašytos ir panaudotos Linos Spirgienės disertaciniame darbe 2010 m. [116].

Tiriamųjų kasdienės veiklos vertinimas atliktas naudojant Kasdienės veiklos vertinimo skalę (KVVS) (angl. *Activities of Daily Living Hierarchy Scale* – ADLHS) (2.4.1 pav.) [122, 123].

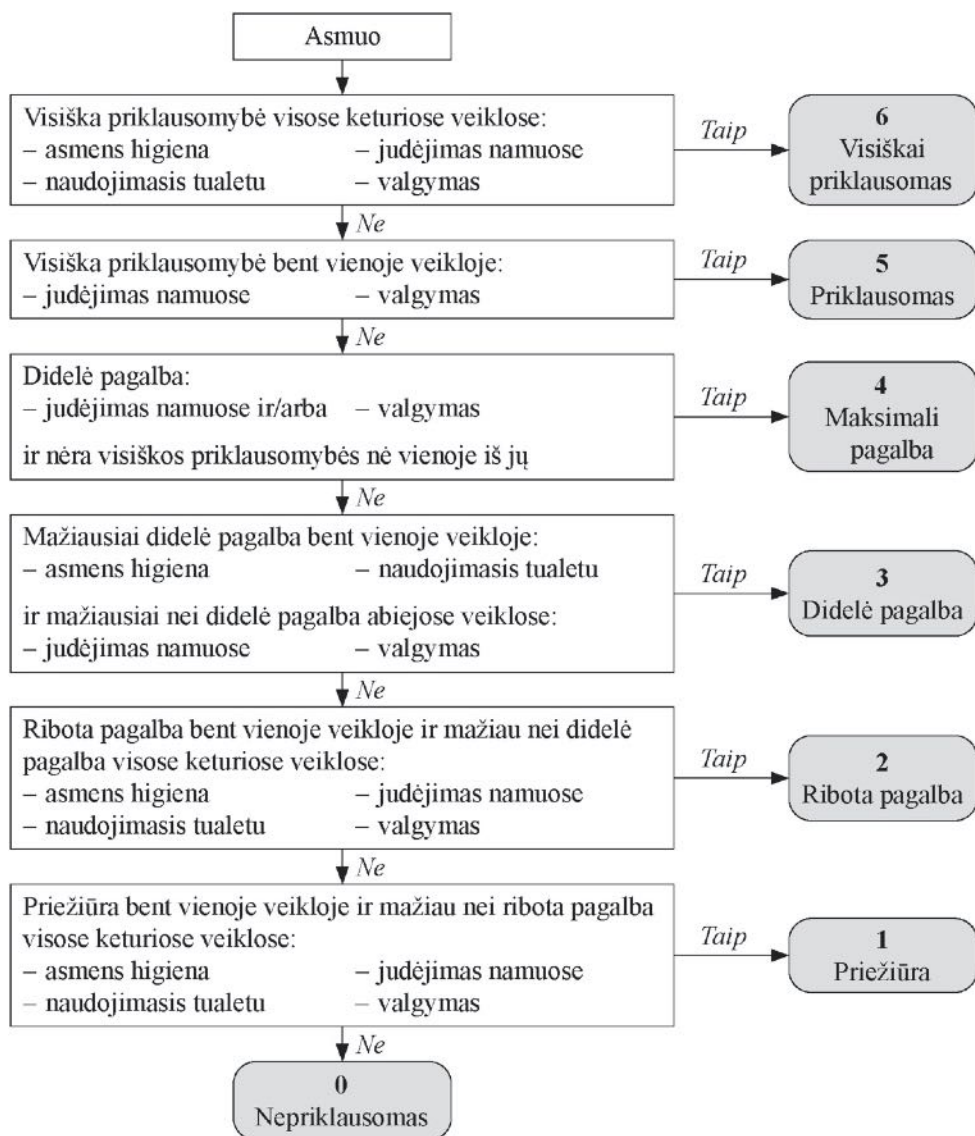
Vertinti keturi paciento įprastinės kasdienės veiklos parametrai (iš interRAI (HC) klausimyno G dalies):

1. Asmeninė higiena
2. Naudojimasis tualetu
3. Judėjimas
4. Valgymas

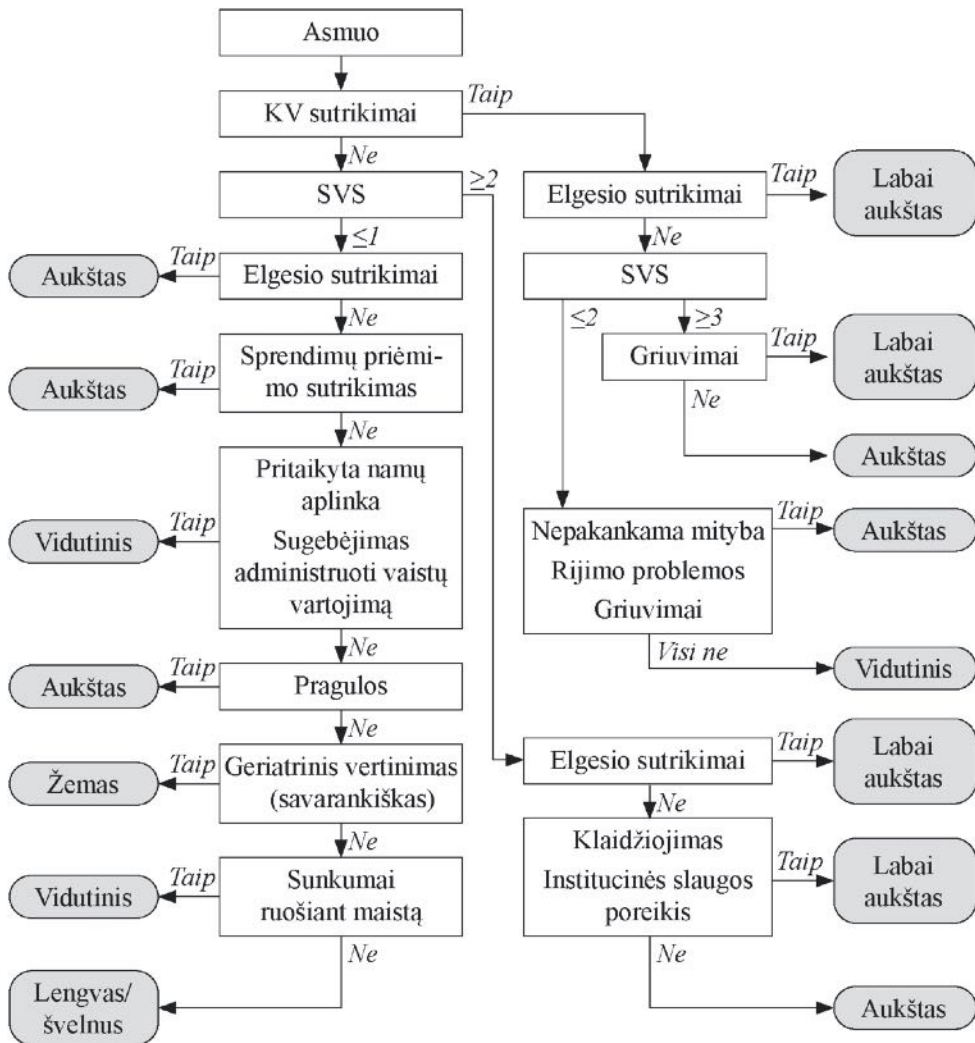
Pacientų savarankiškumui įvertinti ir slaugos paslaugų prioritetui nustatyti, buvo naudojamas pirmenybinių lygių priskyrimo metodas MAPLe (angl. *Method for Assigning Priority Levels*) (2.4.2 pav.). MAPLe metodu asmenys grupuojami į penkis prioritetinius lygius, grindžiamus kasdieninės veiklos sutrikimais, pažinimo sutrikimais, klaidžiojimais, elgesio problemomis ir institucinės globos rizika. Vertinama balais nuo 1 iki 5. Balui didėjant asmens savarankiškumas mažėja ir didėja prioritetas slaugos paslaugų teikimui: 1 – žemas pirmenybinis lygis, 2 – lengvas, 3 – vidutinis, 4 – aukštas, 5 – labai aukštas [124].

Geriatrinis ištyrimas buvo atliktas, vertinant respondentų kognityvinius gebėjimus, aktyvumo lygmenį ir savarankiškumą pagal šias veiklas:

- ruošiant maistą;
- įprastinę namų ruošą;
- naudojimąsi transportu;
- asmens higieną;
- maudymąsi.



2.4.1 pav. Kasdienės veiklos vertinimo schema



2.4.2 pav. MAPLe vertinimo skalė

SVS – pažinimo (suvokimo) funkcijų vertinimo skalė, KV – kasdienė veikla.

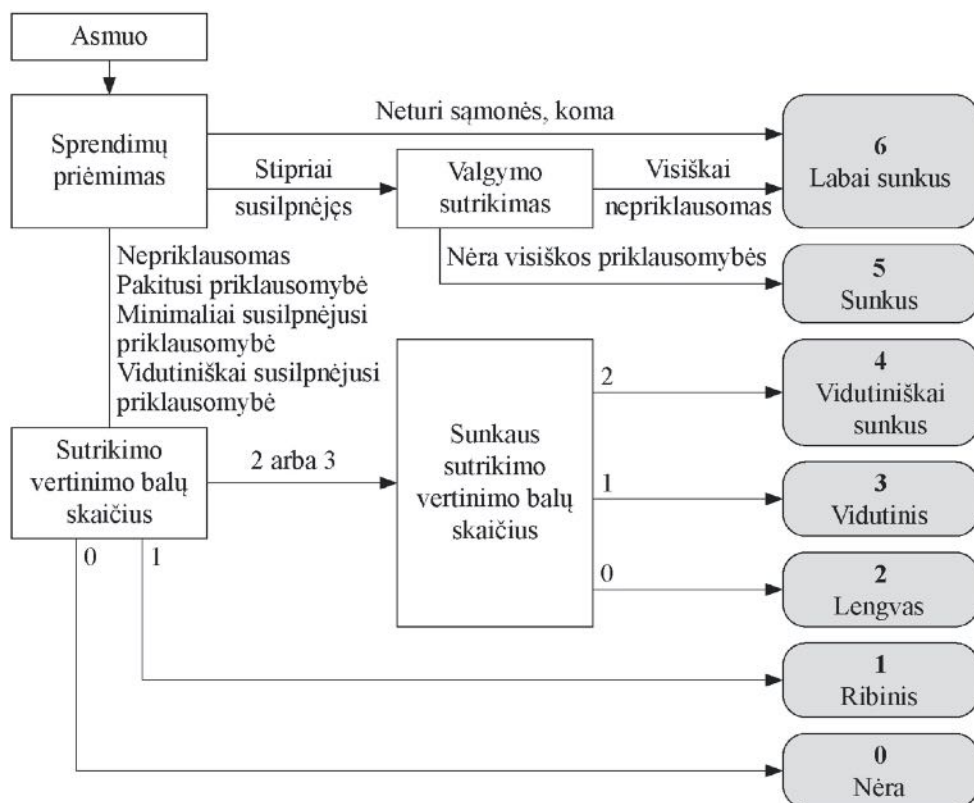
Suvokimo (pažinimo) (C Dalis) funkcijai vertinti naudota pažinimo funkcijų vertinimo skalė (toliau SVS) (2.4.3 pav.) [124, 126].

Sutrikimo vertinimo balai:

- kognityviniai gebėjimai priimant sprendimus kasdieniniame gyvenime: pakitusi priklausomybė, minimaliai susilpnėjusi, vidutiniškai susilpnėję gebėjimai
- gebėjimas išreikšti save ir suprasti kitus: supranta, paprastai supranta, kartais supranta, retai arba niekada nesupranta
- trumpalaikė atmintis: sutrikusi

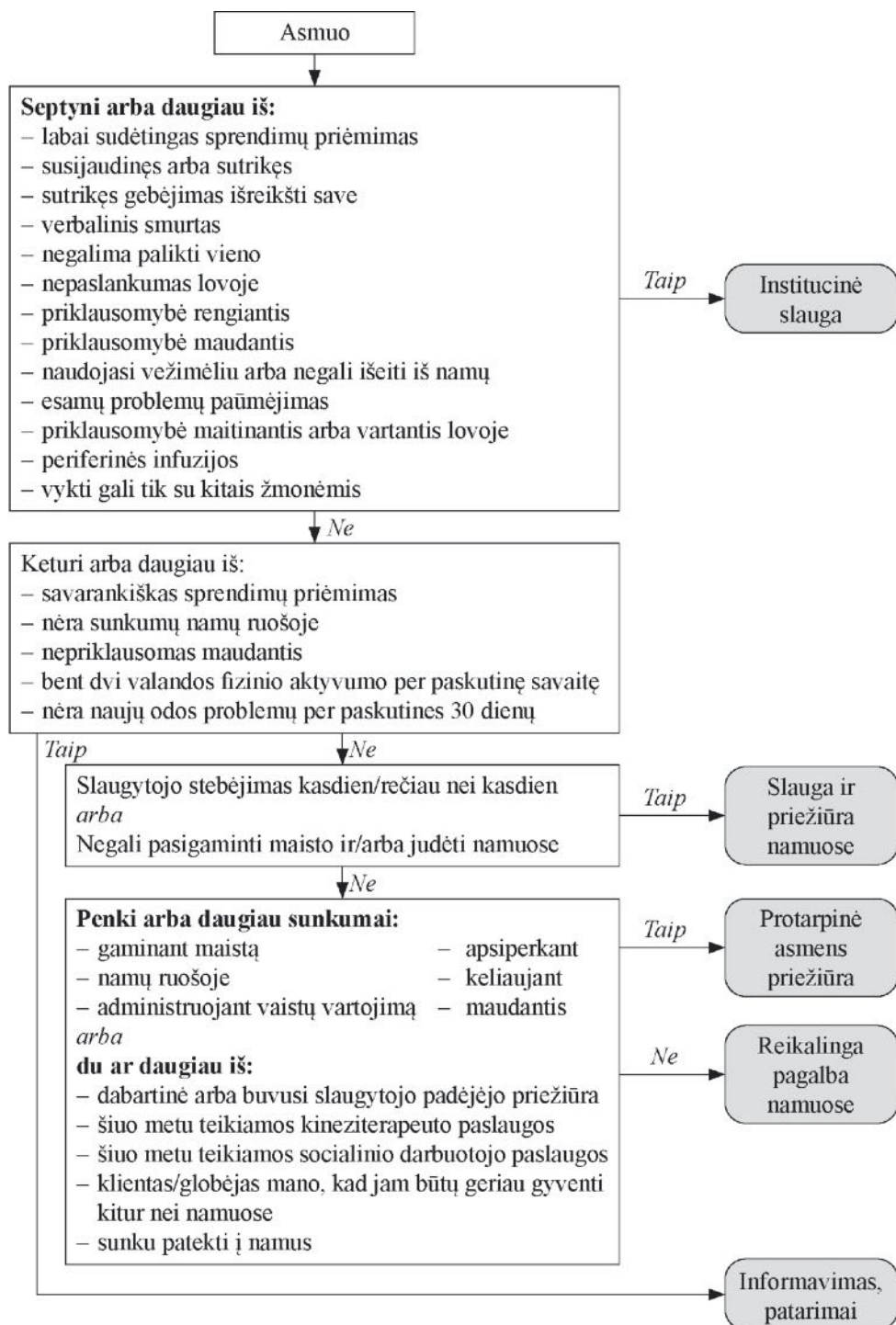
Sunkaus sutrikimo vertinimo balai:

- kognityviniai gebėjimai priimant sprendimus kasdieniniame gyvenime: vidutiniškai susilpnėję gebėjimai
- gebėjimas išreikšti save ir suprasti kitus: kartais supranta, retai arba niekada nesupranta



2.4.3 pav. Suvokimo (pažinimo) funkcijų vertinimo skalė

Rekomenduojamų paslaugų pobūdžiui nustatyti naudotas MI Choice algoritmas (2.4.4 pav.).



2.4.4 pav. MI Choice vertinimo skalė

MI Choice algoritmas – tai priemonė, padedanti pagyvenusius žmones sugrupuoti pagal jų savarankiškumo lygį ir numatomą slaugos, pagalbos rūšį į 5 grupes [112]:

1. Institucinė slauga.
2. Slauga namuose.
3. Intermituojanti slauga.
4. Pagalba namuose (namų ruošos paslaugos). Nekvalifikuotos paslaugos.
5. Informavimas ir konsultavimas.

Postacionarinės slaugos paslaugų tęstinumui vertinti (antrosios apklausos respondentams), papildomai iš medicininių dokumentų buvo renkami duomenys apie nustatytus nuolatinės slaugos ir pagalbos poreikius.

Pacientų fizinio savarankiškumo pokyčiui slaugos ligoninėje vertinti iš medicininių dokumentų buvo renkami Barthel indekso vertinimo duomenys.

Savarankiškumas vertintas: savarankiškas – 100 balų, šiek tiek priklausomas – 91–99 balai, vidutiniškai priklausomas – 62–90 balų, beveik visiškai priklausomas – 21–61 balai, visiškai priklausomas – 0–20 balų [127].

Kūno masės indeksas (KMI) apskaičiuojamas pagal formulę: $KMI = \text{masė (kg)} / \text{ūgis}^2 \text{ (m)}$. Atsižvelgiant į PSO rekomendacijas KMI vertintas: 18,5 arba mažesnis – kūno svoris per mažas; 18,5–25 – idealus; 25–30 – asmuo turi antsvorį; 30 ir daugiau – asmuo yra nutukęs [128].

2.5. Statistiniai metodai

Duomenų statistinė analizė atlikta *IBM SPSS Statistics®* programiniu paketu (angl. *Statistical Package for Social Sciences 20 for Windows*) ir *Microsoft Office Excel 2010*.

InterRAI (HC) klausimyno vidiniam nuoseklumui vertinti skaičiuotas Cronbach alpha koeficientas. Šis koeficientas buvo lygus 0,83 (klausimyno C dalis) ir 0,95 (klausimyno G dalis).

Kokybinių požymių nepriklausomumui tikrinti taikytas χ^2 kriterijus arba tikslusis Fišerio testas (*Fisher's exact test*).

Kategorinių duomenų tarpusavio koreliacijoms analizuoti naudota Pirsono ranginė koreliacija.

Trijų arba daugiau priklausomų imčių lyginimui naudotas Frydmano kriterijus (*Friedman Test*).

Institucinės arba namų slaugos pasirinkimo kriterijai analizuoti viena-veiksnės logistinės regresijos metodu. Apskaičiuotos galimybių santykio reikšmės (GS) ir jų 95 proc. pasikliautinieji intervalai (PI).

Tikrinat statistines hipotezes, reikšmingumo lygmeniu pasirinkta 0,05.

3. TYRIMO REZULTATAI

3.1. Bendroji tiriamųjų charakteristika

Pirmame tyrimo etape dalyvavo 152 pacientai. Moterų ($n = 115$; 75,7 proc.) buvo daugiau nei vyrų. Tiriamųjų amžius svyravo nuo 65 m. iki 96 m., amžiaus vidurkis buvo 82,5 metai ($SN \pm 7,9$). Didžiausią tiriamųjų dalį sudarė 80–89 m. amžiaus respondentai, dauguma tiriamųjų buvo našliai 73,0 proc. ($n = 111$). Iki stacionarizavimo į slaugos ir palaikomo gydymo ligoninę 36,2 proc. ($n = 55$) tiriamųjų gyveno su vaikais (be sutuoktinio) ir 32,9 proc. ($n = 50$) gyveno vieni.

Bendroji tiriamųjų charakteristika pateikiama 3.1.1 lentelėje.

3.1.1 lentelė. Tiriamųjų skirstinys pagal amžių, šeiminių padėtį ir sudėtį iki stacionarizavimo į palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninę

Požymiai	n (proc.)
Amžiaus grupės	
65–74 m.	23 (15,1)
75–84 m.	60 (39,5)
85 m. ir vyresni	69 (45,4)
Lytis	
Vyrai	37 (24,3)
Moterys	115 (75,7)
Šeiminė padėtis	
Nevedęs / Netekėjusi	9 (5,9)
Vedęs / Ištekėjusi	28 (18,4)
Našlys(-ė)	111 (73,0)
Išsiskyręs (-usi) / gyvena atskirai	4 (2,7)
Iki stacionarizavimo į ligoninę gyveno	
Vienas	50 (32,9)
Tik su sutuoktiniu/partneriu	23 (15,1)
Su sutuoktiniu/ partneriu ir kitu	4 (2,6)
Su vaikais (be sutuoktinio/partnerio)	55 (36,2)
Su tėvu arba globėju	1 (0,7)
Su broliu arba seserimi	4 (2,6)
Su kitu giminaičiu	10 (6,6)
Ne su giminaičiu	5 (3,3)

3.2. Tiriamųjų, išrašomų iš palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės į namus, sveikatos sutrikimai ir slaugos problemos

Respondentai pasižymėjo poliligotumu. Dažniausiai pacientai sirgo širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis (86,2 proc.), nervų sistemos ligomis (84,9 proc.) ir psichikos sveikatos ligomis (19,1 proc.) (3.2.1 lentelė).

3.2.1 lentelė. Tiriamųjų skirstinys pagal ligų skaičių ir grupę

	n (proc.)
Ligų skaičius	
2–3	28 (18,5)
4–5	48 (31,6)
≥6	76 (49,9)
Ligos	
Širdies ir kraujagyslių sistemos ligos	131 (86,2)
Nervų sistemos ligos	129 (84,9)
Psichikos sveikatos ligos	29 (19,1)
Jungiamojo audinio bei skeleto ligos	26 (17,1)
Kaulų ir raumenų sistemos ligos	25 (16,4)
Cukrinis diabetas	18 (11,8)
Akių ligos	12 (7,9)
Lyties organų ir šlapimo sistemos ligos	12 (7,9)
Odos ir poodžio ligos	11 (7,2)
Virškinimo sistemos	8 (5,3)
Onkologinės ligos	7 (4,6)
Kitos	19 (12,6)

Didžiąją daugumą tiriamųjų, be patvirtintų diagnozių, vargino klausos ir regos sutrikimai. Visiškai nematė 2 proc. (n = 2) tiriamųjų, 19,7 proc. (n = 30) stipriai nematė (gebėjo skirti šviesą, daiktų kontūrus), vidutiniškai matė (gebėjo pažinti objektus) 37,5 proc. (n = 57). Minimalūs regos sutrikimai vargino 32,9 proc. (n = 50) tiriamųjų. Regėjimo sutrikimų neturėjo 7,9 proc. (n = 12) tiriamųjų.

Klausos sutrikimų neturėjo tik 13,8 proc. (n = 21) tiriamųjų. Kurčių buvo 0,7 proc. (n = 1), stipriai negirdėjo (pašnekovas turi kalbėti garsiai ir lėtai) 19,1 proc. (n = 29), vidutiniškai girdėjo 29,6 proc. (n = 45) ir 36,8 proc. (n = 56) turėjo minimalius klausos sutrikimus.

Saviraiška buvo sutrikusi 84,9 proc. (n = 129) tiriamųjų. Sunkiai suprato kitus – 84,2 proc. (n = 128) tiriamųjų.

Sumažėjęs bendravimas buvo būdingas 64,4 proc. (n = 101) tiriamųjų. Mėgstama veikla nustojo domėtis 52,6 proc. (n = 80) tiriamųjų. Būdingi pasakymai, taip pat ir nežodinė raiška apie gyvenimo džiaugsmo stygių (anhedonija) vyravo 48,0 proc. (n = 73) tiriamųjų, liūdna, skausminga ar susirūpinusi mina – 39,5 proc. (n = 60), verkimas, verksmingumas – 27,0 proc. (n = 41). Išsamus tiriamųjų skirstinys pagal nuotaiką ir elgesį pateiktas 3.2.2 lentelėje.

3.2.2 lentelė. Tiriamųjų skirstinys pagal nuotaikos ir elgesio sutrikimus

Kriterijus	Ne	Taip
<i>Prislėgtos, nervingos ar liūdnos nuotaikos požymiai</i>		
Išsakė negatyvias mintis	124 (81,6)	28 (18,4)
Nuolat pyksta ant savęs ar kitų	116 (76,3)	36 (23,7)
Pasakymai, taip pat nežodinė raiška, kuri atrodo kaip nepagrįsta baimė	120 (78,9)	32 (21,1)
Pasikartojantys nusiskundimai sveikata	98 (64,5)	54 (35,5)
Pasikartojantys skundai / susirūpinimas (nesusiję su sveikata)	116 (76,3)	36 (23,7)
Liūdna, skausminga ar susirūpinusi mina	92 (60,5)	60 (39,5)
Verkimas, verksmingumas	111 (73,0)	41 (27,0)
Pasikartojantys pasakymai, jog nutiks kažkas blogo	143 (94,1)	9 (5,9)
Nustoja domėtis mėgstama veikla	72 (47,4)	80 (52,6)
Sumažėjęs bendravimas	51 (33,6)	101 (64,4)
Pasakymai, taip pat ir nežodinė raiška, apie gyvenimo džiaugsmo stygių (anhedonija)	79 (52,0)	73 (48,0)
<i>Elgesio sutrikimai</i>		
Klaidžiojimas	131 (86,2)	21 (13,8)
Verbalinis smurtas	129 (84,9)	23 (15,1)
Fizinis smurtas	139 (91,4)	13 (8,6)
Socialiai nederamas ar trikdantis elgesys	132 (86,8)	20 (13,2)
Viešumoje nederamas seksualinis elgesys ar nusirengimas	152 (100)	0
Priešinimasis priežiūrai	128 (84,2)	24 (15,8)

Vertinant respondentų psichosocialinę savijautą pastebėta, kad 36,8 proc. (n = 56) tiriamųjų jautėsi vieniši. Teiraujantis, kaip juos paveikė pokyčiai visuomeninėje veikloje per pastarąsias 90 dienų, 30,9 proc. (n = 47) tiriamųjų nurodė, kad dėl to jaučiasi blogai, 12,5 (n = 19) teigė, kad dalyvavimas nesumažėjo, 56,6 (n = 86) nurodė, kad dalyvavimas visuomeninėje veikloje sumažėjo, tačiau dėl to blogai nesijaučia.

Ivertinus tai, kad didžiosios daugumos tyrimo dalyvių kognityviniai gebėjimai buvo sutrikę, pasigilinta, kaip pokyčiai kasdieninėje veikloje pasikeitė tiems respondentams, kurių kognityviniai gebėjimai buvo nesutrikę (11,2 proc., $n = 17$). Ši analizė parodė, kad 23,5 proc. ($n = 4$) respondentų dėl sumažėjusio dalyvavimo visuomeninėje veikloje jautėsi blogai, 47,1 proc. ($n = 8$) blogai nesijautė, o 29,4 proc. ($n = 5$), nors ir buvo patekę į slaugos ligoninę, jų nuomone, dalyvavimas visuomeninėje veikloje nesumažėjo.

Tyrimas parodė, kad 2,6 proc. ($n = 4$) tiriamųjų prieš patenkant į slaugos ligoninę niekas nesirūpino, naudojo prieš juos smurtą ar su jais blogai elgėsi. Didžiąją dalį (63,8 proc., $n = 97$) tiriamųjų bent kartą per 3 dienas aplankė draugas ar šeimos narys. Su draugais ar šeimos nariais tokiomis komunikavimo priemonėmis kaip telefonas ar kompiuteris (pvz., programa *Skype*) per pastarąsias tris dienas komunikavo 15,1 proc. ($n = 23$). Komunikavo su šeimos nariais ar draugais prieš 4–7 dienas 4,6 proc. ($n = 7$), prieš 8–30 dienų taip pat 4,6 proc. ($n = 7$), ilgiau kaip prieš 30 dienų 2,0 proc. ($n = 3$).

Vertinant pacientų suvokimo (pažinimo) funkcijas (3.2.3 lentelė) išrašymo iš slaugos ligoninės metu, 45,4 proc. ($n = 69$) pacientų pasižymėjo labai susilpnėjusiais kognityviniais gebėjimais ir 11,2 proc. ($n = 17$) pacientų buvo nepriklausomi priimant sprendimus. Visiems pacientams buvo sutrikusi trumpalaikė atmintis. Mąstymo sutrikimas (greitas išblaškymas, nerišlios kalbos atvejai, psichikos gebėjimų kaita dienos metu) pasireiškė 85,5 proc. ($n = 130$) respondentų. Didžiosios dalies tiriamųjų išrašant juos į namus psichinės sveikatos būklė, kaip ir gebėjimai priimti sprendimus kasdieniniame gyvenime, jų subjektyvia nuomone, per gulėjimo slaugos ligoninėje laikotarpį nepakito.

3.2.3 lentelė. Tiriamųjų, išrašomų iš palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės į namus, skirstinys pagal jų suvokimo gebėjimus

Suvokimo funkcijos	n (proc.)
Kognityviniai gebėjimai priimant sprendimus kasdieniniame gyvenime	
Nepriklausomas	17 (11,2)
Nežymi priklausomybė	15 (9,9)
Šiek tiek pablogėję	9 (5,9)
Vidutiniškai pablogėję	42 (27,6)
Labai pablogėję	69 (45,4)
Atmintis	
Atmintis gera	19 (12,5)
Atminties problemos:	133 (87,5)
– Trumpalaikės atminties problemos	133 (100)
– Veiksmo atminties problemos	120 (90,2)
– Epizodinės atminties problemos	123 (92,5)
Mąstymas	
Sutrikimų nėra	22 (14,5)
Sutrikęs	130 (85,5)
Iš jų:	
– Lengvai išblaškomas	130 (100)
– Nerišlios kalbos atvejai	107 (82,3)
– Psichiniai gebėjimai kinta dienos metu	104 (80,0)
Stiprūs psichikos sveikatos būklės pakitimai palyginus su įprastine asmens būseną (pvz., neramus, mieguistas, sunku pažadinti, pakitęs aplinkos suvokimas)	
Nepakito	132 (86,8)
Pakito	20 (13,2)
Pokytis priimant sprendimus per paskutines 90 dienų	
Pagerėjo	14 (9,2)
Nepakito	129 (84,9)
Pablogėjo	9 (5,9)

Tyrimas parodė, kad 39,5 proc. (n = 60) iš slaugos ligoninės į namus išleidžiamų tiriamųjų vargino pastovus šlapimo nelaikymas. Dažnai šlapimo nelaikė – 28,9 proc. (n = 44) tiriamųjų (3.2.4 lentelė).

Pastovus išmatų nelaikymas vargino 17,1 proc. (n = 26), dažnas – 25,0 proc. (n = 38) tiriamųjų (3.2.4 lentelė).

3.2.4 lentelė. Tiriamųjų skirstinys pagal šlapimo ir išmatų laikymą

Šlapinimasis ir tuštinimasis	n (proc.)
Šlapimo laikymas	
Sulaiko	11 (7,2)
Dažniausiai sulaiko	17 (11,2)
Kartais nesulaiko	20 (13,2)
Dažnai nesulaiko	44 (28,9)
Nesulaiko (pastovus šlapimo nelaikymas)	60 (39,5)
Išmatų laikymas	
Sulaiko	21 (13,8)
Naudoja stomą	6 (4,0)
Dažniausiai sulaiko	28 (18,4)
Kartais nelaiko	33 (21,7)
Dažnai nelaiko	38 (25,0)
Nelaiko (pastovus nelaikymas)	26 (17,1)

Tyrimas parodė, kad iš tiriamųjų grupės, kurie vaikščiojo savarankiškai (6,6 proc., n = 10), per pastarąsias 90 dienų bent kartą griuvo 20 proc. (n = 2) respondentų, o iš tiriamųjų grupės, kuriems vaikščiojimui reikalinga pasiruošimo pagalba ar priežiūra (17,7 proc., n = 30), per pastarąsias 90 dienų griuvo 36,7 proc. (n = 11) respondentų.

Pusiausvyros sutrikimai. Pacientų, kuriems buvos sunku ar negalėjo savarankiškai atsikelti iš lovos, buvo 13,8 proc. (n = 21), 15,1 (n = 23) – buvo sunku, ar negalėjo savarankiškai pasisukti stovėdami, 5,3 (n = 8) – vargino svaigulys, 2,6 (n = 4) tiriamųjų buvo nestabili eiseną.

Kardialinės ar plaučių problemos. Skausmą krūtinės srityje jautė 30,3 proc. (n = 46) tiriamųjų, sekretą iš kvėpavimo takų sunku buvo išvalyti 2,0 proc. (n = 3) tiriamųjų.

Psichikos sveikatos problemos. Pakitęs mąstymas buvo būdingas 53,9 proc. (n = 82) respondentų, iliuzijos – 87,5 (n = 19), haliucinacijos – 10,5 (n = 16).

Neurologinės problemos. Afazija pasireiškė 13,2 proc. (n = 20) pacientų.

Virškinamojo trakto būklė. Skrandžio refluksas vargino 6,6 proc. (n = 5), vidurių užkietėjimas 28,3 proc. (n=43), viduriavimas – 2,6 (n=4) tiriamųjų.

Miego sutrikimai. Sunkiai užmiega arba negali užmigti, pabunda per anksti, vartosi lovoje, prastai miega – 43,4 proc. (n=66), per daug miega (besaikis miegas, kuris trukdo normaliam asmens funkcionavimui) – 7,2 proc. (n=11).

Kitos problemos. Aspiracija nustatyta 0,7 proc. (n=1) tiriamųjų, karščia-
vimas vargino 0,7 proc. (n = 1), virškinamojo trakto ar urogenitalinis krauja-
vimas 1,3 proc. (n=2), periferinė edema – 7,9 proc. (n = 12) tiriamųjų.

Dusulys vargino 44,1 proc. (n= 67), nuovargis – 91,4 proc. (n = 139)
tiriamųjų.

Skausmo simptomai vargino 45,4 proc. (n = 69) respondentų, tačiau jis
buvo valdomas medikamentinėmis priemonėmis.

Vidutiniškai savo sveikatą vertino 38,2 proc. (n = 58) tiriamųjų, negalėjo
ar nenorėjo apie tai kalbėti – 33,5 proc. (n = 51), blogai – 18,4 proc. (n = 28),
gerai – 9,2 proc. (n = 14), puikiai – 0,7 proc. (n = 1).

Burnos ertmės būklė ir mityba. Kūno masės indekso analizė parodė, kad
17,1 proc. (n = 26) tiriamųjų buvo nutukę, 33,5 proc. (n = 51) buvo būdingas
atsvoris, 46,1 proc. (n = 70) KMI buvo idealus (18,5–25) ir 3,3 proc. (n =
5) – per mažos kūno masės (KMI<18,5).

Tyrimas parodė, kad 68,4 proc. (n = 104) respondentų suvartodavo
mažiau nei 1000 ml skysčių per dieną, 0,7 proc. (n = 1) daugiau jų pašalino
nei suvartojo.

Analizuojant dantų, burnos problemas nustatyta, kad dantų protezus
nešiojo 78,9 proc. (n = 120) tiriamųjų, lūžusius, klibančius ar kitaip sugadin-
tus dantis turėjo 45,4 proc. (n = 69) tiriamųjų, sunkiu kramtymu skundėsi
12,5 proc. (n = 19) tiriamųjų. Sausa burnos ertmė skundėsi 23,0 proc. (n = 35)
respondentų.

23,3 proc. tiriamųjų reikėjo pakeisti dietą, kad galėtų praryti kietą maistą
(3.2.5 lentelė).

3.2.5 lentelė. Tiriamųjų skirstinys pagal maitinimosi būdą

Maitinimosi būdas	n (proc.)
Normalus (gali nuryti visų rūšių maistą)	101 (66,4)
Pakitęs, nepriklausomas (skysčius gurkšnoja, suvartoja ribotą kiekį kieto maisto)	6 (3,9)
Reikėjo pakeisti dietą, kad prarytų kietą maistą	35 (23,0)
Reikėjo pakeisti dietą, kad prarytų skysčius	1 (1,0)
Kietą maistą galėjo valgyti tik sutrintą (ir skysčius tik tirštos konsistencijos)	3 (1,9)
Mišrus (natūralus ir parenterinis) maitinimas arba enterinis maitinimas	3 (1,9)
Maitinimas tik per gastrostomą	3 (1,9)

Odos būklė. Tyrimas parodė, kad 11,2 proc. (n = 17) respondentų, išleidžiant juos į namus, buvo išsivysčiusios pragulos. 12,5 proc. (n = 19) jų turėjo ir anksčiau. Neužgijusių opų (be pragulų) buvo 3,3 proc. (n = 5), kitokių odos problemų (bėrimai, niežulys, dėmės ir kt.) turėjo 5,9 proc. (n = 9) tiriamųjų.

Nustatyta, kad kojų problemų, neturinčių įtakos vaikščiojimui, turėjo 8,6 proc. (n = 13) tiriamųjų. Tokių kojų problemų, kurios riboja vaikščiojimą, turėjo 15,8 proc. (n = 24) tiriamųjų, o kurios neleido vaikščioti – 11,8 proc. (n = 18). Kojų problemos buvo, bet vaikščioti negalėjo dėl kitų problemų 30,2 proc. (n = 46) respondentų.

Gydymas ir procedūros. Gilinantis į atliktą prevenciją paaiškėjo, kad per pastaruosius metus mūsų tiriamiesiems buvo tikrintas arterinis kraujo spaudimas (99,3 proc. (n = 151)), skiepyta nuo gripo (41,5 proc. (n = 63)), tirtos akys (30,9 proc. (n = 47)), atlikta dantų priežiūra (23,0 proc. (n = 35)), tikrinta klausa (22,4 proc. (n = 34)) ir atlikta kolonoskopija (per pastaruosius 5 metus) (1,3 proc. (n = 2)) tiriamųjų.

Instrumentinė kasdienė veikla (IKV). Išleidžiant tiriamuosius į namus, labiausiai jiems buvo sutrikę gebėjimai naudotis viešuoju transportu, lipti laiptais, tvarkyti finansus, apsipirkti, vartoti vaistus (3.2.6 lentelė).

Iprastinės kasdienės veiklos atlikimas (IKV). Tyrimas parodė, kad labiausiai nesavarankiški tiriamieji buvo atliekant tokias kasdienines veiklas, kaip maudymasis, judėjimas (judant iš vienos vietos į kitą tame pačiame aukšte), apatinės kūno dalies apsirengimas (3.2.7 lentelė).

3.2.6 lentelė. Tiriamųjų skirstinys pagal gebėjimus atlikti instrumentines kasdienes veiklas

Veikla	Nepriklausomas	Tik pasiruošimo pagalba	Priežiūra	Ribota pagalba	Didelė pagalba	Maksimali pagalba	Visiška priklausomybė
	n (proc.)						
Maisto ruošą	4 (2,6)	11 (7,2)	0	5 (3,3)	6 (3,9)	16 (10,5)	110 (72,4)
Įprasta namų ruošą	4 (2,6)	9 (5,9)	0	6 (4,0)	2 (1,3)	7 (4,6)	124 (81,6)
Finansų tvarkymas	6 (3,9)	2 (1,3)	0	9 (5,9)	1 (0,7)	3 (2,0)	131 (86,2)
Vaistų vartojimas	10 (6,5)	3 (2,0)	0	12 (7,9)	1 (0,7)	2 (1,3)	124 (81,6)
Naudojimasis telefonu	13 (8,6)	2 (1,3)	2 (1,3)	12 (7,9)	3 (2,0)	4 (2,6)	116 (76,3)
Lipimas laiptais	4 (2,6)	0	2 (1,3)	9 (5,9)	2 (1,3)	1 (0,7)	134 (88,2)
Apsipirkimas	7 (4,6)	3 (2,0)	0	7 (4,6)	4 (2,6)	3 (2,0)	128 (84,2)
Naudojimasis transportu	2 (1,3)	0	2 (1,3)	4 (2,6)	1 (0,7)	0	143 (94,1)

3.2.7 lentelė. Tiriamųjų skirstinys pagal gebėjimus atlikti įprastines kasdienes veiklas

Veikla	Nepriklausomas	Tik pasiruošimo pagalba	Priežiūra	Ribota pagalba	Didelė pagalba	Maksimali pagalba	Visiška priklausomybė
	n (proc.)						
Maudymasis	2 (1,3)	1 (0,7)	4 (2,6)	9 (5,9)	4 (2,6)	6 (3,9)	126 (83,9)
Asmeninė higiena	3 (2,0)	8 (5,3)	9 (5,9)	20 (13,2)	41 (27,0)	21 (13,8)	50 (32,9)
Viršutinės kūno dalies aprengimas	5 (3,3)	9 (5,9)	11 (7,2)	20 (13,2)	17 (11,2)	15 (9,9)	75 (49,3)
Apatinės kūno dalies aprengimas	3 (2,0)	5 (3,3)	5 (3,3)	11 (7,2)	17 (11,2)	10 (6,5)	101 (66,5)
Vaikščiojimas	10 (6,6)	5 (3,3)	25 (16,5)	21 (13,8)	6 (3,9)	7 (4,6)	78 (51,3)
Judėjimas	10 (6,6)	4 (2,6)	23 (15,1)	24 (15,8)	6 (3,9)	6 (3,9)	102 (52,1)
Atsėdimas ant tualetu	9 (5,9)	5 (3,3)	10 (6,6)	26 (17,1)	17 (11,2)	12 (7,9)	73 (48,0)
Naudojimasis tualetu	7 (4,6)	3 (2,0)	4 (2,6)	23 (15,2)	16 (10,5)	16 (10,5)	83 (54,6)
Pasilankumas lovoje	27 (17,7)	5 (3,3)	12 (7,9)	29 (19,1)	24 (15,8)	12 (7,9)	43 (28,3)
Valgymas	32 (21,1)	8 (5,3)	16 (10,5)	40 (26,3)	21 (13,8)	4 (2,6)	31 (20,4)

Vertinant tiriamųjų bendrą savarankiškumą (respondentų nuomonė) patekus į palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninę ir juos išrašant į namus – 64,4 proc. (n = 98) jis nepakito, 25, 7 proc. (n = 39) pagerėjo ir 9,9 proc. (n = 15) pablogėjo.

Tyrimas parodė, kad didesnius kognityvinius sunkumus patiriantys žmonės buvo labiau priklausomi kasdieninėje instrumentinėje ir įprastinėje kasdieninėje veikloje (visoms veikloms Spearmano ranginės koreliacijos koeficientas $R > 0,33$, $p < 0,0001$). Stipriausia sąsaja nustatyta tarp kognityvinių gebėjimų ir vaistų vartojimo ($R = 0,62$), finansų tvarkymo ($R = 0,54$), įprastos namų ruošos ($R = 0,53$). Mažiausiai, bet patikimai kognityviniai gebėjimai buvo susiję su maisto ruošimu ($R = 0,33$).

Apibendrinami šiuos duomenis galime teigti, kad mūsų tiriamiesiems, išleidžiant juos iš slaugos ligoninės į namus, buvo būdingas multimorbidiskumas ir polifarmacija. Visi turėjo atminties problemų. Didžiajai daugumai buvo sutrikęs miegas, mąstymas, kognityviniai gebėjimai priimti sprendimus kasdieniniame gyvenime, vargino klausos, regos sutrikimai, nelaikė šlapimo, išmatų. Absoliuti tiriamųjų dauguma vartojo per mažai skysčių (mažiau nei 1000 ml), 33,6 proc. tiriamųjų reikėjo pakeisti dietą, kad galėtų praryti maistą. Dauguma tyrimo dalyvių taip pat turėjo depresijos požymių (nesidžiaugė ir nesidomėjo dalykais, kurie įprastai teikdavo džiaugsmą, ar nenorėjo (negalėjo) apie tai kalbėti). Trečdalis tyrimo dalyvių, vertinant jų pačių nuomonę, jautėsi vieniši. Beveik pusę tyrimo dalyvių vargino skausmo simptomai, dusulys.

Instrumentinės kasdieninės veiklos ir įprastinės kasdieninės veiklos analizė atskleidė mūsų tiriamųjų ypač mažą savarankiškumo lygį. Visiška ar beveik visiška priklausomybė atliekant tokias veiklas, kaip finansų tvarkymas, apsipirkimas, vaistų vartojimas, maudymasis, judėjimas ar apsirengimas, rodo plataus slaugos ir socialinių paslaugų spektro poreikį namuose.

3.3. Iš palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės išrašomų pagyvenusių žmonių savarankiškumo ir nustatytų nuolatinės slaugos, pagalbos paslaugų sąsajos

Išrašant pacientus iš palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės į namus, mūsų tiriamiesiems buvo nustatyti specialieji poreikiai (SP). Didžiajai daliai (57,9 proc.; n = 88) respondentų buvo nustatytas specialusis nuolatinės slaugos poreikis, t. y. paskirta oficiali, valstybės finansuojama slauga namuose; 25,7 proc. (n = 39) skirta pagalba ir 16,4 proc. (n = 25) jokia oficiali (valstybės finansuojama) tolimesnė slauga ar pagalba namuose numatyta nebuvo.

Tyrimas parodė, kad kognityviniai gebėjimai priimti sprendimus kasdieniniame gyvenime daugumai mūsų tiriamųjų buvo vidutiniškai ar labai sutrikę (buvo priklausomi nuo kitų pagalbos). Nustatyta, kad iš tiriamųjų grupės, kuriems slaugos ar pagalbos paslaugos namuose nebuvo paskirtos, 5,9 proc. buvo nepriklausomi pagal kognityvinius gebėjimus priimant sprendimus kasdieniniame gyvenime. Kitiems šie gebėjimai svyravo nuo nežymios priklausomybės (priimti sprendimus buvo sudėtinga tik naujose situacijose) iki labai padidėjusios priklausomybės (savarankiškai sprendimų nepriėmė arba juos priėmė retai) (3.3.1 lentelė).

3.3.1 lentelė. Respondentų skirstinys pagal nustatytus specialiuosius poreikius (SP) ir jų kognityvinius gebėjimus

Nustatyti specialūs poreikiai (SP)	Kognityviniai gebėjimai priimti sprendimus kasdieniniame gyvenime					Iš viso, n (proc.)
	Nepriklausomas	Nežymi priklausomybė	Šiek tiek padidėjusi priklausomybė	Vidutiniškai padidėjusi priklausomybė	Labai padidėjusi priklausomybė	
	n (proc.)					
Nėra SP	9 (5,9)	5 (3,3)	4 (2,6)	5 (3,3)	2 (1,3)	25 (16,4)
Pagalba	3 (2,0)	4 (2,6)	2 (1,3)	13 (8,6)	17 (11,2)	39 (25,7)
Nuolatinė slauga	5 (3,3)	6 (3,9)	3 (2,0)	13 (15,8)	50 (32,9)	88 (57,9)
Iš viso	17 (11,2)	15 (9,9)	9 (5,9)	42 (27,6)	69 (45,4)	152 (100)

$\chi^2 = 35,5$; $p < 0,001$.

Palyginus tiriamųjų savarankiškumą, nustatytą pagal interRAI kasdienės veiklos vertinimo skalę (KVVS), su jiems nustatytais nuolatinės slaugos, pagalbos namuose poreikiais (numatomu oficialios slaugos, pagalbos namuose tęstinumu) 3,3 proc. ($n = 5$) pacientų tolimesnės oficialios, valstybės finansuojamos slaugos, pagalbos paslaugos namuose suplanuotos nebuvo, nors tiriamųjų savarankiškumas pagal KVVS buvo įvertintas 5 balais (priklausomas) (3.3.2 lentelė).

3.3.2 lentelė. Respondentų skirstinys pagal nustatytus specialiuosius poreikius (SP) ir savarankiškumą pagal kasdienės veiklos skalę

Nustatyti specialūs poreikiai	Savarankiškumo balas pagal interRAI kasdienės veiklos vertinimo skalę, n (proc.)							Iš viso, n (proc.)
	0	1	2	3	4	5	6	
Nėra SP	2 (1,3)	6 (3,9)	5 (3,3)	7 (4,6)	0 (0,0)	5 (3,3)	0 (0,0)	25 (16,4)
Pagalba	0 (0,0)	3 (2,0)	6 (4,0)	12 (7,9)	7 (4,6)	9 (5,9)	2 (1,32)	39 (25,7)
Slauga	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (2,0)	16 (10,5)	4 (2,6)	40 (26,3)	25 (16,5)	88 (57,9)
Iš viso	2 (1,3)	9 (5,9)	14 (9,2)	35 (23,0)	11 (7,2)	54 (35,5)	27 (17,8)	152 (100)

$\chi^2 = 67,8$; $p < 0,001$.

Fizinio savarankiškumo vertinimui Lietuvoje plačiausiai naudojama Barthel indekso metodika, todėl pasigilinome, kaip respondentų fizinis savarankiškumas pasiskirstė pagal nustatytus nuolatinės slaugos, pagalbos poreikius. Ši analizė parodė, kad 9,9 proc. ($n = 15$) tiriamųjų nei nuolatinės slaugos, nei pagalbos poreikiai numatyti nebuvo, nors pagal Barthel indeksą jie buvo beveik visiškai priklausomi (3.3.3 lentelė).

3.3.3 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal nustatytus specialiuosius poreikius (SP) ir savarankiškumą pagal Barthel indeksą

Nustatyti specialūs poreikiai	Vidutiniškai priklausomas	Beveik visiškai priklausomas	Visiškai priklausomas	Iš viso, n (proc.)
	n (proc.)			
Nėra SP	10 (6,5)	15 (9,9)	0 (0)	25 (16,4)
Pagalba	3 (2,0)	33 (21,7)	3 (2,0)	39 (25,7)
Slauga	0	36 (23,7)	52 (34,2)	88 (57,9)
Iš viso	13 (8,5)	84 (55,3)	55 (36,2)	152 (100)

$\chi^2 = 76,5$; $p < 0,001$.

Nustatytus slaugos, pagalbos poreikius palyginome su MAPLe metodu nustatytu paslaugų prioriteto lygiu. Rezultatai parodė, kad 3,2 proc. ($n=5$) tiriamųjų, kuriems jokie poreikiai nustatyti nebuvo, pagal MAPLe metodą buvo priskirti aukščiausiam (5-am) prioritetui (3.3.4 lentelė). Detalesnė rezultatų analizė pateikiama 2-ame priede.

3.3.4 lentelė. *Tiriamųjų skirstinys pagal nustatytus slaugos/pagalbos poreikius ir MAPLe savarankiškumo lygį*

Nustatyti specialūs poreikiai	Slaugos paslaugų prioriteto lygis pagal MAPLe, n (proc.)					Iš viso, n (proc.)
	1	2	3	4	5	
Nėra SP	1 (0,7)	1 (0,7)	4 (2,6)	14 (9,2)	5 (3,2)	25 (16,4)
Pagalba	0 (0)	0 (0)	3 (2,0)	15 (9,9)	21 (13,8)	39 (25,7)
Slauga	0 (0)	0 (0)	3 (2,0)	56 (36,8)	29 (19,2)	88 (57,9)
Iš viso	1 (0,7)	1 (0,7)	10 (6,6)	85 (55,9)	55 (36,1)	152 (100)

$\chi^2 = 29,42$; $p = 0,0027$.

Tyrime pritaikę *MI Choice* algoritmą nustatėme, kad iš tiriamųjų grupės, kuriems paslaugų poreikiai nustatyti nebuvo, pagal *MI Choice* algoritmą 5,9 proc. (n=9) tiriamųjų buvo rekomenduojama institucinė slauga. T. y. šie tiriamieji buvo ypač nesavarankiški (3.3.5 lentelė).

3.3.5 lentelė. *Tiriamųjų skirstinys pagal nustatytus slaugos/pagalbos poreikius ir rekomenduojamas paslaugas pagal MI Choice*

Nustatyti specialūs poreikiai	Institucinės slaugos paslaugos	Slaugos paslaugos namuose	Intermituojanti/ protarpinė slauga	Pagalba namuose	Informavimas ir konsultavimas	Iš viso, n (proc.)
	n (proc.)					
Nėra SP	9 (5,9)	12 (7,9)	1 (0,7)	2 (1,2)	1 (0,7)	25 (16,4)
Pagalba	31 (20,4)	8 (5,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	39 (25,7)
Slauga	80 (52,6)	8 (5,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	88 (57,9)
Iš viso	120 (78,9)	28 (18,5)	1 (0,7)	2 (1,2)	1 (0,7)	152 (100)

$\chi^2 = 66,70$; $p < 0,001$.

Palyginę tiriamųjų savarankiškumą pagal *MAPLe* ir rekomenduojamas slaugos paslaugas pagal *MI Choice* nustatėme, kad labiausiai nesavarankiškiems respondentams (kai jų savarankiškumo lygis 4 ir 5 balai pagal *MAPLe*) buvo rekomenduotinos institucinės slaugos paslaugos, t. y. iš 152 respondentų, išleidžiamų iš slaugos ligoninės į namus po 90–120 dienų, pagal *MI Choice* vertinimo skalę 78,9 proc. (n = 120) tiriamųjų buvo rekomenduotinos institucinės slaugos paslaugos (3.3.6 lentelė).

3.3.6 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal MAPLe savarankiškumo lygį ir rekomenduojamas paslaugas pagal MI Choice

MAPLe pirmenybi- niai lygiai	Institucinės slaugos paslaugos	Slaugos paslaugos namuose	Intermituo- janti slauga	Pagalba namuose	Informavi- mas ir kon- sultavimas	Iš viso, n (proc.)
	n (proc.)					
1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,7)	1 (0,7)
2	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,7)	0 (0)	1 (0,7)
3	0 (0)	8 (5,26)	1 (0,7)	1 (0,7)	0 (0)	10 (6,6)
4	65 (42,8)	20 (13,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	85 (55,9)
5	55 (36,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	55 (36,1)
Iš viso	120 (78,9)	28 (18,4)	1 (0,7)	2 (1,3)	1 (0,7)	152 (100)

$\chi^2 = 228,98$; $p < 0,001$.

Nežiūrint į mažą respondentų savarankiškumą, didžioji jų dalis ($n = 116$; 76,3 proc.) nurodė, kad labiau pageidautų ne institucinės, bet namų slaugos. Institucinę slaugą rinkę 23,7 proc. ($n = 36$) tiriamųjų.

Taikant vienaveiksnę logistinę regresiją nustatyta, kad institucinės slaugos pasirinkimas susijęs su respondentų amžiumi, lytimi ir sveikatos būkle (diagnoze, suvokimo lygiu). Institucinę slaugą 2,7 karto dažniau rinkę respondentai, patekę į 65–84 m. amžiaus grupę (PI 1,191–6,081; $p = 0,017$), nei tie, kurie pateko į 85 m. ir vyresnių grupę. Vyrai, lyginant su moterimis, statistiškai reikšmingai dažniau rinkosi institucinę slaugą (GS 2,402; PI 1,083–5,327; $p = 0,031$).

Sergantieji Alzheimerio liga dažniau rinkę institucinę priežiūrą (GS 5,914; PI 1,342–26,071; $p = 0,019$) lyginant su tais, kurie šia liga neserga.

Institucinės slaugos pasirinkimą nulėmė ir pacientų pažinimo funkcijų sutrikimai. Pacientai, kurių kognityviniai gebėjimai priimančiais sprendimus stipriai susilpnėję, statistiškai reikšmingai dažniau rinkę institucinę slaugą nei tie, kurių šie gebėjimai nesutrikę ar minimaliai susilpnėję (3.3.7 lentelė).

3.3.7 lentelė. Pacientų, kuriems sutrikusi pažinimo funkcija, institucinės slaugos pasirinkimas (vienveiksnė logistinė regresija)

Vertinamas kintamasis		GS (95 proc. PI)	p
Kognityviniai gebėjimai priimant sprendimus kasdieniniame gyvenime	Stipriai susilpnėję lyginant su nepriklausomais, pakitusiais/minimaliai susilpnėjusiais	2,680 (1,017–7,062)	0,046
Gebėjimas išreikšti save	Dažniau nesugeba išreikšti save lyginant su dažniau sugebančiais išreikšti save	2,199 (1,018–4,748)	0,045
Gebėjimai suprasti kitus	Dažniau nesupranta lyginant su dažniau suprantančiais	2,480 (1,137–5,410)	0,022
Elgesys	Klaidžiojantys lyginant su neklaidžiojančiais	3,691 (1,163–11,716)	0,027
	Socialiai nederamas elgesys (verbalinis/fizinis smurtas, viešumoje nederamas seksualinis elgesys ar nusirenginėjimas, priešinimasis priežiūrai) su nepakitusiu elgesiu	3,262 (1,173–9,069)	0,023

3.4. Iš palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės į namus išrašytų pagyvenusių žmonių savarankiškumo pokyčiai ir teikiamų slaugos paslaugų veiksmingumas

Antrame tyrimo etape dalyvavo 113 respondentų, kuriems buvo nustatyti nuolatinės slaugos arba pagalbos poreikiai. Nuolatinės slaugos poreikiai buvo nustatyti 66,4 proc. (n = 75) respondentų, o pagalbos – 33,6 proc. (n = 38). Apklausa vyko 90–120 dienų po išrašymo iš palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės. Tiriamųjų amžiaus vidurkis buvo $83,8 \pm 7,8$ metai. Moterų buvo 73,4 proc. (n = 83), vyrų – 26,6 proc. (n = 30). Dauguma (n = 68; 60,2 proc.) tiriamųjų gyveno kartu su savo vaikais, 17,7 proc. (n = 20) su sutuoktiniu/su sutuoktiniu ir kitais, 15,9 proc. (n = 18) su broliu (sese ir kitais), 6,2 proc. (n = 7) gyveno vieni.

Tiriamiesiems buvo būdinga polifarmacija. Vidutiniškai per dieną pacientams buvo paskirta $5 (\pm 2,2)$ rūšių medikamentai. Nesvarbu, ar jiems buvo nustatyti nuolatinės slaugos ar pagalbos poreikiai, paskirtų medikamentų skaičius abiejose grupėse statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Pastebėjome, kad namuose slaugomi pacientai buvo linkę pakoreguoti gydytojų paskirtų medikamentų vartojimą. Medikamentus tiksliai pagal gydytojų paskyrimą vartojo 53,98 proc. (n = 61) tiriamųjų, o 46,02 proc. (n = 52) juos koregavo, vartojo mažiau nei buvo jų paskirta.

Lygindami tiriamųjų bendro savarankiškumo (pagal interRAI HC) kitimą (tiriamųjų nuomone) po slaugymo slaugos ligoninėje ir namuose, nustatėme, jog jis reikšmingai blogėjo po slaugymo namuose (3.4.1 lentelė).

3.4.1 lentelė. Tiriamųjų skirstinys pagal bendro savarankiškumo, pragulų kitimą slaugant slaugos ligoninėje ir namuose ($n = 113$)

Vertinamas kintamasis	Slaugos ligoninėje, n (proc.)	Namuose, n (proc.)	p
Bendro savarankiškumo pokytis			
Pagerėjo	26 (23,0)	1 (0,9)	0,0001
Nepakito	75 (66,4)	75 (66,4)	0,999
Pablogėjo	12 (10,6)	37 (32,7)	0,0001
Pragulos			
Nebuvo ir neišsivystė	93 (82,3)	76 (67,3)	0,013
Buvo, bet išgydytos	6 (5,3)	3 (2,7)	0,498
Nebuvo, bet išsivystė	4 (3,5)	23 (20,3)	0,0001
Buvo, bet neišgydė	10 (8,9)	11 (9,7)	0,999

Naudotas Fišerio tikslusis testas.

Tyrimas parodė, kad respondentų grupėje, kurių savarankiškumas blogėjo slaugos ligoninėje (10,6 proc., $n = 12$), namuose jis nesikeitė 6,7 proc. ($n = 5$) tiriamųjų, o 18,9 proc. ($n = 7$) jis ir namuose slaugant blogėjo.

Analizuojant pragulų išsivystymą slaugos ligoninėje ir namuose, nustatyta, kad pragulos didesnei daliai tiriamųjų išsivystė slaugant namuose. Slaugant slaugos ligoninėje, pragulos išsivystė 3,5 proc. ($n = 4$) tiriamųjų, o slaugant namuose – 20,3 proc. ($n = 23$) tiriamųjų (3.4.1 lentelė).

Iš tiriamųjų grupės, kuriems buvo nustatyti nuolatinės slaugos poreikiai ($n = 75$), – 41,3 proc. ($n = 31$), o iš tiriamųjų grupės, kuriems buvo nustatyti pagalbos poreikiai ($n = 18$), – 47,4 proc. dienos metu buvo paliekami be priežiūros, pagalbos 2–8 val. ($\chi^2 = 8,43$; $p = 0,04$).

Nustatyta, kad tik 5,5 proc. ($n = 6$) visų tyrime dalyvavusių pacientų turėjo galimybę (sugebėjo) pasikviesti pagalbą nelaimės atveju, kiti tyrimo dalyviai tokios galimybės (gebėjimų) neturėjo.

Pacientai, kuriems buvo nustatytas nuolatinės slaugos poreikis ($n = 75$), pagal teisės aktus pretendavo į oficialių slaugos paslaugų gavimą namuose, tačiau tokias paslaugas gavo 26,7 proc. ($n = 20$) tiriamųjų ir tai dažniausiai buvo tie atvejai, kai pacientui reikėjo atlikti kraujo tyrimus ($n = 18$; 24,0 proc.), injekcijas ($n = 2$; 2,7 proc.). Teikiamos slaugos paslaugos pacientų namuose užtruko tiek laiko, kiek jo reikia paimti kraujo tyrimus, t. y. 1 kartą per

4 mėn. – 20 min. Tuo pačiu metu 13,3 proc. (n = 10) tiriamųjų buvo konsultuoti dėl slaugos.

Tiriamieji, kuriems buvo nustatyti pagalbos (n = 38) poreikiai, pretendavo į socialinio darbuotojo paslaugas namuose ir jų pagalbą gavo 5,3 proc. (n = 2) respondentų.

Lyginant oficialių slaugos paslaugų teikimą respondentams, kuriems nustatytas nuolatinės slaugos poreikis, ir respondentams, kuriems nustatytas pagalbos poreikis, – statistiškai reikšmingas skirtumas tarp šių grupių nenustatytas ($p = 0,102$).

Tyrimas parodė, kad 22,1 proc. (n = 25) tiriamųjų per paskutinius 4 mėn. bent kartą lankėsi priėmimo-skubios pagalbos skyriuje be hospitalizavimo ir 4,6 proc. (n = 5) su hospitalizavimu. Šeimos gydytojas namuose aplankė 19,5 proc. (n = 22) respondentų. Apsilankymų ligoninėje skaičius (nesvarbu, ar su nakvojimu joje, ar be jo) ir šeimos gydytojo vizitai tiriamųjų namuose nuo to, kokie poreikiai (nuolatinės slaugos ar pagalbos) respondentams buvo nustatyti, statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Tačiau šeimos gydytojo vizitai pas tiriamuosius statistiškai reikšmingai buvo susiję su tiriamųjų apsilankymu ligoninėje ($p = 0,001$).

Dažniausiai pagrindiniai neoficialūs respondentų slaugytojai buvo jų vaikai (n = 74; 65,5 proc.), 15,0 proc. (n = 17) – broliai/seserys ar kiti giminaičiai, 14,2 proc. (n = 16) – sutuoktiniai/partneriai, 5,3 proc. (n = 6) – draugai, kaimynai. Absoliuti tiriamųjų dauguma (92,9 proc. (n = 105)) gyveno kartu su slaugančiuoju.

Tyrimas atskleidė, kad nemaža dalis pagrindinių neformalių slaugytojų pacientus slaugė vieni be kito asmens pagalbos. Tokių slaugytojų buvo 38,9 proc. (n = 44). Kiti turėjo pagalbininkus. Dažniausiai tai buvo samdomas asmuo (n = 28; 24,8 proc.) ar kitas paciento vaikas (n = 23; 20,3 proc.).

Kad galėtų savo artimą slaugyti namuose, 18,6 proc. (n = 21) visų (n = 113) pacientų artimųjų buvo atsisakę darbo. Didesnė darbo atsisakiusių dalis buvo asmenys, kurie pacientus slaugė vieni (3.4.2 lentelė).

3.4.2 lentelė. Respondentų skirstinys pagal neoficialių slaugytojų skaičių ir jų poreikį atsisakyti darbo

Neoficialių slaugytojų/padėjėjų skaičius	Darbo atsisakymas dėl slaugymo, n (proc.)		Iš viso, n (proc.)
	Ne	Taip	
Vienas	29 (31,5)	15 (71,4)	44 (38,9)
Du (turėjo pagalbininkus)	63 (68,5)	6 (28,6)	69 (61,1)
Iš viso	92 (100)	21 (100)	113 (100)

$\chi^2 = 11,45$, lls = 1; $p < 0,001$.

Dauguma pagrindinių slaugytojų nurodė, kad dėl artimojo slaugos jaučia pastovų nuovargį, pyktį ar depresiją. Jaučia nepajėgiantys susidoroti su asmens liga. Nemaža dalis šių slaugytojų nurodė, kad savo artimą sunku prižiūrėti dėl jų pačių prastos sveikatos. Dažniau sunkumus slaugant patyrė tie artimieji, kurie slaugė visiškai nesavarankiškus pacientus, t. y. tuos, kuriems buvo nustatyti nuolatinės slaugos poreikiai (3.4.3 lentelė).

3.4.3 lentelė. Neformalių slaugytojų potyriai slaugant artimąjį (n = 113)

Pagrindinio neoficialaus padėjėjo statusas	Nustatyti nuolatinės slaugos poreikiai, n (proc.)	Nustatyti pagalbos poreikiai, n (proc.)	Iš viso, n (proc.)	p
Negali prižiūrėti dėl suprastėjusios sveikatos	29 (38,7)	2 (5,3)	31 (27,4)	<0,001
Jaučia nuovargį, pyktį ar depresiją	65 (86,7)	25 (65,8)	90 (79,7)	0,009
Jaučiasi nepajėgiantis susidoroti su asmens liga	46 (61,3)	15 (39,5)	61 (54,0)	0,027
Sunku prižiūrėti, nes reikia eiti į darbą	43 (57,3)	23 (60,5)	66 (58,4)	0,744

Nustatėme, kad iš slaugytojų, kurie dažniau skundėsi nuovargiu, pykčiu, depresija dėl artimojo slaugos dažniau atsisakė darbo (22,2 proc; n = 20) palyginti su tais, kurie tokių potyrių neturėjo (4,3 proc.; n = 1) ($p = 0,03$).

Tarp jautusių nuovargį, pyktį, depresiją slaugytojų lėšų trūko 67,8 proc. (n = 61). Tai reikšmingai daugiau nei tarp tų, kurie depresijos nejautė (34,8 proc.; n = 8) ($p = 0,004$).

Dauguma neoficialių slaugytojų po 90–120 dienų slaugymo namuose pakeitė nuomonę dėl slaugos vietos ir norėtų, jog jų artimiesiems būtų skirta institucinė slauga (3.4.4 lentelė).

3.4.4 lentelė. Slaugos paslaugų teikimo vietos pasirinkimo kitimas

Slaugos paslaugų pasirinkimas išrašant iš slaugos ligoninės	II apklausa po 3 mėn. namuose	n (proc.)
Slauga namuose	Slauga namuose	25 (22,1)
Slauga namuose	Institucinė slauga	59 (52,2)
Institucinė slauga	Slauga namuose	5 (4,4)
Institucinė slauga	Institucinė slauga	24 (21,3)

Atlikus vienveiksę regresinę analizę nustatyta, kad respondentai, kurių artimieji teigė jaučiantys nuovargį, pyktį ar depresiją, 5,6 karto dažniau rinkosi institucinę slaugą (GS 5,582; PI 2,097–14,857; $p = 0,001$).

Respondentų artimųjų teigimu, pacientų grupei, kuriems nustatyti nuolatinės slaugos poreikiai, jie skyrė vidutiniškai 21,2 (SN±5,5) valandas per parą, o respondentų grupei, kuriems nustatyti pagalbos poreikiai, – 10,7 (SN±6,3) valandas ($p < 0,001$).

3.5. Slaugos paslaugų organizavimas ir ateities perspektyvos pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų vadovų požiūriu

Trečiajame tyrimo etape atliktas giluminis pusiau struktūruotas interviu su penkiais skirtingų pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų vadovais.

Giluminio pusiau struktūruoto interviu klausimas – kokia pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų vadovų požiūriu yra slaugos paslaugų asmens namuose situacija ir koks būtų optimalus slaugos paslaugų namuose teikimo modelis.

Analizuojant interviu medžiagą, nustatytos šios pagrindinės temos:

1. Sisteminiai veiksniai, ribojantys slaugos paslaugų paciento namuose skyrimą.
2. Sisteminiai veiksniai, ribojantys paskirtų slaugos paslaugų vykdymą.
3. Slaugos paslaugų organizavimo perspektyvos.

3.5.1. Sisteminiai veiksniai, ribojantys slaugos paslaugų pacientų namuose skyrimą

Paciento diagnozės akcentavimas. Tyrimo dalyvių teigimu, slaugos paslaugų asmens namuose poreikis yra didesnis nei oficialiai nustatoma.

„Yra tokių pacientų, kuriems slaugos paslaugos tikrai reikalingos, bet jokie poreikiai nenustatyti ir nėra galimybių tai padaryti. (inf. 4)

„Tai jų [slaugos paslaugų] reikia daugiau nei nustato NDNT“ (3 inf.).

Vienu pagrindinių veiksnių, ribojančių slaugos paslaugų skyrimą, mūsų informantai įvardijo paciento diagnozės akcentavimą. Lietuvoje pagyvenusiems žmonėms nustatant slaugos poreikius, lemiamas vaidmuo tenka ne jo savarankiškumo lygiui, bet diagnozei. Toks diagnozių akcentavimas sudaro skirtingas galimybes gauti slaugos paslaugas vienodo savarankiškumo laipsnio pacientams.

„Tai būna kuriozų, kai dėl demencijos visai jau nesavarankiškas, ryti negali, tada jau paliatyvių [pagalbą] gali tvarkyt, bet jeigu rijimo sutrikimas ir ta pati būklė, visiškai nesavarankiškas dėl insulto – paliatyvi nepriklauso. Tokios diagnozės sąraše nėra.“ (inf. 4).

Diagnozės kaip priežasties slaugos paslaugų skyrimui kėlimas į pirmą vietą riboja specialiųjų nuolatinės slaugos poreikių nustatymą, savalaikį paslaugų prieinamumą.

„Žinai, tai po narkozės, po operacijų būna, susisuka galvos ten po kokios, nu šlaunikaulio operacijos, tai žinai, demenciją reikia dėl tų poreikių patvirtinti. Bet iš karto tai negali. Pagal reikalavimus tai, kad patvirtintum, 6 mėnesiai turi praeiti. Tai kitas tiek nesulaukia. Neišgyvena tiek. (inf.1)“

Biurokratizuota slaugos poreikių nustatymo procedūra. Prie sisteminių kliūčių skiriant slaugos, pagalbos paslaugas vyresnio amžiaus asmenims galima priskirti ir pačią specialiųjų poreikių nustatymo tvarką. Mūsų informantų nuomone, ši sistema grįsta biurokratizuotomis procedūromis, kurių įgyvendinimo kaštai neadekvatūs vertinamai paciento būklei. Ignoruojama gydytojo, slaugytojo, kurie mato asmens sveikatos būklę, nesavarankiškumo lygį, kompetencija, tačiau reikalingų slaugos paslaugų, finansuojamų valstybės, paskirti negali.

„...tai nesąmonė. Kiek nervų, to ligonio tąsymo. Jau 90 metų [pacientui], visai nevaikšto, nesavarankiškas, nesorientuoja. Aišku, slaugos jam reikia. Pas daktarą gyvenime nebuęs. Reikia diagnozę patvirtinti, brangius tyrimus, kompus užsakinėjam dėl tų poreikių. Tai kiek tas valstybei kainuoja? Kam to reikia? Geriau tuos pinigus jo slaugai išleisti“ (inf. 5).

Sudėtingas, ilgai užtrunkantis slaugos poreikių nustatymo procesas.

Ligoninės, pasitelkdamos efektyvius tyrimo ir gydymo metodus, pacientų gydymosi laiką trumpina. Nustato diagnozę, paskiria gydymą, stabilizuoja būklę ir tolimesniam gydymui išleidžia į namus. Pagyvenę žmonės dėl prarasto savarankiškumo po ūmių susirgimų grįžta į namus, bet slaugos paslaugų dar negauna. Sudėtingas, ilgai užtrunkantis slaugos poreikių nustatymo procesas riboja slaugos, globos paslaugų savalaikiškumą, reikalauja didelių pastangų, išlaidų ir laiko, nors paslaugos yra reikalingos čia ir dabar.

„Dar „geriau“, kai iš ligoninės po kokio insulto išleidžia. Tai kol tuos poreikius nustatai.... tai psichiatro reikia, tai dar ko....ateitų iš NDNT ar dar iš kur ir nustatytų. Pagal savarankiškumą nustatytų“ (inf. 4).

Netinkamos metodikos pasirinkimas kognityviniams asmens gebėjimams vertinti, slaugos, pagalbos poreikių asmens namuose nustatymo procedūroje taip pat sudaro kliūtis gauti reikalingas paslaugas.

„Pacientas nekalba. Nebylys ar afazija jam. Dar jis fiziškai gal kiek ir daugiau pajėgus. Bartelis dar jo geras, bet mąstymo nėra, o psichiatras negali MMSE užpildyti. Ligonis nekalba. Ir negali siųsti [poreikių nustatymui]“ (inf. 1).

Informantų nuomone, šiuo metu esanti nuolatinių slaugos poreikių nustatymo metodika labiau orientuota į fizinį asmens savarankiškumą ir ypač nepalanki kognityvinių gebėjimų netekusiems pagyvenusiems žmonėms.

„Ambulatorinių paslaugų [demencija sergantys, kognityvinių gebėjimų netekusieji] tai praktiškai nieko negauna. Jie tų slaugos poreikių, jei vaikšto, tai negauna“ (inf. 4).

“...nesvarbu, kad protiškai tai jis nieko negali, nesupranta ir nežino nei ką, nei kada valgyti. Eina ir gi kur akys mato...bet fiziškai tai jis dar pajėgus. Ir viskas. Nuolatinės slaugos paslaugos nepriklauso,, (inf. 5).

3.5.2. Sisteminiai veiksniai, ribojantys paskirtų slaugos paslaugų teikimą

Nepagrįstas stacionarinės ir ambulatorinės slaugos paslaugų trukmės ribojimas. Informantų teigimu, slaugos paslaugų teikimą dalinai savarankiškiems ar visiškai nesavarankiškiems žmonėms riboja trumpalaikis stacionarinių (120 kalendorinių dienų per metus) slaugos paslaugų finansavimas, kurio trukmė nėra susieta su paciento slaugos poreikių trukme.

„Jei slauga 4 mėn. [stacionarinė], o po to – slaugos nebėr jau? Tai namuose dar gaus kažkiek dienų, kažkokios priežiūros [oficialios ambulatorinės slaugos paslaugų] ir viskas. Taip negali būti.“ (inf. 5).

„Tai tas slaugos poreikis gi jis neišnyksta nei per 4, nei 5 mėnesius. <...> po kokio insulto tai ir kelis metus lovoj praguli. Poreikis neišnyksta, tik finansavimas baigiasi. Viskas (inf. 2).

Informantų pastebėjimu, bene labiausiai slaugos paslaugų ribota trukmė nepagrįsta pagyvenusiems žmonėms, praradusiems kognityvinius gebėjimus. Toks paslaugų trukmės ribojimas riboja slaugos paslaugų prieinamumą.

„Jei prasideda senatvinė slauga, „demenciniai“ ligoniai, jų priežiūra ir slauga kartu sudėta negali būti tik 4 mėnesiai. O kas tada po 4 mėnesių?“ (inf. 1).

Slaugos paslaugų apimtis ir trukmė turėtų būti susieta su asmens savarankiškumu. Informantų nuomone, valstybės finansuojamų slaugos paslaugų (procedūrų skaičiaus) didinimas neišsprendžia problemos.

„Slaugytoja vieno apsilankymo metu, jei savarankiškai lankosi, turi padaryti 5 procedūras šitų paslaugų ... <...> Tai dantis išvalyti, kraujo spaudimą pamatuoti, išmokyti, parodyti padaryti, vieno apsilankymo metu 5 procedūras, jei gydytojo paskyrimu – 1 procedūrą. Ir tai tėsis ne tiek, kiek tam ligoniui reikės, o tiek, kiek įsakyme. Didina tą skaičių. <...> Dar didins, bet kas iš to?“ (inf. 2).

Slaugos paslaugų asmens namuose delegavimas paciento artimiesiems.

Kalbant apie slaugos paslaugas asmens namuose, paciento artimieji užima pagrindinį vaidmenį. Mūsų informantų teigimu, pati Sveikatos apsaugos ministerija išleista teisės aktais riboja slaugos paslaugų asmens namuose teikimą. Jos patvirtintame slaugos paslaugų asmens namuose apraše didesnis dėmesys skiriamas ne oficialiam kvalifikuotam slaugos paslaugų teikimui, bet artimųjų praktiniam reikalingų slaugos procedūrų technikos mokymui tam tikrą dieną skaičių per metus.

Jei reikia atsiurbti iš kvėpavimo takų, tai ten [apie ambulatorines slaugos paslaugas reglamentuojantį SAM įsakymą] tik mokymas gaunasi, ne paslauga. Tai išeina, kad siurbi, mokai namiškius tik tam tikrą skaičių procedūrų. Tiek apmoka kasos. O atsiurbinėti per dieną kelis kartus reikia. Tai kas toliau bus – namiškiams teks. Ant jų viskas sukrauta. Ligoninėje slaugytojom licencijų reikia, o namie nieko nereikia. Parodei kaip daryti ir viskas“ (inf. 4).

Informantų teigimu, šiuo metu SAM įsakymu apibrėžiamos slaugos paslaugos namuose yra tik tam tikra minimali pagalba šeimai, slaugančiai savarankiškumą praradusį artimąjį, labiau formalumas nei reali, kokybiška paslauga.

„Čia tik pliusiukas, kad buvo teikta paslauga. Ką reiškia pragulų profilaktika vieną, du kartus per mėnesį? Nu atėjai, papasakojai artimiesiems apie pragulas, profilaktiką ir viskas.“ (inf. 1).

Pristatę kiekybinio tyrimo rezultatus, liudijančius slaugos paslaugų namuose trūkumą tiems pacientams, kuriems buvo nustatyti nuolatinės slaugos poreikiai, informantai teigė, kad jie slaugos paslaugas asmens namuose teikia taip, kaip yra nurodyta slaugos paslaugų asmens namuose teikimo reikalavimų apraše (toliau tekste slaugos paslaugų asmens namuose apraše).

„Mes privalom užtikrinti slaugą namuose, tai tą darom. Įsakymą vykdom. Paraidžiui....“ (inf. 3).

„Tai mes tas paslaugas teikiame. Ir procedūras atliekam: tyrimus paimam ir pragulų profilaktiką atliekam. Taip, kaip parašyta. Ir atliekam, ir pamokom kažkiek dienų“ (inf. 1).

Mažas paslaugos įkainis. Kitas svarbus aspektas, atsiskleidęs atlikus tyrimo duomenų analizę, – maži slaugos paslaugų asmens namuose įkainiai, kurie neskatina slaugos paslaugų teikimo. Mažas įkainis nepadengia patiriamų išlaidų, įstaigoms jas reikia kompensuoti iš gaunamų lėšų už kitas paslaugas.

„Bet tai, kas yra mokama iš valstybės, nieko negalima padaryti, nes yra ribotas paslaugų skaičius ir teikimas, apmokėjimas tiek mažas, kad vien tokių įsteigti paslaugą yra problema. Primokam. Vienas išvažiavimas pas pacientą 15 eurų.“ (inf. 2).

Pacientų nenoras kreiptis dėl slaugos paslaugų namuose. Atlikta tyrimų analizė atskleidė, kad pacientai (arba jų artimieji) nelinkę kreiptis į šeimos gydytojo instituciją dėl slaugos paslaugų namuose. Jie nenoriai į namus įsileidžia svetimus žmones ir dėl paslaugų kreipiasi tik pablogėjus būklei, kai reikia atlikti tyrimus, paskirti gydymą.

„Be to, jis [pacientas] gali nesikreipti dėl tos paslaugos“ (5 inf.).

„Jie [pacientai] nenori, kad po namus kas svetimas vaikščiotų. Tai kreipiasi tik kai jau visai blogai <...>“ (inf. 1).

„Patys tai mes į namus nesiveržiam, jei nekviečia. Tai kai kreipiasi dėl vaistų pas daktarą, tai jei yra reikalas, tai būtinai nueina ir daktaras, ir slaugytoja aplanko. Procedūras padaro.“ (inf. 3).

3.5.3. Slaugos paslaugų organizavimo perspektyvos

Mūsų informantai siūlytų **išskirti trumpalaikės slaugos paslaugas asmens namuose**, kai jų reikia tik ribotą laiką, ir **nuolatinę slaugą**, kai slaugos paslaugos reikalingos nuolat:

„Jei slauga yra po kokių ūminių ligų, traumų, gali būti kažkokia reabilitacija vyksta, po to gali savarankiškai gyventi, tai čia yra laikinoji slauga pagal būseną, bet jeigu ateina slauga nebeatstatomoji, be kažkokių ūminių... arba insultas, jeigu insultas, visiškai nesavarankiškas, tai labai retai pradės vaikščioti, jau yra 80 metų (būna išimčių, bet labai retai), tai čia reikia diferencijuoti.“ (inf. 2).

Slaugos paslaugų asmens namuose skirstymas į trumpalaikes ir ilgalaikes padėtų ne tik užtikrinti savalaikę pagalbą pagyvenusiems savarankiškumo netekusiems žmonėms, bet ir racionaliau paskirstyti turimus finansinius resursus.

Savalaikis slaugos paslaugų skyrimas neribojant paslaugų trukmės. Vyresnio amžiaus žmonėms, kuriems nustatyti nuolatinės slaugos poreikiai, slaugos paslaugos turėtų būti paskirtos, kai tik šie poreikiai atsiranda, ir trukti tol, kol šie poreikiai yra.

„Klientas, jei jis visai nesavarankiškas, kiekvieną dieną turi gauti paslaugą (inf. 4).

„Jis tą paslaugą turi gauti iš karto, kai tik jos reikia“ (inf. 3).

„Tai kaip gali nutraukt tą paslaugą, jei poreikis dar neišnyko. Tai turi tęsti, kol išnyks. Tol, kol reikia“ (inf. 5).

Atlikto tyrimo analizė parodė, kad, informantų nuomone, slaugos paslaugų kokybei svarbu savalaikis šių paslaugų poreikio identifikavimas ir slaugos paslaugų tęstinumas pagal poreikį. Dėl šios priežasties būtina **mažinti biurokratizmą ir skiriant slaugos paslaugas prioritetą skirti asmens savarankiškumui, bet ne diagnozei**.

„Tuos poreikius galėtų nustatyti iš NDNT [neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba] atėję. Daktaras galėtų tik siuntimą parašyti, kad tokios paslaugos reikalingos. Be tų diagnozių tvirtinimo. Pagal savarankiškumą“ (inf. 2).

„Vienareikšmiškai. Slaugos poreikiai tai tik pagal savarankiškumą turėtų būti nustatomi“ (inf. 1).

Slaugos paslaugų poreikio vertinimas pagal asmens savarankiškumą sudarytų sąlygas išvengti klaidų, kai visiškai nesavarankiški asmenys paliekami tik neoficialių slaugytojų slaugai nenumatant (nei finansinės pagalbos, nei slaugos, pagalbos paslaugų) pagalbos.

Koncentruoti slaugos paslaugas, steigti paslaugų asmens namuose tarnybas. Slaugos paslaugų asmens namuose organizavimą koncentruoti į vieną vietą, steigti slaugos paslaugų asmens namuose tarnybas.

„Jei mes turim 100 tokių ligonių, tada taip. Galima pagalvot apie paslaugą. Už kiekvieną dieną teikiamas paslaugas ligonių kasa neapmoka, nes ribotas tų paslaugų skaičius. Tada yra kitas dalykas – aš turėčiau gauti papildomą mokestį iš paciento. Dabar ar aš turėsiu pacientų tokių, nes aš turėsiu išlaikyti personalą – slaugytoją su įranga ir su mašina, kineziterapeutą, masažuotoją – mobilią brigadą – slaugą namuose. Tai iš ko visiems sumokėti?“ (inf. 2).

Gautų tyrimo duomenų analizė parodė, kad kiekviena šeimos klinika (pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugas teikianti įstaiga) turi nepakankamą kiekį pacientų, dėl kurių jems apsimokėtų įdarbinti atskirą personalą, pirkti medicininę įrangą ir teikti paslaugą. Be to, ir apmokėjimas už paslaugas yra minimalus. Pagrįstas slaugos paslaugų įkainis, sudarytos sąlygos paslaugų koncentravimui steigiant atskiras slaugos paslaugų namuose tarnybas pagerintų slaugos paslaugų namuose prieinamumą.

Visi mūsų respondentai slaugos paslaugas namuose įsivaizduoja kaip atskirą slaugos paslaugų asmens namuose tarnybą, kurioje dirba slaugytojas ir slaugo pacientus, kuriems nustatyti nuolatinės slaugos poreikiai.

„Ta slaugos tarnyba galėtų būti atskira. Dirbtų kelios slaugytojos, gal būtų administratorius, kuris kuruotų, paskirstytų tuos darbus. Būtų slaugos tarnyba nu visam rajonui ar daliai. Jie žinotų visus pacientus, turėtų visas reikalingas priemones. Vienintelis, ko reikia, tai geros komunikacijos su šeimos gydytojais.“ (inf. 1).

„Su ta tarnyba galėtų turėti sutartis ir kitos šeimos klinikos, kad ir privačios. Ji būtų atskira. Užsiimtų tik tuo darbu, kad slaugytų. Paslaugos kokybė būtų kita“ (inf. 3).

Paslaugų diferencijavimas pagal jų teikėjus. Informantų nuomone, slaugos paslaugos namuose tiems pacientams, kurie yra visiškai ar beveik visiškai nesavarankiški, – brangi paslauga.

„Kad ištisą parą būtų slaugytojas šalia ligonio, tai 3,5 etatų reikėtų. Yra, kas samdo privačiai už tuos gautus pinigus, kur už tuos slaugos poreikius. Sumoka panašiai tiek, kiek mėnesis slaugoj[palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninė] kainuoja (inf. 1).

Tam, kad finansinius šalies resursus būtų galima racionaliau paskirstyti, informantai siūlytų planuojant slaugos paslaugas namuose jas diferencijuoti pagal paslaugų teikėjus. Dalį paslaugų galėtų teikti šeimos nariai, dalį formalūs slaugytojai, socialiniai darbuotojai, šeimos nariai.

„Tai be namiškių – tai nesąmonė. <...> Viena slaugytoja negali tik vieną pacientą prižiūrėti visą dieną. Negali gi ten sėdėti. Tiek slaugytojų nebus, kad prie kiekvieno sėdėtų.“ (inf. 1).

„Bet tai čia tik tol, kol namiškiai darbe. Vėliau jau patys jie tvarkosi. Bet jau į darbą gali eiti, nereikia dar ir jiems išmokų mokėti. Socialiniai darbuotojai dar gali būti įtraukti.“ (inf. 3).

Planuojant slaugos paslaugas asmens namuose labai svarbu atsižvelgti ir į vyresnio amžiaus žmonių šeimos galimybes, socialinę aplinką slaugyti namuose. Reikėtų kartu su šeima aptarti, kiek ir kokių paslaugų reikia. Ką galėtų padaryti šeima savarankiškai, o kurioms paslaugoms reikalingos formalus slaugytojo (ar socialinio darbuotojo) paslaugos.

„Su šeima reikia kartu nutarti, kokių paslaugų jai reikia.“ (inf. 5).

„Dar socialiniai darbuotojai kažką darytų“ (inf. 4).

Tyrimo analizė parodė, kad šiuo metu yra per maža parama pacientą slaugantiems artimiesiems. Šeimos nariams reikėtų sudaryti visas sąlygas, kad jiems dėl artimojo slaugos nereikėtų atsisakyti darbo ar kad visiškai nepervargtų, nesusirgtų.

„Atsisako darbo, kad namie galėtų slaugyti. Tai, žiūrėk, ligoninėj visą parą darbuotojai keičiasi, o namie slaugai jei vienas – tai koks nuovargis? Pats slaugytojas suserگا“ (inf. 1).

Slaugos poreikio nustatymo tvarkos keitimas. Informantų nuomone, siekiant gerinti slaugos paslaugų savalaikį prieinamumą, gerinti teikiamų paslaugų kokybę, būtina keisti šių poreikių nustatymo tvarką, slaugos paslaugų organizavimą. Teikiamos slaugos paslaugos namuose garantuotų geresnę paslaugų kokybę ir pagyvenusiems žmonėms būtų priimtinesnės už stacionarines slaugos paslaugas.

„Tai su dabartiniu poreikių nustatymu ir visa tvarka, tai nieko nepadarysi. Keist reikia. Vienareikšmiškai“ (inf. 1).

„Mes tvarką turim keisti. Turim tada susitart, kiek paroj bus tų kartų, kai reikės atvykti, kokios funkcijos bus atliekamos, kiek jų bus, kokio profesionalumo norim. Visiškai kitą kokybę namuose gali suteikti neištraukiant žmogų iš socialinės aplinkos, yra priimtinau, bet brangiau“ (inf. 2).

Apibendrinami visų respondentų išsakytas mintis, galime teigti, kad dabartinė slaugos paslaugų asmens namuose organizavimo ir teikimo sistema neatitinka realių pagyvenusio amžiaus žmonių slaugos, socialinių paslaugų poreikių. Būtina iš esmės ją peržiūrėti ir atlikti keitimus, kad slaugos, pagalbos paslaugos pagyvenusiems asmenims būtų prieinamos, savalaikės, o jų trukmė ir apimtis atitiktų realų poreikį.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Išsamus klausimynas *interRAI* (HC) leidžia visapusiškai įvertinti pagyvenusių žmonių sveikatos ir socialines problemas, o su klausimynu suderintos skalės – žmones suskirstyti į savarankiškumo lygmenis ir nustatyti paslaugų prioritetus (MAPLe), rekomenduoti paslaugų rūšis (*MI Choice*). Tai sudaro galimybes gerinti slaugos ir socialinių paslaugų prieinamumą.

Kaip slaugos paslaugų namuose gavėjai mūsų tiriamieji, palyginti su Kanados, Vokietijos ir kitų šalių šių paslaugų gavėjais pagal amžių, lytį ir ligas, vaistų vartojimą bei šeiminių padėčių, turėjo būdingus panašius bruožus. Amžiaus vidurkis buvo 82,5 m., didžioji dauguma – vieniši, moterų daugiau nei vyrų. Daugumai buvo būdingas dauginis ligotumas (polimorbidiškumas) ir dauginis vaistų vartojimas (polifarmacija). Dažniausiai namų slaugos paslaugų gavėjai sirgo širdies ir kraujagyslių, nervų sistemos bei psichikos ligomis [129–132].

Tokie geriatriniai sindromai, kaip pažinimo funkcijų sutrikimas, regos ir klausos sutrikimai, inkontinencijos, griuvimai, priklausomybė kasdienėje veikloje, yra dažni pagyvenusių žmonių lėtinių ligų palydovai, būdingi ne tik mūsų tiriamiesiems, bet ir kitų šalių vyresnio amžiaus žmonių slaugos paslaugų gavėjams [133–135]. Guthrie nustatė, kad tokių geriatrinių sindromų triada – regėjimo, klausos, pažinimo sutrikimai – pagyvenusių žmonių savarankiškumą mažina labiau nei vien tik pažinimo funkcijų sutrikimas [136]. Planuojant slaugos paslaugas pagyvenusiems žmonėms būtina atsižvelgti į jiems būdingą ne tik polimorbidiškumą, bet ir į esamus geriatrinius sindromus. Slaugytojai, gydytojai turėtų atkreipti dėmesį į tai, kad pagyvenusiems žmonėms, ypač vienišiams, turintiems daug sveikatos, savarankiškumo problemų, vartojantiems daug vaistų, didėja griuvimų rizika. Šią riziką taip pat didina pasikeitusi gyvenamoji aplinka [137, 138]. Mūsų tyrimas taip pat patvirtino tokius kitų mokslininkų nustatytus rezultatus. Ne mažiau svarbūs yra psichosocialiniai griuvimų padariniai, galintys sukelti depresiją, baimę griūti, nepasitikėjimą savimi, nerimą, neigiamą socialinę patirtį, priklausomybę ir kt.

Daugeliui mūsų tyrimo dalyvių vyravo depresijai būdingi simptomai. Tai sumažėjęs bendravimas, nesidomėjimas praeityje mėgstama veikla, anhedonija (gyvenimo džiaugsmo stoka), verksmingumas. Vyresnio amžiaus žmonėms depresiją gali lemti fiziologiniai senėjimo proceso pokyčiai, netekty, stresai, vieatvė, daug somatinių ligų, socialinė atskirtis. Savo ruožtu depresija vyresnio amžiaus žmonėms sukelia miego sutrikimus, apetito mažėjimą, fizinio aktyvumo ir mąstymo sulėtėjimą, nerimą, savižudiškas mintis, didina negalią [139].

Daugumos mūsų tiriamųjų buvo vidutiniškai ar stipriai susilpnėję kognityviniai (pažinimo) gebėjimai priimti sprendimus kasdieniniame gyvenime. Visiems pacientams buvo sutrikusi trumpalaikė atmintis, daugumai buvo būdingi mąstymo (greitas išblaškymas, nerišlios kalbos atvejai, psichikos gebėjimų kaita dienos metu), miego sutrikimai, šlapimo, išmatų nelaikymas. Mokslo tyrimų įrodyta, kad vyresnio amžiaus žmonėms, kurių sutrikusios pažinimo funkcijos, slaugos paslaugų, pagalbos paslaugų reikia daug daugiau nei tiems, kurių šios funkcijos nesutrikusios. Be to, šių žmonių slaugai reikalingas specialiai parengtas personalas [140].

Mūsų tirtų pacientų būklė ir poreikiai buvo panašūs į kitų Lietuvos autorių: kuo labiau buvo susilpnėję respondentų pažinimo gebėjimai, tuo labiau jie buvo priklausomi kasdienėje instrumentinėje ir įprastinėje kasdienėje veikloje, todėl didėjo ir slaugos poreikių skaičius [116, 134]. Labai panašius tyrimo rezultatus 2014 m. savo darbe nurodo ir Mitzner su bendraautoriais [141].

Išleidžiant mūsų tiriamuosius į namus, absoliuti tyrimo dalyvių dauguma buvo visiškai arba beveik visiškai priklausomi atliekdami instrumentines ir įprastines kasdienes veiklas. Iš instrumentinių kasdinių veiklų labiausiai jiems buvo sutrikę gebėjimai naudotis viešuoju transportu, lipti laiptais, tvarkyti finansus, apsipirkti, vartoti vaistus. Iš kasdinių veiklų grupės mūsų tiriamieji labiausiai buvo nesavarankiškai maudydami, judėdami iš vienos vietos į kitą tame pačiame aukšte, apsirengdami apatinę kūno dalį. Tokie rezultatai rodo mažą mūsų tiriamųjų savarankiškumą ir plataus spektro slaugos paslaugų poreikius.

Šis tyrimas parodė, kad daliai iš slaugos ligoninės į namus išleidžiamų respondentų oficialios slaugos, pagalbos paslaugų tęstinumas jų namuose numatytas nebuvo.

Pritaikius tarptautinį klausimyną interRAI (HC) ir skales MAPLe, MI Choice, respondentų, kuriems slaugos arba pagalbos paslaugos namuose nereikalingos, buvo tik 0,7 proc. ($n = 1$). Didžioji respondentų dauguma pagal MAPLe savarankiškumo vertinimo skalę pateko į 4 ir 5 lygmenis, kurie rodo, kad mūsų respondentai buvo ypač nesavarankiškai ir jiems pagal MI Choice rekomendacijas būtų reikalinga institucinė slauga.

Gauti tyrimo rezultatai parodė, kad ribota trukmė palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėje neišsprendžia slaugos problemų ir absoliučiai mūsų tiriamųjų daugumai po stacionarinės slaugos buvo būtina tęsti mažesnės ar didesnės apimties slaugos ar pagalbos paslaugas namuose. Tyrimas atskleidė, kad šiuo metu galiojantys slaugos, pagalbos poreikių nustatymo metodai turi trūkumų, dėl kurių itin mažo savarankiškumo respondentams išrašymo iš slaugos ligoninės metu nebuvo numatytos tolesnės oficialios slaugos paslau-

gos namuose. Taip buvo apribotas reikalingų oficialių slaugos, pagalbos paslaugų prieinamumas.

Tarptautinis klausimynas interRAI (HC), orientuotas į asmenį, ir jo pritaikymas leidžia išsamiau įvertinti vyresnio amžiaus žmonių, atliekančių instrumentinę, įprastinę kasdienę veiklą, savarankiškumą, o įvairios su šiuo klausimynu suderintos skalės (Kasdienės veikos vertinimo skalė, Suvokimo vertinimo skalė, MAPLe, MI Choice) sudaro galimybę įvertinti bendrą savarankiškumą ir nustatyti paslaugų poreikio prioritetus. Kitų tyrėjų atlikti darbai įrodo, kad klausimynas interRAI (HC) sudaro galimybes tinkamai ir pagrįstai įvertinti pacientų slaugos poreikius [142, 143].

Nors mūsų tyrimo dalyvių buvo mažas savarankiškumas, kilo daug slaugos problemų, didžioji tyrimo dalyvių dalis norėtų būti slaugomi savo namuose. Analizuojant literatūrą, akivaizdu, kad tai būdinga ne tik mūsų tyrimo dalyviams, bet ir daugumai pagyvenusių žmonių [116, 144]. Danijoje, Vokietijoje, Norvegijoje didelis dėmesys skiriamas slaugos paslaugų namuose plėtrai, šeimos narių, slaugančių savo artimuosius, paramai. Siekiama, kad pagyvenę žmonės kuo ilgiau išliktų savarankiški artimoje aplinkoje, jaustųsi patogiai, saugiai, namuose teikiamos slaugos paslaugos būtų teikiamos laiku, kokybiškai – taip būtų išvengiama stacionarizavimo tiek klinikiniam gydymui, tiek ilgalaikiai slaugai/globalai.

Iš palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės į namus išleidžiamų mūsų tyrimo dalyvių savarankiškumas buvo mažas, tačiau jų tolesnė slauga atiteko tik neformaliems slaugytojams. Dažniausiai juos slaugė jų vaikai. Tai, kad pacientų neformaliais slaugytojais dažniausiai tampa jų šeimos nariai, aprašoma ne tik Lietuvoje atliktuose tyrimuose [18, 144, 146], bet ir kitų šalių tyrimuose [144, 147, 148]. Blažienės ir Žalimienės tyrimo duomenimis, net 67,8 proc. 50–65 metų amžiaus Lietuvos gyventojų, prireikus globos paslaugų senatvėje, rinkęsi šeimos narių arba artimųjų teikiamą globą [149]. Lietuvos socialinių tyrimo centro atliktų tyrimų duomenimis pagrindinės priežastys, nulėmusios globoti pagyvenusį artimąjį namuose, buvo pareigos jausmas, prievolė prižiūrėti savo tėvus, noras būti pavyzdžiu savo vaikams, stiprūs ir artimi ryšiai su globojamu artimuoju, nepasitikėjimas svetimų žmonių teikiamomis paslaugomis, įsitikinimas, kad namų aplinka padeda sveikti, per brangios pagyvenusių žmonių globos paslaugos, slaugos išmoka kaip papildomas globėjų pajamų šaltinis, priežastys, susijusios su tėvų palikimu [150]. Neformali slauga plačiai paplitusi ne tik Lietuvoje, kur formalios slaugos, socialinės paslaugos namuose žengia pirmuosius žingsnius, bet ir šalyse, kur šios paslaugos išplėtotos [151]. Pavyzdžiui, Švedijoje 70 proc., Italijoje 66 proc. visų 75 metų ir vyresnių pagyvenusių asmenų, gyvenančių namuose, yra globojami šeimos narių [152].

Tai, kad pagyvenusius žmones dažniausiai slaugo artimieji, nėra blogai, tačiau reikia įvertinti tai, kad vieniems artimiesiems yra sunku pasirūpinti šeimos narių slauga. Tai rodo ir šio darbo rezultatai. Tyrimo duomenų analizė parodė, kad slaugos paslaugų teikimą perkėlus tik ant pacientų artimųjų pečių, pacientų būklė pablogėjo. Analizuojant pragulų atsiradimą palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėje ir namuose, nustatyta, kad pragulos didesnei daliai tiriamųjų susidarė slaugant namuose. Atlikti tyrimai rodo, kad pragulų atsiradimą nulemia paciento bloga sveikatos būklė, mityba, kai kurių vaistų vartojimas, prasta odos priežiūra, fizinio aktyvumo nebuvimas. Siekiant išvengti pragulų, kūno padėtis dienos metu turėtų būti keičiama ne mažiau kaip kas 2 val., o nakties metu – kas 4 val. [153]. Šio tyrimo duomenimis, beveik pusė mūsų tiriamųjų, kuriems buvo nustatyti nuolatinės slaugos poreikiai (visiškai nesavarankiški pagal Barthel indeksą), buvo paliekami be priežiūros 2–8 valandas per dieną.

Šio tyrimo duomenimis, kad savo artimą galėtų slaugyti namuose, daliai neformalių slaugytojų teko atsisakyti darbo arba slaugyti derinant darbą su artimųjų slauga, kiti slaugė vieni arba padedant kitiems šeimos nariams, draugams ar samdė antrą neoficialų slaugytoją. Szebehely tyrimas atskleidė, kad „žmonės, turintys žemesnį išsilavinimą, mažesnes pajamas, labiau linkę savo artimąjį slaugyti namuose patys, o turintys aukštąjį išsilavinimą, didesnes pajamas, labiau linkę pirkti profesionalias privačias paslaugas“ [154]. Lietuvos socialinių tyrimų centro atliktų tyrimų duomenimis darbo ir globos derinimas kelia nemažai rūpesčių. Vieni neatsisako darbo, nes yra susirūpinę dėl savo pensijos dydžio ateityje, kiti – nes į darbą žvelgia kaip į galimybę pailsėti nuo su globa susijusios rutinos [150].

Mūsų tyrimo duomenimis, artimųjų noras slaugyti pacientus namuose, po 90–120 dienų slaugymo namuose pasikeitė. Prieš išrašant iš slaugos ligoninės, dauguma artimųjų prioritetą skyrė slaugai namuose, o po tiek pat laiko slaugymo namuose, didžioji dauguma prioritetą teikė institucinei slaugai. Kaip ir mes, Jankauskienė ir Rapolienė pastebėjo, kad „būtinybė įsijausti į slaugytojo vaidmenį sukelia psichologines, socialines, finansines pasekmes ir veikia sveikatą“ [155]. Mūsų tyrimo duomenimis, didžioji dalis slaugančiųjų savo artimuosius jautė nuovargį, pyktį, depresiją. Daliai slaugančiųjų patiems suprastėjo sveikata. Tai, kad neoficialiems slaugytojams dėl pastovaus nuovargio slaugant savo artimąjį blogėja sveikata, patvirtina ir kitų autorių atlikti tyrimai [156]. Tamutienės ir Naujanienės tyrimas atskleidžia, kad „ne visada senyvo amžiaus žmonės, susidūrę su didelėmis sveikatos problemomis, sutinka priimti paslaugų teikėjus į namus. Nepasitikėjimas ir baimė įsileisti nepažįstamą žmogų reflektuojama kaip pagrindinė nesinaudojimo paslaugomis priežastis.“, taip pat „finansinės vyresnio amžiaus asmenų

galimybės apriboja paslaugų prieinamumą, nes žmonės atsisako jas pirkti ir stengiasi išgyventi su kaimynų ar giminaičių pagalba“ [157].

Pagal LR galiojančius teisės aktus, pacientai, kuriems nustatyti nuolatinės slaugos, pagalbos poreikiai, pretenduoja į skirtingo dydžio pinigines išmokas [158]. Tačiau šios išmokos pervedamos į slaugomojo banko sąskaitą ir artimieji, neturėdami priėjimo prie banko sąskaitos, negali laisvai disponuoti pinigais, skirtais artimojo slaugai. Neformalus globėjai Lietuvoje negauna jokių piniginių globos išmokų. Susirgus šeimos nariui, kurį būtina slaugyti, artimieji turi teisę į ligos išmoką sergančiam šeimos nariui slaugyti, kurios maksimali trukmė yra 7 dienos [159]. Pagyvenusių arba neįgalių asmenų namuose globėjai taip pat turi teisę kreiptis į darbdavį su nemokamų atostogų prašymu. Teisinio dokumento, įpareigojančio darbdavį derinti darbuotojų darbo grafiką su artimųjų slaugymu, nėra. Verta paminėti, kad, vadovaujantis Valstybinio socialinio draudimo įstatymu, asmuo, slaugantis neįgalų asmenį, kuriam nustatytas specialusis nuolatinės slaugos poreikis, valstybės lėšomis draudžiamas pensijų ir nedarbo socialiniu draudimu, tačiau tik tais atvejais, kai pats neturi draudžiamųjų pajamų arba jo pajamos yra mažesnės nei minimalus darbo užmokestis [160]. Artimieji dar gali kreiptis pagalbos į stacionarias slaugos paslaugas teikiančias įstaigas, tačiau valstybės lėšomis finansuojamos tik 120 kalendorinių dienų ir patekti į šias ligonines taip pat yra sunku dėl eilių, kurios užsitęsia iki 4–5 mėnesių. Pagal Lietuvoje galiojančią ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo aprašą, per kalendorinius metus apmokama už 104 slaugos vizitus į namus. Apmokamos tokios paslaugos namuose: tyrimų paėmimas, įvairios injekcijos, paciento kateterizavimas (atlikimas, artimųjų mokymas kaip atlikti procedūrą savarankiškai), dirbtinių kūno angų (stomų) priežiūra (atlikimas, artimųjų mokymas kaip atlikti procedūrą savarankiškai), žaizdų, pragulų priežiūra (žaizdų perrišimas ir pacientų mokymas pragulų profilaktikos, žaizdų perrišimo) ir kt. Už gleivių atsiurbimą iš kvėpavimo takų (taip pat ir artimųjų mokymą atlikti procedūrą) apmokama 12 procedūrų per metus. Neoficialių slaugytojų galimybės slaugyti artimąjį namuose nėra vertinamos. Vertinamos tik paciento gyvybinės veiklos ir nustatoma, kuriose gyvybinėse veiklose reikalinga pagalba [6].

Suvokiant neformalių slaugytojų svarbą bei naudą demografinių ir socialinių pokyčių požiūriu visos valstybės mastu, vienos šalyse neformaliems slaugytojams ir jų paramai skiriama daugiau dėmesio, kitose – mažiau. Europoje yra paplitusios įvairios paramos globėjams priemonės: finansinė parama globėjams (pvz., globos pašalpa Jungtinėje Karalystėje, Airijoje), globėjų užimtumo rėmimas (pvz., teisė į apmokamas atostogas Nyderlanduose, Belgijoje, teisė neatvykti į darbą darbdavio leidimu Suomijoje), vietos mastu

veikiantys paramos šeimos globėjams centrai (pvz., Nyderlanduose, Jungtinėje Karalystėje, Airijoje), darbo ir artimųjų slaugos derinimas (pvz., Danijoje, Belgijoje sudaromos sąlygos lanksčiam darbo grafikui, nuotoliniam darbui) globėjų mokymas / švietimas (pvz., pirminės sveikatos priežiūros centrai, siūlantys globėjų mokymus ir prižiūrintys globėjų programas Ispanijoje), atokvėpio paslauga (pvz., trumpalaikė institucinė globa, dienos globa ar neformalaus globėjo pavadavimas Švedijoje ir Airijoje) [161].

Yra įrodymų, kad tinkamas priežiūros tęstinumas yra susijęs su geresniais rezultatais, pvz., mažiau apsilankymų skubios pagalbos skyriuose, mažiau hospitalizavimo atvejų, trumpesnė gulėjimo trukmė stacionare, geresni gydymo rezultatai, didesnis pacientų ir jų artimųjų pasitenkinimas teikiamų paslaugų kokybe ir kt. [162, 163].

Tai, kad pagyvenusių, netekusių savarankiškumo žmonių slauga tenka daugiausia rūpintis jų artimiesiems, patvirtino ir atliktas interviu su pirminių sveikatos priežiūros įstaigų vadovais.

Tyrimas parodė, kad pacientų artimieji nelinkę kreiptis pagalbos į pirmines ambulatorine asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias įstaigas dėl slaugos paslaugų, o prievolės teikti paslaugą, kai dėl jos nesikreipiama, taip pat nėra. Žalimienės ir bendraautorių atlikta apklausa parodė, kad apytiksliai pusė pagyvenusių šalies gyventojų vis dar laikosi tradicinės nuomonės, kad vaikai turi rūpintis savo tėvais senatvėje. Be to, didžioji dalis vyresnio amžiaus gyventojų patys, esant globos paslaugų poreikiui, kaip paslaugų teikėjus taip pat pirmiausia rinktųsi šeimos narius ir gimines [164].

Informantų nuomone, slaugos paslaugų asmens namuose prieinamumą riboja sisteminiai veiksniai. Vienas jų – siunčiant pacientą slaugos poreikiams nustatyti, bene didžiausias dėmesys kreipiamas ne į asmens savarankiškumą kasdieninėje veikloje, bet į ligos diagnozę. Atlikto tyrimo rezultatų analizė rodo, kad nustatant slaugos poreikius vyresnio amžiaus žmonėms pirmenybę reikėtų teikti ne diagnozei, bet asmens savarankiškumui, jo gebėjimui tvarkytis kasdienėje aplinkoje. Netinkamas situacijos dėl reikalingų slaugos paslaugų vertinimas riboja slaugos, pagalbos paslaugų savalaikiškumą, paslaugų prieinamumą.

Kita išsakyta problema – netinkamų metodikų paciento savarankiškumui vertinti pasirinkimas. Mums nepavyko rasti mokslinių tyrimų, kurie pagrįstų Lietuvoje taikomos slaugos, pagalbos poreikių nustatymo metodikos efektyvumą. Literatūros analizė parodė, kad vertinant vyresnio amžiaus žmonių slaugos poreikius, būtina vertinti ne tik jų savarankiškumą kasdieninėje veikloje, bet ir socialinę aplinką, šeimos galimybes slaugyti namuose. Slaugos poreikio vertinimo metodikos vyresnio amžiaus žmonėms turėtų būti pagrįstos mokslu, orientuotos į asmenį, socialinę jo aplinką ir garantuoti

reikalingų slaugos, pagalbos paslaugų prieinamumą pagal jų savarankiškumo lygį.

Kita išryškėjusi problema, ribojanti slaugos, pagalbos paslaugų prieinamumą, – biurokratizuota slaugos, pagalbos poreikių nustatymo procedūra. Norint paskirti slaugos paslaugas asmens namuose savarankiškumą praradusiam asmeniui, pirmiausia reikia nustatyti ir patvirtinti diagnozę, o tai užima gana daug laiko, pastangų ir pareikalauja papildomų išlaidų. Visi kalbinti informantai patvirtino, kad slaugos poreikiai turėtų būti nustatomi iš karto, kai tik atsiranda jų poreikis, ir tęstis tiek, kiek reikia. Kiekybinė tyrimo analizė parodė, kad visiškai ar beveik visiškai nesavarankiškiems respondentams nepakako nei 90–120 dienų stacionarinės, nei tiek pat dienų slaugos asmens namuose. Daugumos respondentų, išrašomų iš slaugos ligoninės, savarankiškumas išliko nepakitęs, o po ambulatorinės slaugos – netgi pablogėjo. Biurokratiniai trukdžiai riboja laiku suteikiamos slaugos paslaugų prieinamumą. Slaugos paslaugos turėtų būti paskiriamos iš karto, kai tik atsiranda poreikis. Mokslo tyrimai rodo, kad pavėluotas slaugos paslaugų suteikimas sukelia bendrą paslaugų vartotojų nepasitenkinimą ir būklės blogėjimą. Norint laiku pradėti teikti slaugos paslaugas, būtina supaprastinti šių paslaugų prieinamumą [165].

Mokslo tyrimai rodo, kad slaugos paslaugų kokybei didžiausią įtaką turi laiku suteiktos, į asmenį orientuotos paslaugos [166]. Laiku suteiktos, į asmenį orientuotos, reikiamos apimties slaugos asmens namuose paslaugos mažina vyresnio amžiaus žmonių patekimą į institucines slaugos įstaigas, padeda ilgiau išlikti savarankiškiems savo namuose. Netinkamai planuojama pagyvenusių žmonių slauga, priežiūra didina ekonomines išlaidas, mažina pacientų ir jų artimųjų pasitenkinimą sveikatos priežiūros sistema [167, 168]; meta korupcijos šešėlį ant sveikatos priežiūros specialistų, kai šie dviem vienodo savarankiškumo (ir būklės) žmonėms (tik sergantiems skirtingomis ligomis) sudaro skirtingas sąlygas gauti reikalingas slaugos paslaugas.

Interviu su įstaigos vadovais parodė, kad šiuo metu egzistuojanti slaugos paslaugų asmens namuose sistema labiau orientuota į siaurą slaugos paslaugų spektrą – medicininių slaugos procedūrų asmens namuose atlikimą ir šeimos narių mokymą ribotą laiką. Ši sistema neatitinka nei fizinių, nei psichosocialinių pagyvenusių, nesavarankiškų žmonių poreikių. Ydinga praktika, kai slaugos paslaugos namuose skiriamos tik visiškai ar beveik visiškai nesavarankiškiems asmenims, o tie, kurie pagal savo savarankiškumo lygį galėtų būti slaugomi namuose, pagal patvirtintą diagnozių sąrašą gali būti slaugomi palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėse arba apgyvendinami nuolatinės globos įstaigose [3, 4].

Kokybinė tyrimo analizė atskleidė, kad slaugos paslaugų įkainiai per maži, neatitinka realių sąnaudų ir neskatina šių paslaugų vystymo, plėtros. Tokius tyrimo rezultatus patvirtino ir Šileikaitė su bendraautoriais, nagrinėdami VšĮ Centro poliklinikos patirtį modernizuojant slaugos paslaugų teikimą. Tyrėjų nuomone, tai pagrindinė priežastis, ribojanti šių paslaugų plėtrą [169].

Apibendrinami informantų nuomones apie slaugos paslaugų perspektyvas, galime teigti, kad norint gerinti slaugos paslaugų prieinamumą pagyvenusiems, savarankiškumo netekusiems žmonėms, slaugos poreikiai turėtų būti nustatomi atsižvelgiant į asmens savarankiškumą, socialinę aplinką, šeimos galimybes slaugyti namuose. Slaugos paslaugos turėtų būti paskirtos tuoj pat, kai tik atsiranda poreikis, ir trukti tol, kol šis poreikis išlieka. Informantai siūlytų išskirti trumpalaikes paslaugas, kai slaugos paslaugos reikalingos tik ribotą laiką (po stacionaro, kai reikalinga tęstinė slauga, pvz., po operacijų, ūmiai susirgus arba paūmėjus lėtinei ligai, kuri laikinai apribojo savarankiškumą), ir ilgalaikes slaugos paslaugas, kai slaugos paslaugos reikalingos dėl užsitęsusio savarankiškumo sumažėjimo, neribojant jų teikimo trukmės.

Siekiant efektyviai išnaudoti turimus finansinius ir žmogiškuosius išteklius, slaugos paslaugų organizavimą koncentruoti vienoje vietoje, steigti slaugos paslaugų namuose tarnybas. Kitų šalių patirtis rodo, kad paslaugų koncentravimas padeda racionaliau naudoti turimus tiek finansinius, tiek žmogiškuosius išteklius [170]. Atlikę tyrimo analizę padarėme išvadą, kad kiekviena šeimos klinika (pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugas teikianti įstaiga) turi per mažai pacientų, dėl kurių jiems apsimokėtų įdarbinti papildomą personalą, pirkti medicininę įrangą ir teikti paslaugą. Be to, ir apmokėjimas už paslaugas yra minimalus. Pagrįstas slaugos paslaugų įkainis, sudarytos sąlygos paslaugoms koncentruoti, steigiant atskiras slaugos paslaugų namuose tarnybas, pagerintų slaugos paslaugų namuose prieinamumą.

IŠVADOS

1. Iš palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės išrašomi pagyvenę žmonės dažniausiai sirgo širdies ir kraujagyslių sistemos, nervų sistemos ir psichikos sveikatos ligomis. Platų slaugos ir socialinių slaugos paslaugų poreikį rodo tai, kad daugumai pagyvenusių žmonių buvo sutrikęs miegas, mąstymas, kognityviniai gebėjimai priimti sprendimus kasdieniniame gyvenime, vargino klausos, regos sutrikimai, nelaikė šlapimo, išmatų. Dauguma tyrimo dalyvių taip pat turėjo depresijos požymių. Dauguma tyrimo dalyvių buvo visiškai arba beveik visiškai priklausomi atlikdami tokias veiklas, kaip finansų tvarkymas, apsipirkimas, vaistų vartojimas, maudymasis, judėjimas arba apsirengimas.
2. Tyrimas atskleidė, kad šiuo metu galiojantys slaugos, pagalbos poreikių nustatymo metodai turi trūkumų, dėl kurių itin mažo savarankiškumo respondentams buvo apribotas reikalingų oficialių slaugos, pagalbos paslaugų prieinamumas. Ribota hospitalizacijos trukmė slaugos ligoninėje neišsprendžia slaugos problemų ir absoliučiai mūsų pacientų daugumai po stacionarinės slaugos buvo būtina tęsti slaugos arba pagalbos paslaugas namuose.
3. Tiriamųjų savarankiškumas labiau mažėjo namuose nei palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėje. Neatsižvelgiant į nustatytą poreikių rūšį (nuolatinės slaugos ar pagalbos), oficialios slaugos paslaugos apsiribojo tyrimų atlikimu.
4. Slaugos paslaugų organizavimo sistema pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų vadovų požiūriu yra neveiksminga, neatitinka realių pagyvenusių žmonių slaugos ir socialinių paslaugų poreikio. Esminėmis tokios situacijos priežastimis įvardijama biurokratizuota slaugos poreikių nustatymo procedūra, netinkamas (ne pagal asmens savarankiškumą), ilgai trunkantis slaugos paslaugų poreikio nustatymas, nepagrįstas oficialios slaugos paslaugų apimties ir trukmės ribojimas. Slaugos paslaugų asmens namuose prieinamumą didintų slaugos poreikio identifikavimas laiku pagal asmens savarankiškumą, paslaugų koncentravimas (slaugos paslaugų asmens namuose tarnybų kūrimas), reikiamos apimties ir trukmės paslaugų teikimas.

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Atlikę gautų tyrimo duomenų analizę, šias rekomendacijas skiriame Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai.

Gerinant slaugos paslaugų prieinamumą dalies arba visiško savarankiškumo netekusiems pagyvenusiems asmenims, būtina peržiūrėti visą slaugos paslaugų namuose teikimo sistemą, pradedant nuo slaugos paslaugų poreikio nustatymo. Šiam tikslui pasiekti, reikėtų pasinaudoti kitų šalių patirtimi, kur šie poreikiai nustatomi mokslu grįstomis metodikomis. Viena iš galimybių – panaudoti tarptautinę klausimyną interRAI (HC), vertinimo skales MAPLe ir MI Choice.

Žinant slaugos paslaugų poreikį, vyresnio amžiaus žmonių savarankiškumo lygmenį, nustatyti prioritetus slaugoms paslaugoms teikti. Įvertinus valstybės finansines galimybes, nutarti, nuo kurio savarankiškumo lygmens slaugos bus teikiamos namuose, o nuo kurio – slaugos ligoninėse. Rekomenduotume į slaugos ligonines guldėti tik tuos pacientus, kurių savarankiškumas pagal MAPLe sistemą būtų 4 ar 5 lygmens, kai slaugos paslaugos reikalingos išties parą (pragulų profilaktika, jų gydymas, deguonies tiekimas, atsiurbimas iš kvėpavimo takų). Taip pat reikėtų vertinti ir slaugomo asmens šeimos galimybes slaugyti namuose, socialinę aplinką. Būtinai atokvėpio paslaugos šeimai, slaugančiai savarankiškumą praradusį šeimos narį.

SUMMARY

Introduction. Problem and its relevance

The ageing population in the global world as well as in the European Union (with Lithuania being its member state) is a demographic process creating many social, economic, political and legal problems that cover various areas, including education, public health, social services, and labour market [9, 10].

Seeking to resolve problems concerned with the ageing population, the key goals of the Lithuanian Health Programme for 2015–2025 are to ensure more effective healthcare with better quality that would be focused on the needs of citizens, to create a more secure social environment, to reduce the unevenness of health and social exclusion, to establish beneficial physical work and living environments, as well as to form healthy lifestyles and their culture [11]. Similar goals and objectives are also set by neighbouring countries – Latvia [12] and Estonia [13] – in their (public) health programmes. These goals and objectives reflect the provisions established in strategic documents on the health of the World Health Organisation (hereinafter referred to as the WHO) and the European Union (hereinafter referred to as the EU).

Due to the ageing society, the EU member states are reforming their benefit, healthcare and long-term care systems as they seek to ensure universal and consistent access to services [14]. Since multimorbidity, polypharmacy and decreasing independence are common to older people, the expenses of their healthcare are increasing. In order to take more efficient care of these patients, the healthcare models focused on diagnoses are being changed into healthcare models concentrated on patients [15].

Human healthcare and social needs can be completely met only by creating an integrated, i.e. combined system of healthcare and social services network. An integrated system of healthcare and social welfare would allow the system to approach the residents with these needs as well as meet them [16].

The main and most significant aim of healthcare services is the quality of the provided services. In order to reach this goal, it is essential to ensure the accessibility, timeliness, and continuity of the services. One of the ways to ensure the continuity of both medical and social services (aiming for the quality of the services) is to provide nursing and/or social services at the homes of residents (patients).

The Ministry of Health (hereinafter referred to as the MH) of the Republic of Lithuania and the Ministry of Social Security and Labour of the Republic of Lithuania (hereinafter referred to as the DWCAO) provide increasingly more attention to the development of nursing at home and the strengthening of the authorities of the family physician and nurse. In 2007, the Regulation on Provision of Nursing and Social Services in the Republic of Lithuania was approved. This Regulation determines the key goals and principles of the general provision of nursing and social services, the main recipients of these services as well as organisation, documentation, and funding of long-term care services [17]. Moreover, this document emphasises that nursing and social services are integral. In order to ensure qualitative and individually focused services at home for older people that have lost their independence, these services should be provided together. This is confirmed by the research conducted by Danusevičienė [18].

In supportive treatment and nursing hospitals, supportive treatment and nursing services for people with chronic diseases that have partially or fully lost their independence are provided for 120 calendar days a year irrespective of the independence level of the person when he/she is discharged from the supportive treatment and nursing hospital. In Lithuania, there is a scarce amount of conducted research revealing the independence level of people discharged from the supportive treatment and nursing hospitals, the actual need for nursing services at home, and how the provision system of such services work. The researchers of Lithuanian nursing science indicate that there is a shortage of nursing services at home and when these services are provided, a lack of interinstitutional cooperation and continuity of services exist. It is stated that it is necessary to find ways and methods for determining clear criteria allowing to make a decision when nursing is required at the supportive treatment and nursing hospital and when nursing services at home are enough. Also, it is recommended to plan nursing services at home for people being discharged from the supportive treatment and nursing hospitals based on their nursing needs; it is indicated that, in this way, nursing services at home would assist in preserving their independence, while expensive inpatient supportive treatment and nursing or care services would not be needed [18–20]. However, in Lithuania, no scientifically-based and unanimous way exists that would help to divide older people into groups based on their independence level and would recommend a type of services that is suitable for them.

It is clear that due to the ongoing demographic processes, when the amount of people that are 65 years old or older is increasing, while the number of the working-age population is decreasing, the need for nursing services will increase in the future; hence, it is essential to adjust the healthcare system to the needs of the ageing population.

Novelty of the research

This scientific research is significant for the improvement of the Lithuanian system of nursing services. It not only overviews scientific studies related to the experiences of Lithuania and other countries when planning social services at home but also analyses legislation on the provision of nursing services, reveals systemic shortcomings in the planning and provision of services at home and at the supportive treatment and nursing hospitals, and provides possible solutions based on scientific research.

In this work, the research data of nursing science from Lithuania and other advanced countries, revealing how to assess the independence of older people in a methodical and qualitative manner, how to group them based on their independence level and recommended types of nursing and social services, as well as how to determine nursing and social problems that they face, are compared. In addition, the standardised InterRAI (HC) Assessment Form is translated and applied for the first time in Lithuania as well as MAPLe and MI Choice assessment scales. By using the beforementioned means, the independence of older people discharged from the supportive treatment and nursing hospital and the planning of the discharging process from the nursing hospital are identified, the efficiency of the continued post-hospitalisation nursing services at the homes of patients is assessed, and a new way to determine the priority of the nursing services is suggested.

In this work, the system of nursing services in Lithuania is assessed by quantitative research by employing the standardised and international InterRAI (HC) Assessment Form and assessment scales. The obtained data of the quantitative research are supplemented and explained taking into account the opinions, arguments and practical experiences of the heads of institutions providing primary outpatient healthcare services. Recommendations for improving the system of nursing services are provided.

Practical significance of the thesis

The results of this work might be used in practice when improving the planning and organisation of the system of nursing services in Lithuania. In addition, it could help to improve the access to nursing services for older people that have lost their independence.

The InterRAI (HC) Assessment Form, which has been translated into Lithuanian and practically applied, as well as MAPLe and MI Choice assessment scales, will allow collecting comprehensive data on the physical and mental status of older people, assess their psychosocial environment, determine the need for nursing, healthcare, and social services at the homes of older patients, and to evaluate the efficiency of nursing services provided at home. They will also assist in assessing and determining the independence level of older people as well as their priority for the provision of nursing services.

Data, collected and gathered by applying the InterRAI (HC) Assessment Form, will allow comparing the obtained data with the data from other advanced countries, while the made conclusions will allow improving the quality of the nursing services.

Personal contribution of the doctoral student

The author of the dissertation, being supervised by the scientific adviser and consultant, has made a research plan and selected the research means (InterRAI (HC) Assessment Form, MAPLe and MI Choice assessment scales) that she translated into Lithuanian and adapted to Lithuania. The author has gathered the research data by individually surveying 152 patients discharged from the nursing hospital in the primary survey and 124 patients during the secondary survey at their homes. The author has prepared a database and inserted the data by consulting with specialists of statistics and has carried out a statistical analysis of the research data. Moreover, she held five individual interviews with the heads of institutions providing primary healthcare services. By consulting with her scientific adviser and consultant, the author of the thesis has interpreted the research results, presented them at international scientific conferences and published them in scientific publications.

Aim of the study: to assess the independence of older people discharged from the supportive treatment and nursing hospital and the need for nursing services at home.

Objectives of the study:

1. To determine the most common health disorders and the main nursing problems of older people discharged from the supportive treatment and nursing hospital.

2. To establish the independence of older people discharged from the supportive treatment and nursing hospital and the need for nursing services.
3. To identify the change in the independence of older people discharged from the nursing hospital and the continuity of the nursing services 90–120 days after the discharge.
4. To reveal the assessment of the nursing service system at the home of the person and future prospects for primary outpatient care services from the point of view of the heads of institutions providing the beforementioned services.

Research methodology

Organisation of the research

The quantitative research was conducted by applying methodological triangulation. The research constituted of three stages (Fig. 1).

The first stage of the research was carried out from June of 2017 till June of 2018. Patients (65 years old and older) of the supportive treatment and nursing hospital that had been discharged after 90–120 calendar days participated in the research.

The method of the research was a *face-to-face* interview, conducted with patients in the supportive treatment and nursing hospital one week before their discharge. Moreover, an analysis of documents was conducted when gathering data on the permanent nursing/care needs, established for the patient, his/her physical independence based on the data from the Barthel Index, his/her height, weight, prescribed treatment, and procedures.

The second stage of the research was carried out from August of 2017 till September of 2018. Only those respondents that had participated in the first stage and were determined with the need for permanent nursing ($n = 85$) or assistance ($n = 39$) made to this stage ($n = 124$). The remaining patients that had participated in the first stage of the research, but for which such need was not established, were not invited to the second stage of the research.

The method of the research was a *face-to-face* interview, conducted with the research subjects at their homes 90–120 days after being discharged from the supportive treatment and nursing hospital. The response rate was 100%. In all, 113 respondents participated in the second stage. There were 10 deceased subjects from the group with the determined need for permanent nursing and 1 deceased subject from the group with the need for care and assistance.

The third stage of the research was carried out from July of 2019 till August of 2019. The method of the research was a semi-structured in-depth interview, in which the following question was raised: according to the opinions of the heads of institutions providing primary outpatient healthcare services, what is the current situation of providing nursing services at home and what model of providing nursing services at home would be optimal.

Five informants have participated. The education of all of them was higher (university) education, while professionally all of them were physicians. Their age average was 59 (SD±3) years old. The average experience of all informants of managing a healthcare institution was 16 (SD±5) years. The length of one interview was from 90 to 120 minutes.

The semi-structured in-depth interview was carried out in a natural environment that is comfortable to the participants (informants); i.e., in their work environment, which created an easy atmosphere between the interviewer and the respondent.

Data gathered during the third stage were analysed by applying an inductive content analysis in the following manner [119]:

1. The interviews were transferred from the voice recorder to the computer and they were transcribed;
2. By using inductive access, the transcribed text of the interviews was coded based on the notional units;
3. By linking the codes, categories were created;
4. During the last stage, all data were combined into themes and a collective story.

The quotes of the respondents are presented in authentic, uncorrected language.

Research sample

Quantitative method. In the supportive treatment and nursing hospital, which was selected for the research, the average period of hospitalisation was 90 days. The population size of the research (152 patients) was identified based on statistical data of five years (2012–2016) on geriatric patients that had been discharged from the supportive treatment and nursing hospital after 90–120 days of nursing.

The size of the representative sample, calculated with a 2% bias and 98% probability, was 152 geriatric patients that had been nursed at the supportive treatment and nursing hospital for at least 90–120 days and then discharged. All patients that had been in turn discharged after 90–120 days of hospital stay were invited to participate in the research. The response rate was 100%.

Qualitative method. To reveal the most varied experiences and assessments of the provision system of nursing services, a heterogeneous sample was selected: two heads were chosen from public institutions, whereas three heads were selected from institutions providing private services. Five separate interviews were conducted with different heads of institutions providing primary outpatient care services.

The research sample of different stages is presented in Fig. 1.

	Stage 1	Stage 2	Stage 3
Number of research subjects	152	113	
Place of the research	Supportive treatment and nursing hospital	Homes of the research subjects	Five heads of institutions providing primary outpatient healthcare services
Selection criteria	– patients of 65 years old and older – they have stayed 90–120 days in the supportive treatment and nursing hospital – they are being discharged	– they participated in Stage 1 – the need for permanent nursing or assistance were established for them – 90–120 days have passed since the discharge date from the supportive treatment and nursing hospital	Heterogeneous sample: – two heads from public institutions – three heads from private institutions

Fig. 1. Research stages and sample

Research ethics

The research was carried out only after obtaining permissions from Kaunas Regional Biomedical Investigations Ethical Committee (No BE-2-36) and the State Data Protection Inspectorate (No 2R-6655); in addition, the use of InterRAI Home Care (HC) Assessment Form was authorised by the interRAI Organisation. Before interviewing the respondents (and/or their relatives) their consent to participate in the biomedical research was obtained.

When performing the semi-structured in-depth interview, the topic of the research was explained to the informants, they were acquainted with the aim of the research and informed that their participation is voluntary. Their confident-

iality was ensured by maintaining the secrecy of the personal information. Names of informants and their workplaces are not named. Moreover, it was explained that the research participants can withdraw from the research at any time. Participants agreed that the data will be recorded by using a voice recorder.

Research methods and means

Methodological triangulation was applied to the research by combining several methods and seeking to present more reliable and valid conclusions when analysing a complex problem. The methods of the research were a *face-to-face* interview, assessment of a patient, document analysis, and a semi-structured in-depth interview. In Stages One and Two of the research, InterRAI Home Care (HC) Assessment Form (version 9.1.2.) was used during the interview (Annex 1). To translate the Assessment Form and adjust it to the Lithuanian language and culture, the main steps, described in the scientific literature, were taken: first translation (from English into Lithuanian); back-translation (from Lithuanian into English); comparison of texts in both languages, their coordination until they fully coincide and the assessment of content validity [120]. The assessment of content validity has allowed answering the question if the assessment form is suitable for the reflection of features of the researched phenomena.

The InterRAI Home Care (HC) Assessment Form was applied according to interRAI Home Care (HC) User's Manual Version 9.1 [121].

The Assessment Form is constituted of 19 parts (A–U) related to personal data, medical records, the activity of various organs and their systems, their treatment, social environment, etc. (Appendix 1).

In order to maintain confidentiality, personal data of patients such as name and surname were changed by a special code in Part A. Only the gender, date of birth and marital status (married, not married, widowed, etc.) are marked. The payment sources were also not included as all of the nursing services at the nursing hospital were funded by the Territorial Health Insurance Fund. The reason for assessment was marked by Code 7: scientific research 1 (at the first stage of research) and scientific research 2 (at the second stage of research). During the first stage of the research, all patients were residing at the supportive treatment and nursing hospital, whereas, during the second stage, they were living at home. Therefore, during the primary stage of the research, patients were asked about their residential status before the hospitalisation, while during the second stage they were asked about their current residential arrangements (with who the patient is living at home). The change of the residence was assessed. In Table 1, the stages of the research survey are provided in more detail.

Table 1. *Stages of the research survey*

Stage 1	Stage 2	Stage 3
Instrument of the research: Standardised InterRAI (HC) Assessment Form. Research method: face-to-face interview Applied sections of the InterRAI (HC) Assessment Form: A; B; C; D; E; F (except for Question 4 “Length of time alone during the day”); G; H; I; J; K; L; M; N (except for Question 3 “Formal care”; Question 4 “Hospital use, emergency room use, physician visit”); S; T; U. Additional questions: 1. What needs were established (permanent nursing or assistance)? 2. The significance of the Barthel Index during the hospitalisation in the supportive treatment and nursing hospital and during the discharge from it after 90–120 days. Sources of data collection The cognition of the patients (cognitive skills for decision-making in daily living, memory, thinking, the variation of mental function), mood and behaviour, and the capacity to perform daily activities were assessed by gathering information from the patients themselves, nursing personnel (only during the first stage), and relatives of patients. Information on the disease diagnosis/diagnoses of the patients as well as the prescribed medication and their management was gathered from the documentation of the patient’s disease and nursing.	Instrument of the research: Standardised InterRAI (HC) Assessment Form. Research method: face-to-face interview Applied sections of the InterRAI (HC) Assessment Form: Question 12 (“Residential/living status at the time of assessment”) of Section A; Question 13 (“Living arrangement”) of Section A; Question 4 (“Length of time alone during the day”) of Section F; Question 6 (“Change in ADL status as compared to 90 days ago”) of Section G; Question 1 (“Pressure ulcers”) of Section L; Question 3 (“Adherent with medications prescribed by a physician”) of Section M; Question 3 (“Formal care”) and Question 4 (“Hospital use, emergency room use, physician visit”) of Section N; Sections O, P, R; Question 2 (“Change of general independence during the 90–120 day period”) of Section S. Additional questions: 1. What were the reasons for the visit of a community nurse (if there was a visit)? 2. Did the relative have to leave his/her job to take care of the patient at home? 3. Question 1 (who is nursing at home) of Section P is supplemented by the option “employed person (paid services)”.	The questions of the semi-structured in-depth interview were formulated in accordance with the results of the conducted quantitative research: – What is the situation of nursing services at home according to the heads of institutions providing primary outpatient care services? – What would be the optimal model for providing nursing services at home according to the heads of institutions?

Based on the parameters of the InterRAI Assessment Form, various scales have been created, i.e. internal questionnaires are used to assess the condition of patients and their independence. In our research, we used the following scales: Activities of Daily Living Hierarchy Scale (ADLHS) (the updated version (2016) was employed) and the Cognitive Performance Scale (CPS). In 2010, these scales were described and used for the first time in Lithuania in the dissertation of Lina Spirgienė [116].

The assessment of activities of daily living of the research subjects was conducted by applying the Activities of Daily Living Hierarchy Scale (ADLHS) [122, 123].

Four parameters of the patient's activities of daily living were assessed (from Section G of the InterRAI (HC) Assessment Form):

1. Personal hygiene
2. Toilet use
3. Locomotion
4. Eating

In order to assess the independence of patients and to determine the priority of nursing services, the Method for Assigning Priority Levels (MAPLe) was used. By employing the MAPLe method, based on their troubles when performing activities of daily living, cognitive impairments, wandering, behavioural problems and risks of institutional care, people were grouped into 5 priority levels. Scores from 1 to 5 were applied for the assessment. When the score is increasing, the independence of the person is decreasing and the priority to the provision of nursing services is rising: 1 – low priority level, 2 – light, 3 – moderate, 4 – high, 5 – very high [124].

Geriatric tests were conducted to assess cognitive skills, activity level and independence of patients based on the following activities:

- Meal preparation
- Ordinary housework
- Use of transportation
- Personal hygiene
- Bathing

The perception (cognition) (Section C) skills were assessed by applying the Cognitive Performance Scale (hereinafter referred to as CPS) [125, 126].

In the interest of determining the type of recommended services, the MI Choice algorithm was used.

MI Choice algorithm is a tool that, based on the independence level of older people and the intended type of nursing/assistance, helps to divide them into 5 groups [112]:

1. Institutional nursing
2. Nursing at home
3. Intermittent nursing
4. Assistance at home (housework services). Non-qualified services.
5. Information provision and consulting

In order to assess the continuity of post-hospitalisation nursing services (respondents of the secondary assessment), data from medical documents on the established needs for permanent nursing and assistance were additionally gathered.

Barthel Index assessment data was gathered from the medical documents to assess the change in the physical independence of the patient while being at the nursing hospital.

The assessment of independence: independent – 100 points, minimally dependent – 91–99 points, moderately dependent – 62–90 points, severely dependent – 21–61 points, totally dependent – 0–20 points [127].

Body mass index (BMI) was calculated according to the following formula: $BMI = \text{mass (kg)} / \text{height}^2 \text{ (m)}$. Considering the WHO recommendations, BMI was assessed accordingly: 18.5 or lower – the body weight is too low; 18.5–25 – ideal; 25–30 – the person is overweight; 30 or more – the person is obese [128].

Statistical methods

Statistical data analysis was performed by employing the *IBM SPSS Statistics® Statistical Package for Social Sciences 20 for Windows* and *Microsoft Office Excel 2010*.

Cronbach alpha was calculated to assess the inner consistency of the InterRAI (HC) Assessment Form. This coefficient was 0.83 (Part C of the assessment form) and 0.95 (Part G of the assessment form).

Criteria χ^2 or Fisher's exact test was used to assess the interdependence of qualitative features.

Spearman's rank correlation coefficient was employed for the analysis of reciprocal correlations of categorical data.

Friedman test was applied for the comparison of three or more dependent samples.

The selection of institutional nursing or nursing services at home was assessed by using methods of univariate logistic regression. We have calculated the values of relative risk (RR) and their 95% confidence intervals (CI).

While checking the statistical hypotheses, the selected significance level was 0.05.

Research results

The general characteristics of the research subjects

152 patients participated in the first stage of the research. The number of women ($n = 115$; 75.7%) was greater than the number of men. The age of the respondents varied from 65 to 96 years old with the average being 82.5 years old ($SD \pm 7.9$). The majority of the research subjects was constituted of respondents of 80–89 years old, most of which were widowers – 73.0% ($n = 111$). Before their stay in the supportive treatment and nursing hospital, 36.2% ($n = 55$) of the research subjects lived with their children (without their spouse) and 32.9% ($n = 50$) lived alone.

The general characteristics of the research subjects are presented in Table 2.

Table 2. *Distribution of the research subjects according to their age, marital status, and living arrangements before hospitalisation in the supportive treatment and nursing hospital*

Characteristics	n (%)
<i>Age groups</i>	
65–74	23 (15.1)
75–84	60 (39.5)
≥ 85	69 (45.4)
<i>Gender</i>	
Men	37 (24.3)
Women	115 (75.7)
<i>Marital status</i>	
Not married	9 (5.9)
Married	28 (18.4)
Widowed	111 (73.0)
Divorced/separated	4 (2.7)

Table 2. Continued

Characteristics	n (%)
<i>Living arrangements before hospitalisation</i>	
Alone	50 (32.9)
With spouse/partner	23 (15.1)
With spouse/partner and other(s)	4 (2.6)
With children (without spouse/partner)	55 (36.2)
With parent or caregiver	1 (0.7)
With brother or sister	4 (2.6)
With another relative	10 (6.6)
Not with a relative	5 (3.3)

Health disorders and nursing problems of research subjects discharged from the nursing hospital

Multimorbidity was common with the respondents. Usually, patients suffered from cardiovascular (86.2%), neurological (84.9%), and psychiatric diseases (19.1%) (Table 3).

Table 3. Division of research subjects based on the number of diseases and their group

	n (%)
<i>Number of diseases</i>	
2–3	28 (18.5)
4–5	48 (31.6)
≥6	76 (49.9)
<i>Diseases</i>	
Cardiovascular diseases	131 (86.2)
Neurological diseases	129 (84.9)
Psychiatric diseases	29 (19.1)
Skeletal and connective tissue diseases	26 (17.1)
Musculoskeletal diseases	25 (16.4)
Diabetes	18 (11.8)
Diseases of eyes	12 (7.9)
Genitourinary diseases	12 (7.9)
Skin diseases	11 (7.2)
Digestive diseases	8 (5.3)
Oncological diseases	7 (4.6)
Other	19 (12.6)

Besides the confirmed diagnoses, the majority of research subjects suffered from vision and hearing impairments. 2% (n = 2) of respondents were blind, 19.7% (n = 30) of the respondents had severe visual impairment (managed to see light, contours of things), whereas 37.5% (n = 57) had moderate visual impairment (were able to identify objects). 32.9% (n = 50) of research subjects suffered from minimal vision impairment. 7.9% (n = 12) of research subjects had no vision impairments.

Only 13.8% (n = 21) of research subjects had no hearing impairments. 0.7% (n = 1) of them were deaf, 19.1% (n = 29) had severe hearing impairment (the talking person has to speak loudly and slowly), 29.6% (n = 45) had a moderate hearing, while 36.8% (n = 56) of research subjects had only minimal hearing impairments.

84.9% (n = 129) of the research subjects had problems with self-expression. 84.2% (n = 128) of the research subjects had difficulties in understanding others.

64.4% (n = 101) of research subjects had reduced social interactions. 52.6% (n=80) of research subjects withdraw from their activities of interest. Expressions, including non-verbal, of a lack of pleasure in life (anhedonia) were common to 48.0% (n = 73) of respondents, 39.5% (n = 60) of them had sad, pained, or worried facial expressions, while 27.0% (n = 41) of the research subjects cried or felt tearful. Comprehensive distribution of research subjects based on their mood and behaviour is presented in Table 4.

Table 4. *Distribution of research subjects based on their mood and behavioural disorders*

Criterion	No, n (%)	Yes, n (%)
<i>Signs of depressed, nervous or sad mood</i>		
Expressed negative thoughts	124 (81.6)	28 (18.4)
Persistent anger with self or others	116 (76.3)	36 (23.7)
Expressions, including non-verbal, of what appear to be unrealistic fears	120 (78.9)	32 (21.1)
Repetitive health complaints	98 (64.5)	54 (35.5)
Repetitive anxious complaints / concerns (non-health related)	116 (76.3)	36 (23.7)
Sad, pained, or worried facial expressions	92 (60.5)	60 (39.5)
Crying, tearfulness	111 (73.0)	41 (27.0)
Recurrent statements that something terrible is about to happen	143 (94.1)	9 (5.9)
Withdrawal from activities of interest	72 (47.4)	80 (52.6)
Reduced social interactions	51 (33.6)	101 (66.4)
Expressions, including non-verbal, of a lack of pleasure in life (anhedonia)	79 (52.0)	73 (48.0)

Table 4. Continued

Criterion	No, n (%)	Yes, n (%)
Behavioural disorders		
Wandering	131 (86.2)	21 (13.8)
Verbal abuse	129 (84.9)	23 (15.1)
Physical abuse	139 (91.4)	13 (8.6)
Socially inappropriate or disruptive behaviour	132 (86.8)	20 (13.2)
Inappropriate public sexual behaviour or public undressing	152 (100)	0
Resistance to care	128 (84.2)	24 (15.8)

When assessing the psychosocial well-being of the respondents, we noticed that 36.8% (n = 56) of research subjects felt lonely. When inquiring how, in the last 90 days, the research subjects were impacted by the changes in social activities, 30.9% (n = 47) of them indicated that they felt distressed by the fact, 12.5% (n = 19) stated that there was no decline in their participation, while 56.6% (n = 86) of respondents indicated that their participation in social activities had declined but they did not feel distressed about it.

After taking into account that the majority of the research subjects had problems with cognitive skills, an in-depth look was taken at the changes in activities of daily living of those respondents that had no problems with their cognitive skills (11.2%; n = 17). This analysis revealed that 23.5% (n = 4) of respondents felt distressed due to their decreased participation in social activities, 47.1% (n = 8) of them did not feel distressed, whereas though 29.4% (n = 5) of research subjects were hospitalised in the nursing hospital, in their opinion, their participation in the social activities did not decrease.

The research indicated that before being hospitalised at the nursing hospital, 2.6% (n=4) of research subjects had been neglected, abused or mistreated. The greater part of the research subjects (63.8%, n = 97) was visited by their friends or family members at least once in 3 days. 15.1% (n = 23) of respondents had communicated with their friends or family members in the last 3 days by using such communication devices as a telephone or computer (e.g. *Skype*). 4.6% (n = 7) of research subjects communicated with family members or friends in the last 4–7 days, 4.6% (n = 7) of subjects' conflicts occurred 8–30 days before, while 2.0% (n = 3) of respondents had no conflicts for at least 30 days.

While assessing the perception (cognitive skills) functions (Table 5) of patients upon their discharge from the nursing hospital, it was found out that 45.4% (n = 69) of patients had severely impaired cognitive skills and 11.2% (n = 17) of patients were independent in their decision-making. All patients had problems with short-term memory. Disordered thinking (easily distrac-

ted, episodes of disorganized speech, and variation of mental function over the course of the day) was observed in 85.5% (n = 130) of patients. The mental status of the majority of the discharged patients, as well as their skills for decision-making in daily living, have not changed during the time spent in the hospital (based on their subjective opinion).

Table 5. *Perception abilities of the study subjects discharged from the nursing hospital*

Perception functions	n (%)
<i>Cognitive skills for daily decision-making</i>	
Independent	17 (11.2)
Modified independence	15 (9.9)
Minimally impaired	9 (5.9)
Moderately impaired	42 (27.6)
Severely impaired	69 (45.4)
<i>Memory</i>	
Memory is good	19 (12.5)
Memory problems	133 (87.5)
– Short-term memory problems	133 (100)
– Procedural memory problems	120 (90.2)
– Situational memory problems	123 (92.5)
<i>Thinking</i>	
Behaviour not present	22 (14.5)
Behaviour present	130 (85.5)
Including:	
– Easily distracted	130 (100)
– Episodes of disorganized speech	107 (82.3)
– Mental function varies over the course of the day	104 (80.0)
<i>Acute change in mental status from usual functioning of the person (e.g. restlessness, lethargy, difficulty to wake up, altered environmental perception)</i>	
No change	132 (86.8)
Changed	20 (13.2)
<i>Change in decision making over the last 90 days</i>	
Improved	14 (9.2)
No change	129 (84.9)
Declined	9 (5.9)

The research showed that 39.5% (n = 60) of discharged research subjects suffered from bladder continence problems. 28.9% (n = 44) of research subjects were frequently incontinent (Table 6).

17.1% (n = 26) of respondents suffered from occasional bowel incontinence, while 25.0% (n = 38) of them had frequent incontinence (Table 6).

Table 6. *Distribution of research subjects based on bladder and bowel incontinence*

Urination and movement of the bowels	n (%)
Bladder continence	
Continent	11 (7.2)
Infrequently incontinent	17 (11.2)
Occasionally incontinent	20 (13.2)
Frequently incontinent	44 (28.9)
Incontinent (no control present)	60 (39.5)
Bowel continence	
Continent	21 (13.8)
Control with ostomy	6 (4.0)
Infrequently incontinent	28 (18.4)
Occasionally incontinent	33 (21.7)
Frequently incontinent	38 (25.0)
Incontinent (no control present)	26 (17.1)

The research revealed that from the group of research subjects (6.6%, n = 10) that could walk on their own 20% (n = 2) had fallen at least once in the last 90 days, while from the group (17.7%, n = 30) that requires setup help or supervision, 36.7% (n = 11) of respondents had fallen in the last 90 days.

Balance disorders. 13.8% (n = 21) of patients had difficulties or could not get up from the bed without assistance, 15.1% (n = 23) had difficulties or could not turn without assistance when standing, 5.3% (n = 8) of respondents felt dizziness, while 2.6% (n = 4) were not stable when walking.

Cardiac or pulmonary problems. 30.3% (n = 46) of research subjects felt chest pain, whereas 2.0% (n = 3) of them had difficulty clearing airway secretions.

Psychiatric problems. Abnormal thought process was common to 53.9% (n = 82) of respondents, 87.5% (n = 19) had delusions, whereas 10.5% (n = 16) of them had hallucinations.

Neurological problems. 13.2% (n = 20) of patient suffered from aphasia.

GI status. 6.6% (n = 5) of research subjects had acid reflux, 28.3% (n = 43) of them suffered from constipation, whereas 2.6% (n = 4) had diarrhoea.

Sleep problems. 43.4% (n = 66) of respondents had difficulty falling asleep or staying asleep, waked up too early, felt restlessness or had non-restful sleep; 7.2% (n = 11) of them had too much sleep (an excessive amount of sleep that interferes with person's normal functioning).

Other problems. 0.7% (n = 1) of research subjects suffered from aspiration, 0.7% (n = 1) of them had fever, 1.3% (n = 2) had GI or GU bleeding, while 7.9% (n = 12) of research subjects suffered from peripheral edema.

44.1% (n = 67) of research subjects had shortness of breath, whereas 91.4% (n = 139) felt fatigue.

45.4% (n = 69) of respondents suffered from pain symptoms; however, they were managed by medications.

38.2% (n = 58) of research subjects thought their health condition was fair, 33.5% (n = 51) of them could not (would not) respond, 18.4% (n = 28) thought it was bad, whereas 9.2% (n = 14) believed it was good and 0.7% (n = 1) of research subjects said it was perfect.

Oral and nutritional status. The analysis of body mass index revealed that 17.1% (n = 26) of research subjects were obese, 33.5% (n = 51) of them were overweight, 46.1% (n = 70) had an ideal body mass (18.5–25), and 3.3% (n = 5) had too low body weight (BMI<18.5).

The research showed that 68.4% (n = 104) of respondents had an intake of fewer than 1000 ml of fluids a day, while 0.7% (n = 1) of patients had a fluid output that exceeded their input.

When analysing dental and oral problems it was determined that 78.9% (n = 120) of research subjects wore dentures, 45.4% (n = 69) of them had broken, fragmented, loose, or otherwise non-intact natural teeth, while 12.5% (n = 19) of research subjects had difficulty chewing. 23.0% (n = 35) of respondents reported having dry mouths.

23.3% of the research subjects had to change their diet in order to swallow solid food (Table 7).

Table 7. *Distribution of research subjects based on the mode of nutritional intake*

Mode of nutritional intake	n (%)
Normal (swallows all types of food)	101 (66.4)
Modified, independent (sips liquids, eats a limited amount of solid food)	6 (3.9)
Requires diet modification to swallow solid food	35 (23.0)
Requires modification to swallow liquids	1 (1.0)
Can swallow only pureed solids	3 (1.9)
Combined (oral and parenteral) feeding or tube feeding	3 (1.9)
Nasogastric tube feeding only	3 (1.9)

Skin condition. The research revealed that 11.2% (n = 17) of discharged respondents had pressure ulcers. 12.5% (n = 19) of them had pressure ulcers before being hospitalised. 3.3% (n = 5) of research subjects had ulcers, while 5.9% (n = 9) had other skin conditions (rashes, itching, mottling, etc.).

It was determined that 8.6% (n = 13) of research subjects had foot problems that did not impact their walking. However, 15.8% (n = 24) of respondents had such foot problems that limited their walking ability, whereas 11.8% (n = 18) were not able to walk due to them. 30.2% (n = 46) of respondents had foot problems but could not walk due to other reasons.

Treatment and procedures. Following an in-depth analysis of the performed prevention, it was revealed that during the last year our research subjects had their blood pressure measured (99.3% (n = 151)), received an influenza vaccine (41.5% (n = 63)), had their eyes examined (30.9% (n = 47)), were provided dental care services (23.0% (n = 35)), had their hearing examined (22.4% (n = 34)) and, in the last 5 years, they had a colonoscopy test performed (1.3% (n = 2)).

Instrumental activities of daily living (IADL). When being discharged, patients faced the biggest problems with the following skills: use of public transport, walking the stairs, management of finances, shopping and management of medications (Table 8).

Performance of activities of daily living (ADL). The research revealed that research subjects were mostly dependent when performing such activities of daily living as bathing, locomotion (moving from one place to another at the same floor), and dressing the lower body (Table 9).

Table 8. *Distribution of the research subjects by their capacity to perform instrumental activities of daily living*

Activity	Independent	Setup help only	n (%)					Maximal assistance	Total dependence, n (%)
			Supervision	Limited assistance	Extensive assistance				
Meal preparation	4 (2.6)	11 (7.2)	0	5 (3.3)	6 (3.9)		16 (10.5)		110 (72.4)
Ordinary housework	4 (2.6)	9 (5.9)	0	6 (4.0)	2 (1.3)		7 (4.6)		124 (81.6)
Management of finances	6 (3.9)	2 (1.3)	0	9 (5.9)	1 (0.7)		3 (2.0)		131 (86.2)
Management of medication	10 (6.5)	3 (2.0)	0	12 (7.9)	1 (0.7)		2 (1.3)		124 (81.6)
Phone use	13 (8.6)	2 (1.3)	2 (1.3)	12 (7.9)	3 (2.0)		4 (2.6)		116 (76.3)
Walking the stairs	4 (2.6)	0	2 (1.3)	9 (5.9)	2 (1.3)		1 (0.7)		134 (88.2)
Shopping	7 (4.6)	3 (2.0)	0	7 (4.6)	4 (2.6)		3 (2.0)		128 (84.2)
Use of transportation	2 (1.3)	0	2 (1.3)	4 (2.6)	1 (0.7)		0		143 (94.1)

Table 9. *Distribution of the research subjects by their capacity to perform activities of daily living*

Activity	Independent	Setup help only	Supervision	n (%)				Maximal assistance	Total dependence, n (%)
				Limited assistance	Extensive assistance				
Bathing	2 (1.3)	1 (0.7)	4 (2.6)	9 (5.9)	4 (2.6)			6 (3.9)	126 (83.9)
Personal hygiene	3 (2.0)	8 (5.3)	9 (5.9)	20 (13.2)	41 (27.0)			21 (13.8)	50 (32.9)
Dressing the upper body	5 (3.3)	9 (5.9)	11 (7.2)	20 (13.2)	17 (11.2)			15 (9.9)	75 (49.3)
Dressing the lower body	3 (2.0)	5 (3.3)	5 (3.3)	11 (7.2)	17 (11.2)			10 (6.5)	101 (66.5)
Walking	10 (6.6)	5 (3.3)	25 (16.5)	21 (13.8)	6 (3.9)			7 (4.6)	78 (51.3)
Locomotion	10 (6.6)	4 (2.6)	23 (15.1)	24 (15.8)	6 (3.9)			6 (3.9)	102 (52.1)
Transferring to a toilet	9 (5.9)	5 (3.3)	10 (6.6)	26 (17.1)	17 (11.2)			12 (7.9)	73 (48.0)
Toilet use	7 (4.6)	3 (2.0)	4 (2.6)	23 (15.2)	16 (10.5)			16 (10.5)	83 (54.6)
Bed mobility	27 (17.7)	5 (3.3)	12 (7.9)	29 (19.1)	24 (15.8)			12 (7.9)	43 (28.3)
Eating	32 (21.1)	8 (5.3)	16 (10.5)	40 (26.3)	21 (13.8)			4 (2.6)	31 (20.4)

When assessing the overall dependency of the participants (based on their opinion) upon their hospitalisation in a supportive treatment and nursing hospital and upon their discharge, for 64.4% ($n = 98$) of patients the level of their independence remained the same, for 25.7% ($n = 39$) it improved, while for 9.9% ($n = 15$) it deteriorated.

The research revealed that people dealing with more serious cognitive difficulties were more dependent in their daily instrumental activities and ordinary daily activities (Spearman's rank correlation for all activities was $R > 0.33$, $P < 0.0001$). The strongest link was observed among the cognitive skills and medication management ($R = 0.62$), finance management ($R = 0.54$), and ordinary housework ($R = 0.53$). The weakest but still reliable link was revealed between cognitive skills and meal preparation ($R = 0.33$).

By summarising these data, it can be stated that multimorbidity and polypharmacy were characteristic to our research subjects when being discharged from the supportive treatment and nursing hospital. All of them had memory problems. The majority of them had problems with sleep, thinking, cognitive skills for decision-making in daily living; they suffered from hearing and vision impairments and were not able to contain urine and faeces. The absolute majority of our research subjects used not enough fluids (less than 1000 ml), while 33.6% of them had to change their diet in order to swallow solid food. Besides, a great part of the research participants had signs of depression (felt no pleasure and had no interest in things that usually provided joy or could not (would not) talk about them). One-third of the participants felt lonely (determined by assessing their own opinions). Almost half of the research participants felt pain and shortness of breath.

The analysis of instrumental and ordinary activities of daily living revealed that our research subjects had a significantly low level of independence. Total or severe dependence when performing such activities as management of finances, shopping, management of medication, bathing, moving or dressing up shows the need for the provision of various nursing and social services at home.

The relation between the independence of older people discharged from the nursing hospital and the established services of permanent nursing/assistance

Whilst discharging the patients from the nursing hospital, special needs (SN) were determined for our research subjects. Majority of respondents (57.9%; $n = 88$) were established with a special need for permanent nursing; in other words, they were provided with official and state-funded nursing services at home; 25.7% ($n = 39$) of respondents received assistance services

at home. However, 16.4% (n=25) of our research subjects received no further official (state-funded) nursing or assistance services at home.

The research revealed that cognitive skills for decision-making in daily living were moderately or severely impaired for the majority of our research subjects (they were dependent on the assistance from others). It was identified that from the group of participants that had not received nursing or assistance services at home, 5.9% were independent according to their cognitive skills for decision-making in daily living. In other respondents, these skills varied from modified independence (decision-making only difficult in new situations) to severely impaired skills (never or rarely made decisions independently) (Table 10).

Table 10. *Special needs (SN) and cognitive skills of the study subjects*

Established special needs (SN)	Cognitive skills for decision-making in daily living, n (%)					In total, n (%)
	Independent	Modified independence	Minimally impaired	Moderately impaired	Severely impaired	
No SN	9 (5.9)	5 (3.3)	4 (2.6)	5 (3.3)	2 (1.3)	25 (16.4)
Assistance	3 (2.0)	4 (2.6)	2 (1.3)	13 (8.6)	17 (11.2)	39 (25.7)
Permanent nursing	5 (3.3)	6 (3.9)	3 (2.0)	13 (15.8)	50 (32.9)	88 (57.9)
In total	17 (11.2)	15 (9.9)	9 (5.9)	42 (27.6)	69 (45.4)	152 (100)

$\chi^2 = 35.5$; $P < 0.001$.

After comparing the independence of the research subjects, determined according to the InterRAI Activities of Daily Living Hierarchy Scale (ADLHS), with the established need for permanent nursing and assistance at home (intended continuity of official nursing, assistance services at home), it was revealed that for 3.3% (n = 5) of patients further official state-funded nursing and assistance services at home were not planned, though the independence of the participants based on ADLHS was evaluated by 5 points (dependent) (Table 11).

Table 11. Distribution of respondents based on the established special needs (SN) and independence in accordance with the Activities of Daily Living Hierarchy Scale

Established special needs	Independence score based on the InterRAI Activities of Daily Living Hierarchy Scale, n (%)							In total, n (%)
	0	1	2	3	4	5	6	
No SN	2 (1.3)	6 (3.9)	5 (3.3)	7 (4.6)	0 (0.0)	5 (3.3)	0 (0.0)	25 (16.4)
Assistance	0 (0.0)	3 (2.0)	6 (4.0)	12 (7.9)	7 (4.6)	9 (5.9)	2 (1.32)	39 (25.7)
Nursing	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (2.0)	16 (10.5)	4 (2.6)	40 (26.3)	25 (16.5)	88 (57.9)
In total	2 (1.3)	9 (5.9)	14 (9.2)	35 (23.0)	11 (7.2)	54 (35.5)	27 (17.8)	152 (100)

$\chi^2 = 67.8$; $P < 0.001$.

With regard to assessing physical independence, the Barthel Index is the most commonly used means in Lithuania; thus, we took an in-depth look how the physical independence of the respondents distributed based on the determined needs for permanent nursing/assistance. This analysis revealed that 9.9% ($n = 15$) of research subjects had no established needs for permanent nursing/assistance, though, in accordance with the Barthel Index, they were severely dependent (Table 12).

Table 12. Distribution of respondents based on established special needs (SN) and independence according to Barthel Index

Established special needs	Moderately dependant	Severely dependent	Total dependence	In total, n (%)
	n (%)			
No SN	10 (6.5)	15 (9.9)	0 (0)	25 (16.4)
Assistance	3 (2.0)	33 (21.7)	3 (2.0)	39 (25.7)
Nursing	0	36 (23.7)	52 (34.2)	88 (57.9)
In total	13 (8.5)	84 (55.3)	55 (36.2)	152 (100)

$\chi^2 = 76.5$; $P < 0.001$.

The established needs for nursing/assistance were compared with the priority level of services identified by applying the MAPLe method. The results revealed that 3.2% ($n = 5$) of research subjects that had no established needs, based on the MAPLe method, were put in the highest priority level (5) (Table 13). A more detailed analysis of the results is provided in Appendix 2.

Table 13. Distribution of research subjects based on established needs for nursing/assistance and MAPLe independence level

Established special needs	The priority level of nursing services based on MAPLe, n (%)					In total, n (%)
	1	2	3	4	5	
No SN	1 (0.7)	1 (0.7)	4 (2.6)	14 (9.2)	5 (3.2)	25 (16.4)
Assistance	0 (0)	0 (0)	3 (2.0)	15 (9.9)	21 (13.8)	39 (25.7)
Nursing	0 (0)	0 (0)	3 (2.0)	56 (36.8)	29 (19.2)	88 (57.9)
In total	1 (0.7)	1 (0.7)	10 (6.6)	85 (55.9)	55 (36.1)	152 (100)

$\chi^2 = 29.42$; $P = 0.0027$.

By applying the *MI Choice* algorithm in the research, it was determined that from the group of research subjects that had no established needs for services, based on the *MI Choice* algorithm, 5.9% ($n = 9$) of respondents were recommended institutional nursing. In other words, these research subjects were significantly dependent (Table 14).

Table 14. Distribution of research subjects based on established needs for nursing/assistance and *MI Choice* recommended services

Established special needs	Services of institutional nursing	Nursing services at home	Intermit- tent nursing	Assistance at home	Information provision and consulting	In total, n (%)
	n (%)					
No SN	9 (5.9)	12 (7.9)	1 (0.7)	2 (1.2)	1 (0.7)	25 (16.4)
Assistance	31 (20.4)	8 (5.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	39 (25.7)
Nursing	80 (52.6)	8 (5.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	88 (57.9)
In total	120 (78.9)	28 (18.5)	1 (0.7)	2 (1.2)	1 (0.7)	152 (100)

$\chi^2 = 66.70$; $P < 0.001$.

After comparing the independence of the research subjects based on the *MAPLe* method and the *MI Choice* recommended services, it was identified that the institutional nursing services were recommended to the most dependent respondents (with independence level 4 or 5 according to *MAPLe*); i.e. based on the *MI Choice* assessment scale, institutional nursing services were recommended for 78.9% ($n = 120$) of research subjects from 152 respondents discharged from the nursing hospital after 90–120-day stay (Table 15).

Table 15. *Distribution of research subjects based on MAPLe independence level and MI Choice recommended services*

MAPLe priority levels	Services of institutional nursing	Nursing services at home	Intermittent nursing	Assistance at home	Information provision and consulting	In total. n (%)
	n (%)					
1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.7)	1 (0.7)
2	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.7)	0 (0)	1 (0.7)
3	0 (0)	8 (5.26)	1 (0.7)	1 (0.7)	0 (0)	10 (6.6)
4	65 (42.8)	20 (13.2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	85 (55.9)
5	55 (36.1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	55 (36.1)
In total	120 (78.9)	28 (18.4)	1 (0.7)	2 (1.3)	1 (0.7)	152 (100)

$\chi^2 = 228.98$; $P < 0.001$.

Despite the low independence of the respondents, the majority of them ($n = 116$; 76.3%) indicated that they would prefer nursing services at home instead of institutional nursing. 23.7% ($n = 36$) of respondents would choose institutional nursing.

By applying the univariate logistic regression, it was established that the selection of institutional nursing is related to the age, gender, and health status (diagnosis, cognitive level) of the respondents. The institutional nursing services would be selected 2.7 times more often by respondents belonging to the age group of 65–84 years old (CI 1.191–6.081; $P = 0.017$) and not by those that constituted the group of 85 years old and older. In comparison with women, the selection of institutional nursing by men was statistically significant (OR 2.402; CI 1.083–5.327; $P = 0.031$).

Those research subjects that have Alzheimer's disease would select institutional care more often than those that do not suffer from this disease.

The selection of institutional nursing also depended on the disorders of patients' cognitive functions. Patients that had severely impaired cognitive skills for decision-making, statistically significantly more often would choose institutional nursing than those that had skills that were not impaired or minimally impaired (Table 16).

Table 16. Selection of institutional nursing by patients having disorders of cognitive functions (univariate logistic regression)

Assessed variable		RR (95% CI)	P
Cognitive skills for daily decision-making	Severely impaired in comparison with independent, modified/minimally impaired	2.680 (1.017–7.062)	0.046
Ability to make self-understood	More often unable to express themselves <i>versus</i> more often able to express themselves*	2.199 (1.018–4.748)	0.045
Ability to understand others	More often do not understand others <i>versus</i> more often understand others	2.480 (1.137–5.410)	0.022
Behaviour	Wandering versus not wandering	3.691 (1.163–11.716)	0.027
	Socially unacceptable behaviour (verbal/physical abuse, inappropriate public sexual behaviour or undressing, resistance to care) with not-modified behaviour	3.262 (1.173–9.069)	0.023

Changes in the independence of discharged older people and the efficiency of provided nursing services

113 respondents that had been established with the need for permanent nursing/assistance participated in the second stage of the research. The need for permanent nursing was established for 66.4% (n = 75) of respondents, whereas the need for assistance for 33.6% (n = 38) of respondents. The survey took place 90–120 days after the discharge from the supportive treatment and nursing hospital. The average age of the research subjects was 83.8±7.8 years. In all, there were 73.4% (n = 83) of women and 26.6% (n = 30) of men. The majority of research subjects (n = 68; 60.2%) lived together with their children, 17.7% (n = 20) with their spouse/with their spouse and other people, 15.9% (n = 18) with their brother (sister or others), while 6.2% (n = 7) of respondents lived alone.

Research subjects were characterised by polypharmacy. On average 5 (±2.2) types of medication were prescribed to the patients per day. Irrespective of the established needs (permanent nursing or assistance), the amount of prescribed medication did not statistically significantly differ in both groups. It was noticed that patients that were nursed at home were inclined to adjust their management of medication prescribed by the physician. 53.98% (n = 61) of research subjects managed their medication in accordance with the physician's prescription, whereas 46.02% (n = 52) of subjects adjusted their management and took less medication than prescribed.

By comparing the change of general independence of research subjects (according to InterRAI HC) after 90–120 days in the nursing hospital and at home, it was identified that the level of independence decreased more significantly after being nursed at home (based on the opinions of the subjects) (Table 17).

Table 17. *Distribution of research subjects based on general independence, change of the number of pressure ulcers when nursed at the hospital and home (n = 113)*

Assessed variable	At the nursing hospital, n (%)	At home, n (%)	P
<i>Change of overall independence</i>			
Improved	26 (23.0)	1 (0.9)	0.0001
No change	75 (66.4)	75 (66.4)	0.999
Declined	12 (10.6)	37 (32.7)	0.0001
<i>Pressure ulcers</i>			
No prior or new pressure ulcers	93 (82.3)	76 (67.3)	0.013
Prior pressure ulcers were healed	6 (5.3)	3 (2.7)	0.498
No prior pressure ulcers but new ones formed	4 (3.5)	23 (20.3)	0.0001
Prior pressure ulcers remained unhealed	10 (8.9)	11 (9.7)	0.999

Fisher's exact test was employed.

The research revealed that in the group of respondents with declining independence in the nursing hospital (10.6%, n = 12), the independence level remained the same for 6.7% (n = 5) of research subjects, while for 18.9% (n = 7) of research subjects it lowered.

When analysing the formation of pressure ulcers at the nursing hospital and at home, it was determined that pressure ulcers formed for a greater part of respondents, when they were being nursed at home. In the nursing hospital pressure ulcers formed for 3.5% (n = 4) of research subjects, whereas they appeared for 20.3% (n = 23) of subjects being nursed at home (Table 17).

In the subject group that had established the need for permanent nursing (n = 75), 41.3% (n = 31) of subjects were left unattended and without assistance for 2–8 hours during the day, while in the subject group with the established need for assistance, this number amounted to 47.4% (n = 18) ($\chi^2 = 8.43$; $P = 0.04$).

It was established that only 5.5% (n = 6) of all research participants had an opportunity (managed) to call for assistance in the case of emergency,

while other research subjects had no such opportunity (did not manage to do it).

Patients with the established need for permanent nursing ($n = 75$), according to the legislation, were eligible for the official nursing services at home; however, these services were appointed to 26.7% ($n = 20$) of subjects and generally in those cases when patients needed to have blood tests ($n=18$; 24.0%) or injections ($n = 2$; 2.7%). The provided nursing services at home lasted only for a period of time, required to do blood tests, i.e. once in 4 months for 20 minutes. At the same time, 13.3% ($n = 10$) of research subjects were consulted on nursing services.

Research subjects determined with the need of assistance ($n = 38$) were eligible for social worker services at home and 5.3% ($n = 2$) of respondents received them.

When comparing the provision of official nursing services at home to respondents with the established need for permanent nursing and respondents with the established need for assistance, statistically significant difference between these two groups was not identified ($P = 0.102$).

The research revealed that, in the last 4 months, 22.1% ($n = 25$) of research subjects at least once had an emergency room visit without hospitalisation and 4.6% ($n = 5$) with hospitalisation. The family physician visited 19.5% ($n = 22$) of respondents at home. The number of visits at the hospital (no matter with or without an overnight stay) and visits of the family physician at the homes of respondents did not statistically significantly differ based on the needs (permanent nursing or assistance) determined for the respondents. However, visits from the family physician to the respondents were statistically significantly related to the visits of the respondents to the hospital ($P = 0.001$).

Generally, the main informal carers of respondents were their children ($n = 74$; 65.5%), 15.0% ($n = 17$) of them were brothers/sisters or other relatives, 14.2% ($n = 16$) were their spouses/partners, while 5.3% ($n = 6$) were their friends and neighbours. The substantial majority of the respondents (92.9% ($n = 105$)) lived with people reliant on their care.

The research displayed that a considerable number of key informal carers took care of their patients alone without any help from other persons. There were 38.9% ($n = 44$) of such carers. Others had helpers. Usually, this additional helper was an employed person ($n = 28$; 24.8%) or another child of the patient ($n=23$; 20.3%).

In order to take care of their relatives at home, 18.6% (n = 21) from all (n = 113) of patients' relatives left their jobs. People who took care of the patients alone constituted a greater part of respondents that left their jobs (Table 18).

Table 18. *Distribution of respondents based on the number of informal carers and their need to leave their jobs*

Number of informal carers/helpers	Inability to work due to nursing, n (%)		In total, n (%)
	No	Yes	
Alone	29 (31.5)*	15 (71.4)	44 (38.9)
Two (had helpers)	63 (68.5)	6 (28.6)	69 (61.1)
In total	92 (100)	21 (100)	113 (100)

$\chi^2 = 11.45$, lls = 1; $P < 0.001$. * $P < 0.05$, comparing with those who left their job.

The majority of key carers indicated that in connection with the caretaking of their relatives they feel constant distress, anger or depression. Besides, they feel overwhelmed by the person's illness. A great part of these carers pointed out that it is challenging to take care of their relatives due to their own poor health. Relatives that nursed severely dependant patients, i.e. those that had been established the need for permanent nursing, had the most difficulties when taking care of them (Table 19).

Table 19. *Experiences of informal carers when taking care of their relatives (n = 113)*

The status of the key informal helper	Established needs for permanent nursing, n (%)	Established needs for assistance, n (%)	In total, n (%)	P
Cannot take care of the patient because of his/her own poor health	29 (38.7)	2 (5.3)	31 (27.4)	<0.001
Feels distress, anger or depression	65 (86.7)	25 (65.8)	90 (79.7)	0.009
Feels overwhelmed by person's illness	46 (61.3)	15 (39.5)	61 (54.0)	0.027
Faces difficulties of taking care of the patient due to work	43 (57.3)	23 (60.5)	66 (58.4)	0.744

It was determined that caregivers, who complained more about felt distress, anger, and depression, left their jobs to take care of their relatives (22.2%; $n = 20$) in comparison with those that did not have these experiences (4.3%; $n = 1$) ($P = 0.03$).

Among the caregivers that felt distress, anger, and depression, 67.8% ($n = 61$) had a shortage of funds. This number is significantly higher than of those respondents who did not feel depression (34.8%; $n = 8$) ($P = 0.004$).

After 90–120 days of nursing at home, the majority of informal carers changed their opinions on the place of nursing and would choose institutional nursing for their relatives (Table 20).

Table 20. *Change of the place selection where nursing services are provided*

Selection of nursing services being discharged from the nursing hospital	Survey 2 after 3 months at home	n (%)
Nursing at home	Nursing at home	25 (22.1)
	Institutional nursing	59 (52.2)
Institutional nursing	Nursing at home	5 (4.4)
	Institutional nursing	24 (21.3)

After conducting univariate regression analysis, it was determined that relatives of the respondents who felt distress, anger, or depression selected institutional nursing 5.6 times more often (OR 5.582; PI 2.097–14.857; $P = 0.001$).

According to the study data, during 24 h relatives and other informal care givers dedicated 21.2 (SD±5.5) hours of their time to the care of patients with permanent nursing needs and 10.7 (SD±6.3) hours to patients with assistance needs ($P < 0.001$).

The organisation of nursing services and future prospects for primary outpatient care services from the point of view of the heads of institutions providing the beforementioned services

During the third stage of the research, a semi-structured in-depth interview was carried out with five heads of different institutions providing primary outpatient healthcare services.

The question of the semi-structured in-depth interview was: according to the opinions of the heads of institutions providing primary outpatient healthcare services, what is the current situation of providing nursing services at home and what model of providing nursing services at home would be optimal.

When analysing the material from the interviews, the following main topics were identified:

1. Systemic factors limiting the allocation of nursing services at the homes of the patients
2. Systemic factors limiting the implementation of allocated nursing services
3. Prospects of organisation of nursing services.

Systemic factors limiting the allocation of nursing services at the homes of the patients

Emphasis on the diagnosis of the patient. According to the research participants, the need for nursing services at home is higher than officially stated.

“There are some patients that really need nursing services but such needs are not established for them and there are no possibilities to do that” (inf. 4).

“The need for them [nursing services] is greater than determined by (DWCAO)” (inf. 3).

One of the key factors limiting the allocation of nursing services indicated by our informants was the emphasis on the patient’s diagnosis. In Lithuania, when determining the needs for the nursing of older people, the major role is played not by the independence level but by the diagnosis. This emphasis on the diagnosis creates different opportunities for patients with the same independence level to receive nursing services.

“There are some curious situations. When a person has dementia, is totally dependent, and cannot swallow, you can get palliative [care] for him/her but when the same condition, swallowing problems and total dependence are the results of a stroke, you cannot get palliative [care]. There is no such diagnosis on the list” (inf. 4).

As the diagnosis is given the priority treatment when allocating nursing services, the establishment of special needs for nursing services and the timely availability of services are being limited.

“You know, after narcosis, after surgery, sometimes they lose it, for instance, after surgery of a femur, you know; dementia has to be established for those needs. But you cannot do it right away. According to the requirements, 6 months have to pass. Others do not last that long. They do not survive” (inf. 1).

Bureaucratic procedure for establishing the need for nursing services.

The procedure for establishing special needs can be added to systemic obstacles impacting the allocation of nursing/assistance services to older

people. According to our informants, this system is based on bureaucratic procedures, implementation costs of which are inadequate to the assessed condition of the patient. The competences of physicians and nurses, which can see the condition of the person's health and independence level but cannot prescribe the required state-funded nursing services, are ignored.

"...it is nonsense. So many nerves and that tugging of the patient. He [the patient] is 90 years old, cannot walk, is dependent, disorientated. Of course, he needs nursing. He has never been to a physician. We need to confirm his diagnosis, perform expensive tests; we are ordering computers for these needs. How much will it cost for the state? Why do we need it? It would be better to spend this amount on nursing services" (inf. 5).

The process of establishing needs is complicated and long. By employing efficient testing and treatment methods, hospitals reduce the time of treatment. Then they establish the diagnosis, stabilise the condition, and discharge the patient for further treatment at home. After acute diseases, older people go back home with lower independence level but still not get nursing services. The complex and long process of establishing needs for nursing limits the timeliness of nursing/assistance services, requires great efforts, expenses, and time, though, these services are needed here and now.

"It is even 'better' when a patient is discharged after having a stroke. It takes so much time to determine those needs... You need a psychiatrist and some other things... Someone from the DWCAO could come and establish them. They could determine them by their independence" (inf. 4).

The selection of unsuitable methodology for assessing cognitive skills in the procedure of establishing the need for nursing/assistance services at home also generates obstacles for obtaining the required services.

"The patient does not speak. Either he is mute or has aphasia. Physically maybe he is more able. His Barthel [Index] is still good but his thought process is non-existent but the psychiatrist cannot fill in the MMSE. The patient does not speak. He cannot be referred [to establish his needs]" (inf. 1).

According to the opinions of the informants, the current methodology for determining the need for permanent nursing is more focused on physical independence of the person and is especially disadvantageous to older people who had lost their cognitive skills.

"They [suffering from dementia, those who had lost their cognitive skills] practically get no outpatient services. If they can walk, they do not get those needs for nursing" (inf. 4).

"<...> it does not matter that mentally he cannot do anything; he does not understand and does not know what and when to eat. He walks without

understanding... But physically he is able. And that is all. He does not get permanent nursing services” (inf. 5).

Systemic factors limiting the provision of allocated nursing services

Unjustified limitation of the duration of inpatient and outpatient nursing services. According to the informants, the funding of nursing services at the hospital (120 calendar days a year), which are not related to the period of nursing services needed by the patient, limits the provision of nursing services to partially dependent or totally dependent people.

“If the [inpatient] nursing services last for 4 months, later they are not needed? They will get some days of some kind of care [official outpatient nursing services] and that is all. It should not be like that” (inf. 5).

“The need for nursing does not disappear after 4 or 5 months. <...> after having a stroke, some stay in bed even for a few years. The need does not disappear, only the funding comes to an end. That is all” (inf. 2).

Based on the insights of the informants, the worst reasoned limited period of nursing services is provided for older people who had lost their cognitive skills. Such limitation of the duration of services also restricts access to them.

“If nursing due to old age is provided, care and nursing services of patients with dementia cannot last only for 4 months. What happens after those 4 months?” (inf. 1).

The extent and duration of services should be related to the independence of the person. As stated by the informants, the increase in the amount (number of procedures) of state-funded nursing services does not resolve the problem.

“During one visit, the nurse, if she comes alone, has to provide 5 procedures of those services <...> Brush their teeth, measure blood pressure, teach, show and do 5 procedures during one visit, while the physician appoints 1 procedure. Ant this will last not for as long as it is needed by the patient but for the period indicated in the order. They are increasing that number. <...> They will increase it even more but it does not matter.” (inf. 2).

Delegation of nursing services at home to the relatives of the patient. On the basis of nursing services at home, relatives of the patient get the main role. Based on the thoughts of our informants, the Ministry of Health itself limits the provision of nursing services at home by its legislation. In the Requirements for the Provision of Nursing Services at Home approved by the Ministry of Health, more attention is given not to the provision of official and qualified services but to the technical lessons for relatives how to perform required nursing services. These lessons are provided only for a limited number of days per year.

“If you need to clear the airways, you only get lessons on how to do it and not the service itself [according to the MH order regulating outpatient nursing services]. This means that you perform the procedure and show how to do the clearing only during a specific number of procedures. Only this is paid by the fund. But you need to clear the airways a few times a day. What will happen next? The relatives will have to do that. Everything falls on their shoulders. In the hospital, you need to have a nurse licence, but, at home, there is no need for anything. You only show how to do it and that is it” (inf. 4).

According to the informants, nursing services at home, currently defined by the order of MH, are only minimal help to a family nursing a relative that has lost his/her independence and is more of a formality than a real and qualitative service.

“It is only for checking a box that the service has been provided. What does prevention of pressure ulcers do if it is only performed two times a month? You come, tell relatives about pressure ulcers and their prevention, and that is all” (inf. 1).

After presenting results of the quantitative research confirming the shortage of nursing services at home for those patients that have established needs for permanent nursing, the informants have stated that they provide nursing services at home according to the Description of the Requirements for the Provision of the Nursing Services at Home (hereinafter referred to as the Description of Nursing Services at Home).

“We have to ensure nursing services at home and that is what we do. We are following the order. Letter for a letter...” (inf. 3).

“We provide these services. And we carry out the procedures: do blood tests and the prevention of pressure ulcers. As it is written. We do that and teach them for some days” (inf. 1).

Small service fee. Another significant aspect revealed after conducting data analysis was small fees of nursing services at home that did not encourage the provision of nursing services. A small fee does not cover expenses and institutions have to compensate them from funds obtained from different services.

“We cannot do anything as this is funded by the state; the number of provided services is limited since the payment is so minimal that even the establishment of such services becomes a problem... We add some money. One visit to a patient is 15 euros” (inf. 2).

The reluctance of patients to apply for services provided at home. The performed analysis of the research has revealed that patients (or their relatives) are reluctant to apply to the family physician for nursing services at home. They reluctantly let strangers into their homes and contact the

physician only when the condition gets worse, examinations are required, and treatment has to be prescribed.

“Besides, he [the patient] may not even apply for this service” (inf. 5).

“They [patients] do not want to let strangers into their homes. Thus, they only ask for help when the situation is really bad <...>” (inf. 1).

“We do not barge into their homes if they do not ask us to come. If they contact the physician for medications and, if there is a need, then both the physician and the nurse will definitely visit that person. They will carry out the procedures” (inf. 3).

Prospects of organisation of nursing services

Our informants would suggest **separating short-term nursing services at the homes of individuals**, as they are needed only for a limited period of time, and **permanent nursing**, when nursing services should be provided continually:

“If the nursing services are provided after acute diseases, traumas or during rehabilitation and the patient can later live independently, then those are temporary nursing services based on the condition; however, if the nursing services are not able to help the patient to recover after some acute... or a stroke; if a stroke happens, the patient becomes totally dependent, usually, does not walk, and is about 80 years old (there are some exceptions but rarely), then we have to differentiate it“ (inf. 2).

The division of nursing services into short-term and long-term services would allow not only ensuring timely assistance for older people that have lost their independence but also dividing the existing financial resources more rationally.

Allocation of timely services without limiting their duration. Nursing services should be provided to older people with the established need for permanent nursing services once the need appears and last until it exists.

“If the client is totally dependent, the service has to be provided every day” (inf. 4).

“He has to get this service whenever it is required” (inf. 3).

“How can you stop providing this service, when it is still needed? It should be continued until there is no need. During all this period” (inf. 5).

The analysis of the conducted research has revealed that, according to the informants, the quality of nursing services depends on timely identification of the need for these services and the continuity of them based on the demand. Due to this reason, it is necessary ***to reduce the bureaucratic processes and give the priority of nursing services to the independence level of the person and not the diagnosis.***

“Someone could come from DWCAO [Disability and Working Capacity Assessment Office] and establish them. The physician could only write a referral that such services are required. Without all those confirmations of diagnoses. Based on the independence” (inf. 2).

“Unambiguously. Needs for nursing services should be established only according to the independence level” (inf. 1).

Assessment of the need for nursing services based on the independence of the person would provide conditions for preventing errors when totally dependent individuals are left only to the informal carers without allocating any assistance (neither financial nor nursing/assistance services).

The concentration of nursing services and the establishment of offices responsible for the provision of services at the homes of individuals. The organisation of nursing services at home should be concentrated in one place and offices of nursing services at home should be established.

“If we have 100 of these patients, then yes. We can think about such nursing services. The Health Insurance Fund does not pay for everyday services, as the number of procedures is limited. But there could be another option: I could get additional payment from the patient. Now, I will have such patients, since I will have to keep my staff – a nurse with all equipment and a car, a physical therapist, and a masseur – a mobile brigade for nursing at home. How will I pay all of them?” (inf. 2).

The analysis of the obtained research data has revealed that every family clinic (institution providing services of primary outpatient healthcare) has an insufficient number of patients for which it would be worthwhile employing separate staff, buying medical equipment, and providing services. In addition, payments for services are minimal. A justified fee of nursing services and conditions for the concentration of services by establishing separate offices providing services at home would increase the access to nursing services at home.

All of our respondents imagine nursing services at home as a separate office, providing nursing services at the homes of individuals, in which work nurses that take care of the patients with established needs for permanent nursing.

“This nursing office could be a separate unit. Several nurses will work there; there could also be an administrator that would manage and divide the workload. This nursing office would be for the whole district or a part of it. They would know all patients and would have all the necessary equipment. The only necessary thing would be great communication with family physicians” (inf. 1).

“Other family clinics, even the private ones, could have contracts with this office. It would be separate. Its only job would be nursing services. The quality of the services would be better” (inf. 3).

Differentiation of services based on their providers. As specified by the informants, nursing services at home are expensive to those patients that are severely or totally dependent.

“For the nurse to remain by the patient for 24 hours, we would need 3.5 shifts. Some people use the money (received for the need for nursing) for employing nurses privately. They pay a similar amount to the one-month remuneration of nurses [at the supportive treatment and nursing hospital].

In order to allocate the financial resources of the country more rationally, informants suggest differentiating nursing services at home during their planning process based on their providers. Some of the services could be provided by the family members, while some – by the formal nurses, social workers, and family members.

“Without family it is nonsense. <...> One nurse cannot take care of only one patient for the whole day. The nurse cannot just sit there. We will not have so many nurses that they could stay with every patient” (inf. 1).

“It is only for the time when the family is at work. Later they do everything by themselves. But now they can go to work, they do not get benefits anymore. Also, social workers can be incorporated” (inf. 3).

When planning nursing services at the homes of individuals, it is very important to take into account the possibilities of family members and the social environment for nursing at the home of the older person. The quantity and types of services should be discussed together with the family. Services that could be performed independently by the family and activities which would require formal nursing (or social worker) services should be decided.

“The needed services should be determined together with the family” (inf. 5).

“Also, social workers have their assignments” (inf. 4).

The analysis of the research revealed that currently, the support for the relatives taking care of the patient is too minimal. Family members should be provided with all the necessary conditions, so that, despite the nursing of their relative, they could remain working at their jobs and they would not overwork themselves and would not get ill.

“They leave their jobs so they could nurse at home. Listen, in the hospital, employees are changing during the day, but, at home, you have to nurse alone – what extreme fatigue? The caregivers fall ill themselves” (inf. 1).

The change of procedures for establishing the need for nursing.

According to informants, aiming to improve the timely access to nursing services and the quality of provided services, it is necessary to change the procedures for establishing these needs and the organisation of nursing services. The provided nursing services at home would ensure a better quality of services and older people would be more accepting of them than of institutional nursing services.

“With the current establishment of needs and the whole procedure it is impossible to do anything. We need to change them. “Unambiguously” (inf. 1).

“It is time for us to change this procedure. We have to agree on the number of times during one day, when the nurse will have to come, on the performed functions, their quantity, and the level of professionalism. An absolutely different quality could be provided without withdrawing the person from his/her social environment, but it is more expensive” (inf. 2).

By summarising all ideas of the respondents, we can state that the current system of organising and providing nursing services at the homes of individuals does not correspond with the real needs of older people for nursing and social services. It is essential to fundamentally review and change the procedures so that the nursing/assistance services would be timely and accessible to the older people while their duration and scope would correspond with the real needs.

Discussion of results

The exhaustive InterRAI (HC) Assessment Form allows the comprehensive assessment of the health and social problems of older people, whereas scales that are combined with the Assessment Form allow making the division into independence levels, the determination of service priorities (MAPLe) and recommendations of the types of services (MI Choice). In this way, possibilities are provided to improve access to nursing and social services.

When comparing our research subjects as receivers of nursing services at home with the receivers of the same services from Canada, Germany, and other countries in accordance with their age, gender, diseases, management of medications and the marital status, it has been revealed that all of them are characterised by similar features. The age average was 82.5 years old, the majority of the subjects were single, and there were more women than men. Multimorbidity and polypharmacy were characteristic to the greater part of the respondents. Usually, recipients of nursing services at home suffered from cardiovascular, neurological, and psychiatric diseases [129–132].

Such geriatric syndromes as the disorders of patients’ cognitive functions, vision and hearing impairments, incontinence, falls, and dependence in activities of daily living are common attributes of older people with chronic

diseases, characteristic not only to our research subjects but also to recipients of nursing services for old people from other countries [133–135]. By conducting a research, Guthrie determined that the triad of geriatric syndromes such as vision and hearing impairments and disorders of cognitive functions decrease the independence of older people more than only the disorders of cognitive functions [136]. When planning nursing services for older people it is necessary to take into account not only multimorbidity, which is common to them but also existent geriatric syndromes. Nurses and physicians should pay attention that older people that are lonely, have many health and dependence problems, and use many medications have a greater risk of falling. The changed living environment also increases this risk [137, 138]. Our research has also confirmed such results obtained by other scientists. Psychosocial consequences of the falls also have significant importance since they can cause depression, fear of falling, mistrust in oneself, uneasiness, negative social experiences, dependence, etc.

The majority of our research participants had depressive symptoms. These were reduced social interactions, no interest in activities that usually provided joy, anhedonia (lack of pleasure in life), and tearfulness. In old age, depression can be conditioned by physiological changes during the ageing process, by losses, stress, loneliness, the majority of somatic diseases, and social isolation. Also, in the old age, depression itself creates sleep problems, loss of appetite, the slowed-down physical activity and thinking process, uneasiness, suicidal thoughts and increases disabilities [139].

Moreover, the majority of them had moderately or severely impaired cognitive skills for decision-making in daily living. All patients had problems with short-term memory. The majority of them had disordered thinking (easily distracted, episodes of disorganized speech, and variation of mental function over the course of the day), sleep problems as well as bladder and bowel continence problems. The scientific research has confirmed that older people with disordered cognitive functions have a significantly greater need for nursing and assistance services than patients with normal cognitive functions. Besides, a specially trained staff is required for the nursing of these people [140].

The health status and needs of the examined patients were similar to the results of other studies carried out by Lithuanian authors: the more the cognitive skills of respondents were impaired, the more they were dependent when performing their instrumental and ordinary daily activities; thus, the need for nursing services increased [116, 134]. Greatly similar research results are indicated by Mitzner et al. [141].

When being discharged, the absolute majority of our research subjects were totally or severely dependent when performing instrumental and ordinary activities of daily living. From the instrumental activities of daily living their abilities to use public transport, walk the stairs, manage their finances, shop, and manage their medications were impaired the most. When performing their ordinary activities of daily living, our research subjects were mostly dependent when bathing, moving from one place to another on the same floor, and dressing the lower body. These results confirm the low independence of our research subjects and the need for the provision of various nursing services.

This research revealed that for some of the respondents discharged from the nursing hospital, the continuity of official nursing/assistance services at their homes was not appointed.

By applying the international InterRAI (HC) Assessment Form as well as MAPLe and MI Choice scales, it was revealed that only 0.7% ($n = 1$) of respondents did not require nursing or assistance services at home. Based on the MAPLe independence assessment scale, the majority of respondents were assigned to levels 4 and 5 that confirm the significant dependence of our patients; according to the MI Choice recommendations, they would require institutional nursing.

The obtained research results revealed that the limited duration of the stay at the nursing hospital did not provide solutions to the problems and, after the inpatient nursing, the vast majority of our research subjects needed continued nursing or assistance services of smaller or bigger scale at home. The research exhibited that the current methods for establishing the needs for nursing/assistance services had drawbacks that limited access for research subjects with significantly low independence level to the official nursing services at home. In this way, access to necessary formal nursing/assistance services was limited.

The international InterRAI (HC) Assessment Form is focused on the person and its application allows to assess the independence of older people in performing instrumental and ordinary activities in daily living more comprehensively, while various scales (Activities of Daily Living Hierarchy Scale, Cognitive Performance Scale, MAPLe, and MI Choice) that are combined with this assessment form allow assessing the general independence and determine priorities of the need for services. The studies of other scientists prove that the InterRAI (HC) Assessment Form provides possibilities to assess the needs for patient nursing in a proper and justified manner [142, 143].

Despite the low independence of respondents and the existing nursing issues, the majority of them would prefer nursing services at home. When analysing the scientific literature, it is clear that this is characteristic not only to our participants but to the majority of older people [116, 144]. In Denmark, Germany, and Norway, a great focus is shifted to the development of nursing services at home and the support of family members caring for their relatives. It is sought that older people would remain independent for as long as possible in their own environment, they would feel comfortable and safe, the nursing services at home would be provided on time and in a qualitative manner, in this way avoiding hospitalisation both for clinical treatment or permanent nursing/care.

Though when being discharged from the hospital our respondents had an extremely low level of independence, their further care was left only for informal carers. Generally, they were taken care of by their children. The fact that usually family members become informal carers is discussed not only in Lithuanian research [18, 145, 146] but also in studies conducted in other countries [144, 147, 148]. According to the data of the research conducted by Blažienė and Žalimienė, 67.8% of Lithuanian residents of 50–65 years old would choose care of their family members or relatives if they required nursing services when they got old [149]. Based on the data of the research carried out by the Lithuanian Social Research Centre, the main reasons to take care of the older relative at home were: the feeling of responsibility, duty to take care of their parents, intention to be an example for their children, strong and close relationship with the relative in care, distrust in services provided by other people, belief that home environment helps the healing process, expensive caretaking services of old people, caretaking benefit as an additional source of funds for the caregivers, and reasons related to the inheritance from parents [150]. Informal nursing is widespread not only in Lithuania, where formal nursing services are only taking their first steps but also in those countries, where these services are already developed [151]. For instance, 70% and 66% of older people (≥ 75 years old) that live at home are taken care of by their family members in Sweden and Italy, respectively [152].

The fact that older people are usually taken care of by their relatives is not bad; however, it needs to be taken into consideration that they face difficulties in taking care of their relatives by themselves. This is also confirmed by the results of this thesis. The analysis of the research data revealed that the transfer of the nursing services only to the relatives had decreased the condition of the patients. When analysing the formation of pressure ulcers at the nursing hospital and at home, it was determined that pressure ulcers formed for a greater part of respondents, when they were being nursed at

home. The conducted research reveals that the formation of pressure ulcers is impacted by the poor health status of the patients, their nutrition, usage of some medication, poor skincare, and absence of physical activity. In order to avoid pressure ulcers, the position of the body during the day should be changed at least once in 2 hours, whereas during the night at least once in 4 hours [153]. Based on the data of this research, almost half of our research subjects established with the need for permanent nursing (totally dependent based on the Barthel Index) were left unsupervised for 2–8 hours per day.

Following the data of this research, to take care of their relative at home, some of the informal carers had to leave their jobs or take care of them by combining their job with the nursing of relatives; others nursed alone, with the help of other family members, friends or employed a second informal carer. The study of Szebehely showed that “the higher use of family care among older people with lower education as well as the higher use of privately purchased help among those with higher education is evident” [154]. According to the research data of the Lithuanian Social Research Centre, the coordination of work and care creates quite a few problems. Some people do not leave their jobs because they are concerned about the size of their retirement benefit in the future, while others see their job as a possibility to escape from the routine related to the care [150].

Based on the data of our research, the intention of relatives to take care of the patients at home changed after 90–120 days of nursing at home. If before the discharge from the nursing hospital the majority of relatives preferred nursing at home, after the same amount of time of nursing at home they prioritised institutional nursing. The same as our research, Jankauskienė and Rapolienė noticed that “the necessity to take up the role of the carer creates psychological, social, and financial consequences and affects health” [155]. According to the data of our research, the majority of people that took care of their relatives felt distress, anger, and depression. The health of some carers also grew poorer. The fact that the health of informal carers gets poorer due to the constant distress when taking care of their relatives is also confirmed by studies carried out by other authors [156]. The research of Tamutienė and Naujanienė reveals that “older people dealing with severe health problems do not always agree to let the providers of services into their homes. The distrust and fear to let an unknown person inside their homes is reflected as the key reason for not using these services”. Also, “financial position of older people limits the accessibility of the services since people refuse to buy them and attempt to survive with the help of their neighbours or relatives” [157].

Based on the legislation of the Republic of Lithuania, patients with established needs for permanent nursing and assistance are eligible for benefits of various sizes [158]; nevertheless, these benefits are transferred to the bank account of the patients and their relatives, without having access to their bank account, cannot freely dispose of money allocated for the nursing of their relative. In Lithuania, informal caregivers get no care benefits. If a family member gets sick and requires nursing, relatives have the right to receive a benefit for caring for a sick family member with a maximum period of 7 days [159]. Caregivers of old or disabled people at home also have the right to submit a request for unpaid leave to their employer. No legal instruments are binding the employer to coordinate the work schedule with the nursing of relatives. It is worth mentioning that by following the Law on State Social Insurance, an individual that takes care of a disabled person with the established special need of permanent nursing care is covered by pension and unemployment social insurance but only in the cases when he/she does not have insured income or his/her income is lower than the minimum wage [160]. Relatives can also request for help from facilities providing nursing services; however, these services are state-funded only for 120 calendar days and it is difficult to get into these hospitals due to existing queues that last up to 4–5 months. Based on the Requirements for the Provision of Nursing Services at Outpatient Health Care Institutions and at Home, 104 nursing visits at home are covered during a calendar year. The following services provided at home are covered: the collection of blood for tests, various injections, the connection of patient's intravenous drip (implementation and teaching of relatives how to perform the procedure on their own), care of artificial openings (stomata) (implementation and teaching of relatives how to perform the procedure on their own), care of wounds and pressure ulcers (wound dressing and teaching of patients about prevention of pressure ulcers, wound dressing), etc. Only 12 procedures of removal of mucus from the trachea (including the teaching of relatives how to perform the procedure) are covered during a year. The abilities of informal carers to take care of relatives at home are not evaluated. Only the vital activities of the patient and the vital activities in which assistance is required are assessed [6].

Perceiving the significance of informal carers and their advantages provided in the context of demographic and social changes at the level of the country, more attention is given to the informal carers and their support in some countries than in others. In Europe, various means for supporting caregivers are prevalent: financial support for the caregivers (e.g. Carer's Allowance in the UK and Ireland), support of the occupation of caregivers (e.g. the right to receive paid leave in the Netherlands and Belgium, the right

to not come to work with the permission of the employer in Finland), a local support centre for the family caregivers (e.g., in the Netherlands, UK, Ireland), coordination of work and taking care of relatives (e.g. in Denmark and Belgium conditions exist for making flexible work schedules or working from home), teaching/education of caregivers (e.g. primary health care centres provide training programmes for caregivers in Spain), and respite care services (e.g. short-term institutional care or substitution of the informal carer in Sweden and Ireland) [161].

Evidence exists that proper continuity of the care is related with better results, e.g. lesser number of visits to the emergency rooms, fewer cases of staying at the hospital, shorter periods of hospital stay, better treatment results, greater satisfaction of patients and their relatives with the quality of provided services, etc. [162, 163].

The fact that the nursing services of older people that have lost their independence mostly fall on the shoulders of their relatives has also been confirmed by the conducted interview with the heads of institutions providing primary outpatient care services.

The research has revealed that the relatives of the patients are unwilling to apply for nursing services at institutions providing primary outpatient care services and, if no one applies for them, there is no obligation to provide them. A survey conducted by Žalimienė et al. has revealed that approximately half of the older population of Lithuania are still of the traditional opinion that children have to take care of their parents when they get old. Moreover, if the need for nursing services appeared, the majority of older residents would select family members and relatives as their first option for providers of these services [164].

Based on the opinions of informants, systemic factors limit access to nursing services at home. One of these factors is the fact that when the patient is referred to the establishment of needs for nursing services, the greatest attention is focused not on his/her independence in daily living but the diagnosis of the disease. The result analysis of the conducted research shows that when determining the needs for the nursing of older people, the priority should be given not to the diagnosis but to the independence of the person and his/her abilities to function in the environment of daily living. The inadequate assessment of the necessary nursing services limits the timeliness of nursing/assistance services and access to these services.

Another beforementioned problem is the selection of unsuitable methodology for assessing the independence of the patient. We could not find any scientific research grounding the efficiency of the methodology for establishing the need for nursing/assistance services that are applied in Lithuania.

The analysis of scientific literature has revealed that when needs for nursing services are assessed for older people, it is essential to evaluate not only their independence in activities of daily living but also their social environment and the abilities of the family to provide nursing services at home. Methodology for assessing the need for nursing services for older people should be justified by science, focused on the person and his/her social environment, as well as guarantee access to required nursing/assistance services based on the independence level.

Another highlighted problem that limits the access to nursing/assistance services is the bureaucratic procedure of establishing the need for nursing/assistance services. In order to allocate services at the home of the individual that has become dependent, firstly, the diagnosis should be determined and confirmed; this process requires a lot of time, efforts, and additional expenses. All of our informants confirmed that needs for nursing services should be established right away, once the need appears, and last until it exists. The analysis of the quantitative research revealed that 90–120 days of inpatient nursing services and the same amount of nursing services at home were not enough for respondents with total or severe dependence. The independence of the majority of respondents, discharged from the nursing hospital, remained the same and, after the outpatient nursing, it even worsened. Bureaucratic obstacles limit timely access to nursing services. However, when the need arises, nursing services should be appointed straight away. Scientific research shows that access to nursing services that are not timely creates general dissatisfaction of the clients and decrease in their condition. Thus, to provide nursing services on time, it is necessary to simplify the access to these services [165].

Scientific research reveals that the greatest impact on the quality of nursing services is created by timely services, which are focused on the individual [166]. Timely nursing services at the homes of the individuals, focused on the person and being of the required scope, reduce the hospitalisation of older people at the institutional nursing hospitals and allow them to remain independent at their homes for longer. Nursing and care services of older people that are planned improperly increase the economic cost and reduce the satisfaction of patients and their relatives with the healthcare system [167, 168]; in addition, a shadow of corruption is cast on the specialists of healthcare, when two individuals of the same independence level (and condition; only their diseases differ) receive different terms for acquiring the needed nursing services.

The interviews with the heads of the institutions have revealed that the current system of provision of nursing services at home is more focused on

the narrower side of the nursing services: the performance of medical nursing procedures at home and the teaching of patient's family for a limited period of time. This system corresponds neither to physical nor psychosocial needs of dependent older people. A defective practice occurs when nursing services at home are allocated only to totally or severely dependent individuals, while people that, according to their independence level, could be nursed at home, might be provided with the nursing services at nursing hospitals or even accommodated in institutions providing permanent care [3, 4].

The qualitative analysis of the research has also revealed that fees of the services are too low, do not correspond with the real expenses, and do not encourage the development and expansion of these services. Such research results are also approved by Šileikaitė et al. that have analysed the experience of "Centro poliklinika" VŠĮ when updating the provision of nursing services. According to her, this is the main reason limiting the expansion of these services [169].

By summing up the opinions of the informants on the prospects of nursing services, it can be stated that to improve the access to nursing services for older people, who have lost their independence, the needs for nursing services should be established by taking into account the independence of the individual, his/her social environment and abilities of the family to provide nursing services at home. Nursing services should be appointed right away, once the need appears, and last until it exists. The informants suggest separating short-term services – when nursing services are demanded only for a limited time (after inpatient treatment when continued nursing services are required, e.g. after surgeries, after contracting an acute disease or if a chronic disease intensifies and limits the independence only for a short period of time) – and long-term nursing services, when they are needed due to the prolonged decrease in independence, without limiting their duration.

To efficiently use the existent financial and human resources, the organisation of nursing services should be concentrated at one place and offices providing nursing services at home should be established. The experience from other countries shows that the concentration of services allows a more rational use of existent finances and human resources [170]. When analysing the research, we have concluded that every family clinic (institution providing services of primary outpatient healthcare) has an insufficient number of patients for which it would be worthwhile employing separate staff, buying medical equipment, and providing services. In addition, payments for services are minimal. A justified fee of nursing services and conditions for the concentration of services by establishing separate offices providing services at home would increase the access to nursing services at home.

Conclusions

1. Being discharged from the nursing hospital, older people generally suffered from cardiovascular, neurological, and psychiatric diseases. The extensive need for nursing and social services was revealed since the majority of older people had problems with sleep, thinking, cognitive skills for decision making in daily living; they suffered from hearing and vision impairments and were not able to contain urine and faeces. Moreover, the greater part of the participants had signs of depression. Majority of research subjects were totally or severely dependent when performing such activities as the management of finances, shopping, management of medications, bathing, locomotion, and dressing up.
2. The research exhibited that the current methods for establishing the needs for nursing/assistance services had drawbacks that limited access to research subjects with significantly low independence level to the official nursing/assistance services. The limited duration of the hospitalisation at the nursing hospital did not provide solutions to the problems and, after the inpatient nursing, the vast majority of our patients needed continued nursing or assistance services at home.
3. The independence of the research subjects reduced more at home than at the supportive treatment and nursing hospital. Regardless of the established type of needs (permanent nursing or assistance), formal nursing services were limited to tests.
4. Based on the point of view of heads of institutions providing primary outpatient care services, the organisational system of nursing services is not efficient and does not correspond with the real needs of older people for nursing and social services. The essential reasons of this situation are the bureaucratic procedure of establishing the need for nursing services, inadequate (not according to the independence of the individual) and long identification of the need for nursing services, and unjustified limitation of the duration of the official nursing services. The timely identification of the need for nursing services based on the person's independence, the concentration of services (establishment of offices providing nursing services at the homes of individuals), and the provision of services of the adequate scope and duration would improve the accessibility to nursing services at home.

Practical recommendations

After conducting the analysis of obtained research data, we submit these recommendations to the Ministry of Health of the Republic of Lithuania.

When improving the accessibility of nursing services to older people with total or severe dependence, the whole system of the provision of nursing services at home shall be reviewed starting from the establishment of the need for nursing services. To reach this aim, the experience of other countries should be applied, where these needs are determined by using scientifically proven methodologies. One of the possibilities is to use the international InterRAI (HC) Assessment Form, MAPLe methodology, and MI Choice algorithm.

When the need for nursing services and the independence level of older people are clear, the priorities for providing nursing services can be established. After assessing the financial capacity of the state, it should be decided from which independence level services should be provided at home and from which – at nursing hospitals. We would recommend only hospitalising those patients that, according to the MAPLe system, have independence level 4 or 5 (high and very high priorities) and those that require 24-hour nursing services (provision of pressure ulcers, their treatment, provision of oxygen, clearing the airways). In addition, the abilities of the family to provide nursing services at home and the social environment should also be taken into consideration. Respite care services are essential for a family taking care of a family member that has lost his/her independence.

BIBLIOGRAFIJOS SĄRAŠAS

1. Vainienė R. Ekonomikos terminų žodynas. Prieiga per internetą: <http://zodynas.vz.lt/Efektyvumas> [žiūrėta 2020-01-10].
2. Sveiko senėjimo užtikrinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų planas. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymas Nr. V-825. TAR, 2014-07-18, Nr. 10374. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/4ae918500ebf11e48595a3375cdcc8a3/uipbdQAYAZ> [žiūrėta 2020-01-10].
3. Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943. Valstybės žinios, 2005-12-08, Nr. 143-5205. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.267313?jfwid=-1b1ptbjbzq> [žiūrėta 2020-01-10].
4. Dėl palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. gegužės 4 d. įsakymas Nr. V-393. Vilnius. Suvestinė redakcija nuo 2019-09-10. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.67832/asr?positionInSearchResults=1&searchModelUUID=1b6d8be2-0fbb-47ce-93ea-a042b6c3e5c8> [žiūrėta 2020-01-10].
5. Dėl Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programos patvirtinimo. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. V-642. VŽ, 2004-09-28, Nr. 144-5268. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.242167/NMcjmUyGHe> [žiūrėta 2020-01-10].
6. Dėl slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų patvirtinimo. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-1026, Vilnius. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.311861/asr?positionInSearchResults=5&searchModelUUID=c2581b70-31fb-431e-86fc-d6b1b1b9672> [žiūrėta 2020-01-03].
7. Lietuvos Respublikos Socialinių paslaugų 2006 m. sausio 19 d. įstatymas Nr. X-493. VŽ 2006-02-11, Nr. 17-589. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.270342> [žiūrėta 2020-01-10].
8. Foster R.L. Who is responsible for measuring nursing outcomes? JSPN 2001;6(3): 107-108.
9. Ambrazevičiūtė K. Visuomenės senėjimo įtaka darbo teisinių santykių reguliavime: tarptautinis ir Europos Sąjungos požiūris. Teisės problemos. 2014; Nr. 4 (86) Prieiga per internetą: <http://teise.org/wp-content/uploads/2016/07/Kristina-14-4.pdf> [žiūrėta 2020-02-07].
10. Department of Economic and Social Affairs. World Population Ageing 2017. United Nations New York, 2017. ST/ESA/SER.A/397. Prieiga per internetą: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf [žiūrėta 2020-02-08].

11. Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo. Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII-964, Vilnius. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35834810004f11e4b0ef967b19d90c08?jfwid=-fxdp770g> [žiūrėta 2020-02-08].
12. Public health strategy for 2014-2020 (adopted by Cabinet of Ministers Order No. 589 dated 14 October 2014). Ministry of Health of the Republic of Latvia. Prieiga per internetą: <https://likumi.lv/ta/en/id/269591-on-the-public-health-policy-guidelines-2014-2020> [žiūrėta 2020-02-08].
13. National Health Plan 2009–2020 Estonia. Prieiga per internetą: http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Estonia/nhp_estonia.pdf [žiūrėta 2020-02-08].
14. Bendra socialinės apsaugos ir socialinės įtraukties ataskaita. Socialinė įtrauktis, pensijos, sveikatos priežiūra ir ilgalaikė rūpyba. (2009). Liuksemburgas: Europos Sąjungos leidinių biuras. Prieiga per internetą: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/4a90856c-4f53-4f33-8d32-1313ca0c31d4/language-lt/format-PDF> [žiūrėta 2020-02-08].
15. Gieskienė B, Istomina N, Jurgutis A. Į pacientą ir jo šeimą orientuotos sveikatos priežiūros vaidmuo valdant lėtines neinfekcines ligas. Visuomenės sveikata. 2012; 1:106-109.
16. Matikovienė J. Socialinė sauga sveikatos priežiūros sistemoje. Vitae Litera 2008 Kaunas.
17. Dėl slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministro 2007 m. liepos 4 d. įsakymas Nr. V-558/ A1-183, Vilnius. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.301549?positionInSearchResults=0&searchModelUUID=cc458fad-8863-4d01-bfc3-cdfad20a49b1> [žiūrėta 2020-01-03].
18. Danusevičienė L. Namuose teikiamos integralios pagalbos asmenims, turintiems specialųjį nuolatinės slaugos poreikį, veiksmingumo įvertinimas. Daktaro disertacija. Kaunas, 2016
19. Jakavonytė-Akstinienė A. Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės pagyvenusių pacientų pažintinių ir fizinių funkcijų sąsajos su slaugos poreikiais. Daktaro disertacija. Kaunas, 2018.
20. Kudukytė-Gasperė R, Jankauskienė D. Slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje hospitalizuotiems pacientams bei jų artimiesiems namuose būtinų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikis. Sveikatos politika ir valdymas. ISSN 2029-3569 print. 2019, 1(11) p. 96–116.
21. Pagrindinės sveikatos statistikos sąvokos, jų apibrėžimai ir skaičiavimas. Higienos instituto sveikatos informacijos centras. Vilnius, 2010: 5.
22. EUROSTAT duomenų bazė. Prieiga per internetą: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00002/default/table?lang=en> (Duomenys atnaujinti 2019-02-05)
23. Lietuvos senyvo amžiaus žmonių sveikatos būklės pokyčiai ir netolygumai. Higienos institutas. Vilnius, 2016. Prieiga per internetą: <http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Informaciniai/Senyvo%20amžiaus%20zmoni%20leidinys.%202016.pdf> [žiūrėta 2020-02-08].
24. Europos Komisija. Europos Komisijos komunikatas Generaliniam sekretoriui – vyriausiajam įgaliotiniui Javier Solana. Komisijos komunikatas – Europos demografijos

ateitis: iššūkį paversti galimybe. 2006. Prieiga per internetą: <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-14114-2006-INIT/lt/pdf> [žiūrėta 2020-02-08].

25. G. Šurkienė, R. Stukas, V. Alekna, A. Melvidaitė. Populiarijimos senėjimas kaip visuomenės sveikatos problema Gerontologija 2012; 13(4):235–239.
26. Lietuvos socialinių tyrimų centro socialinės gerovės institutas darbo rinkos tyrimų institutas. Socialiniai tyrimai. 2017 kovo mėn. Nr. 4.
27. Filipavičiūtė R, Gaigalienė B, Čermenych J, Butkienė B, Jurgelėnas A, Alekna V. Ilgaamžių žmonių sergamumas lėtinėmis ligomis. Gerontologija 2010; 11 (1): 14-20
28. Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care. World Health Organization 2016. ISBN 978-92-4-151165-0.
29. Elliott RA, Lee CY, Beanland Ch, Vakil K, Goeman D. Medicines Management, Medication Errors and Adverse Medication Events in Older People Referred to a Community Nursing Service: A Retrospective Observational Study. Drugs - Real World Outcomes. 2016; 3(1): 13-24
30. Kanopienė V, Mikulionienė S. Gyventojų senėjimas ir jo iššūkiai sveikatos apsaugos sistemai. Gerontologija. 2006; 7(4): 188–200.
31. Lesauskaitė V, Macijauskienė J, Širvinskienė E. Geriatrijų pacientų, gyvenančių namuose, poreikiai ir jų užtikrinimas techninėmis priemonėmis. Gerontologija. 2009; 10(3): 176-182.
32. Wong J.B, Joshua T. Cohen J.T. Hospital Care at Home: Better, Cheaper, Faster? Annals of Internal Medicine. 2020; 172:145-146.
33. The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Advanced home health care and home rehabilitation - reviewing the scientific evidence on costs and effects. Stockholm; SB Offset AB:1999. Report no.146.
34. Andersson A. Health economic studies on advanced home care. [dissertation]. Linköping: Department of Health and Society; 2002.
35. Huber M, Rodrigues R, Hoffmann F, Gasior K, Marin B. Facts and figures on longterm care for older people: Europe and North America. European Centre for Social Welfare Policy and Research. 2009 Vienna.
36. Filipavičiūtė R. Gaigalienė B., Čermenych J., Butkienė B, Jurgelėnas A, Alekna V. Ilgaamžių žmonių sergamumas lėtinėmis ligomis. Gerontologija 2010; 11 (1): 14-20
37. World Health Organization. Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care. 2016. ISBN 978-92-4-151165-0.
38. Higienos institutas. Stacionaro ligonių sudėtis pagal regionus. Prieiga per internetą: https://stat.hi.lt/default.aspx?report_id=141 [žiūrėta 2020-03-04].
39. Higienos institutas. Stacionaro lovų skaičius pagal profilius. Prieiga per internetą: https://stat.hi.lt/default.aspx?report_id=253 [žiūrėta 2020-03-05].
40. Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos viešųjų ir biudžetinių įstaigų, teikiančių asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos rezultatų vertinimo rodiklių 2019 metų siektinų reikšmių patvirtinimo. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2019 m. birželio 20 d. įsakymas Nr. V-731, Vilnius. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/5f2ac901941e11e9aab6d8dd69c6da66> [žiūrėta 2020-03-08].
41. Oficialiosios statistikos portalas. Vietų skaičius globos įstaigose: <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?indicator=S3R673#/> [žiūrėta 2020-04-08].
42. Informacija apie laisvas vietas suaugusiųjų socialinės globos namuose. Neįgaliųjų reikalų departamentas prie socialinės apsaugos ir darbo ministerijos. Prieiga per

internetą: <http://www.ndt.lt/laisvos-vietos-socialines-globos-istaigose/> [žiūrėta 2020-04-08].

43. Lee, Yejin; Lee, Hyun-Haeng; Uhm, Kyeong Eun; Jung, Ho Joong; Kim, Yoon-Sook et al. Early Identification of Risk Factors for Mobility Decline Among Hospitalized Older Patients, *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2019 - Volume 98 - Issue 8 - p 699-705.
44. Kudukytė-Gasperė R., Jankauskienė D., Štaras K. Sveikatos ir socialinių paslaugų integracija. Atvejo analizė VŠĮ Centro poliklinikoje. Mokslo darbai, 2014.
45. Hsieh C, Kenagy GP. Exploring the association between quality of homecare services and older adults' well-being. *Home Health Care Services Quarterly* 2020; p. 65-79.
46. Lehnert T., Heuchert M., Hussain K. and König H.H. Stated preferences for long-term care: a literature review *Ageing & Society* 2019, p. 1873-1913.
47. Nosraty L, Pulkki J, Raitanen J, Enroth L, Jylhä M Successful Aging as a Predictor of Long-Term Care Among Oldest Old: The Vitality 90+ Study *J Appl Gerontol*. 2019;38(4):553-571. doi: 10.1177/0733464817716968. Epub 2017.
48. Alders P, Schut T. Trends in ageing and ageing-in-place and the future market for institutional care: scenarios and policy implications. *Health Economics, Policy and Law* 2019, p. 82-100.
49. George France Francesco Taroni Andrea Donatini The Italian health-care system 14 September 2005.
50. Gonçalves-Bradley D. C, Lannin N, Clemson L. M, Cameron I. D, Shepperd S. Discharge planning from hospital. *Cochrane Systematic Review* 2016.
51. Riklikienė O. Siektini slaugos rezultatai ir jų praktinis pritaikymas palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėje Daktaro disertacija. Kaunas, 2009.
52. Dėl aktyviojo gydymo stacionarinėms paslaugoms nepriskiriamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašų ir slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 27 d. įsakymas Nr. V-1145. Vilnius. Suvestinė redakcija nuo 2019-12-12. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.416236/asr?positionInSearchResults=4&searchModelUUID=1b6d8be2-0fbb-47ce-93ea-a042b6c3e5c8> [žiūrėta 2020-04-08].
53. Dėl paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymas Nr. V-14 Vilnius. Suvestinė redakcija nuo 2019-05-01. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.291106/asr?positionInSearchResults=6&searchModelUUID=1b6d8be2-0fbb-47ce-93ea-a042b6c3e5c8> [žiūrėta 2020-04-08].
54. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 91–96.
55. Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos. Specialiųjų poreikių nustatymas pensinio amžiaus asmenims. Prieiga per internetą: <http://ndnt.lrv.lt/lt/atviri-duomenys-1/specialiuju-poreikiu-nustatymas-1/specialiuju-poreikiu-nustatymas-pensinio-amziaus-asmenims> [žiūrėta 2020-04-08].
56. Rastenytė D. Galvos smegenų insultas ir arterinė hipertenzija: epidemiologinė situacija Lietuvoje. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas: padidėjęs arterinis kraujo spaudimas – svarbus visuomenės sveikatai įtakos turintis veiksnys. Vilnius, 2013

57. Stasiukaitienė R. Slaugos paslaugų asmens namuose plėtros galimybės. Magistro darbas. LSMU, 2013.
58. Hitaitė L., Spirgienė L. Pagyvenusių žmonių slaugos bei socialinių paslaugų poreikis Kauno rajono bendruomenėje *Medicina*. 2007; 43(11).
59. World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services. Report by the Secretariat Document A69/39. Who sixty-ninth world health assembly. 2016. Prieiga per internetą: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf [žiūrėta 2020-04-08].
60. Commission of the European Communities. White Paper. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013. COM (2007) 630 final. Brussels. Prieiga per internetą: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/policies/docs/whitepaper_en_0.pdf [žiūrėta 2020-03-06].
61. Kanopienė V, Mikulionienė S. Gyventojų senėjimas ir jo iššūkiai sveikatos apsaugos sistemai. *Gerontologija* 2006;7(4):188-200.
62. Juozulynas A., Jurgelėnas A., Filipavičiūtė R. et al. Gyvenimo kokybės prognozavimo galimybė senstančioje visuomenėje. *Gerontologija* 2010; 11(3):141–47
63. Dėl Integralios pagalbos plėtros programos patvirtinimo. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2012 m. liepos 20 d. įsakymas Nr. A1-353 Vilnius. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.430819/asr> [žiūrėta 2020-03-04].
64. Integralios pagalbos veiksmingumo ir pritaikomumo tyrimo galutinė ataskaita. Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. Vilnius, 2015. Prieiga per internetą: https://socmin.lrv.lt/uploads/socmin/documents/files/administracine-informacija/tyrimai/projekto_Integralios%20pagalbos%20veiksmingumo%20ir%20pritaikomumo%20tyrimas_galutin%C4%97%20ataskaita.pdf [žiūrėta 2020-03-04].
65. Luppá M, Luck T, Weyerer S, König H, Brähler E, Riedel-Heller SG. Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age Ageing*, 2010; 39 (1): 31-38.
66. Karlberg I. Sweden. In: Nolte E., McKee M., Knai C., editors. Managing chronic conditions. Experience in eight countries. EU: European Observatory on Health Systems and Policies, 2008:115-30.
67. Perroca M.G.; Ek A.C Swedish advanced home care: organizational structure and implications of adopting this care model in Brazilian health care system. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.12 no.6 Ribeirão Preto Nov./Dec. 2004.
68. Nolte E, Knai C, McKee M. Managing chronic conditions: experience in eight countries. *European Observatory on Health Systems and Policies*. 2008, 1-14.
69. Milberg A, Strang, P. Met and unmet needs in hospital-based home care: qualitative evaluation through open-ended questions. *Palliat Med* 2000; 14:533-4.
70. Spasova S, Baeten R, Coster S, Ghailani D, Peña-Casas R, Vanhercke B. Challenges in longterm care in Europe. A study of national policies, European Social Policy Network (ESPN). Brussels: European Commission; 2018. p. 17.
71. Tsiasioti C., Behrendt S., Jürchott K., Schwinger A. (2020) Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Jacobs K., Kuhlmeier A., Greß S., Klauber J., Schwinger A. (eds) *Pflege-Report 2019*. Springer, Berlin, Heidelberg.
72. Dittmann J. Deutsche zweifeln an der Qualität und Erreichbarkeit stationärer Pflege: Einstellungen zur Pflege in Deutschland und Europa. *Informationsdienst Soziale Indikatoren* 2008. p. 1-6.

73. Jankauskienė L, Rapolienė L. Bendruomenės slaugytojo ir šeimos globėjo partnerystė. Visuomenės sveikata, 2016.
74. Vokietijos sveikatos draudimo centras (Slaugos draudimas) Prieiga per internetą: <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/pflegeversicherung> [žiūrėta 2020-03-25].
75. Klett A. So sind Sie im Pflegefall abgesichert. Gesetzliche Pflegeversicherung 2020. Prieiga per internetą: <https://www.finanztip.de/gesetzliche-pflegeversicherung/> [žiūrėta 2020-03-25].
76. Slaugos draudimas Austrijoje. Prieiga per internetą: <https://www.finavo.at/versicherungen/pflegeversicherung/> [žiūrėta 2020-03-25].
77. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Prieiga per internetą: <https://www.gesetze-im-internet.de/pflegezg/index.html> [žiūrėta 2020-03-25].
78. Kučikienė O. Dažniausi hospitalizuotų pagyvenusio amžiaus pacientų sveikatos sutrikimai. Daktaro disertacija Kaunas, 2009.
79. Dėl funkcinių būklių, dėl kurių pripažįstama visiška negalia, sąrašo patvirtinimas. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 1999 m. balandžio 29 d. įsakymas Nr. 196/40 Vilnius. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.79402/asr> [žiūrėta 2020-02-15].
80. Sarker SJ, Rudd AG, Daisiri A, Wolfe CDA. Comparison of 2 extended activities of daily living scales with the Barthel index and predictors of their outcomes: cohort study within the south London stroke register (SLSR). *Stroke*. 2012; 43: 1362–9.
81. Gupta A. Measurements scales used in elderly care. New York: Radcliffe Publishing Ltd 2008.
82. Jee J, Wang JJ, Rose KA, Lindley R, Landau P, Mitchell P. Vision and hearing impairment in aged care clients. *Ophthalmic Epidemiol*. 2005 Jun ;12(3):199-205.
83. Folstein M.F, Folstein S.E, Mc Hugh P.R. Mini Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J.Psychiatry Res*.1975, 12, 189-198.
84. Woodford HJ, George J. Cognitive assessment in the elderly: a review of clinical methods. *QJM*. 2007; 100(8): 469–84.
85. Doerflinger M. C. How to try this: the mini-cog. *Am J Nurs*. 2007; 107(12): 62-71; 71-2.
86. Cummings , J.L., Mega , M., Gray, K., Rosenberg- Thompson, S., Carusi, D.A. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994, 44, 2308-2314.
87. Hughes C.P, Berg L, Danzinger W.L, Coben L.A. A new clinical scale for the staging of dementia. *Br. J. Psychiatry* , 1982, 140, 566-572.
88. Riccio D, Solinas A, Astara G, Mantovani G. Comprehensive geriatric assessment in female elderly patients with Alzheimer disease and other types of dementia. *Arch Gerontol Geriatr*. 2007; 44 Suppl 1: 343 – 53.
89. Defloor T, Grypdonck MF. Pressure ulcers: validation of two risk assessment scales. *J Clin Nurs*. 2005 Mar; 14(3): 373-82
90. Gunninberg L. Are patients with risk of pressure ulcers allocated appropriate prevention measures? *Int J Nurs Pract*. 2005 Apr; 11(2): 58-67.
91. Gunninberg L. Risk, prevalence and prevention of pressure ulcers in three Swedish healthcare settings. *J Wound Care*. 2004 Jul; 13(7): 286-90.
92. Spirgienė L, Macijauskienė J. Pagyvenusių pacientų griuvimų rizikos vertinimas terapiniuose skyriuose. *Gerontologija* 2006; 7(1): 25–31

93. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9:179-86.
94. Vellas B, Guigoz Y, Baumgartner M, Garry PJ, Lauque S, Albarede JL. Relationships between nutritional markers and the Mini-Nutritional Assessment in 155 older patients. *J Am Geriatr Soc* 2000 Oct 48(10):1300-9.
95. Guigoz Y, Lauque S, Vellas BJ. Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. *Clin Geriatr Med* 2002;18(4):737-57.
96. Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature – What does it tell us? *J Nutr Health Aging* 2006;10(6):466-85.
97. Dėl asmens (šeimos) socialinių paslaugų poreikio nustatymo ir skyrimo tvarkos aprašo ir senyvo amžiaus asmens bei suaugusio asmens su negalia socialinės globos poreikio nustatymo metodikos patvirtinimo. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos 2006 m. balandžio 5 d. įsakymas Nr. A1-94 Vilnius. Suvestinė redakcija nuo 2007-12-30 iki 2008-12-11. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.274454/KKtgIjtReL> [žiūrėta 2020-03-08].
98. Balla U, Malnick S, Schattner A. Early readmissions to the department of medicine as a screening tool for monitoring quality of care problems. *Medicine (Baltimore)*. 2008; 87(5): 294-300.
99. Landefeld CS. Improving health care for older persons. *Ann Intern Med*. 2003 Sep 2; 139 (5Pt2): 421-4
100. Morris J.N, Fries B.E, Frijters D, et al. interRAI home care quality indicators. *BMC Geriatric* 2013; 13, 127.
101. Foebel A.D, Hirdes, J.P, Heckman G.A, et al. Diagnostic data for neurological conditions in interRAI assessments in home care, nursing home and mental health care settings: a validity study. *BMC Health Serv* 2013. Res 13, 457.
102. Sinn, Chi-Ling Joanna; Tran, Jake; Pauley, Tim; Hirdes, John Predicting Adverse Outcomes After Discharge From Complex Continuing Care Hospital Settings to the Community Professional Case Management: May/June 2016 - Volume 21 - Issue 3 - p 127-136
103. Heckman G, Gray L. C. Hirdes J. Addressing health care needs for frail seniors in canada: the role of interRAI instruments. *CGS Journal of CME* 2013. p 8-16
104. Mello J.A, Favaro-Moreira N.C, Krausch-Hofmann S, Vanneste D, Matthys C, Declercq A, Can J.D. Tthe interRAI home care instrument be applied to the definition criteria of the Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM)? A longitudinal study, *Clinical Nutrition*, 2020
105. Jamieson H.A, Nishtala P.S, Scrase R. et al. Drug Burden and its Association with Falls Among Older Adults in New Zealand: A National Population Cross-Sectional Study. *Drugs Aging* 2018. 35, 73–81.
106. Kuspinar A, Hirdes J.P, Berg K, et al. Development and validation of an algorithm to assess risk of first-time falling among home care clients. *BMC Geriatr* 2019. 19. 264.
107. Vanneste D, Mello J.A, Macq J, Audenhove C, Declercq A. Incomplete Assessments: Towards a Better Understanding of Causes and Solutions. The Case of the interRAI Home Care Instrument in Belgium *PLoS One*. 2015; 10(4): e0123760.
108. Mohammed Saji Salahudeen S.S, Nishtala P.S. A Systematic Review Evaluating the Use of the interRAI Home Care Instrument in Research for Older People. *Clinical Gerontologist* 2019. p 463-484.

109. Bos JT, Frijters DH, Wagner C, Carpenter GI, Finne-Soveri H, Topinkova E, et al. Variations in quality of Home Care between sites across Europe, as measured by Home Care Quality Indicators. *Aging Clin Exp Res*. 2007;19:323–9.
110. Schluter P. J. I, Ahuriri-Driscoll A., Anderson T. J, Beere P, Brown J. Dalrymple-Alford J. Comprehensive clinical assessment of homebased older persons within New Zealand: an epidemiological profile of a national cross-section *Aust N Z J Public Health*. 2016 Aug;40(4):349-55.
111. interRAI. Prieiga per internetą: <https://www.interrai.org/algorithms.html> [žiūrėta 2020-01-02].
112. Fries B.E, Shugarman L.R, Morris J.N, Simon S.E, James M. A Screening System for Michigan's Home- and Community-Based Long-Term Care Programs, *The Gerontologist* 2002. p 462–474.
113. Hong H.G, An H.S, Sarzynski E, Oberst K. New Composite Measure for ADL Limitations: Application to Predicting Nursing Home Placement for Michigan MI Choice Clients. *Medical Care Res Rev*. 2019.
114. Mitchell L.A, Hirdes J, Poss J.W, et al. Informal caregivers of clients with neurological conditions: profiles, patterns and risk factors for distress from a home care prevalence study. *BMC Health Serv Res* 15, 350 (2015).
115. Tim P, Chang B.W, Wojtak A, Seddon G, Hirdes J. Predictors of Caregiver Distress in the Community Setting Using the Home Care Version of the Resident Assessment Instrument. *Professional Case Management* 2018. p 60-69
116. Spirgienė L. Pagyvenusio amžiaus žmonių sveikatos sutrikimų ir jų sąsajų vertinimas stacionariose ilgalaikės globos institucijose. *Daktaro disertacija, Kaunas, 2010*
117. Volkavičienė A. Gyvybinių veiklų vertinimas ir slaugos poreikiai ligoniams po širdies operacijos įvykus insultui. Magistrantūros studijų programos „Klinikinė slauga“ baigiamasis darbas. Kaunas, 2015.
118. Dėl specialiojo nuolatinės slaugos, specialiojo nuolatinės priežiūros (pagalbos), specialiojo lengvojo automobilio įsigijimo ir jo techninio pritaikymo išlaidų kompensacijos poreikių nustatymo tvarkos aprašo patvirtinimo“ Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. gruodžio 27 d. įsakymas Nr. A1-765/V-1530. Suvestinė redakcija nuo 2019-07-02. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/-ef7052500aa811e9a5eaf2cd290f1944/asr> [žiūrėta 2020-03-08].
119. Rupšienė L. Kokybinio tyrimo duomenų rinkimo metodologija. *Klaipėda, 2007* p. 142-147
120. Jones, Patricia S.; Lee, Jerry W.; Phillips, Linda R.; Zhang, Xinwei E.; Jaceldo, Karen B. An Adaptation of Brislin's Translation Model for Cross-cultural Research *Nursing Research* 2001. p 300-304
121. Morris JN, Fries BE, Bernabei R, et al. InterRAI Home Care (HC) Assessment Form and User's Manual InterRAI 1994-2009 Prieiga per internetą: https://books.google.lt/books?hl=en&lr=&id=Xg5hxeRbCaEC&oi=fnd&pg=PA1&dq=interrai+hc+handbuch&ots=kuKB0PG8um&sig=MFggzFIVzg7lbpOK_4P2cCCjRU&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false [žiūrėta 2020-03-11].
122. Morris JN, Fries BE, Morris SA. (1999) Scaling ADLs within the MDS. *Journals of Gerontology: Medical Sciences* 54(11):M546-M553.
123. InterRAI ADL Hierarchy Scale. Available from: https://www.interrai.org/assets/files/Scales/ADL-Hierarchy_rev-10-6-16.pdf [žiūrėta 2020-03-11].

124. Hirdes J.P, Poss J.W. & Curtin-Telegdi, N. The Method for Assigning Priority Levels (MAPLe): A new decision-support system for allocating home care resources. *BMC Med* 6, 9 (2008).
125. Morris JN, Fries BE, Mehr DR, Hawes C, Philips C, Mor V, Lipsitz L. (1994) MDS Cognitive Performance Scale. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 49 (4): M174-M182.
126. InterRAI SVS skalė (CPS Scale): Prieiga per internetą: <https://www.interrai.org/assets/files/Scales/cognitive-performance-scale-2014.pdf> [žiūrėta 2020-03-08].
127. Dėl funkcinų būklių, dėl kurių pripažįstama visiškai invalido negalia, sąrašo patvirtinimo Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. balandžio 29 d. įsakymas Nr.196/40 Vilnius. Suvestinė redakcija nuo 2000-05-15 Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.79402/asr?positionInSearchResults=0&searchModelUUID=3f613e7b-82b9-4f88-aaf6-6bcfa17f0005> [žiūrėta 2020-03-08].
128. World Health Organization. Prieiga per internetą: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi> [žiūrėta 2020-03-11].
129. Seniors at Home & in Long-Term Care, A 2017/18 Snapshot. The Office of the Seniors Advocate, 2018.
130. Highlights from A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care. OECD Publishing, 2013. Prieiga per internetą: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Germany-OECD-EC-Good-Time-in-Old-Age.pdf> [žiūrėta 2020-03-11].
131. Stolz R, Stopper R, Schmedding E, Riedel A. Begleitete Entlassung (BegE) – Brücke zwischen Krankenhaus und häuslicher Pflege. Tübingen 2018. Prieiga per internetą: https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Pflege/Inno-programm-Pflege-2014_Projektbericht_BegE_Juni-2018.pdf [žiūrėta 2020-03-11].
132. Komiya H, Umegaki H, Asai A, Kanda S et al. Factors associated with polypharmacy in elderly home-care patients. *Geriatric Gerontology* 2018. p 33-41
133. Bell S, Vasilevskis E.E, Saraf A. A et al. Geriatric Syndromes in Hospitalized Older Adults Discharged to Skilled Nursing Facilities. *Journal of the American Geriatrics Society* 2016. p 715-722
134. Jakavonytė-Akstinienė A, Dikčius V, Macijauskienė J. Prognosis of treatment outcomes by cognitive and physical scales. *Open Medicine* 2018. p 74–82.
135. Vetrano D.L, Foebel A. D, Marengoni A, Brandi V, et al. Chronic diseases and geriatric syndromes: The different weight of comorbidity. *European Journal of Internal Medicine* 2016. P 62-67
136. Guthrie D.M, Davidson J. G. S, Williams N, Campos J, Hunter K, Mick P, et al. Combined impairments in vision, hearing and cognition are associated with greater levels of functional and communication difficulties than cognitive impairment alone: Analysis of interRAI data for home care and long-term care recipients in Ontario *PLoS One*. 2018; 13(2)
137. Rommel A, Kottner J, Suhr R, Lahmann N Frequency of falls among clients of home care services : The importance of care-related and social risk factors. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2017. 52(1):3-9
138. Spirgienė L, Routasalo P. E, Macijauskienė J. Falls, medications and balance among residents in long-term care institutions *Gerontologija* 2012; 13(2):135–141

139. Kujawska–Danecka H, Nowicka–Sauer K, Hajduk A, Wierzba K, Krizeminski W, Zdorjewski Z. The prevalence of depression symptoms and other mental disorders among patients aged 65 years and older – screening in the rural community. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2016. 18: 247–277.
140. Sandberg L, Nilsson I, Rosenberg L, Borell L, Boström A.N. Home care services for older clients with and without cognitive impairment in Sweden. *Health and Social Care in the community* 2018. P 139-150
141. Mitzner T.L, Beer J. M, Bride S. E, Rogers W. A, Fisk A. D. Older Adults' Needs for Home Health Care and the Potential for Human Factors Interventions. *PMC* 2014. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4270052/>
142. Morris J. N, Berg K, Fries B. E, Steel K, Howard E. P. Scaling functional status within the interRAI suite of assessment instruments *BMC Geriatr* 13, 128 (2013).
143. Morris J N, KatherineBerg K, Howard E P, Jonsson V, Craigc M, Functional Recovery Within a Formal Home Care Program. *JAMDA* 2019. p 1001-1006
144. Health Council of Canada. Seniors in need, caregivers in distress: What are the home care priorities for seniors in Canada? Toronto, 2012.
145. Jankauskienė L, Rapolienė L. Bendruomenės slaugytojo ir šeimos globėjo partnerystė. *Visuomenės sveikata 2016/priedas Nr. 2*. p. 10-19
146. Kudukytė-Gasperė R, Štaras K. Integruotų slaugos ir psichosocialinių paslaugų poreikis namuose slaugomiems sunkios būklės pacientams ir jų šeimos nariams. Atvejo analizė VšĮ Centro poliklinikoje. *Sveikatos mokslai* 2015, 25 tomas, Nr. 1, p. 15-23.
147. Plöthner M, Schmidt K, de Jong L. et al. Needs and preferences of informal caregivers regarding outpatient care for the elderly: a systematic literature review. *BMC Geriatr* 19, 82 (2019).
148. Romito F, Goldzweig G, Cormio C, Hagedoorn M, Andersen B. L. Informal caregiving for cancer patients. *American Cancer Society* 2013. p 2160-2169
149. Blažienė I, Žalimienė L. Between User's Expectations and Provider's Quality of Work: the Future of Elderly Care in Lithuania. *Journal of Population Ageing* 2017. 13, 5–23.
150. Žalimienė L, Blažienė I, Miežienė R, Junevičienė J. Neformalios pagyvenusių žmonių globos namuose ypatumai. Lietuvos socialinių tyrimų centro socialinės gerovės institutas darbo rinkos tyrimų institutas. *Socialiniai tyrimai* Nr. 4, 2017. p 1-8
151. Angermann A, Eichhorst W. Eldercare Services – Lessons from a European Comparison Observatory for Sociopolitical Development in Europe. *Observatory for Sociopolitical Developments in Europe* 2012. IZA Research Report No. 45.
152. Triantafillou J, Naiditch M, Repkova K, Stiehr K, Carretero S, Emilsson T, et al. Informal care in the long-term care system. *European Overview Paper*. Prieiga per internetą: <https://www.euro.centre.org/downloads/detail/768>. [žiūrėta 2020-03-11].
153. Pacholec A. Anti-decubitus prophylaxis in nursing practice. *Journal of Education, Health and Sport*. 2019;9(8):429-435.
154. Szebehely M, Trydegård G.B. Home care for older people in Sweden: a universal model in transition. *Health and Social Care in the community* 2012 20(3), 300–309
155. Jankauskienė L, Rapolienė L. Bendruomenės slaugytojo ir šeimos globėjo partnerystė. *Visuomenės sveikata 2016/priedas Nr. 2*. p. 10-18
156. Bauer J, Sousa-Poza, A. Impacts of Informal Caregiving on Caregiver Employment, Health, and Family. *Population Ageing* 8, 113–145 (2015).
157. Tamutienė I, Naujanienė R, Senyvo amžiaus asmenų socialinių paslaugų prieinamumo namuose patirtys. *Tiltai*, 2013. 1392-3137; p 63-78.

158. Tikslinių kompensacijų įstatymas. Lietuvos Respublika 2016 m. birželio 29 d. Nr. XXII-2507, Vilnius. Suvestinė redakcija 2019-09-01. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/398a02704a6f11e6b5d09300a16a686c/asr> [žiūrėta 2020-03-11].
159. Ligos ir motinystės socialinio draudimo įstatymas. Lietuvos Respublika 2000 m. gruodžio 21 d. Nr. IX-110 Vilnius. Suvestinė redakcija 2020-01-01. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.116582/asr?positionInSearchResults=0&searchModelUUID=fbe08634-4e45-4627-95f0-2c0b095b68f3> [žiūrėta 2020-03-25].
160. Valstybinio socialinio draudimo įstatymas. Lietuvos Respublika 1991 m. gegužės 21 d. Nr. I-1336. V.Ž. 1991, Nr.17-447. Suvestinė redakcija nuo 2020-01-01 iki 2021-12-31. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.1327/asr?positionInSearchResults=17&searchModelUUID=39795f13-00ec-47da-8260-079617c8dabc> [žiūrėta 2020-03-25].
161. Hoyer S, Reich N. Leave and financial support for family caregivers in EU member states. Institute for Social Work and Social Education 2016. Prieiga per internetą: <https://www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/f/04d661be68.pdf> [žiūrėta 2020-03-25].
162. Russel D, Rosenfeld P, Rosati R.J, Marren J.M. Continuity in Home Health Care: Is Consistency in Nursing Personnel Associated with Better Patient Outcomes? Healthcare Quality 2011. 33(6):33-9
163. Fan V. S, Burman M, McDonell M. B, Fihn S.D. Continuity of Care and Other Determinants of Patient Satisfaction with Primary Care. J GEN INTERN MED 20, 226–233 (2005).
164. Žalimienė L, Junevičienė J, Blažienė I, Miežienė R. Lūkesčiai dėl globos senatvėje: socialinės paslaugos ir jų organizacinės formos. Mokslo studija. Lietuvos socialinių tyrimų centras 2019.
165. Jelley H, Kerpershoek L, Verhey F. et al. Carers' experiences of timely access to and use of dementia care services in eight European countries. Ageing & Society 2019.
166. Sanerma P, Paavilainen E, Åstedt-Kurki P. Home care services for older persons. The views of older persons and family members: A realistic evaluation. International Journal of Older People Nursing Wiley. DOI: 10.1111/opn.12281 (2019).
167. Jorgensen M, Siette J, Georgiou A, Warlandb A, Westbrook J. Modeling the Association Between Home Care Service Use and Entry Into Residential Aged Care: A Cohort Study Using Routinely Collected Data Journal of the American Medical Directors Association (JAMDA) Pages 117-121.e3 2018.
168. Bölenius K, Lämås K, Sandman P. et al. Effects and meanings of a person-centred and health-promoting intervention in home care services - a study protocol of a non-randomised controlled trial. BMC Geriatr 17, 57 (2017).
169. Šileikaitė S, Kudukytė-Gasperė R. Slaugos paslaugų teikimo modernizavimo problemos – Vilniaus miesto Centro poliklinikos patirtis. Sveikatos mokslai 2011; 21(6):131-41.
170. Yao N, Ritchie Ch, Camacho F, Leff B. Geographic Concentration Of Home-Based Medical Care Providers. doi: 10.1377/hlthaff.2015.1437 Health Affairs 35, NO. 8 (2016): 1404–1409.

PUBLIKACIJOS DISERTACIJOS TEMA

Sąrašas publikacijų, kuriose skelbiami disertacijos rezultatai

1. Urbietė L, Lesauskaitė V, Macijauskienė J. Discharge Planning and Home Care Needs Assessment for Older Patients in a Nursing Hospital. *Medicina*. 2020; 56(2):60. ISSN 1010-660X. vol. 56, no.2, 60, p. 1-12
2. Urbietė L, Lesauskaitė V, Macijauskienė J. Continuity of Post-hospitalisation Nursing Services at the Homes of Older Patients in Lithuania. *NERP* 2019; 9 (2): 33-41. ISSN 2029-705X. vol.9, no 2, p. 33-41

Konferencijų, kuriose skelbti disertacijos metu gauti rezultatai, sąrašas:

1. Macijauskiene J, Urbietė L, Lesauskaitė V. Discharge Planning and home care assessment for older persons in a nursing hospital// 9th International Association of Gerontology and Geriatrics European Region congress 2019 'Towards Capability in Ageing – from cell to society' (9th IAGG-ER):23rd-25th May 2019, Gothenburg, Sweden/ International Association of Gerontology and Geriatrics – European Region. Gothenburg: International Association of Gerontology and Geriatrics. 2019, p.1.
2. Urbietė L, Lesauskaitė V, Macijauskienė J. The Assessment of the level of independence and geriatric patients' needs for home care after their discharge from a nursing unit // European geriatric medicine: Abstracts of the 14th International Congress of the European Geriatric Medicine Society: 10-12 October 2018, Berlin, Germany. Issy-les-Moulineaux, Paris : Elsevier Masson SAS. ISSN 1878-7649. 2018, vol. 9, suppl. 1, no. P-479, p. S198-S198, no. P-479. DOI: 10.1007/s41999-018-0097-4.

Article

Discharge Planning and Home Care Needs Assessment for Older Patients in a Nursing Hospital

Lina Urbietė *, Vita Lesauskaitė and Jūratė Macijauskienė

Geriatric Department, Medical Academy, Lithuanian University of Health Sciences, 44307 Kaunas, Lithuania; vita.lesauskaite@lsmuni.lt (V.L.); jurate.macijauskiene@lsmuni.lt (J.M.)

* Correspondence: lina.urbiete@lsmuni.lt; Tel.: +370-68-618-496

Received: 9 January 2020; Accepted: 28 January 2020; Published: 4 February 2020



Abstract: *Background and objectives:* Following the accumulation of a sufficient amount of scientific evidence, it is now possible to appeal for changes in the organization of nursing services. Our aims are to assess the health status of patients discharged from nursing hospitals and to identify their home care needs by applying the international InterRAI Home Care (HC) assessment form. *Material and methods:* 152 geriatric patients (older than 65 years of age) discharged after a 90–120-day stay at a nursing hospital were examined using face-to-face interviews. The data from the medical records were also assessed. The capacities of patients were discussed with the patients themselves, nursing personnel, and relatives of the patients. *Results:* The analysis revealed that 45.4% of the respondents had severely impaired cognitive skills, while 27.6% had moderately impaired cognitive skills for decision making in daily living. People with greater cognitive difficulties were more dependent during daily instrumental activities and ordinary daily activities. The strongest relationship was established among the cognitive skills and management of medications, management of finances, and ordinary housework. For the greater part of respondents, a special need for permanent nursing (57.9%) or assistance (25.7%) was determined, i.e., official, state-funded nursing at home was appointed. The remaining respondents (16.4%) were not appointed further state-funded nursing or assistance at home, but an assessment of the independence of these patients based on the InterRAI Activities of Daily Living Hierarchy Scale indicated that these skills varied from moderate independence (decision making was difficult only in new situations) to severely impaired skills (made no independent decisions or they were scarce). Despite the low independence of respondents, the majority of them would prefer nursing services at home to institutional nursing. *Conclusions:* The low independence observed in all participants, as well as their limited capacities, prove the need for nursing services at home and the necessity of their continuity. Despite the low independence of respondents, the majority of them would prefer nursing services at home to institutional nursing.

Keywords: nursing; home care needs; older people; health status; institutional nursing; InterRAI (HC)

1. Introduction

Due to our aging society and multimorbidity, i.e., the coexistence of two or more chronic conditions in the same individual, which is common in an aging society [1,2], increasingly more geriatric patients are hospitalized and the length of their stay at hospitals is longer than that of younger patients. For the majority of older people, a longer stay at a hospital increases the reduction of their independence and decreases the possibility of restoring that independence [3,4]. Scientific research shows that discharge planning helps to shorten the length of the patients' stay at treatment hospitals, assure the continuity of health care after discharge, avoid rehospitalization or premature acceptance into permanent care institutions, and increase the satisfaction of patients and their relatives with respect to health care services [5,6]. For these reasons alone, it is essential to make every effort to ensure that patients are

treated in hospitals for the shortest time possible. It is necessary to assess their health status properly and to plan further nursing services at home.

In Lithuania, older people with the need for nursing services usually obtain these services at nursing hospitals that, unlike nursing homes in Germany, Denmark, the United Kingdom, and other European countries, are more oriented toward medical nursing and supportive treatment. In nursing hospitals, more attention is given to the performance of nursing procedures than to the planning of patients' leisure time activities, communication with them, or the establishment of a home-like environment. Supportive treatment is the treatment of chronic diseases when the diagnosis is clear, active treatment is not required, and medical rehabilitation is contraindicated. If the patient contracts another disease (different than the disease for which the patient has been hospitalized in the nursing hospital) or if the chronic disease flares up, the patient is transferred to a clinical hospital. Based on their environment and provided services, nursing hospitals are more similar to clinical hospitals. The aim of nursing hospitals is to retain individual physical activity and to maintain the functional capacity of the organism, based on its potential. The nursing team is constituted of a physician (working in the nursing hospital), nurse, nurse's assistant, physical therapist, and social worker [7]. It has been proven that this type of hospital not only stabilizes the condition of patients but also produces positive results for patients' health status [8].

In Lithuania, the demand for nursing hospitals is constantly increasing; thus, the network of these hospitals is continuously extended and the number of nursing beds is increased. For instance, in 2001, 13.29 of this type of bed was provided per 10,000 residents, while in 2018, this number reached 20.48 beds [9]. In these hospitals, nursing services are covered by the State for 120 days per year [10]. This period can be viewed as a respite period for patient's relatives after nursing him/her at home or as a preparation time for relatives that need to provide nursing services at home after acute conditions, i.e., when the patient suddenly becomes dependent, and after the hospitalization, requires nursing services. After this period ends, irrespective of their independence level and health status, patients are discharged home or, by the request of relatives, are transferred to private permanent care institutions where nursing expenses are paid for by the patients themselves or their family members. For patients requiring palliative care, the duration of these services in the hospital is not limited [11]. Persons for which, due to various social reasons, it is impossible to provide nursing and care services at home are accommodated at permanent care institutions. For these people, services at permanent care institutions are partially financed by the State. In contrast to nursing hospitals, the purpose of these institutions is to take care of older people.

The great demand for nursing services in hospitals is related to the system of nursing services at home that is still being developed and reorganized. Nursing services at home are provided only for those patients that have special needs for permanent nursing (SP) or special needs for permanent care (assistance) with considerable special needs. Considerable special needs are attested to by a valid certificate of special needs provided by the Disability and Working Capacity Assessment Office under the Ministry of Social Security and Labour of the Republic of Lithuania (DWCAO). These needs are established for an individual if the following conditions are confirmed: a general functional disorder is identified due to somatic illnesses or injuries; the score of the Barthel index is from 20 to 61 points and people are totally dependent or almost totally dependent on the assistance of other people in their daily activities; people that have had a tracheostomy or gastrostomy and whose mucus needs to be removed from the trachea [12]. If the need for permanent nursing or care is identified, the individual gains the right not only to certain nursing services at home and social assistance financed by the State but also to financial compensations. A person can use this compensation for nursing or care needs and for hiring a nurse or assistant.

While analyzing the data from DWCAO, it was noticed that the number of older people with an established need for permanent nursing is decreasing in Lithuania. From 2012 to 2016, this number decreased by approximately 1000 individuals each year (from 18,839 to 14,699). In 2017, a slightly greater reduction was visible in comparison to 2016 (2016—14,699, 2017—11,204). Despite these

tendencies, the need for nursing services at home is not being met. Rosita Stasiukaitienė noticed that this reduction had appeared after a change in the procedure of the establishment of special needs [13]. Nevertheless, this does not mean that the number of people that need permanent nursing or assistance has decreased.

In Lithuania, the science and practice of nursing is a novel, dynamically developing field, grounding the directions and models of the practical nursing services organization. Following the accumulation of a sufficient amount of scientific evidence, it is possible to appeal for changes in the organization of nursing services that are validated by legislation from the Lithuanian government and orders from the Minister of Health. In Lithuania, there is scarce research that explores the health status of older people discharged from nursing hospitals, the nursing problems that they deal with, and the weak points of the nursing organization and suggestions for its improvement.

Our aims are to assess the health status of patients discharged from nursing units and to identify their home care needs by applying the international InterRAI (HC) assessment form.

2. Methods

A quantitative cross-sectional study design was implemented. The research was carried out from June 2017 to June 2018. Patients (older than 65 years of age) treated in a nursing and supportive treatment hospital for 90 to 120 calendar days and discharged home participated in the research. This period was selected based on the average length of stay at the hospital and the 120 calendar days that are covered by the State. This period can be used by the patients at once or in a phased manner. In our selected hospital, the average stay was 90 days. Limited research exists on the independence of discharged patients and their nursing problems. The population size of the research was identified based on five years of statistical data on patients that had been discharged from the nursing hospital.

The size of the representative sample, calculated with a 2% bias and 98% probability, was 152 patients. All patients that had been discharged after a 90–120-day hospital stay were invited to participate in the research. No one refused to participate. Thus, 152 patients were interviewed.

The method of the research was a face-to-face interview, conducted with patients in the supportive treatment and nursing hospital one week before their discharge. In addition, documented data on treatment and nursing, i.e., diagnoses, prescriptions by physicians (medications), and evaluations of the physical therapy specialist and social worker, were also assessed. The skills of patients were evaluated by discussing them with the patients, nursing personnel, and relatives of the patients.

The instrument of the research was the InterRAI Home Care (HC) Assessment System that was designed to be a user-friendly, reliable, person-centered system to inform and guide the comprehensive planning of care and services for elderly and disabled persons in community-based settings [14]. In order to translate the assessment form and adjust it to the Lithuanian language and culture, these main steps, described in scientific literature, were taken: translation (from English into Lithuanian); back-translation (from Lithuanian into English); comparison of texts in both languages; their coordination until they both fully coincided; and the assessment of the content validity. The assessment of the content validity determined if the assessment form was suitable for the reflection of features of the researched phenomena.

The cognition of respondents was assessed by employing questions from Section C (cognition) of the InterRAI HC assessment form related to cognitive skills, memory, thinking (easily distracted, episodes of disorganized speech, variation of mental function over the course of the day), change in mental status from a person's usual functioning, and change in decision making as compared to 90–120 days ago. When assessing the independence of the patient based on cognitive skills, the status of the patient can vary from independent to severely impaired. Three memory types were assessed: short-term memory, procedural memory, and situational memory.

The functional status of respondents was analyzed by using questions from Section G (functional status) of the InterRAI HC assessment form. Instrumental activities of daily living (meal preparation,

ordinary housework, managing medications, phone use, and walking up/down stairs) were assessed by questioning the nursing personnel that had taken constant care of the patient.

The performance of ordinary daily activities was assessed by observing the patient and by evaluating the nursing documentation. Bathing, personal hygiene, dressing the upper body, dressing the lower body, walking, toilet use, and eating were assessed.

The assessment of the daily activities questionnaire was carried out in accordance with ADLHS (Activities of Daily Living Hierarchy Scale) [15,16].

Four variables of daily activities were assessed:

1. Personal hygiene;
2. Toilet use;
3. Locomotion;
4. Eating.

Daily activities were assessed by points:

0. Independent.
1. Independent but with some setup help (e.g., laying out clothes).
2. Supervision but no direct hands-on support.
3. Limited assistance (help but not weight-bearing).
4. Extensive assistance (weight-bearing help but the person still performs 50% or more of subtasks).
5. Maximal assistance (weight-bearing support for more than 50% of subtasks).
6. Total dependence.

2.1. Statistical Methods

Cronbach's alpha was calculated in order to assess the inner consistency of the assessment scale. In our case, this coefficient was 0.83 (Part C of the assessment form) and 0.95 (Part G of the assessment form).

Statistical data analysis was performed by employing the IBM SPSS Statistics® Statistical Package for Social Sciences 20 (Armonk, NY, USA) for Windows and Microsoft Office Excel 2010 (Redmond, WA, USA).

The χ^2 value or Fisher's exact test was used to assess the interdependence of the qualitative features. Spearman's rank correlation coefficient was employed for analysis of the reciprocal correlations of categorical data.

The Friedman test was applied for the comparison of three or more dependent samples.

The selection of institutional nursing or nursing services at home was assessed using univariate logistic regression methods. We calculated the values of the relative risk (RR) and their 95% confidence intervals (CI).

While checking the statistical hypotheses, the selected significance level was 0.05.

2.2. Ethical Consideration

The research was carried out only after obtaining permission from the Kaunas Regional Biomedical Investigations Ethical Committee (No BE-2-36; 28-06-2017) and Governmental Data Security Inspection (No 2R-6655). Before interviewing the respondents (and/or their relatives), their consent to participate in the biomedical research was obtained.

3. Results

Among the 152 patients that participated in the research, the number of women (115, 75.7%) was greater than the number of men. The age of the respondents varied from 65 to 96 years, with an average age of 82.5 years ($SD \pm 7.9$). The majority of the research subjects were 80–89-year-old respondents, and most of them were widowers (111, 73.0%). Before their stay in the supportive treatment and

nursing hospital, 55 (36.2%) of the research subjects lived with their children (without their spouse), and 50 (32.9%) lived alone.

The general characteristics of the research subjects are presented in Table 1.

Table 1. Socio-demographic data of the study subjects.

Characteristics	N (Percent)
Age groups (years):	
65–74	23 (15.1)
75–84	60 (39.5)
≥85	69 (45.4)
Gender:	
Men	37 (24.3)
Women	115 (75.7)
Marital status:	
Not married	9 (5.9)
Married	28 (18.4)
Widowed	111 (73.0)
Divorced/separated	4 (2.7)
Living arrangements before hospitalization:	
Alone	50 (32.9)
With spouse/partner	23 (15.1)
With spouse/partner and other(s)	4 (2.6)
With children (without spouse/partner)	55 (36.2)
With parent or caregiver	1 (0.7)
With brother or sister	4 (2.6)
With another relative	10 (6.6)
Not with a relative	5 (3.3)

Multimorbidity was common in the respondents. Usually, patients suffered from cardiovascular (86.2%), neurological (84.9%), and psychiatric diseases (19.1%) (Table 2).

Table 2. Distribution of the study subjects based on the number of diseases and their group.

Number of Diseases:	N (Percent)
2–3	28 (18.5)
4–5	48 (31.6)
≥6	76 (49.9)
Diseases	
Cardiovascular diseases	131 (86.2)
Neurological diseases	129 (84.9)
Psychiatric diseases	29 (19.1)
Skeletal and connective tissue diseases	26 (17.1)
Musculoskeletal diseases	25 (16.4)

Table 2. Cont.

Number of Diseases:	N (Percent)
Diabetes	18 (11.8)
Diseases of eyes	12 (7.9)
Genitourinary diseases	12 (7.9)
Skin diseases	11 (7.2)
Digestive diseases	8 (5.3)
Oncological diseases	7 (4.6)
Other	19 (12.6)

When assessing the overall dependency of the participants during their hospitalization in a nursing hospital and upon their discharge, for 64.4% ($n = 98$) of patients, the level of their independence remained the same, for 25.7% ($n = 39$) it improved, while for 9.9% ($n = 15$) it deteriorated.

While assessing the cognitive skills (Table 3) of patients upon their discharge from the nursing hospital, it was found out that 45.4% of patients had severely impaired cognitive skills, and 11.2% of patients were independent in their decision making. All patients had problems with short-term memory. Disordered thinking (easily distracted, episodes of disorganized speech, and variation in mental functions over the course of the day) was observed in 85.5% of patients. The mental status of the majority of the discharged patients, as well as their skills for decision making in daily living, did not change during the time spent in the hospital.

Table 3. Cognitive skills of the study subjects discharged from the nursing hospital.

Cognitive Skills	N (Percent)
Cognitive skills for daily decision making	
Independent	17 (11.2)
Modified independence	15 (9.9)
Minimally impaired	9 (5.9)
Moderately impaired	42 (27.6)
Severely impaired	69 (45.4)
Memory	
Memory is good	19 (12.5)
Memory problems	133 (87.5)
Short-term memory problems	133 (100)
Procedural memory problems	120 (90.2)
Situational memory problems	123 (92.5)
Thinking	
Behavior not present	22 (14.5)
Behavior present, including:	130 (85.5)
Easily distracted	130 (100)
Episodes of disorganized speech	107 (82.3)
Mental function varies over the course of the day	104 (80.0)

Table 3. Cont.

Cognitive Skills	N (Percent)
Acute changes in mental status from usual functioning of the person (e.g., restlessness, lethargy, difficulty waking up, altered environmental perception)	
No change	132 (86.8)
Change	20 (13.2)
Change in decision making over the last 90 days	
Improved	14 (9.2)
No change	129 (94.1)
Declined	9 (5.9)

The skills to use public transport, walk up/down stairs, manage their finances, and shop were impaired the most (Figure 1).

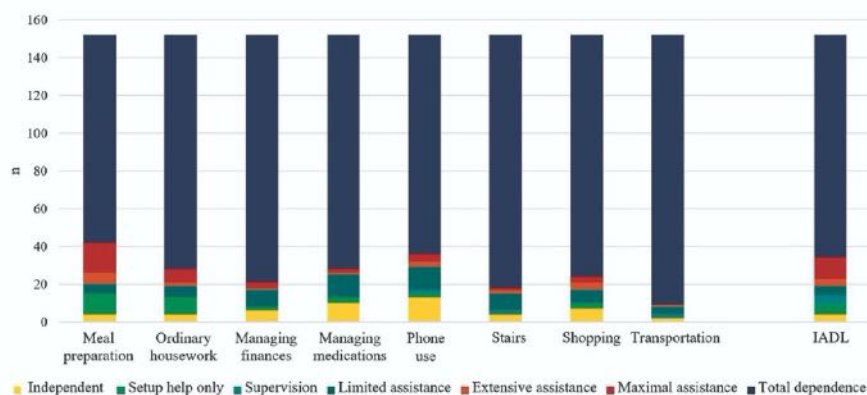


Figure 1. Capacity of the study subjects to perform daily activities. $n = 152$.

The research revealed that people dealing with more serious cognitive difficulties were more dependent during their daily instrumental activities and ordinary daily activities (Spearman's rank correlation for all activities was in range from 0.33 to 0.62, $p < 0.0001$). The strongest links were observed between the cognitive skills and medication management ($R = 0.62$), finance management ($R = 0.54$), and ordinary housework ($R = 0.53$). The weakest but still reliable link was revealed between cognitive skills and meal preparation ($R = 0.33$).

Upon discharging the patients from the nursing hospital, special needs (SN) were determined for our research subjects. Special needs for permanent nursing were identified for a major portion of the respondents (57.9%; $n = 88$), i.e., official, state-funded nursing services at home were appointed for them. Assistance services were appointed for 25.7% ($n = 39$) of patients. No official (state-funded) further nursing or assistance services at home were appointed for 16.4% ($n = 25$) of respondents.

Cognitive skills for decision making in daily living were moderately or severely impaired for the majority of our research subjects (they were dependent on assistance from others). Of the participants that did not receive nursing or assistance services at home, it was identified that only 5.9% were independent according to their cognitive skills for decision making in daily living. In other respondents, these skills varied from modified independence (decision making only difficult in new situations) to severely impaired skills (never or rarely made decisions independently) (Table 4).

Table 4. Special needs (SN) and cognitive skills of the study subjects.

Established Special Needs (SN)	Total									
	Independent		Modified/ Minimally Impaired		Moderately Impaired		Severely Impaired			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
No SN	9	5.9	9	5.9	5	3.3	2	1.3	25	16.4
Assistance	3	2.0	6	3.9	13	8.6	17	11.2	39	25.7
Permanent nursing	5	3.3	9	5.9	13	15.8	50	32.9	88	57.9
Total	17	11.2	24	15.7	42	27.6	69	45.4	152	100.0

$$\chi^2 = 36.0; p < 0.0001.$$

After comparing the independence of the research subjects, determined according to the InterRai Activities of Daily Living Hierarchy Scale, with the established need for permanent nursing and assistance at home (intended continuity of official nursing, assistance services at home), it was revealed that for 3.3% of patients, further official state-funded nursing and assistance services at home were not planned, though the independence of the participants based on ADL was evaluated as 5 points. In other words, the respondents required the maximal assistance of two or more assistants, and the assistants performed 50% or more of all assignments (Table 5).

Table 5. Distribution of respondents based on the established special needs (SN) and independence level when performing ordinary activities of daily living (ADL).

Established Special Needs	Independence Score Based on the InterRai Activities of Daily Living Hierarchy Scale								Total
		0	1	2	3	4	5	6	
No SN	<i>n</i>	6	2	5	7	0	5	0	25
	%	3.9	1.3	3.3	4.6	0.0	3.3	0.0	16.4
Assistance	<i>n</i>	0	3	6	12	7	9	2	39
	%	0.0	2.0	3.9	7.9	4.6	5.9	1.3	25.7
Nursing	<i>n</i>	0	0	3	16	4	40	25	88
	%	0.0	0.0	2.0	10.5	2.6	26.3	16.4	57.9
Total	<i>n</i>	6	5	14	35	11	54	27	152
	%	3.9	3.3	9.2	23.0	7.2	35.5	17.8	100.0

$$\chi^2 = 67.8; p < 0.0001.$$

The determined independence of the research subjects based on the InterRai (HC) was compared with the established needs (planned continuity of services) in accordance with the procedures existing in Lithuania. The results revealed that 16.4% of participants had not been appointed official nursing/assistance services on the grounds of the procedures existing in Lithuania, but based on the InterRai HC assessment form, these services were of no use only to 3.9% of respondents (Table 6).

Table 6. Distribution of research subjects based on their independence level and continuity of intended services.

Service Continuity is Intended Upon Discharge	Nursing/Assistance	Official Nursing/Assistance Services Are Not Intended	Significance
Established needs (according to the Lithuanian procedures)	127 (83.6)	25 (16.4%)	$p < 0.001$
Independence level according to the InterRai HC assessment form	146 (90.1)	6 (3.9%)	

Despite the low independence of the respondents, the majority of them ($n = 116$; 76.3%) indicated that they would prefer nursing services at home instead of institutional nursing.

Only 23.7% ($n = 36$) of respondents would choose institutional nursing. By applying the univariate logistic regression, it was established that the selection of institutional nursing was related to the age, gender, and health status (diagnosis, cognitive level) of the respondents. The institutional nursing services were selected 2.7 times more often by respondents that belonged to the 65–84-year age group (CI 1.191–6.081; $p = 0.017$) and not by those that constituted the group 85 years old and older. In comparison with women, the selection of institutional nursing by men was statistically significant (OR 2.402; CI 1.083–5.327; $p = 0.031$).

The odds ratio that people with Alzheimer's disease chose institutional care was 5.915 times greater than that for those that did not suffer from this disease (CI 1.342–26.071; $p = 0.019$).

The selection of institutional nursing also depended on the disorders of patients' cognitive functions. Patients that had severely impaired cognitive skills for decision making chose institutional nursing more often (a statistically significant response) than those that had skills that were not impaired or were minimally impaired (Table 7).

Table 7. Probability of choosing institutional nursing by patients having disorders of cognitive functions (univariate logistic regression).

	Variable	OR (95%, CI)	<i>p</i>
Cognitive skills for Daily Decision Making	Severely impaired vs. independent, modified/minimally impaired *	2.680 (1.017–7.062)	0.046
Ability to be self-understood	More often unable to express themselves vs. more often able to express themselves *	2.199 (1.018–4.748)	0.045
Ability to understand others	More often do not understand others vs. more often understand others *	2.480 (1.137–5.410)	0.022
	Wandering vs. not wandering *	3.691 (1.163–11.716)	0.027
Behavior	Socially unacceptable behavior (verbal/physical abuse, inappropriate public sexual behavior or undressing, resistance to care)	3.262 (1.173–9.069)	0.023

* Reference group.

4. Discussion

When comparing our research subjects as receivers of nursing services at home with the receivers of the same services from Canada, Germany, and other countries, in accordance with their age, gender, diseases, management of medications, and marital status, it was revealed that all of them were characterized by similar features. The age average was 82.5 years old, the majority of the subjects were single, and there were more women than men. Multimorbidity and polypharmacy were characteristic of the greater part of the respondents. Generally, patients suffered from cardiovascular, neurological, and psychiatric diseases [17–19]. Moreover, the majority of them had moderately or severely impaired cognitive skills for decision making in daily living. All patients had problems with short-term memory. The majority of them had disordered thinking (easily distracted, episodes of disorganized speech, and variation of mental function over the course of the day).

The health status and needs of the examined patients were similar to the results of other studies carried out by Lithuanian authors: the more the cognitive skills of respondents were impaired, the more they were dependent when performing their instrumental and ordinary daily activities; thus, the need for nursing services increased [20,21]. Similar research results were indicated by Tracy L. Mitzner et al. in their 2014 study [22].

When comparing the independence level of the research subjects, established by using the international InterRai HC assessment form, with the determined nursing and assistance needs, in accordance with the procedures existing in Lithuania, it was revealed that some patients had no official nursing and assistance services assigned for them at home and no planned support from family although the skills of the research subjects for decision making in daily living were severely or moderately impaired, and maximal assistance was required when performing ordinary daily activities.

The obtained research results indicate that a limited length of stay in a nursing hospital does not solve nursing problems. The absolute majority of our patients had to receive continuous nursing or assistance services at home (to a lesser or greater degree) after being provided nursing services at a hospital. It is essential to identify the reasons why patients with a minimal level of independence are not provided with continuing official nursing/assistance services at home. In Lithuania, the established system for appointing nursing and assistance services at home needs to be reviewed and its shortcomings found and eliminated.

The usage of the international InterRai HC assessment form in our research exposed problems related to the planning of post-hospitalization nursing and assistance services. Other studies have revealed that the InterRai HC assessment form and the questionnaires of Instrumental Activities of Daily Living (IADL) and ordinary Activities of Daily Living (ADL) provide an appropriate and reasonable assessment of patients' independence levels [16].

Despite the independence of the research subjects and existent nursing problems, the majority of the participants preferred to receive nursing services at home. The literature analysis reveals that this is common not only to the participants of our research but also to the majority of older people [23,24]. In Denmark, Germany, and Norway, the focus has shifted toward the development of nursing services at home and to the support of family members caring for their relatives. The goal is that older people should remain independent for as long as possible in their own environment, feeling comfortable and safe, while the nursing services at home are provided on time and in a qualitative manner; in this way avoiding hospitalization, both for clinical treatment or permanent nursing/care.

The main limitation of the study is that it reflects the data of one nursing hospital. The regulations of the discharge are the same in all nursing hospitals of Lithuania, but the capacities of patients and their preferences could slightly differ.

5. Conclusions

Low independence observed in all participants upon their discharge from the nursing hospital and their limited capacities prove the need for nursing services at home and the necessity of their continuity.

Despite the low independence of respondents, the majority of them would prefer nursing services at home to institutional nursing.

The InterRai HC assessment form is focused on a universal assessment of personal independence. Using this assessment, it is possible to indicate the independence problems that are encountered by people and the scope of required nursing and assistance services in a more precise manner.

The obtained research results reveal that the current setup procedures for appointing nursing/assistance services at home need to be reviewed and decisions made, ensuring the continuity of post-hospitalization nursing services at home.

Author Contributions: Conceptualization, L.U. and V.L.; Methodology, L.U. and J.M.; Software, L.U.; validation, L.U., V.L. and J.M.; Formal analysis, L.U.; Investigation, L.U.; Resources, L.U.; Data curation, V.L. and J.M.; Writing—original draft preparation, L.U.; Writing—review and editing, L.U. and V.L.; Visualization, J.M.; Supervision, V.L. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research received no external funding.

Acknowledgments: The authors thank Zita Stanionienė for help in statistical data analysis.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

References

1. Filipavičiūtė, R.; Gaigalienė, B.; Čermenych, J.; Butkienė, B.; Jurgelėnas, A.; Alekna, V. Ilgaamžių žmonių sergamumas lėtinėmis ligomis (Chronic Diseases of the Oldest Old). *Gerontologija* **2010**, *11*, 14–20.
2. Mercer, S.; Furler, J.; Moffat, K.; Fischbacher-Smith, D.; Sancu, L. *Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care*; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2016; ISBN 978-92-4-151165-0.

3. Brown, C.J.; Friedkin, R.J.; Inouye, S.K. Prevalence and outcomes of low mobility in hospitalized older patients. *J. Am. Geriatr. Soc.* **2004**, *52*, 1263–1270. Available online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15271112?dopt=Abstract> (accessed on 3 December 2019). [CrossRef] [PubMed]
4. Covinsky, K.E.; Palmer, R.M.; Fortinsky, R.H.; Counsell, S.R.; Stewart, A.L.; Kresevic, D.; Landefeld, C.S. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: Increased vulnerability with age. *J. Am. Geriatr. Soc.* **2003**, *51*, 451–458. Available online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12657063?dopt=Abstract> (accessed on 3 December 2019). [CrossRef] [PubMed]
5. France, G.; Taroni, F.; Donatini, A. The Italian health-care system. *Health Econ.* **2005**, *14* (Suppl. S1), S187–S202. [CrossRef] [PubMed]
6. Gonçalves-Bradley, D.C.; Lannin, N.A.; Clemson, L.M.; Cameron, I.D.; Shepperd, S. Discharge Planning from Hospital. Version Published: 27 January 2016. Available online: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000313.pub5/full> (accessed on 6 December 2019).
7. LR SAM Įsakymas “Dėl Palaikomojo Gydymo ir Slaugos Paslaugos Teikimo Reikalavimų Aprašo Patvirtinimo” 2012 m. Gegužės 4 d. Nr. V-393 Vilnius. Suvestinė redakcija nuo 2019-12-06 (Order of the Minister of Health of the Republic of Lithuania “On the Approval of the Description of the Requirements for the Provision of the Supportive Treatment and Nursing Services” of 4 May 2012, No V-393, Vilnius. Consolidated Version from 6 December 2019). Available online: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.67832/asr?positionInSearchResults=0&searchModelUUID=0465d2e4-50d3-4388-a07c-48f8baca8163> (accessed on 6 December 2019).
8. Riklikienė, O. Siektini Slaugos Rezultatai Ir Jų Praktinis Pritaikymas Palaikomojo Gydymo Ir Slaugos Ligoninėje Doktoro Disertacija (Desired Nursing Outcomes and their Practical Implementation in the Supportive Treatment and Nursing Hospital). Ph.D. Thesis, Kauno Medicinos Universitetas, Kaunas, Lithuania, 2009.
9. Higienos institutas (The Institute of Hygiene). Available online: https://stat.hi.lt/default.aspx?report_id=253 (accessed on 7 December 2019).
10. LR SAM Įsakymas “Dėl Aktyviojo Gydymo Stacionarinės Paslaugoms Nepriskiriamų Asmens Sveikatos Priežiūros Paslaugų, Kurį Išlaidos Apmokamos Privalomojo Sveikatos Draudimo Fondo Biudžeto Lėšomis, Ir Jų Bazinių Kainų Sarašų Ir Slaugos Ir Palaikomojo Gydymo Paslaugų Ir Jų Bazinių Kainų Sarašų Patvirtinimo” 2011 m. Gruodžio 27 d. Nr. V-1145 Vilnius. Suvestinė redakcija nuo 2019-12-12 (Order of the Minister of Health of the Republic of Lithuania “On the Approval of the Health Care Services, not Included in the Active Treatment Hospital Services, Expenses of which are Covered by the National Health Insurance Fund, and Their Lists of Basic Prices as well as Nursing and Supportive Treatment Services and their List of Basic Prices” of 27 December 2011, No V-1145, Vilnius. Consolidated Version from 12 December 2019). Available online: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.416236/asr?positionInSearchResults=4&searchModelUUID=0465d2e4-50d3-4388-a07c-48f8baca8163> (accessed on 12 December 2019).
11. LR SAM Įsakymas “Dėl Paliatyviosios Pagalbos Paslaugų Suaugusiems Ir Vaikams Teikimo Reikalavimų Aprašo Patvirtinimo” 2007 m. Sausio 11 d. Nr. V-14 Vilnius. Suvestinė Redakcija Nuo 2019-05-12 (Order of the Minister of Health of the Republic of Lithuania “On the Approval of the Description of Requirements for the Provision of Palliative Care Services for Adults and Children” of 11 January 2007, No V-14, Vilnius. Consolidated Version from 12 May 2019). Available online: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.291106/asr?positionInSearchResults=6&searchModelUUID=0465d2e4-50d3-4388-a07c-48f8baca8163> (accessed on 12 December 2019).
12. LRS Sveikatos Apsaugos Ministro Įsakymas, Dėl Slaugos Paslaugų Ambulatorinėse Asmens Sveikatos Priežiūros Įstaigose Ir Namuose Teikimo Reikalavimų Patvirtinimo, 2007 m. Gruodžio 14 d. Nr. V-1026, Vilnius. Suvestinė Redakcija 2019-12-12 (Order of the Minister of Health of the Republic of Lithuania “On the Approval of the Requirements for the Provision of Nursing Services at Outpatient Health Care Institutions and at Home” of 14 December 2007, No V-1026, Vilnius). Consolidated Version from 12 December 2019). Available online: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.311861/asr> (accessed on 14 December 2019).
13. Stasiukaitienė, R. Slaugos Paslaugų Asmens Namuose Plėtros Galimybės. Magistro Darbas (Development Possibilities of Nursing Services at Person’s Home). Master’s Thesis, LSMU, Kaunas, Lithuania, 2013.
14. Available online: <http://www.interrai.org/home-care.html> (accessed on 14 December 2019).

15. Available online: <https://www.interrai.org/scales.html> (accessed on 14 December 2019).
16. Morris, J.N.; Berg, K.; Fries, B.E.; Steel, K.; Howard, E.P. Scaling functional status within the interRAI suite of assessment instruments. *BMC Geriatr.* **2013**, *13*, 128. Available online: <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2318-13-128> (accessed on 14 December 2019). [CrossRef] [PubMed]
17. *Seniors at Home & in Long-Term Care, A 2017/18 Snapshot*; The Office of the Seniors Advocate: Victoria, BC, Canada, 2018.
18. OECD. *Highlights from A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care*; OECD Publishing: Paris, France, 2013; Available online: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Germany-OECD-EC-Good-Time-in-Old-Age.pdf> (accessed on 14 December 2019).
19. Stolz, R.; Stopper, R.; Schmedding, E.; Riedel, A. *Begleitete Entlassung (BegE)—Brücke zwischen Krankenhaus und häuslicher Pflege (Bridge Between Hospital and Home Care)*; Tübingen, Germany, 2018; Available online: https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Pflege/Inno-programm-Pflege-2014_Projektbericht_BegE_Juni-2018.pdf (accessed on 14 December 2019).
20. Jakavonytė-Akstinienė, A.; Dikčius, V.; Macijauskienė, J. Prognosis of Treatment Outcomes by Cognitive and Physical Scales. *Open Med.* **2018**, *13*, 74–82. [CrossRef] [PubMed]
21. Spirgienė, L.; Macijauskienė, J. Falls risk assessment among the elderly in long-term care institutions. *Sveikatos Mokslo* **2007**, *5*, 1217–1221.
22. Mitzner, T.L.; Beer, J.M.; McBride, S.E.; Rogers, W.A.; Fisk, A.D. Older Adults' Needs for Home Health Care and the Potential for Human Factors Interventions. In *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting*; SAGE Publications: Los Angeles, CA, USA. Available online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4270052/> (accessed on 14 December 2019).
23. Home Care and Seniors: A Canadian Snapshot. Seniors in Need, Caregivers in Distress—What Are the Home Care Priorities for Seniors in Canada? 2012. Available online: https://www.carp.ca/wp-content/uploads/2012/04/HCC_HomeCare_2d.pdf (accessed on 14 December 2019).
24. Hitaitė, L.; Spirgienė, L. Pagyvenusių Žmonių Slaugos Bei Socialinių Paslaugų Poreikis Kauno Rajono Bendruomenėje (The Need of the Elderly for Nursing and Social Services in the Community of Kaunas District). *Medicina* **2007**, *43*, 903–908. [CrossRef] [PubMed]



© 2020 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Continuity of Post-hospitalisation Nursing Services at the Homes of Older Patients in Lithuania

Lina Urbietė, Vita Lesauskaitė, Jūratė Macijauskienė

Lithuanian University of Health Sciences, Medical Academy, Department of Geriatrics, Lithuania

Key Words: nursing, home care needs, older people, health status, institutional nursing, interRAI (HC), MAPLe.

Summary. The aim was to determine the efficiency of state funded nursing services at the homes of older patients in Lithuania by applying the standard interRAI Assessment Form.

Materials and Methods. All geriatric patients discharged after 90–120 days of stay at the nursing hospital with a determined need for permanent nursing (home care) were examined.

Research Methodology. An interview was conducted at the homes of the older patients. In all, data were collected from 113 respondents. The capacities of patients, as well as the received nursing and assistance services, were discussed with the patients and their relatives. The cognition and functional statuses of respondents were assessed by employing the interRAI Home Care (HC) Assessment Form.

Results. From the group of the respondents determined to need permanent nursing ($n = 75$), only 26.7% received official nursing services at homes, and 13.3% of the research subjects were consulted on nursing services. From the group of the respondents determined to need assistance ($n = 38$), only 5.3% received assistance services at home.

Conclusions. The current system of providing nursing services at home is inefficient. The patients with a determined need for permanent nursing and assistance were only taken care of by informal carers. The interRAI (HC) instrument is suitable for determining the efficiency of nursing services provided at home.

Introduction

The ageing population in Lithuania, as well as other in European countries, is a demographic process creating many social, economic, political, and legal problems that cover various areas, including education, public health, social services, and the labour market. As the data of Eurostat presents, 18.7 % of the general population of Lithuania was composed by inhabitants of 65 years and older in 2015. It is forecasted that this part of inhabitants will reach 20.3% in 2020 and 33.0% in 2060 (1).

In seeking to resolve the problems associated with an ageing population, the key goals of the Lithuanian Health Programme for 2015–2025 are to ensure more effective healthcare with better quality that would be focused on the needs of citizens, create a more secure social environment, reduce the unevenness of health and social exclusion, establish beneficial physical work and living environments, and form healthy lifestyles and a culture of health (2). Similar goals and objectives have been also set by neighbouring countries Latvia (3) and Estonia (4) in their (public) health programmes. These goals and objectives reflect the provisions established in strategic documents on the health of the World Health Organization and the European Union.

Correspondence to Lina Urbietė, Lithuanian University of Health Sciences, A. Mickėvičiaus 9, LT-44307 Kaunas, Lithuania. E-mail: lina.urbiete@lsmuni.lt

Human healthcare and social needs can be completely met by just creating an integrated system of healthcare and social services networks. One of the means to reach this goal is to provide integrated nursing and social services at the homes of patients. An integrated system of healthcare and social welfare would allow the system to approach residents with needs, as well as to meet those needs (5). Nursing services at home are personal healthcare services provided at the homes of patients to ensure the accessibility of nursing services and their continuity toward meeting the nursing needs of patients at home as well as encouraging the self-care of patients (6). The Ministry of Health (MH) of the Republic of Lithuania and the Ministry of Social Security and Labour of the Republic of Lithuania (DWCAO) have dedicated an increasing amount of attention to the development of nursing services at home and the strengthening of the authorities of family physicians and nurses. In 2007, the Regulation on Provision of Nursing and Social Services in the Republic of Lithuania was approved. This regulation determines the key goals and principles of the general provision of nursing and social services, the main recipients of these services, as well as the organisation, documentation, and funding of long-term care services (7).

When providing nursing and/or assistance services at the homes of patients, the acknowledgement of informal nursing is essential. Relatives of severely ill, dying people or people with acute diseases can be so exhausted by the nursing process that they themselves may need help. Frequently, relatives become physically or psychologically tired from nursing patients with a severe health status or patients with acute diseases at home and believe that they have not done everything that has been required (8). Several studies confirm that people taking care of severely ill patients inevitably suffer from physical, social, emotional, and economic difficulties that are hard to overcome without the help of others (9–11).

One of the main goals of healthcare services is adequate quality of provided services. In order to reach this goal, it is essential to ensure the accessibility, timeliness, and continuity of services. One of the ways to ensure the continuity of both medical and social services (aiming at sufficient quality of the services) is to provide nursing and/or social services at the homes of residents (patients). In Lithuania, the development of nursing services at home has only just begun, and both the Ministry of Health and the Ministry of Social Security have devoted maximum effort toward the provision of joint nursing and social services at the homes of patients; however, there is no exhaustive research regarding the operation of the created system, its weaknesses, and what should be improved.

The aim of this article is to determine the organisation efficiency of nursing services at the homes of patients by applying the international and standardised interRAI Assessment Form.

Methods

Study Design and Method. A quantitative cross-sectional study design was implemented. The research was carried out in two stages from June 2017 to June 2018.

The research methodology was a face-to-face interview conducted at the homes of older patients. The skills, status, psychosocial wellbeing, and skin condition of the patients, as well as official care, social support, responsibility, and the general state of the patients, were assessed by discussions with them and their relatives in accordance with the study instrument.

Sample. The participants were patients 65 years of age and older. All the patients that stayed in the nursing and supportive treatment facility for 90 or more days (but not more than 120 days, since this is the maximum state-funded amount of days in one calendar year) participated in the first stage ($n = 152$). The nursing and supportive treatment facility of 150 beds providing primary care service belonged to the hospital of the secondary level health-

care service in the second largest city of Lithuania. This facility was selected as it is the working place of the principal investigator.

The patients (or on behalf of them, their relatives) were interviewed one week before their discharge. The interviews were conducted by the principal investigator at the patients' home. Only the respondents ($n = 124$) with an established need for permanent nursing ($n = 85$) or assistance ($n = 39$) participated in the second stage of the research. These needs were officially recognised and assigned to the patient by the Disability and Working Capacity Assessment Office Under The Ministry of Social Security and Labour Republic Of Lithuania (<http://ndnt.lrv.lt/en/>). The aforementioned patients were interviewed following their discharge from nursing and supportive treatment hospitals after a stay of 90 or more days (not exceeding 120 days). The discharges were to people's ordinary homes but where they would have other family members to provide necessary support.

No one refused to participate. There were 10 deceased patients from the group with a determined need for permanent nursing and one deceased patient from the group with a need for care and assistance. In all, the data on 113 respondents were collected. In the majority of cases, the answers to the questions were collected from the relatives of the patients.

Study Instruments. The instrument of the research was the interRAI Home Care (HC) Assessment System that was designed to be a user-friendly, reliable, and person-centred system to inform and guide the comprehensive planning for the care and services of elderly and disabled people in community-based settings (12). In order to translate the assessment form and adjust it to the Lithuanian language and culture, the following main steps, as described in the scientific literature, were taken: first, translation (from English into Lithuanian); second, back-translation (from Lithuanian into English); and third, a comparison of texts in both languages and their coordination until they fully coincided and the content was considered valid following an assessment. The assessment of content validity allowed for the answering of questions as to whether the assessment form was suitable to reflect the features of the researched phenomena. The first translation was provided by a graduate of English language studies from a university who was familiar with American culture (lived in the United States for 2 years). The second translation was also carried out by another student of the same university who knew the English language quite well and has lived in the United States for 2 years. These two English texts were compared by a Professor of Humanities that has lived in the United States for 7 years.

The functional status of respondents was analysed in the first stage of the research using questions from

Section G (Functional Status) of the interRAI Home Care (HC) Assessment Form. Instrumental activities of daily living (meal preparation, ordinary housework, managing medications, phone use, and walking on stairs) were assessed by questioning the nursing personnel that had constantly taken care of the patient.

The performance of completing ordinary daily activities was assessed in the first stage of the research by observing the patient and evaluating the nursing documentation. Bathing, personal hygiene, dressing upper body, dressing lower body, walking, toilet use, and eating were assessed. The skin condition, management of prescribed medication, official care, responsibility, unofficial nursing was discussed with the relatives of the patient and/or other people nursing the patient. The physical independence of the patients was assessed by employing the standard methodology of the Barthel Index (point-scale assessment) (13), with the scale for the assessment of independence as follows: independent, 100 points; minimally dependent, 91–99 points; moderately dependent, 62–90 points; severely dependent, 21–61 points; and totally dependent, 0–20 points.

The priorities for determining nursing services and assessing the independence of the patients were identified by applying the Method for Assigning Priority Levels (MAPLe) algorithm and coordinated with the interRAI (HC) Assessment Form. Scores from 1 to 5 were applied for the assessment. An increasing score indicates decreased independence, resulting in an increased priority for the provision of nursing services: 1, low priority; 2, mild priority; 3, moderate priority; 4, high priority; and 5, very high priority (14).

Statistical Methods. Statistical data analysis was performed by employing the IBM SPSS Statistics® Statistical Package for Social Sciences 20 for Windows and Microsoft Office Excel 2010. The χ^2 or Fisher's exact test and the z-test were used to assess the interdependence of qualitative features. The se-

lection of institutional nursing or nursing services at home was assessed using univariate logistic regression methods. The odds ratio (OR) values and their 95% confidence intervals (CIs) were calculated. While checking the statistical hypotheses, the selected significance level was 0.05. Cronbach's alpha was calculated to assess the internal consistency of the assessment form scale. In our case, this coefficient was 0.83 (Part C of the assessment form) and 0.95 (Part G of the assessment form).

Ethical Considerations. The research was only carried out after obtaining permission from Kaunas Regional Biomedical Research Ethics Committee (No BE-2-36; 28/06/2017). Before interviewing the respondents (and/or their relatives), their consent to participate in the biomedical research was obtained.

Results

A total of 113 respondents participated in the research, and their average age was 83.8 ± 7.8 years old. In all, 73.4% ($n = 83$) were women and 26.6% ($n = 30$) were men. Two-thirds of the respondents (66.4%, $n = 75$) needed permanent nursing, whereas 33.6% ($n = 38$) of the respondents needed assistance. The majority of the participants ($n = 68$; 60.2%) lived together with their children, 17.7% ($n = 20$) lived with their spouse or with their spouse and other people, 15.9% ($n = 18$) lived with their brother, sister, or others, and 6.2% ($n = 7$) of the respondents lived alone.

According to the Barthel Index of physical independence, the majority of research participants were severely or totally dependent. Those with an established need for permanent nursing were statistically significantly less independent (Table 1). Based on the Barthel Index, there were no independent or practically independent older patients.

By applying the MAPLe methodology, we divided the participants into five levels, based on their independence, and compared them with the

Table 1. Distribution of the Participants Based on Physical Independence (Barthel Index) and Priorities of the Nursing Services (MAPLe)

Variables	Established Needs for Permanent Nursing, n (%)	Established Needs for Assistance, n (%)	In Total	P
Physical independence based on Barthel Index				
Moderately dependent	0	3 (7.9)	3 (2.7)	$\chi^2 = 28.7$; $P < 0.0001$
Severely dependent	32 (42.7)	32 (84.2)	64 (56.6)	
Total dependence	43 (57.3)*	3 (7.9)	46 (40.7)	
Priorities of nursing services based on MAPLe				
3 Moderate	3 (4.0)	3 (7.9)	6 (5.3)	$\chi^2 = 5.55$; $P = 0.06$
4 High	47 (62.7)	15 (39.5)	62 (54.9)	
5 Very high	25 (33.3)	20 (52.6)	45 (39.8)	
In total	75 (100)	38 (100)	113 (100)	

* $p < 0.05$, comparing with the group of patients with established needs for assistance.

determined demand for nursing and assistance in Lithuania. According to MAPLe, 39.8% of the older patients were considered level 5 (highest priority for nursing services), whereas 52.2% of the patients belonged to level 4. Based on MAPLe, none of the participants were considered level 1 or 2 (Table 1). The obtained results revealed severely low independence of our patients, indicating that they should be given high or very high priority regarding nursing services. The research pointed out that the distribution of special needs in Lithuania is akin to the priority of nursing services based on MAPLe, although this result was not considered statistically significant, with $P = 0.06$.

Our participants were characterised by polypharmacy. On average, $5 (\pm 2.2)$ types of medication were prescribed to the older patients per day. Irrespective of the established needs (permanent nursing or assistance), differences in the amount of prescribed medication in both groups were not considered statistically significant. It was observed that the patients cared at home were inclined to adjusted management of their medication from the one prescribed by the physician. Around 53.98% ($n = 61$) of the participants managed their medication in accordance with the physician's prescription, whereas 46.02% ($n = 52$) of them adjusted their management and used less medication than prescribed.

By comparing the change in the general independence of older patients (independence in ADL and IADL activities) after 90–120 days in the nursing hospital and at home, it was identified that the level of independence decreased more after being nursed at home (Table 2).

The research revealed that in the group of the respondents with declining independence in the nursing hospital, the independence level remained the same for 6.7% ($n = 5$) of the patients; meanwhile, it

lowered in 18.9% ($n = 7$) of the patients. Thus, the research proclaims that people discharged from hospital suffered from a decreasing general independence after being cared at home.

When analysing the formation of pressure ulcers at the nursing hospital and at home, it was determined that in the nursing hospital, pressure ulcers formed for 3.5% of the respondents, whereas they appeared for 20.3% of the patients being cared at home (Table 2).

Almost half ($n = 31$; 41.3%) of the recipients of permanent nursing services were left unattended and without assistance for 2–8 hours during the day. From the group of the respondents determined to be in need of assistance ($n = 38$; 47.4%), only 5.5% ($n = 6$) had an opportunity (managed) to call for assistance in the case of an emergency.

The patients with an established need for permanent nursing ($n = 75$; 100%) were, according to the legislation, eligible for official nursing services at home; however, these services were appointed only for 26.7% ($n = 20$) of the older patients and, generally, were only appointed in cases where a patient needed to have blood tests ($n = 18$; 24.0%) or injections ($n = 2$; 2.7%). The nursing services provided at home only lasted for the period of time required for administration of the blood test, i.e., for 20 min once every 4 months. At the same time, 13.3% ($n = 10$) of the participants were consulted on nursing services.

When comparing the provision of official nursing services at home to respondents with an established need for permanent nursing vs. respondents with an established need for assistance, no statistically significant differences were identified ($P < 0.102$). The research revealed that at least once in the last 4 months, 22.1% ($n = 25$) of the older patients had an emergency room visit without an overnight

Table 2. Distribution of Participants Based on General Independence and the Change in the Number of Pressure Ulcers when Nursed at the Hospital and at Home ($n = 113$)

Monitored Variable	At the Nursing Hospital, n (%)	At Home, n (%)	<i>P</i>
Change in overall independence			
Improved	26 (23.0)	1 (0.9)	0.0001
No change	75 (66.4)	75 (66.4)	1
Declined	12 (10.6)	37 (32.7)	0.0001
Pressure ulcers			
No prior or new pressure ulcers	93 (82.3)	76 (67.3)	0.013
Prior pressure ulcers were healed	6 (5.3)	3 (2.7)	0.498
No prior pressure ulcers but new ones formed	4 (3.5)	23 (20.3)	0.0001
Prior pressure ulcers remained unhealed	10 (8.9)	11 (9.7)	0.999

stay and 4.6% ($n = 5$) had an emergency room visit with an overnight stay. A family physician visited 19.5% ($n = 22$) of the respondents at home. No statistically significant differences were found for the number of visits at the hospital (regardless of whether there was an overnight stay) and the visits by the family physician at the homes of the respondents based on the needs (permanent nursing or assistance) that were determined for the respondents. However, the visits from a family physician to the respondents were statistically significantly related to the visits of the respondents to the hospital ($P = 0.001$).

Generally, the main informal carers of the respondents were their children ($n = 74$; 65.5%), 15.0% ($n = 17$) of whom were brothers/sisters or other relatives, 14.2% ($n = 16$) were their spouses/partners, while 5.3% ($n = 6$) were their friends and neighbours. A substantial majority of the respondents (92.9%, $n = 105$) lived with people reliant on their care.

The research showed that a considerable number of key carers took care of their patients alone, without any help from other people, which was the case for 38.9% ($n = 44$). Others had helpers. Usually, this additional helper was an employed person ($n = 28$; 24.8) or another child of the patient ($n = 23$; 20.3). In order to take care of their relatives at home, 18.6% ($n = 21$) of all ($n = 113$) the patients' relatives left their jobs. People who took care of the patients alone constituted a greater part of the respondents who left their jobs (Table 3).

The majority of key carers indicated that they felt

Table 3. Distribution of Respondents Based on the Number of Informal Carers and Their Need to Leave Their Jobs

Number of Informal Carers / Helpers	Left Their Jobs to Take Care of the Patients		In Total n (%)
	No n (%)	Yes n (%)	
One	29 (31.5)*	15 (71.4)	44 (38.9)
Two (had helpers)	63 (68.5)	6 (28.6)	69 (61.1)
In total	92 (100)	21 (100)	113 (100)

$\chi^2 = 11.45$, $lfs = 1$, $P < 0.001$.

* $P < 0.05$, comparing with those who left their job.

constant distress, anger, or depression in connection with the caretaking of their relatives. Moreover, they also indicated feeling overwhelmed by the person's illness. A great number of these carers pointed out that it was challenging to take care of their relatives due to their own poor health. More frequent difficulties were faced by those relatives that took care of totally dependent patients, i.e., patients that had established needs for permanent nursing (Table 4).

It was determined that carers who had left their jobs due to the need to take care of their relatives were also more likely to indicate feeling distress, anger, and depression. These feelings were statistically significantly related to the lack of funds ($P = 0.004$).

After 90–120 days of nursing at home, the majority of informal carers changed their opinion as

Table 4. Experiences of Informal Carers when Taking Care of Their Relatives ($n = 113$)

The Status of the Key Informal Helper	Established Needs for Permanent Nursing n (%)	Established Needs for Assistance n (%)	In Total n (%)	P
Cannot take care of the patient because of his/her own poor health	29 (38.7)	2 (5.3)	31 (27.4)	< 0.001
Feels distress, anger, or depression	65 (86.7)	25 (65.8)	90 (79.7)	0.009
Feels overwhelmed by the patient's illness	46 (61.3)	15 (39.5)	61 (54.0)	0.027
Faces difficulties of taking care of the patient due to work	43 (57.3)	23 (60.5)	66 (58.4)	0.744

Table 5. Survey of Patients Regarding Place Where the Informal Carers Preferred Nursing Services to be Provided

Survey 1 (taken upon being discharged from the nursing hospital)	Survey 2 (taken after 3 months at home)	n (%)
Nursing at home	Nursing at home	25 (22.1)
Nursing at home	Institutional nursing	59 (52.2)
Institutional nursing	Nursing at home	5 (4.4)
Institutional nursing	Institutional nursing	24 (21.3)

to the place for nursing services and would choose institutional nursing for their relatives (Table 5).

After conducting univariate regression analysis, it was determined that relatives of the respondents who felt distress, anger, or depression selected institutional nursing 5.6 times more often (OR 5.582; PI 2.097–14.857; $P = 0.001$).

According to the study data, during 24 h relatives and other informal care givers dedicated 21.2 (SD ± 5.5) hours of their time to the care of patients with permanent nursing needs and 10.7 (SD ± 6.3) hours to patients with assistance needs ($P < 0.001$).

Discussion

Although respondents had an extremely low level of independence when being discharged from the hospital, their further care was left only to informal carers. Generally, they were taken care of by their children. The fact that family members usually become informal carers has been discussed not only in Lithuanian research (15, 16), but also in studies conducted in other countries (17, 18). According to the data of the research conducted by Blažienė and Žalimienė, 67.8% of Lithuanian residents 50–65 years old would choose care from their family members or relatives if they required nursing services when they got old (19). Based on the data of the research carried out by the Lithuanian Social Research Centre, the main reasons for taking care of older relatives at home were the feeling of responsibility, duty to take care of their parents, intention to be an example for their children, strong and close relationships with the relative in care, distrust in the services provided by other people, belief that a home environment helps the healing process and that caretaking services for old people were expensive, caretaking benefit as an additional source of funds for caregivers, and reasons related to inheritance from parents (20). Informal nursing is widespread not only in Lithuania, where formal nursing services are only taking their first steps, but also in countries where these services are already developed (21). For instance, 70% and 66% of older people (75+ years old) who live at home are taken care of by their family members in Sweden and Italy, respectively (22).

The fact that older people are usually taken care of by their relatives is not a problem in itself; however, the difficulties faced by relatives in providing care also need to be taken into consideration. This fact is demonstrated by our research. The independence level of our patients decreased more when they were nursed at home than in the nursing hospital. In addition, more pressure ulcers appeared when they were cared at home. In order to avoid pressure

ulcers, the position of the body should be changed at least once every 2 hours during the day, and at least once every 4 hours at night (23). Almost half of our participants with an established need for permanent nursing (totally dependent based on the Barthel Index) were left unsupervised for 2–8 hours per day. In accordance with our research data, some informal carers had to leave their jobs to take care of their relative at home, or combine their job with this care; others nursed alone or with the help of other family members, friends, or a second informal carer they employed. According to the research data of the Lithuanian Social Research Centre, the coordination of work and care creates quite a few problems. Some people do not leave their jobs because they are concerned about the size of their retirement benefit in the future, while others see their job as a possibility to escape from the routine related to care (20).

Based on the data of our research, the intention of relatives to take care of their patients at home changed after 90–120 days of nursing. Before discharge from the nursing hospital, the majority of relatives preferred nursing at home. After the same period of time of nursing at home, they then prioritised institutional nursing. Like in our research, Jankauskienė and Rapolienė noticed “the necessity to take up the role of the carer creates psychological, social, and financial consequences and affects health” (24). According to our research data, the majority of people who took care of their relatives felt distress, anger and depression. The health of some carers also grew poorer. The fact that the health of informal carers becomes poorer due to constant distress when taking care of their relatives is also confirmed by other studies (25). The research of Tamutienė and Naujanienė revealed that “older people dealing with severe health problems do not always agree to let the providers of services into their homes. The distrust and fear to let an unknown person inside their homes is reflected as the key reason for not using these services” (26). Additionally, the “financial position of older people limits the accessibility of the services since people refuse to buy them and attempt to survive with the help of their neighbours or relatives” (26).

In Lithuania, informal caregivers do not receive care benefits. If a family member gets sick and requires nursing, relatives have the right to receive a benefit for caring for a sick family member with a maximum period of 7 days (27). Caregivers of old or disabled people at home also have the right to submit a request for unpaid leave from their employer. No legally binding instruments require the

employer to coordinate the work schedule with the nursing of relatives. It is worth mentioning that, following the Law on State Social Insurance, an individual who takes care of a disabled person with an established special need for permanent nursing care is covered by pension and unemployment social insurance, but only in cases when he/she does not have an insured income or his/her income is lower than the minimum wage (28). Relatives can also request help from facilities that provide nursing services; however, these services are only state-funded for 120 calendar days, and it is difficult to get into these hospitals due to existing queues with waiting periods that can last up to 4–5 months. Based on the Requirements for the Provision of Nursing Services at Outpatient Healthcare Institutions and at Home, 104 nursing services are covered during the calendar year. The following services that are provided at home are covered: collection of blood for tests, various injections, connection of patient's intravenous drip (implementation and teaching relatives how to perform the procedure on their own), care of artificial openings (stomata) (implementation and teaching relatives how to perform the procedure on their own), care of wounds and pressure ulcers (wound dressing and teaching patients about the prevention of pressure ulcers, wound dressing), etc. Only 12 procedures to remove mucus from the trachea (including teaching relatives how to perform the procedure) are covered during the year. The ability of informal carers to take care of relatives at home is not evaluated. Only the vital activities of the patient and the vital activities in which assistance is required are assessed (7).

Regarding the significance of informal carers and the advantages they provide, more attention is given to informal carers and their support in some countries than others. In Europe, various means of supporting caregivers are prevalent: financial support for caregivers (e.g., Carer's Allowance in the United Kingdom and Ireland), support of occupation of caregivers (e.g., the right to receive paid leave in the Netherlands and Belgium, the right to not come to work with the permission of the employer in Finland), local support centre for family caregivers (e.g., in the Netherlands, United Kingdom, Ireland), coordination of work and taking care of relatives (e.g., in Denmark and Belgium, conditions exist for making flexible work schedules or working from home), teaching/education of caregivers (e.g., primary healthcare centres provide training programmes for caregivers in Spain), and respite care services (e.g., short-term institutional

care or substitution of the informal carer in Sweden and Ireland) (29).

Evidence exists that proper continuity of care is related to better results, e.g., a lower number of visits to emergency rooms, fewer cases of staying at the hospital, shorter periods of hospital stay, better treatment results, greater satisfaction of patients and their relatives regarding the quality of provided services, etc. (30, 31).

Research Limitations

The provision of nursing services at home for patients with a better health status was not assessed, as patients discharged from the nursing hospital were considered significantly dependent as based on the Barthel Index, and they were attributed the highest level of priority according to MAPLe. This research does not cover the whole nursed population but is competent for assessing the efficiency of the system.

Conclusions

The research revealed that the current Lithuanian system of providing nursing services at home is inefficient. The older patients determined to be in need of permanent nursing and assistance were only taken care of by informal carers that had no state-funded support or established assistance.

The provision of official nursing services did not differ according to the needs (permanent nursing or assistance) established for the older patients. The official nurse visited both the patients with established needs for permanent nursing and the patients with only established needs for assistance in when tests had to be done. The independence level of the older patients decreased more at home after being discharged in comparison with the patients at the nursing hospital. In addition, more pressure ulcers formed when the patients were cared at home.

It is necessary to determine all the reasons why the provision of nursing services at home is not efficient in Lithuania and to look for possibilities to eliminate these reasons. It is essential to review all national legislation on the provision of nursing services at home to determine their drawbacks and how to address them.

For the methodological consideration, the interRAI (HC) instrument is suitable for determining the efficiency of nursing services provided at home.

Statement of Conflict of Interest

The authors state no conflict of interest.

References

1. Eurostat data basis [Internet]. Population projections [cited 2019 Oct 13]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00002/default/table?lang=en>.
2. Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo“. 2014 m. birželio 26 d. Nr. XII-964, Vilnius [Internet]. (The Resolution “On the Approval of Lithuanian Health Programme for 2014–2025 by the Republic of Lithuania” of 26 June 2014, No. XII-964, Vilnius.) [cited 2019 Oct 14]. Available from: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35834810004f11e4b0cf967b19d90c08?jfwid=-fxdp770g>.
3. Public Health Strategy for 2014–2020 (adopted by Cabinet of Ministers Order No. 589 dated 14 October 2014) [Internet]. Ministry of Health of the Republic of Latvia [cited 2019 Oct 14]. Available from: <https://likumi.lv/ta/en/id/269591-on-the-public-health-policy-guidelines-2014-2020>.
4. National Health Plan 2009–2020 Estonia [Internet] [cited 2019 Oct 14]. Available from: http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Estonia/nhp_estonia.pdf.
5. Matikovičienė J. Socialinė sauga sveikatos priežiūros sistemoje. (Social Welfare in the Healthcare System.). Kaunas: Vitae Litera; 2008.
6. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl slaugos paslaugų ambulatorinėse asmenų sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų patvirtinimo“. 2007 m. gruodžio 14 d. Nr. V-1026, Vilnius [Internet]. (Order of the Minister of Health of the Republic of Lithuania “On the Approval of the Requirements for the Provision of Nursing Services at Outpatient Health Care Institutions and at Home” of 14 December 2007, No. V-1026, Vilnius) [cited 2019 Oct 3]. Available from: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.311861/asr?positionInSearchResults=5&searchModelUUID=c2581b70-31fb-431e-86fc-d6b1b11b9672>.
7. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas „Dėl slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. 2007 m. liepos 4 d. Nr. V-558/A1-183, Vilnius [Internet]. (Order of the Minister of Health of the Republic of Lithuania and the Minister of Social Security and Labour of the Republic of Lithuania “On the Approval of Regulation on Provision of Nursing and Social Services” of 4 July 2007, No V-558/A1-183, Vilnius.) [cited 2019 Oct 3]. Available from: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.301549?positionInSearchResults=0&searchModelUUID=c458fad-8863-4d01-bfc3-cdfad20a49b1>.
8. Nowossadeck S, Engstler H, Klaus D. Pflege und Unterstützung durch Angehörige [Internet]. (Report Altersdaten, 1/2016). Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. (Care and support from relatives. Report Age data, 1/2016. Berlin: German Center for Age Issues) [cited 2019 Oct 3]. Available from: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-47091-5>.
9. Couto AM, Caldas CP, Castro EAB. Home care for dependent elderly patients by caregivers with overload and stress. *Rev Fun Care Online* 2019;11(4):944–50. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.944-950>.
10. Roth DL, Fredman L, Haley WE. Informal caregiving and its impact on health: a reappraisal from population-based studies. *Gerontologist* 2015;55(2):309–19. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu177>.
11. Daniel WLL. Effect of financial costs on caregiving burden of family caregivers of older adults. *SAGE Open* 2012;1-14. DOI: <https://doi.org/10.1177/2158244012470467>.
12. The interRAI Home Care Assessment System [Internet]. [cited 2019 Oct 14]. Available from: <http://www.interrai.org/home-care.html>.
13. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel index. *Med State Med J* 1965;14:61–5.
14. Mitchell LA, Hirdes J, Poss JW, Slegers-Boyd C, Caldarelli H, Martin L. Informal caregivers of clients with neurological conditions: profiles, patterns and risk factors for distress from a home care prevalence study. *BMC Health Serv Res* 2015;15:350. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1010-1>.
15. Danusevičienė L. Namuose teikiamos integralios pagalbos asmenims, turintiems specialųjį nuolatinės slaugos poreikį, veiksmingumo įvertinimas [Internet]. (Evaluation of the Effectiveness of Team-Based Integrated Home Care for Persons in Need of Long-Term Nursing Care.) Doktoro disertacija (PhD Thesis) [cited 2019 Oct 18]. Kaunas: LSMU; 2016. Available from: <https://publications.lsmuni.lt/object/elaba:18870617/>.
16. Jankauskienė L, Rapolienė L. Bendruomenės slaugytojo ir šeimos globėjo partnerystė. (The Partnership of Community Nurses and Family Caregivers.) Visuomenės sveikata (Public Health) 2016;Suppl. 2:10–9.
17. Home care and seniors: a Canadian snapshot [Internet]. Seniors in Need, Caregivers in Distress – What are the Home Care Priorities for Seniors in Canada? 2012 [cited 2019 Oct 18]. Available from: https://www.car.ca/wp-content/uploads/2012/04/HCC_HomeCare_2d.pdf.
18. Romito F, Goldzweig G, Cormio C, Hagedoorn M, Andersen BL. Informal caregiving for cancer patients. *American Cancer Society Journals* 2013;5. <https://doi.org/10.1002/cncr.28057>.
19. Blažienė I, Žalimienė L. Between user's expectations and provider's quality of work: the future of elderly care in Lithuania. *Journal of Population Ageing* 2017;13:5–23. <https://doi.org/10.1007/s12062-017-9215-1>.
20. Lietuvos socialinių tyrimų centro Socialinės gerovės institutas, Darbo rinkos tyrimų institutas. (Labour Market Research Institute and Social Welfare Institute of Lithuanian Social Research Centre.) Neformalios pagyvenusių žmonių globos namuose ypatumai. (Peculiarities of informal care to the elderly.) Socialiniai tyrimai (Social Research) [Internet] 2017 [cited 2019 Oct 3];4:6–7. Available from: https://lste.lt/download/laikrastis_nr4.pdf.
21. Angermann A, Eichhorst W. Eldercare Services – Lessons from a European Comparison Observatory for Sociopolitical Development in Europe IZA Research Report No. 45 [Internet] [cited 2019 Oct 3]. Available from: http://www.sociopoliticalobservatory.eu/uploads/tx_aebgppublications/Working_Paper_6_OBS_IZA.pdf.
22. Triantafyllou J, Naiditch M, Repkova K, Stiehr K, Carretero S, Emilsson T, et al. Informal care in the long-term care system [Internet]. European Overview Paper 2010 [cited 2019 Oct 3]. Available from: <https://www.euro.centre.org/downloads/detail/768>.
23. Pacholec A. Anti-decubitus prophylaxis in nursing practice. *Journal of Education, Health and Sport* 2019;9(8):429–35. <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.3379071>.
24. Jankauskienė L, Rapolienė L. Bendruomenės slaugytojo ir šeimos globėjo partnerystė. (The partnership of community nurses and family caregivers.) Visuomenės sveikata (Public Health) [Internet] 2016 [cited 2019 Oct 3];Suppl. 2. Available from: <http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2016.priedas2/Vs%20priedas%202016%20Nr2%20Lit%20A%20Bendruomenes%20slaugytojas.pdf>.
25. Bauer J, Sousa-Poza A. Impacts of informal caregiving on caregiver employment, health, and family. *Journal of Population Ageing* 2015;3:113. <https://doi.org/10.1007/s12062-015-9116-0>.
26. Tamutienė I, Naujanienė R. Senyvo amžiaus asmenų socialinių paslaugų prieinamumo namuose patirtys. (Experiences of elderly people regarding the accessibility to social services at home.) Tiltai [Internet] 2013 [cited 2019 Oct 14]. Available from: <http://193.219.76.12/index.php/tiltai/>

- article/view/476/pdf.
27. Lietuvos Respublikos ligos ir motinystės socialinio draudimo įstatymas. 2000 m. gruodžio 21 d. Nr. IX-110 Vilnius. Suvestinė redakcija 2020-01-01. (Law on Maternity Social Insurance of the Republic of Lithuania of 21 December 2000, No IX-110 Vilnius. Consolidated version 01/01/2020.) [Internet] [cited 2019 Oct 16]. Available from: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.116582/asr?positionInSearchResults=0&searchModeIUUID=fbc08634-4e45-4627-95f0-2c0b095b68f3>.
 28. Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo įstatymas. 1991 m. gegužės 21 d. Nr. I-1336. Suvestinė redakcija nuo 2020-01-01 iki 2021-12-31. (Law on State Social Insurance of the Republic of Lithuania of 21 May 1991, No I-1336. Consolidated version from 01/01/2020 to 31/12/2021.) [Internet] [cited 2019 Oct 16]. Available from: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.116582/asr?positionInSearchResults=17&searchModelUUId=39795f13-00ec-47da-8260-079617c8dabc>.
 29. Hoyer S, Reich N. Leave and financial support for family caregivers in EU member states [Internet]. Observatory for Sociopolitical Developments in Europe 2017 [cited 2019 Oct 16]. Available from: <https://www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/f/04d661be68.pdf>.
 30. Russel D, Rosenfeld P, Rosati RJ, Marren JM. Continuity in home health care: is consistency in nursing personnel associated with better patient outcomes? J Healthc Qual 2011;33(6):33-9. doi: 10.1111/j.1945-1474.2011.00131.x.
 31. Fan V, Burman M, McDonnell M, Fihn S. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. Journal of General Internal Medicine 2005;20(3):226-233.

Received August 2019, accepted November 2019

PRIEDAI

1 priedas

interRAI™ Priežiūra namuose (PN) Vertinimo klausimynas*
(angl. *interRAI™ Home Care (HC) Assessment Form*)

*Kopijuoti, platinti ar naudoti praktikoje klausimyną interRAI (HC) be tarptautinio konsorciumo interRAI sutikimo griežtai DRAUDŽIAMA

A DALIS. ASMENS DUOMENYS

- | | | | | | |
|----|--|--------------|--------------|--------------|-----|
| 1. | KODAS | | | | |
| 2. | LYTIS (1 Vyras, 2 Moteris) | | | | [] |
| 3. | GIMIMO DATA | [] | [] | [] | [] |
| | | <i>Metai</i> | <i>Mėnuo</i> | <i>Diena</i> | |
| 4. | ŠEIMYBINĖ PADĖTIS | | | | [] |
| | 1 Nevedęs / Netekėjusi | | | | |
| | 2 Vedęs / Ištekėjusi | | | | |
| | 3 Bendras gyvenimas nesusituokus | | | | |
| | 4 Našlys(-ė) | | | | |
| | 5 Gyvena atskirai nuo sutuoktinio | | | | |
| | 6 Išsiskyręs (-usi) | | | | |
| 5. | ESAMI MOKĖJIMO ŠALTINIAI (0 Ne, 1 Taip) | | | | |
| | a. Teritorinė ligonių kasa (TLK) | | | | [] |
| | b. Pats arba šeima moka visą sumą | | | | [] |
| | c. Savivaldybė | | | | [] |
| | d. Kita (<i>įrašyti</i>)..... | | | | [] |
| 6. | VERTINIMO PRIEŽASTIS | | | | [] |
| | 1 Pirmas vertinimas | | | | |
| | 2 Įprastinis vertinimas | | | | |
| | 3 Vertinimas sugrįžus | | | | |
| | 4 Žymaus būklės pakitimo vertinimas | | | | |
| | 5 Vertinimas išrašant, apimantis paskutines 3 priežiūros dienas | | | | |
| | 6 Tik išrašymas | | | | |
| | 7 Kita (pvz., mokslinis tyrimas) | | | | |
| 7. | VERTINIMO ATASKAITOS DATA | | | | |
| | | [2] | [0] | [] | [] |
| | | <i>Metai</i> | <i>Mėnuo</i> | <i>Diena</i> | |
| 8. | ASMENS LŪKESČIAI DĖL PRIEŽIŪROS TIKSLŲ (funkcinis paciento tobulėjimas, sveikatos gerėjimas, didėjantis savarankiškumas, gebėjimas gyventi savame būste, pagerėję socialiniai įgūdžiai; naudojimasis paslaugomis artimųjų iniciatyva) | | | | |

Įrašykite pirminį tikslą laukelyje apačioje

--

9. GYVENAMOJI VIETA VERTINIMO METU

[][]

- 1 Nuosavas namas / butas / nuomojamas kambarys
- 2 Pagalba ir priežiūra (neinstitucinė bendruomenės pagalba)
- 3 Gyvena padedamas ar gyvena pusiau savarankiškai
- 4 Namai asmenims, turintiems psichinę negalią
- 5 Namai asmenims, turintiems fizinę negalią
- 6 Įstaigos asmenims, turintiems intelekto negalią
- 7 Psichiatrijos ligoninė ar skyrius
- 8 Benamis (pastogę turi arba ne)
- 9 Ilgalaikės priežiūros įstaiga (senelių namai)
- 10 Reabilitacijos ligoninė / skyrius
- 11 Slaugos ligoninė / paliatyvios slaugos skyrius
- 12 Intensyviosios priežiūros ligoninė (stacionaras)
- 13 Pataisos ar įkalinimo įstaiga
- 14 Kita

10. GYVENIMO SĄLYGOS []

- 1 Vienas
- 2 Tik su sutuoktiniu (-e) / partneriu (-e)
- 3 Su sutuoktiniu(-e) / partneriu(-e) ir kitu (-ais)
- 4 Su vaiku (be sutuoktinio (-ės) / partnerio (-ės))
- 5 Su tėvu (-ais) arba globėju (-ais)
- 6 Su broliu (-ais) arba seserimi (-is)
- 7 Su kitu giminaičiu (-iais)
- 8 Ne su giminaičiu (-iais)
 - a. Palyginus su PASTAROSIOMIS 90 DIENŲ (arba nuo paskutinio vertinimo), dabar asmuo gyvena su kažkuo nauju (pvz., įsikėlė gyventi su nauju žmogumi arba pas asmenį įsikėlė naujas žmogus)
0 Ne, **1** Taip []
 - b. Asmuo ar giminaitis mano, kad geriau, jei asmuo gyventų kitur []
0 Ne
1 Taip, slaugos namuose (kituose bendruomeniniuose namuose)
2 Taip, institucijoje ar ligoninėje

11. PRAĖJĘS LAIKAS NUO PASKUTINĖS HOSPITALIZACIJOS

[]

Kodas naujausiam įvykiui per PASTARĄSIAS 90 DIENŲ

- 0** Nehospitalizuotas per pastarąsias 90 dienų
- 1** Prieš 31–90 dienų
- 2** Prieš 15–30 dienų
- 3** Prieš 8–14 dienų
- 4** Per pastarąsias 7 dienas
- 5** Šiuo metu ligoninėje

B DALIS. REGISTRACIJA IR PIRMINĖ ISTORIJA

[Pastaba: Užpildyti tik registracijos / pirmojo vertinimo metu]

1. BYLOS ATIDARYMO DATA (šioje įstaigoje)

[2][0][][] — [][] — [][]
Metai Mėnuo Diena

2. GIMTOJI KALBA

- 1 Lietuvių []
2 Rusų []
3 Lenkų []
4 Kita (įrašyti)..... []

3. GYVENAMOSIOS VIETOS ISTORIJA PER PASTARUOSIUS 5 METUS

Kodas visoms vietoms, kuriose asmuo gyveno per 5 METUS prieš bylos užvedimą (B1 dalis) (0 Ne, 1 Taip)

- a. Ilgalaikės priežiūros įstaiga (pvz., slaugos namai) []
b. Pagalba ir priežiūra (neinstitucinė bendruomenės pagalba) []
c. Psichikos sveikatos įstaiga (pvz., psichiatriniai grupiniai namai) []
d. Psichiatrinė ligoninė ar skyrius []
e. Aplinka asmenims su psichine negalia []

C DALIS. SUVOKIMAS

1. KOGNITYVINIAI GEBĖJIMAI PRIIMANT SPRENDIMUS

KASDIENINIAME GYVENIME

Sprendimų priėmimas susijęs su kasdienine veikla (pvz., kada keltis ar valgyti, ką apsirengti ar ką veikti)

- 0 Nepriklausomas — sprendimai nuoseklūs, logiški ir saugūs
1 Pakitusi priklausomybė — patiria sunkumų tik naujose situacijose
2 Minimaliai susilpnėjusi — tam tikrose pasikartojančiose situacijose priima netinkamus ar pavojingus sprendimus; tuo metu reikalingos užuominos / priežiūra
3 Vidutiniškai susilpnėjusi — sprendimai netinkami ar nesaugūs; reikalingi nuolatiniai patarimai / priežiūra
4 Stipriai susilpnėjusi — niekada priima sprendimų arba retai
5 Nesąmoningas, komos būsenos [Pereiti prie G dalies]

2. ATMINTIS, GEBĖJIMAS PRISIMINTI

Kodas išmoktiems ar žinomiems dalykams, atkuriamiems atmintyje

(0 Taip, atmintis gera, 1 Atminties problemos)

- a. Trumpalaikė atmintis gera — atrodo / panašu, kad atsimena, kas buvo prieš 5 minutes []
b. Veiksmo atmintis gera — pats, be užuominų gali atlikti visus ar beveik visus užduoties žingsnius, kai reikia atlikti du ar daugiau veiksmų vienu metu []
c. Epizodinė atmintis gera — ABU: prisimena dažnai sutinkamų slaugytojų vardus / veidus ir žino, kur yra dažnai lankomos vietos (miegamasis, valgomasis, laisvalaikio kambarys, terapijos kambarys) []

3. PERIODIŠKAI SUTRIKĘS MĄSTYMAS AR SUVOKIMAS

[Pastaba: Atliekant tikslų tyrimą, reikia pasikalbėti su personalu, šeimos nariais ar kitais asmenimis, kurie tiesiogiai žino apie asmens elgesį tuo metu]

0 Sutrikimų nėra

1 Yra sutrikimų, kurie atitinka įprastinę būseną

2 Yra sutrikimų, atrodo kitaip nei įprastinės būsenos (pvz., naujas atvejis ar būklės pablogėjimas; skiriasi nuo būsenos prieš kelias savaites)

a. **Lengvai išblaškomas** — kartais sunkiai sutelkia dėmesį; dėmesys nukrypsta į šalį []

b. **Nerišlios kalbos atvejai** — kalba be prasmės, ne į temą arba šokinėja nuo vienos temos prie kitos; pameta mintį []

c. **Psichiniai gebėjimai kinta dienos metu** — kartais pagerėja, kartais pablogėja []

4. STIPRŪS PSICHINĖS BŪKLĖS PAKITIMAI, PALYGINUS

SU ĮPRASTINE ASMENS BŪSENA — *neramumas, mieguistumas, sunku pažadinti, pakitęs aplinkos suvokimas* (0 Ne, 1 Taip) []

5. POKYTIS PRIIMANT SPRENDIMUS, PALYGINUS SU

PRAĖJUSIOMIS 90 DIENŲ (AR PASKUTINIU VERTINIMU) []

0 Pagerėjo 2 Pablogėjo

1 Nepakito 8 Neaišku

D DALIS. BENDRAVIMAS IR REGA

1. GEBĖJIMAS IŠREIKŠTI SAVE (Raiška) []

Informacijos turinio raiška — ir žodinė, ir nežodinė

0 **Supranta** — lengvai reiškia mintis

1 **Paprastai supranta** — patiria sunkumų rinkdamas žodžius ar užbaigdamas mintį, BET davus laiko, reikia nedidelio sufleravimo arba jo visiškai nereikia

2 **Dažnai supranta** — patiria sunkumų rinkdamas žodžius ar užbaigdamas mintį IR reikia sufleravimo

3 **Kartas supranta** — gebėjimai apriboti konkrečiais prašymais

4 **Retai supranta arba niekada nesupranta**

2. GEBĖJIMAS SUPRASTI KITUS (Suvokimas) []

Gebėjimas suprasti žodinės informacijos turinį (kaip supranta; su įprastai naudojamais klausos prietaisais)

0 **Supranta** — aiškus supratimas

1 **Paprastai supranta** — praleidžia dalį pokalbio / pokalbio tikslą, BET suvokia didžiąją pokalbio dalį

2 **Dažnai supranta** — praleidžia dalį pokalbio / pokalbio tikslą, BET pakartojus ar paaiškinus dažnai supranta pokalbį

3 **Kartais supranta** — tinkamai atsako tik į paprastą, tiesioginį bendravimą

4 **Retai arba niekada nesupranta**

3. KLAUSA

[]

Gebėjimas girdėti (su įprastai naudojamais klausos prietaisais)

- 0 **Gera** — kalbėdamasis, bendraudamas grupėje, žiūrėdamas televizorių nepatiria sunkumų
- 1 **Minimalūs sunkumai** — patiria sunkumų tam tikroje aplinkoje (pvz., kai asmuo šneka tyliai ar yra toliau nei už 2 metrų)
- 2 **Vidutiniai sunkumai** — patiria sunkumų, klausydamas įprastinio pokalbio, reikia tylios aplinkos, kad gerai girdėtų
- 3 **Stiprūs sunkumai** — patiria sunkumų visose situacijose (pvz., pašnekovas turi kalbėti garsiai ar labai lėtai; arba asmuo teigia, jog visi garsai prislopinti)
- 4 **Negirdi**

4. REGA

[]

Gebėjimas matyti pakankamoje šviesoje (su akiniais ar kitais įprastai naudojamais prietaisais)

- 0 **Gera** — mato smulkias detales, įskaitant įprastą laikraščių / knygų šriftą
- 1 **Minimalūs sunkumai** — mato stambų šriftą, bet nemato įprasto laikraščių / knygų šrifto
- 2 **Vidutiniai sunkumai** — ribota rega; nemato laikraščių antraščių, tačiau gali atpažinti objektus
- 3 **Stiprūs sunkumai** — abejotina, ar atpažįsta objektus, bet atrodo, kad akimis seka juos; mato tik šviesą, spalvas, formas
- 4 **Nemato**

E DALIS. NUOTAIKA IR ELGESYS

1. PRISLĖGTOS, NERVINGOS AR LIŪDNOS NUOTAIKOS POŽYMIAI

Kodas požymiams, pastebėtiems per pastarąsias 3 dienas, nepriklausomai nuo numanomos priežasties [Pastaba: Jei įmanoma, pasiteirauti paties asmens]

- 0 **Nėra**
- 1 **Yra, tačiau per pastarąsias 3 dienas nepastebėta**
- 2 **Pastebėta per 1–2 dienas iš pastarųjų 3 dienų**
- 3 **Pastebėta kasdien per pastarąsias 3 dienas**
 - a. **Išsakė negatyvias mintis** — pvz., „Viskas veltui“; „Geriau numirčiau“; „Kokia prasmė?“; „Gailiuosi, kad taip ilgai gyvenu“; „Leisk man numirti“ []
 - b. **Nuolat pyksta ant savęs ar kitų** — pvz., lengvai susierzina, pyksta dėl suteikiamos priežiūros []
 - c. **Pasakymai, nežadinę raiška, rodanti nepagrįstą baimę** — pvz., baimė būti apleistam, baimė būti vienam, būti su kitais; tam tikrų daiktų ar situacijų baimė []
 - d. **Pasikartojantys nusiskundimai sveikata** — pvz., atkakliai ieško medicininės pagalbos, nesiliaujantis nerimas dėl sveikatos []
 - e. **Pasikartojantys skundai / susirūpinimas (nesusiję su sveikata)** — pvz., nuolatos siekia dėmesio / patikinimo dėl dienotvarkės, valgio, skalbimo, rūbų, santykių []
 - f. **Liūdna, skausminga ar susirūpinusi mina** — pvz., suraukti antakiai, nuolatinis raukymasis []
 - g. **Verkimas, verksmingumas** []

- h. **Pasikartojantys pasakymai, jog nutiks kažkas blogo** — pvz., tiki, kad jis ar ji greitai mirs, patirs širdies smūgį []
- i. **Nustoja domėtis mėgstama veikla** — pvz., ilgalaikiais užsiėmimais, būti su šeima / draugais []
- j. **Sumažėjęs bendravimas** []
- k. **Pasakymai, taip pat ir nežadinė raiška, apie gyvenimo džiaugsmo stygių (anhedonija)** — pvz., „Niekas manęs nebedžiugina“ []

2. SAVO NUOTAIKOS VERTINIMAS

- 0 Taip nesijautė per pastarąsias 3 dienas
 - 1 Taip nesijautė per pastarąsias 3 dienas, tačiau dažnai taip jaučiasi
 - 2 Taip jautėsi per 1–2 dienas iš pastarųjų 3 dienų
 - 3 Taip jautėsi kasdien per pastarąsias 3 dienas
 - 8 Asmuo negali (nenori) atsakyti
- Klauskite: „Per pastarąsias tris dienas, kaip dažnai...“**
- a. **Nesidomėjote ar nesidžiaugėte dalykais, kurie įprastai jums teikia malonumą?** []
 - b. **Jautėtės susirūpinęs, neramus ar sunerimęs?** []
 - c. **Jautėtės liūdnai, prislėgtai ar beviltiškai?** []

3. ELGESIO SIMPTOMAI

Kodas pastebėtiems požymiams, nepriklausomai nuo numanomos priežasties

- 0 Nėra
 - 1 Yra, tačiau nepastebėta per pastarąsias 3 dienas
 - 2 Pastebėta per 1–2 dienas iš pastarųjų 3 dienų
 - 3 Kasdien pastebėta per pastarąsias 3 dienas
- a. **Klaidžiojimas** — Judėjo be jokios racionalių priežasčių, tikriausiai užmiršęs, ko norėjo, ar nesuvokdamas pavojaus []
 - b. **Verbalinis smurtas** — pvz., kitiems grasino, ant jų rėkė, keikėsi []
 - c. **Fizinis smurtas** — pvz., kitiems smogė, įdrėskė, pastūmė, seksualiai priekabiavo []
 - d. **Socialiai nederamas ar trikdantis elgesys** — pvz., skleidė trikdančius garsus, rėkė, tepė arba mėtė maistą ar išmatas, kaupė daiktus, knisosi kitų daiktuose []
 - e. **Viešumoje nederamas seksualinis elgesys ar nusirengimas** []
 - f. **Priešinimasis priežiūrai** — pvz., atsisakė vaistų / injekcijų, pagalbos kasdieninėje veikloje, valgyti []

F DALIS. PSICHOSOCIALINĖ SAVIJAUTA

1. SOCIALINIAI SANTYKIAI

[Pastaba: jei įmanoma, teirautis asmens]

- 0 Niekada
 - 1 Ilgiau nei prieš 30 dienų
 - 2 Prieš 8–30 dienų
 - 3 Prieš 4–7 dienų
 - 4 Per pastarąsias 3 dienas
 - 8 Sunku pasakyti
- a. Dalyvavimas ilgą laiką mėgstamoje visuomeninėje veikloje []
 - b. Pokalbis su draugu ar šeimos nariu []
 - c. Kita sąveika su su draugu ar šeimos nariu — pvz., bendravimas telefonu, el. paštu []
 - d. Pyktis ar konfliktas su šeima arba draugais []

- e. Šeimos narių ar artimų pažįstamų baimė []
- f. Asmeniu nesirūpinta, smurtauta ar blogai elgtasi []
2. **VIENIŠAS (0 Ne, 1 Taip)** []
Sako ar parodo, jog jaučiasi vienišas (-a)
3. **POKYČIAI VISUOMENINĖJE VEIKLOJE PER PASTARĄSIAS 90 DIENŲ (ARBA NUO PASKUTINIO VERTINIMO, JEI PRAĖJO MAŽIAU NEI 90 DIENŲ)** []
Sumažėjęs dalyvavimas visuomeninėje, religinėje, profesinėje ar kitoje mėgstamoje veikloje.
 JEI SUMAŽĖJO, asmuo dėl to jaučiasi blogai
- 0 Dalyvavimas nesumažėjo
- 1 Dalyvavimas sumažėjo, tačiau dėl to asmuo blogai nesijaučia
- 2 Dalyvavimas sumažėjo, asmuo jaučiasi blogai
4. **LAIKAS DIENĄ, KAI BŪNA VIENAS (RYTE IR PO PIETŲ)** []
- 0 Mažiau nei 1 valanda
- 1 1–2 valandos
- 2 Daugiau nei 2 valandos, bet mažiau negu 8 valandos
- 3 8 ir daugiau valandų
5. **DIDELĮ STRESĄ SUKELIANTYS VEIKSNIAI PER PASTARĄSIAS 90 DIENŲ** — pvz., *asmuo sunkiai sirgo; mirė ar sunkiai sirgo šeimos narys / draugas; neteko namų; neteko daug pajamų / turto; nukentėjo nuo apiplėšimo ar užpuolimo; neteko vairuotojo pažymėjimo ar automobilio* (0 Taip, 1 Ne) []

G DALIS. FUNKCINĖ BŪKLĖ

1. **INSTRUMENTINĖS KASDIENINĖS VEIKLOS ATLIKIMAS IR GEBĖJIMAI**
Kodas kasdieninės veiklos ATLIKIMUI namuose ar bendruomenėje PER PASTARĄSIAS 3 DIENAS
Kodas GEBĖJIMAMS, paremtas numanomais gebėjimais atlikti veiklą kaip įmanoma savarankiškiau. Tam reikalingi vertintojo „spėjimai“.
- 0 **Nepriklausomas** — Jokios pagalbos, jokio paruošimo ar priežiūros
- 1 **Tik pasiruošimo pagalba**
- 2 **Priežiūra** — stebėjimas / patarimai
- 3 **Ribota pagalba** — pagalba kai kurias atvejais
- 4 **Didelė pagalba** — pagalba atliekant darbą, bet 50% ar daugiau darbo atlieka pats
- 5 **Maksimali pagalba** — pagalba atliekant darbą, bet pats atlieka mažiau nei 50 darbo
- 6 **Visiškas priklausomumas** — per visą laikotarpį veiklą atliko kiti
- 8 **Neatliko tokios veiklos** — per visą laikotarpį
[NENAUDOTI ŠIO KODO VERTINANT GEBĖJIMUS]

	Atlikimas	Gebėjimai
a. Maisto ruošą — kaip ruošiami valgiai (pvz., valgių planavimas, ingredientų pasirinkimas, gaminimas, valgių ir įrankių išdėstymas)	[]	[]
b. Įprasta namų ruošą — kaip namuose atliekama įprastinė ruošą (pvz., indų plovimas, dulkių valymas, lovos klojimas, valymas, skalbimas)	[]	[]
c. Finansų tvarkymas — kaip mokamos sąskaitos, tvarkoma čekių knygelė, namų išlaidos, prižiūrima kredito kortelės sąskaita	[]	[]

- d. **Vaistų vartojimas** — kaip vartoja vaistus (pvz., prisimena išgerti vaistus, atidaryti buteliukus, vartoti tinkamą vaistų kiekį, daryti injekcijas, naudoti tepalus) [][]
- e. **Naudojimasis telefonu** — kaip atliekami ir priimami telefono skambučiai (jei reikia, naudojasi pagalbiniais prietaisais, tokiais, kaip telefonas su dideliais skaičiais, lupa, garso padidavimo programomis) [][]
- f. **Laiptai** — kaip įveikia visas laiptų pakopas (12–14 pakopų) [][]
- g. **Apsipirkimas** — kaip perka maisto produktus ir namų apyvokos daiktus (pvz., kaip juos renkasi, už juos sumoka) — IŠSKYRUS NAUDOJIMĄSI TRANSPORTU [][]
- h. **Naudojimasis transportu** — kaip keliauja viešuoju transportu (navigacinė sistema, moka už kelionę) ar vairuoja pats (įskaitant išėjimą ir įėjimą į namus, įlipimą ir išlipimą iš transporto priemonės) [][]
- c. **Finansų tvarkymas** — kaip mokamos sąskaitos, tvarkoma čekių knygelė, namų išlaidos, prižiūrima kredito kortelės sąskaita [][]

2. ĮPRASTINĖS KASDIENINĖS VEIKLOS ATLIKIMAS

Atsižvelgti į visus atvejus per 3 dienas.

Jei visi atvejai atlikti vienodai, taip pat įvertinkite ir įprastinę kasdieninę veiklą.

Jei bet kuris atvejis įvertinamas 6, o kiti mažiau, tuomet įprastinę kasdieninę veiklą įvertinkite 5.

Kitais atvejais kreipkite dėmesį labiausiai priklausomus atvejus [ar visus atvejus, jei jie atlikti mažiau nei 3 kartus]. Jei labiausiai priklausomas atvejis vertinamas 1, tuomet įprastinę kasdieninę veiklą vertinkite 1. Jei ne, įprastinę kasdieninę veiklą vertinkite kaip vieną iš mažiausiai priklausomų atvejų skalėje nuo 2 iki 5.

- 0 **Nepriklausomas** — jokios fizinės pagalbos, pasiruošimo ar priežiūros bet kuriuo atveju
- 1 **Nepriklausomas, pagalba tik pasiruošiant** — nepaduodama ar nepadedama paimti ar padėti jokio daikto ar prietaiso, jokios fizinės pagalbos ar priežiūros bet kuriuo atveju
- 2 **Priežiūra** — stebėjimas / patarimai
- 3 **Ribota pagalba** — padedama valdyti galūnes, fizinė pagalba neperimant svorio
- 4 **Didelė pagalba** — 1 pagalbininko palaikymas keliant svorį (taip pat galūnių kėlimas), tačiau asmuo atlieka 50% ar daugiau užduočių
- 5 **Maksimali pagalba** — 2 ir daugiau pagalbininkų palaikymas keliant svorį (taip pat galūnių kėlimas) — ARBA — pagalba keliant svorius daugiau nei 50% užduočių
- 6 **Visiškas priklausomumas** — visais atvejais visa veikla atliekama kitų
- 8 **Tokia veikla nevyko viso laikotarpio metu**
 - a. **Maudymasis** — kaip prausia visą kūną vonioje / duše. Kaip įlipa ir išlipa iš vonios / dušo IR kaip plauna kiekvieną kūno dalį: rankas, šlaunis ir blauzdas, krūtinę, pilvą, tarpvietę — IŠSKYRUS NUGAROS IR PLAUKŲ PLOVIMĄ []
 - b. **Asmeninė higiena** — kaip rūpinasi asmenine higiena, kaip šukuojasi plaukus, valo dantis, skutasi, naudoja makiažą, plauna ir valo rankas ir veidą — IŠSKYRUS MAUDYMĄSI VONIOJE IR DUŠE []
 - c. **Viršutinės kūno dalies apsirengimas** — kaip apsirengia ir nusirengia (viršutinius ir apatinius rūbus) virš liemens, užsegamus, per galvą užsivelkamus megztinius, kt., užsideda protezus, ortopedines priemones []

- d. **Apatinės kūno dalies apsirengimas** — kaip apsirengia ir nusirengia (viršutinius ir apatinius rūbus) žemiau liemens, kelnes, sijonus, batus, užsegimus, diržus, kt. užsideda protezus, ortopedines priemones []
- e. **Vaikščiojimas** — kaip vaikšto iš vienos vietos į kitą namų tame pačiame aukšte []
- f. **Judėjimas** — kaip juda iš vietos į kitą tame pačiame aukšte (eina ar važiuoja vežimėliu). Jei naudojasi vežimėliu, kaip savarankiškai juda, kai naudojasi vežimėliu []
- g. **Atsisėdimas ant tualetu** — kaip atsistėdėd ar atsistoja nuo tualetu ar naktipuodžio []
- h. **Naudojimasis tualetu** — kaip naudojasi tualetu (ar naktipuodžiu, basonu, pisuaru), apsisvalo pasinaudojęs (-usi) tualetu ar nesusilaikymo atveju (-iais), keičia įklotus, tvarkosi su stoma ar kateteriu, pasitaiso rūbus — IŠSKYRUS ATISISĖDIMĄ IR ANT TUALETO []
- i. **Paslankumas lovoje** — kaip atsigula ir atsikelia iš horizontalios pozicijos, verčiasi nuo vieno šono ant kito ir kaip įsitaiso lovoje []
- j. **Valgymas** — kaip valgo ir geria (nepaisant įgūdžių). Taip pat maitinimasis kitais būdais (pvz., valgymas per vamzdelį, visiškai maitinimas kateteriu) []

3. JUDĖJIMAS / VAIKŠČIOJIMAS

a. Pirminis judėjimo būdas []

- 0 Vaikščiojimas be pagalbinių priemonių
- 1 Vaikščiojimas naudojantis pagalbėmis priemonėmis — pvz., lazda, vaikštyne, ramentais, neįgaliojo vežimėliu
- 2 Elektrinis invalido vežimėlis
- 3 Lovos režimas

b. 4 metrų atstumo įveikimo greitis [][]

Paruoškite tiesų, be kliūčių kelią. Paprašykite asmens atsistoti prie starto linijos. Tuomet pasakykite: „Kai pasakysiu, pradėkite eiti (su lazda / vaikštyne, jei ja naudojasi). Tai nėra testas jūsų greičiui pamatuoti. Sustokite, kai jūsų to paprašysiu. Ar supratote?“ Vertintojas gali parodyti pavyzdį. Po to pasakykite: „Dabar pradėkite eiti.“ Įjunkite laikmatį (arba skaičiuokite sekundes), kai žengiamas pirmasis žingsnis. Baikite skaičiuoti, kai asmuo peržengia 4 metrų ribą. Tada pasakykite: „Dabar sustokite“.

Įrašykite laiką sekundėmis, jei distanciją įveikė per 30 sekundžių

- 30 4 metrus nuėjo per 30 ir daugiau sekundžių
- 77 Sustojo prieš užbaigdamas testą
- 88 Atsisakė atlikti testą
- 99 Testas neatliktas — pvz., asmuo negali vaikščioti savarankiškai

- c. **Įveiktas atstumas** — Tolimiausias nueitas atstumas neatsisėdus per PASTARĄSIAS 3 DIENAS (su pagalba, jei reikia) []
- 0 Nevaikščiojo
 - 1 Mažiau nei 5 metrai
 - 2 5–49 metrai
 - 3 50–99 metrai
 - 4 100 ir daugiau metrų
 - 5 1 kilometras ir daugiau
- d. **Vežimėliu įveiktas atstumas** — Tolimiausias vienu metu asmens savarankiškai įveiktas atstumas PER PASTARĄSIAS 3 DIENAS (taip pat savarankiškas elektrinio vežimėlio valdymas) []
- 0 Neįgaliojo vežimėlis, stumiamas kitų
 - 1 Naudojosi elektriniu vežimėliu
 - 2 Pats nuvažiavo mažiau nei 5 metrus
 - 3 Pats nuvažiavo 5–49 metrus
 - 4 Pats nuvažiavo 50–99 metrus
 - 5 Pats nuvažiavo daugiau nei 100 metrų
 - 8 Nesinaudoja neįgaliojo vežimėliu
4. **AKTYVUMO LYGIS**
- a. **Bendras mankštos ar fizinio aktyvumo laikas PER PASTARĄSIAS 3 DIENAS** — pvz., vaikščiojimas []
- 0 Jokio aktyvumo
 - 1 Mažiau nei 1 valanda
 - 2 1–2 valandos
 - 3 3–4 valandos
 - 4 Daugiau nei 4 valandos
- b. **Dienu skaičius, kai išėjo iš namų ar gyvenamosios vietos per PASTARĄSIAS 3 DIENAS** (nesvarbu, kiek laiko buvo išėjęs (-usi)) []
- 0 Nebuvo išėjęs (-usi)
 - 1 Nebuvo išėjęs (-usi) per per pastarąsias 3 dienas, tačiau įprastai per 3 dienas išeina iš namų ar gyvenamosios vietos
 - 2 1–2 dienas
 - 3 3 dienas
5. **POTENCIALUS FIZINIO STATUSO PAGERĖJIMAS (0 Ne, 1 Taip)**
- a. Asmuo įsitikinęs, kad gali pagerinti savo fizinį statusą []
 - b. Slaugos personalas įsitikinęs, kad asmuo gali pagerinti savo fizinį statusą []
6. **POKYTIS ATLIEKANT ĮPRASTINĘ KASDIENINĘ VEIKLĄ, PALYGINUS SU PRAĖJUSIOMIS 90 DIENŲ ARBA NUO PASKUTINIO VERTINIMO, JEI PRAĖJO MAŽIAU NEI 90 DIENŲ** []
- 0 Pagerėjo
 - 1 Nepakito
 - 2 Pablogėjo
 - 8 Neaišku

7. VAIRAVIMAS

- a. Vairavo automobilį (ar kitą transporto priemonę) per PASTARĄSIAS 90 DIENŲ (0 Ne, 1 Taip) []
- b. Jeigu vairavo per PASTARĄSIAS 90 DIENŲ, vertintojas žino, jog kažkas asmeniui patarė vairuoti rečiau ARBA nevairuoti visai (0 Ne, arba nevairuoja, 1 Taip) []

H DALIS. SULAIKYMAS

1. ŠLAPIMO SULAIKYMAS []

- 0 **Sulaiko** — visiškas sulaikymas; NESINAUDOJA jokios rūšies kateteriu ar koku kita šlapimo surinkimo priemone
- 1 **Nadojasi kateteriu arba stoma** per pastarąsias 3 dienas
- 2 **Dažniausiai sulaiko** — susilaikė per pastarąsias 3 dienas, tačiau kartais nesusilaiko
- 3 **Kartais nesulaiko** — rečiau negu kas dieną
- 4 **Dažnai nesulaiko** — kas dieną, tačiau kartais sulaiko
- 5 **Nesulaiko** — jokio sulaikymo
- 8 **Nesišlapino** — nebuvo jokio šlapimo šalinimo iš šlapimo pūslės per pastarąsias 3 dienas

2. ŠLAPIMO SURINKIMO PRIEMONĖS [Išskyrus įklotus / sauskelnes] []

- 0 Nėra
- 1 Užmaunamas kateteris (prezervatyvo tipo)
- 2 Į šlapimo pūslę įvestas kateteris
- 3 Cistostomija, nefrostomija, prostatektomija

3. IŠMATŲ SULAIKYMAS []

- 0 **Sulaiko** — visiškas sulaikymas; NESINAUDOJA jokios rūšies stomos prietaisu
- 1 **Naudojasi stoma** — sulaikymas naudojantis stoma per pastarąsias 3 dienas
- 2 **Retkarčiais nesulaiko** — susilaikė per pastarąsias tris dienas, tačiau kartais nesusilaiko
- 3 **Kartais nesulaiko** — rečiau negu kas dieną
- 4 **Dažnai nesulaiko** — kas dieną, tačiau esama nesulaikymo
- 5 **Nesulaiko** — nėra jokio sulaikymo
- 8 **Nesituštino** — nebuvo jokio tuštinimosi per pastarąsias 3 dienas

4. DĖVI ĮKLOTUS ARBA SAUSKELNES (0 Ne, 1 Taip) []

I DALIS. LIGOS DIAGNOZĖ

Ligos kodas

0 Nėra

1 Pirminė dabartinės būklės diagnozė (-ės)

2 Diagnozė nustatyta, suteikiamas aktyvus gydymas

3 Diagnozė nustatyta, stebima, neskiriamas gydymas

1. LIGOS DIAGNOZĖS

Kaulų ir raumenų sistemos

- a. Klubo lūžis per pastarąsias 30 dienų (ar nuo paskutinio vertinimo, jei praėjo mažiau nei 30 dienų) []
- b. Kitas lūžis per pastarąsias 30 dienų (ar nuo paskutinio vertinimo, jei praėjo mažiau nei 30 dienų)) []

Neurologinės

- c. Alzheimerio liga []
- d. Demencija ar kita ne Alzheimerio liga []
- e. Hemiplegija []
- f. Išsėtinė sklerozė []
- g. Paraplegija []
- h. Parkinsono liga []
- i. Tetraplegija []
- j. Insultas / smegenų kraujotakos sutrikimas []

Kardialinės ar plaučių

- k. Koronarinė širdies liga []
- l. Lėtinė obstrukcinė plaučių liga []
- m. Stazinis širdies nepakankamumas []

Psichiatrinės

- n. Nerimas []
- o. Bipolonis sutrikimas []
- p. Depresija []
- q. Šizofrenija []

Infekcijos

- r. Plaučių uždegimas []
- s. Šlapimo takų infekcija per pastarąsias 30 dienų []

Kita

- t. Vėžys []
- u. Cukrinis diabetas []

2. KITŲ LIGŲ DIAGNOZĖS

Diagnozė	Diagnozės kodas	TLK kodas
a. _____	[]	[][][][]•[][][]
b. _____	[]	[][][][]•[][][]
c. _____	[]	[][][][]•[][][]
d. _____	[]	[][][][]•[][][]
e. _____	[]	[][][][]•[][][]
f. _____	[]	[][][][]•[][][]

[Pastaba: Jei reikia, pridėkite papildomų eilučių kitų ligų diagnozėms]

J DALIS. Sveikatos būklė

1. GRIUVIMAI

[]

- 0 Negriuvo per pastarąsias 90 dienų
- 1 Negriuvo per pastarąsias 90 dienų, bet griuvo prieš 31–90 dienų
- 2 Griuvo 1 kartą per pastarąsias 30 dienų
- 3 Griuvo 2 ar daugiau kartų per pastarąsias 30 dienų

2. PASKUTINIAI GRIUVIMAI

[]

[Praleisti, jei paskutinį kartą vertinta daugiau nei prieš 30 dienų arba tai yra pirmas vertinimas]

- 0 Ne
- 1 Taip
- [tuščia] Nevertinama (pirmas vertinimas arba daugiau nei 30 dienų nuo paskutinio vertinimo)

3. PROBLEMOS DAŽNUMAS

Kodas atvejams per pastarąsias 3 dienas

- 0 Nėra
- 1 Yra, tačiau nenutiko per pastarąsias 3 dienas
- 2 Nutiko 1 dieną iš pastarųjų 3 dienų
- 3 Nutiko 2 dienas iš pastarųjų 3 dienų
- 4 Nutiko kas dieną per pastarąsias 3 dienas

Pusiausvyros

- a. Sunku arba negali atsikelti į vertikalią poziciją be pagalbos []
- b. Sunku arba negali apsisukti aplink save ir pasisukti į priešingą pusę, kai stovi []
- c. Svaigulys []
- d. Nestabili eisena []

Kardialinės ar plaučių

- e. Skausmai krūtinės srityje []
- f. Sunku išvalyti sekrecijas iš kvėpavimo takų []

Psichiatrinės

- g. Pakitęs mąstymas — pvz., netikslios asociacijos, blokavimas, minčių šuoliai, nukrypimas nuo temos, nereikalingų detalių pasakojimas []
- h. Iliuzijos — tvirti klaidingi įsitikinimai []
- i. Haliucinacijos — klaidingas jutiminis suvokimas []

Neurologinės

- j. Afazija []

Virškinamojo trakto būklė

- k. Skrandžio refluksas — skrandžio rūgšties atrijimas []
- l. Vidurių užkietėjimas — jokio tuštinimosi per pastarąsias 3 dienas ar sunkus tuštinimasis dėl kietų išmatų []
- m. Viduriavimas []
- n. Vėmimas []

Miego sutrikimai

- o. Sunkiai užmiega arba negali užmigti; pabunda per anksti; vartosi lovoje; prastai miega []
- p. Per daug miega — besaikis miegas, kuris trukdo normaliam asmens funkcionavimui []

Kitos

- q. Aspiracija []
- r. Karščiavimas []
- s. Virškinamojo trakto ar urogenitalinis kraujavimas []
- t. Higiena — neįprastai prasta higiena, susivėlę plaukai, ištaršyti rūbai []
- u. Periferinė edema []

4. DUSULYS []

- 0 Simptomų nėra
- 1 Nėra ramybės būsenoje, tačiau atsiranda atliekant vidutinio sunkumo veiklą
- 2 Nėra ramybės būsenoje, tačiau atsiranda atliekant įprastinę kasdieninę veiklą
- 3 Yra ramybės būsenoje

5. NUOVARGIS []

Negalėjimas atlikti kasdieninės veiklos — pvz., įprastinės kasdieninės veiklos, įprastinės kasdieninės instrumentinės veiklos

- 0 Nėra
- 1 Minimalus — sumažėjusi energija, tačiau gali atlikti įprastinę kasdieninę veiklą
- 2 Vidutinis — dėl sumažėjusios energijos NEGALI UŽBAIGTI įprastinės kasdieninės veiklos
- 3 Stiprus — dėl sumažėjusios energijos NEGALI PRADĖTI KAI KURIOS įprastinės kasdieninės veiklos
- 4 Negali atlikti jokios įprastinės kasdieninės veiklos — dėl sumažėjusios energijos

6. SKAUSMO SIMPTOMAI

[Pastaba: Visuomet pasiteiraukite asmens apie skausmo dažnumą, intensyvumą ir skausmo malšinimą. Stebėkite asmenį ir pasiteiraukite kitų, kurie bendrauja su asmeniu]

- a. **Dažnumas, kuriuo asmuo skundėsi ar rodė skausmo požymius**
(taip pat raukymasis, dantų sukandimas, dejavimas, atsitraukimas prisilietus bei kiti neverbaliniai ženklai, rodantys skausmą) []
 - 0 Skausmo nejautė
 - 1 Jautė, tačiau ne per pastarąsias 3 dienas
 - 2 Jautė 1–2 dienas iš pastarųjų 3 dienų
 - 3 Jautė kas dieną per pastarąsias 3 dienas
- b. **Stipriausio skausmo intensyvumas** []
 - 0 Skausmo nejautė
 - 1 Nestiprus
 - 2 Vidutinis
 - 3 Stiprus
 - 4 Kartais skausmas labai stiprus ar nepakeliamas
- c. **Skausmo pastovumas** []
 - 0 Skausmo nejautė
 - 1 Jautė skausmą 1 kartą per paskutines 3 dienas
 - 2 Jautė skausmą su pertraukomis
 - 3 Nuolatos jautė skausmą

- d. **Skausmo protrūkiai** — Kartai per PASTARĄSIAS 3 DIENAS, kai asmuo pajuto staigų, aštrų skausmą (0 Ne, 1 Taip) []
- e. **Skausmo malšinimas** — Esamo terapeutinio gydymo adekvatumas skausmui malšinti (asmens nuomonė) []
- 0 Skausmas nekelia problemų
 - 1 Skausmo intensyvumas pakeliamas; gydymas nepaskirtas arba nereikia keisti gydymo režimo
 - 2 Skausmas adekvačiai malšinamas paskirto terapeutinio režimo
 - 3 Skausmas malšinamas, kai atliekamas terapeutinis režimas, ne visuomet, kaip liepta
 - 4 Terapeutinis režimas atliekamas, tačiau skausmo malšinimas nėra pakankamas
 - 5 Neatliekamas joks terapeutinis režimas; skausmo malšinimas nėra pakankamas
7. **BŪKLĖS STABILUMAS (0 Ne, 1 Taip)**
- a. Dėl būklės suvokimo įprastinė kasdieninė veikla, nuotaika ar elgesys nestabilūs (svyruoja, kelia pavojų, ar blogėja) []
 - b. Patiria pasikartojančios ar lėtinės problemos atsinaujinimą ar paūmėjimą []
 - c. Paskutinė ligos stadija, gyventi liko 6 ar mažiau mėnesių []
8. **ASMENS NUOMONĖ APIE SAVO SVEIKATĄ** []
- Paklauskite: „Kaip apskritai vertintumėte savo sveikatą?“*
- 0 Puikiai
 - 1 Gera
 - 2 Vidutiniškai
 - 3 Blogai
 - 8 Negali (nenori) atsakyti
9. **TABAKAS IR ALKOHOLIS**
- a. Kas dieną rūko tabaką []
 - 0 Ne
 - 1 Nerūkė per pastarąsias 3 dienas, tačiau įprastai rūko kas dieną
 - 2 Taip
 - b. Alkoholis — Didžiausias skaičius gėrimų, išgertų „vienu prisėdimu“ per PASTARĄSIAS 14 DIENŲ []
 - 0 Nė vieno
 - 1 1
 - 2 2–4
 - 3 5 ar daugiau

K DALIS. Burnos ertmės būklė ir mityba

1. ŪGIS IR SVORIS [centimetrai ir kilogramai]

Įrašykite (a.) ūgį centimetrais (b.) svorį kilogramais. Įrašydami svorį vadovaukitės naujausiu svėrimu per PASTARĄSIAS 30 DIENŲ.

- a. **ŪGIS** [][][](cm)
b. **SVORIS** [][][](kg)

2. MAITINIMOSI PROBLEMOS (0 Nėra, 1 Yra)

- a. Svoris nukrito 5% ar daugiau per PASTARĄSIAS 30 DIENŲ arba 10% ar daugiau per PASTARĄSIAS 180 DIENŲ []
b. Dehidratuotas arba šlapalo ir kreatino kiekio santykis kraujyje >100 [Santykis, atitinkamai pagal šalį] []
c. Suvartoja mažiau nei 1000 cm³ skysčių per dieną (mažiau nei keturis 236 ml puodelius per dieną) []
d. Pašalina daugiau skysčių negu suvartoja []

3. MAITINIMOSI BŪDAS []

- 0 **Normalus** — gali nuryti visų rūšių maistą
1 **Pakitęs nepriklausomas** ? — pvz., skysčius gurkšnoja, suvartoja ribotą kiekį kieto maisto, poreikis dietos pakeitimui gali būti nežinomas
2 **Reikia pakeisti dietą, kad prarytų kietą maistą** — pvz., mechanškai apdorotas maistas (pvz., sutrintas, susmulkintas, ir pan.) arba gali valgyti tik tam tikrą maistą
3 **Reikia pakeisti dietą, kad prarytų skysčius** — pvz., tirštesnės konsistencijos skysčiai
4 **Kietą maistą gali valgyti tik sutrintą** — IR — tirštos konsistencijos skysčius
5 **Mišrus natūralus ir paranterinis maitinimas arba enterinis maitinimas**
6 **Maitinimas tik per nazogastrinį zondą**
7 **Maitinimas tik per gastro stomą** — pvz., PEG (perkutaninė endoskopinė stoma)
8 **Tik paranterinis maitimas** — taip pat visos paranterinio maitinimo rūšys, tokios kaip visiškas paranterinis maitimas
9 **Nevalgė** — per visą laikotarpį

4. DANTYS AR BURNOS ERTMĖ (0 Ne, 1 Taip)

- a. Nešioja dantų protezus (išimami protezai / dantų plokštelė) []
b. Turi lūžusius, fragmentuotus, klibančius ar kitaip sugadintus natūralius dantis []
c. Skundžiasi sausa burnos ertme []
d. Skundžiasi sunkumu kramtydamas (-a) []

L DALIS. Odos būklė

1. DIDŽIAUSIOS PRAGULOS []

- 0 Nėra pragulų
1 Bet kurios kūno vietos pastovus paraudimas
2 Dalinis odos sluoksnių netekimas
3 Gilūs odos įplyšimai (krateriai)
4 Odos įplyšimai, atidengiantys raumenis ar kaulus
5 Nekoduojama, pvz., vyrauja nekrotinis židiny

2. **ANKSČIAU BUVUSIOS PRAGULOS** (0 Ne, 1 Taip) []
3. **KITOS ODOS OPOS BE PRAGULŲ** — pvz., *trofinės opos, išeminės opos, mišrios trofinės ir išeminės opos, diabetinė pėda* (0 Ne, 1 Taip) []
4. **DIDELĖS SVARBIOS ODOS PROBLEMOS** — pvz., *pažeidimai, I ar II laipsnio nudegimai, gyjančios chirurginės žaizdos* (0 Ne, 1 Taip) []
5. **ODOS PLYŠIMAI AR ĮPJOVIMAI** — *nechirurginiai* (0 Ne, 1 Taip) []
6. **KITOS ODOS LIGOS AR PAKITIMAI ODOS BŪSENOJE** — pvz., *mėlynės, bėrimai, niežulys, dėmės, juostinė pūslelinė, iššutimas, egzema* (0 Ne, 1 Taip) []
7. **KOJŲ PROBLEMOS** — pvz., *iškrypęs didysis kojos pirštas, plaktukinė kojų pirštų deformacija, vienas ant kito lipantys kojų pirštai, struktūrinės problemos, infekcijos, opos* []
 - 0 Nėra kojų problemų
 - 1 Kojų problemos yra, bet nesukelia problemų vaikščioti
 - 2 Kojų problemos riboja vaikščiojimą
 - 3 Kojų problemos neleidžia vaikščioti
 - 4 Kojų problemos yra, bet negali vaikščioti dėl kitų priežasčių

M DALIS. Vaistai

1. VISŲ VAISTŲ SĄRAŠAS

Visų PER PASTARĄSIAS 3 DIENAS suvartotų receptinių ir bet kokių nereceptinių vaistų sąrašas

[Pastaba: Jei įmanoma, naudokite kompiuterizuotus įrašus; ranka įrašykite tik tuomet, kai absoliučiai būtina.]

Kiekvienam vaistui rašoma:

- a. **Pavadinimas**
- b. **Dozė** — teigiamas skaičius, pvz.: 0,5, 5, 150, 300.
[Pastaba: Po kablelio niekada nerašykite nulio (N mg).
Visada rašykite nulį prieš kablelį (0,N mg).]
- c. **Vienetai** — koduokite pagal šį sąrašą:

gtts (lašai)	mEk (miliekvivalentas)	Inhaliavimas
gm (gramai)	mg (miligramai)	% (procentai)
l (litrai)	ml (mililitrai)	vnt. (vienetai)
µg (mikrogramas)	oz (uncija)	kt. (kita)
- d. **Vartojimo būdas** — kodas pagal šį sąrašą:

per os (per burną)	per rectum (rektinis)	EM (enterinis vamzdelis)
subling. (po liežuviu)	ung. (vietinis)	empl. (pleistras)
i.m. (į raumenis)	inhal. (inhaliacinis)	ophth. (į akis)
i.v. (į veną)	nasal. (per nosį)	kt. (kita)
s.c. (paoodinis)		
- e. **Dažnis** — Per per dieną, savaitę ar mėnesį suvartotų vaistų dažnį koduokite pagal šį:

Kas 1 val. (kas valandą)	5 × d. (5 kartus per dieną)
Kas 2 val. (kas 2 valandas)	Kas II d. (kas antrą dieną)
Kas 3 val. (kas 3 valandas)	Kas III d. (kas trečią dieną)
Kas 4 val. (kas 4 valandas)	Kas savaitę
Kas 6 val. (kas 6 valandas)	2 × sav. (2 kartus per savaitę)

Kas 8 val. (kas 8 valandas)

Kasdien

P. miegą (prieš miegą)

2 x d. (2 kartus per dieną)
(taip pat kas 12 valandų)

3 x d. (3 kartus per dieną)

4 x d. (4 kartus per dieną)

3 x sav. (3 kartus per savaitę)

4 x sav. (4 kartus per savaitę)

5 x sav. (5 kartus per savaitę)

6 x sav. (6 kartus per savaitę)

1 x mėn. (kas mėnesį)

2 x mėn. (du kartus per mėnesį)

kt. (kitą)

f. Prireikus (0 Ne, 1 Taip)

g. Kompiuteriu įvestas vaistų kodas

a. Pavadinimas	b. Dozė	c. Vienetai	d. Būdas	e. Dažnis	f. Prireikus	g. Medikamento kodas ATC (TLC kodas)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						

[Pastaba: Prireikus suvartotiems vaistams pridėti papildomų eilučių]

[Sutrumpinimai atitinka šalyje naudojamus vienetus, būdus, dažnį]

2. ALERGIJA VAISTAMS (0 Nėra žinomos alergijos vaistams, 1 Yra)

[]

3. GYDytojų paskirtų vaistų vartojimo atitikimas []

0 Visada atitinka

1 Atitinka 80% ar daugiau kartų

2 Atitinka mažiau nei 80%, taip pat ir kai neįsigyja paskirtų vaistų

8 Nepaskirta jokių vaistų

N DALIS. Gydymas ir procedūros

1. PREVENCIJA (0 Ne, 1 Taip)

- | | |
|---|-----|
| a. PER PASTARUOSIUS METUS matuotas kraujo spaudimas | [] |
| b. PER PASTARUOSIUS 5 METUS atlikta kolonoskopija | [] |
| c. PER PASTARUOSIUS METUS atlikta dantų apžiūra | [] |
| d. PER PASTARUOSIUS METUS tirtos akys | [] |
| e. PER PASTARUOSIUS 2 METUS tikrinta klausa | [] |
| f. PER PASTARUOSIUS METUS skiepyta nuo gripo | [] |
| g. PER PASTARUOSIUS 2 METUS atlikta mamograma ar tirtos krūtys (moterims) | [] |
| h. PER PASTARUOSIUS 5 METUS ar vyresniam 9 (-iai) nei 65 metų atlikta „Pneumovax“ vakcina | [] |

2. SUTEIKTAS AR SUPLANUOTAS GYDYMAS IR PROGRAMOS PER PASTARĄSIAS 3 DIENAS (ARBA NUO PASKUTINIO VERTINIMO JEI JIS BUVO MAŽIAU NEI PRIEŠ 3 DIENAS)

- 0 Nepaskirta ir neįvykdyta
 1 Paskirta, neįvykdyta
 2 1–2 dienas iš pastarųjų 3 dienų
 3 Kas dieną per pastarąsias 3 dienas

Gydymai

- | | |
|---|-----|
| a. Chemoterapija | [] |
| b. Dializė | [] |
| c. Infekcijos valdymas — pvz., izoliacija, karantinas | [] |
| d. Gydymas intraveniniais vaistais | [] |
| e. Deguonies terapija | [] |
| f. Radiacija | [] |
| g. Nusiurbimas | [] |
| h. Tracheostomijos priežiūra | [] |
| i. Perpylimas | [] |
| j. Ventiliatoriaus ar respiratoriaus naudojimas | [] |
| k. Žaizdų priežiūra | [] |

Programos

- | | |
|----------------------------------|-----|
| l. Suplanuotos tualetų programos | [] |
| m. Paliatyvios pagalbos programa | [] |
| n. Sukimo / repozicijos programa | [] |

3. OFICIALI PRIEŽIŪRA

Atliktos priežiūros dienos (A) ir minutės iš viso(B) per pastarąsias 7 dienas

Priežiūros gydymo apimtis per PASTARĄSIAS 7 dienas (arba nuo paskutinio vertinimo ar registracijos, jei tai įvyko mažiau nei prieš 7 dienas) apima:

	(A) # Dienų	(B) Minutės iš viso per pastarąją savaitę
a. Sveikatos padėjėjo pagalba namuose	[]	[][][]
b. Slaugės pagalba namuose	[]	[][][]
c. Namų ruošos paslaugos	[]	[][][]
d. Valgio ruošimas	[]	[][][]
e. Kineziterapija	[]	[][][]

- f. Ergoterapija [] [][][]
- g. Šnekėjimo – kalbos patologija ir audologijos paslaugos [] [][][]
- h. Psichoterapija (atlikta licenciją turinčio psichikos sveikatos priežiūros specialisto) [] [][][]
- 4. APSILANKYMAI LIGONINĖJE, PRIĖMIMO-SKUBIOS PAGALBOS SKYRIUJE, GYDYTOJO APSILANKYMAI**
Kodas kartų skaičiui per PASKUTINES 90 DIENŲ (arba nuo paskutinio vertinimo, jei MAŽIAU NEI PRIEŠ 90 DIENŲ)
- a. Staigus apsilankymas ligoninėje su nakvojimu [][]
- b. Apsilankymas priėmimo-skubios pagalbos skyriuje (be nakvojimo) [][]
- c. Gydytojo apsilankymai (ar įgalioto asistento ar praktikuojančio gydytojo) [][]
- 5. FIZINIS SUVARŽYMAS** — galūnių suvaržymas, panaudoti lovos turėklai, pririšamas (-a) prie kėdės, kai sėdi (0 Ne, 1 Taip) []

O DALIS. Atsakomybė

- 1. GLOBĖJAS [PAVYZDŽIUI — JAV]** (0 Ne, 1 Taip) []

P DALIS. Socialinė parama

- 1. DU PAGRINDINIAI NEOFICIALŪS PADĖJĖJAI**

Padėjėjas

1 2

[][]

- a. **Santykiai su asmeniu**

- 1 Vaikas ar vaikas iš kitos santuokos
- 2 Sutuoktinis
3. Partneris(-ė)
- 4 Tėvas / globėjas (-a)
- 5 Brolis ar sesuo
- 6 Kitas giminaitis (-ė)
- 7 Draugas (-ė)
- 8 Kaimynas(-ė)
- 9 Nėra informacijos apie padėjėją

Padėjėjas

1 2

[][]

- b. **Gyvena su asmeniu**

- 0 Ne
- 1 Taip, 6 mėnesius ar trumpiau
- 2 Taip, daugiau nei 6 mėnesius
- 8 Nėra informacijos apie padėjėją

Neoficialios pagalbos sritys per pastarąsias 3 dienas

[][]

- 0 Ne
- 1 Taip
- 8 Nėra informacijos apie padėjėją

	Padėjėjas	
	1	2
c. Pagalba atliekant įprastinę kasdieninę instrumentinę veiklą	[]	[]
d. Pagalba atliekant įprastinę kasdieninę veiklą	[]	[]
2. NEOFICIALAUS PADĖJĖJO STATUSAS (0 Ne, 1 Taip)		
a. Neoficialus padėjėjas (-ai) nebegali prižiūrėti asmens — pvz., dėl suprastėjusios sveikatos padėjėjui sunku rūpintis asmeniu		[]
b. Pagrindinis neoficialus padėjėjas teigia jaučiantis (-i) nuovargį, pyktį ar depresiją		[]
c. Šeima ar artimas draugas teigia jaučiasi nepajėgiantis susidoroti su asmens liga		[]
3. NEOFICIALIOS PRIEŽIŪROS IR AKTYVAUS STEBĖJIMO VALANDŲ SKAIČIUS PER PASTARĄSIAS 3 DIENAS	[]	[]
<i>Įrašykite valandų skaičių iš viso, kai visi šeimos nariai, draugai ir kaimynai padėjo asmeniui atlikti instrumentinę ar asmeninę kasdieninę veiklą</i>		
4. STIPRŪS IR PALAIKANTYS RYŠIAI SU ŠEIMA (0 Ne, 1 Taip)		[]

R DALIS. Aplinkos vertinimas

- NAMŲ APLINKA (0 Ne, 1 Taip)**
Kodas bet kuriam iš šių atvejų, dėl kurių namų aplinka tampa pavojinga ar netinkama gyventi (jei asmuo laikinai yra įstaigoje, vertindami remkitės apsilankymu namuose)
 - Namai prastos būklės** — pvz., pavojinga netvarka; nepakankamai arba nėra šviesos svetainėje, miegamajame, virtuvėje, tualete, koridoriuose; skylės grindyse; pratekantys vamzdžiai []
 - Nešvarios sąlygos** — pvz., nepaprastai purvina, yra žiurkių ar vabalų []
 - Nepakankamas šildymas ar vėsinimas** — pvz., vasarą per karšta, žiemą per šalta []
 - Asmeninio saugumo trūkumas** — pvz., smurto baimė, nesaugu eiti iki pašto dėžutės arba lankyti kaimynus, didelis eismas gatvėje []
 - Ribotas įėjimas į namus ar kambarius namuose** — pvz., kliūtys įeiti ar išeiti iš namų, negali lipti laiptais, sunkumai vaikščioti kambariuose, nėra turėklų, nors jų reikia []
- GYVENA BUTE AR NAME, KURIAME ĮĖJIMAS, PRITAIKYTAS ASMENIMS SU NEGALIA (0 Ne, 1 Taip)** []
- LAUKO APLINKA (0 Ne, 1 Taip)**
 - Pagalbos prieinamumas nelaimės atveju** — pvz., telefonas, reagavimo į pavojaus signalą sistema []
 - Galimybė pasiekti parduotuvę be pagalbos** []
 - Galimybė gauti maisto prekes į namus** []
- LĖŠOS (0 Ne, 1 Taip)** []
Dėl ribotų pajamų per pastarąsias 30 dienų atliko kompromisą pirkti bet kurį iš šių: pakankamas maistas, pastogė, rūbai; paskirti vaistai; pakankamas šildymas ar vėsinimas; būtina sveikatos priežiūra

S DALIS. Išrašymo galimybė ir bendra būklė

1. **PATENKINTAS VIENAS AR DAUGIAU PRIEŽIŪROS TIKSLŲ PER PASTARĄSIAS 90 DIENŲ (ARBA NUO PASKUTINIO VERTINIMO, JEI PRAĖJO MAŽIAU NEI 90 DIENŲ)** (0 Ne, 1 Taip) []
2. **BENDRAS SAVARANKIŠKUMAS ŽENKLIAI PAKITO PALYGINTI SU BŪKLE PRIEŠ 90 DIENŲ (ARBA NUO PASKUTINIO VERTINIMO, JEI PRAĖJO MAŽIAU NEI 90 DIENŲ)** []
 - 0 Pagerėjo [Pereiti prie T dalies]
 - 1 Nepakito [Pereiti prie T dalies]
 - 2 Pablogėjo

KODAS ŠIEMS 3 PUNKTAS, JEI „PABLOGĖJO“ PER PASTARĄSIAS 90 DIENŲ — PRIEŠINGU ATVEJU PEREITI PRIE T DALIES

3. **IPRASTINĖS KASDIENINĖS VEIKLOS SRIČIŲ SKAIČIUS IŠ DEŠIMTIES, KURIAS ATLIKDAMAS ASMUI BUVO SAVARANKIŠKAS PRIEŠ PABLOGĖJIMĄ** [][]
4. **IPRASINĖS KASDIENINĖS INSTRUMENTINĖS VEIKLOS SRIČIŲ SKAIČIUS IŠ AŠTUONIŲ, KURIAS ATLIKDAMAS ASMUI BUVO SAVARANKIŠKAS PRIEŠ PABLOGĖJIMĄ** []
5. **PABLOGĖJIMO ATVEJO AR PROBLEMOS, SUSIJUSIOS SU PABLOGĖJIMU, LAIKAS** []
 - 0 Per pastarąsias 7 dienas
 - 1 Prieš 8–14 dienų
 - 2 Prieš 15–30 dienų
 - 3 Prieš 31–60 dienų
 - 4 Daugiau nei 60 dienų
 - 8 Nėra aiškaus pablogėjimo atvejo

T DALIS. Išrašymas

[Pastaba: Užpildykite T dalį, tik kai asmui išrašomas]

1. **PASKUTINĖ APSISTOJIMO DIENA** [2][0][][] — [][] — [][]
*Metai**Mėnuo**Diena*
2. **GYVENAMASIS STATUSAS PO IŠRAŠYMO**
 - 1 Nuosavas namas / butas / nuomojamas kambarys
 - 2 Pagalba ir priežiūra (neinstitucinė bendruomenės pagalba)
 - 3 Gyvena padedamas/ gyvena su pagalba ar gyvena pusiau savarankiškai
 - 4 Psichikos sveikatos įstaiga
 - 5 Namai asmenims su fizine negalia,
 - 6 Namai asmenims su psichikos negalia,
 - 7 Psichiatrijos ligoninė ar skyrius
 - 8 Benamis (pastogę turi arba ne)
 - 9 Ilgalaikės priežiūros įstaiga (senelių namai)
 - 10 Reabilitacijos ligoninė/skyrius
 - 11 Slaugos ligoninė / paliatyvios slaugos skyrius

- 12 Intensyviosios priežiūros ligoninės
- 13 Pataisos ar įkalinimo įstaiga
- 14 Kita
- 15 Miręs (-usi)

U DALIS. Vertinimo informacija

VERTINIMĄ ATLIEKANČIO ASMENS PARAŠAS _____

1. Parašas (pasirašyti virš linijos)
2. Įvertinimo baigimo pasirašymo data

[2][0][][] — [][] — [][]
Metai Mėnuo Diena

1 lentelė. Tiriamųjų skirstinys pagal nustatytus slaugos/pagalbos poreikius MAPLe prioriteto grupėse

Nustatyti specialūs poreikiai	Slaugos paslaugų prioriteto lygis pagal MAPLe, n (proc.)					Iš viso, n (proc.)
	1	2	3	4	5	
Nėra SP	1 (100)	1 (100)	4 (40,0)	14 (16,5)	5 (9,1)	25 (16,4)
Pagalba	0 (0)	0 (0)	3 (30,0)	15 (17,6)	21 (38,2)	39 (25,7)
Slauga	0 (0)	0 (00)	3 (30,0)	56 (65,9)	29 (52,7)	88 (57,9)
Iš viso	1 (100)	1 (100)	10 (100)	85 (100)	55 (100)	152 (100)

2 lentelė. Tiriamųjų skirstinys pagal MAPLe prioritetus slaugos/pagalbos poreikių grupėse

Nustatyti specialūs poreikiai	Slaugos paslaugų prioriteto lygis pagal MAPLe, n (proc.)					Iš viso, n (proc.)
	1	2	3	4	5	
Nėra SP	1 (4,0)	1 (4,0)	4 (16,0)	14 (56,0)	5 (20,0)	25 (100)
Pagalba	0 (0)	0 (0)	3 (7,7)	15 (38,5)	21 (53,8)	39 (100)
Slauga	0 (0)	0 (0)	3 (3,4)	56 (63,6)	29 (33,0)	88 (100)
Iš viso	1 (0,7)	1 (0,7)	10 (6,6)	85 (55,9)	55 (36,1)	152 (100)

3 lentelė. Tiriamųjų skirstinys pagal nustatytus slaugos/pagalbos poreikius MI choice rekomenduojamuose grupėse

Nustatyti specialūs poreikiai	Institucinės slaugos paslaugos	Slaugos paslaugos namuose	Intermituojanti/protarpinė slauga	Pagalba namuose	Informavimas ir konsultavimas	Iš viso, n (proc.)
	n (proc.)					
Nėra SP	9 (7,5)	12 (42,8)	1 (100)	2 (100)	1 (100)	25 (16,4)
Pagalba	31 (25,8)	8 (28,6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	39 (25,7)
Slauga	80 (66,7)	8 (28,6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	88 (57,9)
Iš viso	120 (100)	28 (100)	1 (100)	2 (100)	1 (100)	152 (100)

4 lentelė. Tiriamųjų skirstinys pagal MI Choice lygius slaugos/pagalbos poreikių grupėse

Nustatyti specialūs poreikiai	Institucinės slaugos paslaugos	Slaugos paslaugos namuose	Intermi- tuojanti/ protarpinė slauga	Pagalba namuose	Informavimas ir konsul- tavimas	Iš viso, n (proc.)
	n (proc.)					
Nėra SP	9 (36,0)	12 (48,0)	1 (4,0)	2 (8,0)	1 (4,0)	25 (100)
Pagalba	31 (79,5)	8 (20,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	39 (100)
Slauga	80 (90,9)	8 (9,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	88 (100)
Iš viso	120 (78,9)	28 (18,5)	1 (10,7)	2 (1,2)	1 (0,7)	152 (100)

5 lentelė. Tiriamųjų skirstinys pagal MAPLe prioritetus Mi Choice rekomenduojamose priežiūros grupėse

MAPLe proriteto lygis	Institucinės slaugos paslaugos	Slaugos paslaugos namuose	Intermituojanti/protarpinė slauga	Pagalba namuose	Informavimas ir konsultavimas	Iš viso, n (proc.)
	n (proc.)					
1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	1 (0,7)
2	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (50,0)	0 (0)	1 (0,7)
3	0 (0)	8 (28,6)	1 (100)	1 (50,0)	0 (0)	10 (6,6)
4	65 (54,2)	20 (71,4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	85 (55,9)
5	55 (45,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	55 (36,1)
Iš viso	120 (100)	28 (100)	1 (100)	2 (100)	1 (100)	152 (100)

6 lentelė. Tiriamųjų skirstinys pagal Mi Choice rekomenduojamas priežiūros grupes MAPLe proriteto grupėse

MAPLe proriteto lygis	Institucinės slaugos paslaugos	Slaugos paslaugos namuose	Intermi- tuojanti/ protarpinė slauga	Pagalba namuose	Informavimas ir konsul- tavimas	Iš viso, n (proc.)
	n (proc.)					
1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	1 (100)
2	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	1 (100)
3	0 (0)	8 (80,0)	1 (10,0)	1 (10,0)	0 (0)	10 (100)
4	65 (76,5)	20 (23,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	85 (100)
5	55 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	55 (100)
Iš viso	120 (78,9)	28 (18,5)	1 (0,7)	2 (1,2)	1 (0,7)	152 (100)



KAUNO REGIONINIS BIOMEDICININIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, A. Mickevičiaus g. 9, LT 44307 Kaunas, tel. (+370) 37 32 68 89, el. paštas: kaunorbtek@ismuni.lt

LEIDIMAS ATLIKTI BIOMEDICININĮ TYRIMĄ

2017-06-28 Nr. BE-2-36

Biomedicininio tyrimo pavadinimas:	„Geriatrinių pacientų, išrašomų iš slaugos ligoninės į namus, sveikatos sutrikimų ir slaugos namuose poreikio vertinimas“.
Protokolo Nr.:	1
Data:	2017-05-15
Versija:	2
Asmens informavimo forma	Versija nr. 2, data 2017-05-15
Pagrindinis tyrėjas:	Gyd. Lina Urbietė
Biomedicininio tyrimo vieta:	VšĮ Respublikinės Kauno ligoninės Slaugos klinika,
Istaigos pavadinimas:	Vytauto g. 61, Garliava
Adresas:	

Išvada:

Kauno regioninio biomedicininio tyrimų etikos komiteto posėdžio, įvykusio 2017 m. birželio mėn. 6 d. (protokolo Nr. BE-10-7) sprendimu pritarta biomedicininio tyrimo vykdymui.

Mokslinio eksperimento vykdytojai įsipareigoja: (1) nedelsiant informuoti Kauno Regioninį biomedicininio Tyrimų Etikos komitetą apie visus nenumatytus atvejus, susijusius su studijos vykdymu, (2) iki sausio 15 dienos – pateikti metinį studijos vykdymo apibendrinimą bei, (3) per mėnesį po studijos užbaigimo, pateikti galutinį pranešimą apie eksperimentą.

Kauno regioninio biomedicininio tyrimų etikos komiteto nariai			
Nr.	Vardas, Pavardė	Veiklos sritis	Dalyvavo posėdyje
1.	Prof. Edgaras Stankevičius	Fiziologija, farmakologija	taip
2.	Prof. Skaidrius Miliauskas	Pulmonologija, vidaus ligos	taip
3.	Med. dr. Jonas Andriuškevičius	Chirurgija	taip
4.	Doc. Gintautas Gunbrevičius	Klinikinė farmakologija	taip
5.	Prof. Kęstutis Petrikonis	Neurologija	ne
6.	Dr. Ramunė Kasperavičienė	Filologija	taip
7.	Eglė Vaižgelienė	Visuomenės sveikata	ne
8.	Žydrūnė Luneckaitė	Visuomenės sveikata	taip
9.	Jurgita Laurinaitytė	Teisė	ne

Kauno regioninis biomedicininio tyrimų etikos komitetas dirba vadovaudamasis etikos principais nustatytais biomedicininio tyrimų Etikos įstatyme, Helsinkio deklaracijoje, vaistų tyrinėjimo Geros klinikinės praktikos taisyklėmis.

Kauno RBTEK Pirmininkas

Prof. Edgaras Stankevičius



CURRICULUM VITAE

Name, Surname: Lina Urbietė
Address: Nursing Clinic of Republican Hospital of Kaunas,
Vytauto 61, LT- 53258 Garliava, Lithuania
Tel.: 8 37 393399
E-mail: linahitt@yahoo.de

Education:

2004 Bachelor of Rehabilitation and Nursing, General Practice Nurse. *Study program “Nursing” of study area of rehabilitation and nursing.*
Kaunas University of Medicine (from 2010 – Lithuanian University of Health Sciences)

2006 Master of Public Health (graduated from Public Health Management Programme 62110B103)
Kaunas University of Medicine (from 2010 – Lithuanian University of Health Sciences)

From 2015 Doctoral studies at Lithuanian University of Health Sciences, Medical Academy, Faculty of Nursing, Department of Geriatrics

Professional experience (workplaces and position titles)

1993–1996 Emergency room. Nurse
Kaunas District Central Hospital

1996–1997 Emergency room. Chief nurse
Public institution Garliava Hospital

1997–2006 Chief nursing administrator
Public institution Garliava Hospital

2006–2014 Deputy director of nursing
Public institution Garliava Hospital, branch of Republican Hospital of Kaunas

24 Sep 2014–31 March 2016 Interim nursing administrator (since 1 May 2015 – Head of Nursing Clinic of Republican Hospital of Kaunas)

1 April 2016–Present Head of Nursing Clinic of Republican Hospital of Kaunas

2016-04-27–2016-12-30 Junior researcher. Lithuanian University of Health Sciences, Medical Academy, Faculty of Nursing, Department of Geriatrics

Licence General practice nurse (certificate of approval No. SPL – 07227, granted in 2002 May 15th)

Participation in projects

2016–2019	Research Council of Lithuania. Grant No. SEN-06/2016, research project „Smart Gerontechnology for Healthy Ageing“
2017–2019	Spirituality in nursing

Memberships

Member of the Lithuanian Society of Palliative Medicine

PADĖKA

Nuoširdžiai dėkoju savo disertacijos vadovei prof. habil. dr. Vitai Le-sauskaitei ir konsultantei prof. dr. Jūratei Macijauskienei už pagalbą ir vertingas mokslines konsultacijas studijuojant doktorantūroje ir rengiant disertaciją bei mokslines publikacijas ir pranešimus. Dėkoju už jų paprastą, šiltą bendravimą ir bendradarbiavimą, už paskatinimą ir moralinį palaikymą.

Dėkoju Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Geriatrijos klinikos visam kolektyvui už vertingus patarimus, moralinį palaikymą, pagalbą ir tikėjimą manimi.

Dėkoju dr. Linai Danusevičienei ir doc. dr. Rūtai Butkevičienei už konsultacijas atliekant kokybinį tyrimą, už vertingus dalykinius patarimus ir moralinį palaikymą.

Dėkoju Pirminių centrų vadovams už dalyvavimą apklausoje, už konstruktyvias diskusijas ir vertingus patarimus.

Dėkoju savo bendradarbėms už pagalbą renkant duomenis tyrimui ir dalykinius patarimus.

Be galo dėkoju savo šeimai – vyrui Alvydui ir dukrai Aistei už jų supratingumą, kantrybę, palaikymą ir meilę.

Nuoširdžiai dėkoju savo tėvams, seseriai Jūratei ir jos vyrui Arūnui už moralinį palaikymą, tikėjimą mano sėkme ir padrąsinimą.

Nuoširdų ačiū tariau savo sūnėnui Sauliui už operatyvų techninių nesklaidumų sprendimą rengiant disertaciją.

Dėkoju visiems, kurie vienaip ar kitaip prisidėjo prie šios disertacijos rengimo.