

PSICHOSOCIALINIŲ PASLAUGŲ PERSONALIZAVIMAS ONKOLOGINIAMS LIGONIAMS: LIETUVOS IR ANGLIJOS LYGINAMOJI ANALIZĖ

JAROSLAV DVORAK¹, SAMANTA SAVICKAITĖ²

Klaipėdos universitetas (Lietuva)

ANOTACIJA

Straipsnyje siekiama išanalizuoti ir palyginti Angliją ir Lietuvą personalizuotų psichosocialinių paslaugų kontekste. Tyrimas atskleidė, kad Anglijoje psichosocialinių paslaugų personalizacija tiek politiniu, tiek praktiniu lygmenimis sėkmingai įgyvendinama ir plėtojama, tuo tarpu Lietuvoje psichosocialinės paslaugos apskritai yra tik pradinėje vystymosi stadijoje³, jos nėra visiškai integruotos į onkologinių ligonių sveikatos priežiūros sistemą, nepakankamai dėmesio skiriama holistiniams ligonių poreikiams. Tačiau, nors politiniu lygmeniu apie personalizaciją Lietuvoje nekalbama, analizės rezultatai rodo, kad jai įgyvendinti gali būti sudarytos palankios sąlygos, stiprinant valstybinių institucijų ir NVO bendradarbiavimą. Straipsnio pabaigoje autoriai pateikia teorinį personalizuotų psichosocialinių paslaugų teikimo modelį, pagrįstą Lietuvos praktika.

PAGRINDINIAI ŽODŽIAI: *personalizacija, psichosocialinės paslaugos, personalizuotos paslaugos onkologiniams ligoniams.*

JEL KLASIFIKACIJA: L31, L38, H75, I18, D91

DOI:

Įvadas

Pastaraisiais metais Vakarų valstybės pradėjo inicijuoti pokyčius viešųjų paslaugų kūrimo ir teikimo srityse, kurių esminis tikslas – paslaugas teikti taip, kad jos tenkintų visuomenės narių individualius poreikius ir įgalintų pilietį aktyviai dalyvauti sprendimų priėmimo procesuose. Ši transformacija šiuolaikinėje politikoje įvardijama kaip personalizacija (Needham, 2011, 2010; Dvorak, Savickaitė, 2015). Pabrėžtina, kad ypatingas dėmesys skiriamas sveikatos priežiūros sričiai⁴, akcentuojant personalizuotų paslaugų poreikį lėtinėmis ligomis sergantiems asmenims, tarp jų – ir onkologiniams ligoniams (Warner, Jeremy, 2015; Salz, 2014; Van Dyck, Gassull, 2012). Onkologinės ligos – vienas didžiausių iššūkių sveikatos priežiūros sistemoms, nes dėl šios problemos masto, gydymo išlaidų ir ilgalaikių pasekmių būtinas didelis šalies vyriausybės dėmesys ir iki tol vyraavusios sveikatos paslaugų formavimo ir teikimo tradicijos keitimas. Ne išimtis čia ir Lietuva,

¹ Jaroslav Dvorak – Klaipėdos universiteto Viešojo administravimo ir socialinės geografijos katedros docentas
Moksliniai interesai: programų vertinimas, vertinimo metodai, faktais pagrįstas administravimas, socialinis dialogas
El. paštas: jaroslav.dvorak@ku.lt
Tel. +370 46 398 675

² Samanta Savickaitė – Klaipėdos universiteto Sveikatos priežiūros vadybos magistrė
Moksliniai interesai: personalizacija, psichosocialinių paslaugų integracija, onkologinių ligonių sveikatos politika
El. paštas: samantasavickaite@yahoo.com
Tel. +370 683 652 19

³ 2009 m. psichosocialinės paslaugos įtrauktos į Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos socialinių paslaugų katalogą. 2012 m. Sveikatos apsaugos ministerija patvirtino šių paslaugų teikimo tvarką sveikatos priežiūros srityje.

⁴ Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo pokyčiai būtini dėl tokių priežasčių kaip ryškus išlaidų sveikatos priežiūrai išaugimas ir nelygios galimybės gauti tam tikras paslaugas. Šią situaciją lemia spartus visuomenės senėjimas, lėtinių ligų, kurioms būtina ilgalaikė priežiūra, išaugimas, kokybiškų paslaugų poreikis dėl mokslo pažangos, tobulėjančių informacinių ir komunikacinių technologijų, kas lemia ir paslaugų kainų didėjimą.

kurioje antra pagal dažnį žmonių mirtingumo priežastis yra piktybiniai navikai (Higienos instituto sveikatos informacijos centras, 2015), o pastaraisiais metais diagnozuojama apie 18 000 naujų onkologinės ligos susirgimo atvejų (Vlmedicina.lt, 2013). Pažymėtina, kad šių ligų išankstinei prevencijai, diagnozavimui ir gydymui būtina subjektyvi, kompleksinė prieiga. Onkologiniams ligoniams gydymo laikotarpiu ir jam pasibaigus dažniausia kyla plataus spektro problemų: finansinių, emocinių, psichologinių, praktinių ir, žinoma, fiziologinių (Macmillan Cancer Support, 2015 (a) (b); Kudukytė-Gasperė, Štaras, 2015), todėl iškyla psichosocialinių paslaugų integravimo ir personalizavimo poreikis, kaip efektyviausia šių problemų sprendimo alternatyva (Jabosen, 2012; Phillips, Kathryn, 2013; Meltzer, David, 2013).

Kadangi Anglija šioje srityje yra pasiekusi didelę pažangą, ji gali būti laikoma gerosios praktikos pavyzdžiu Lietuvai. Todėl šio tyrimo pagrindinė problema: kokios yra galimybės sukurti personalizuotų psichosocialinių paslaugų teikimo modelį onkologiniams ligoniams Lietuvoje, remiantis gerąja Anglijos praktika?

Tyrimo tikslas – ištirti Anglijoje ir Lietuvoje egzistuojančius psichosocialinių paslaugų teikimo onkologiniams ligoniams modelius ir įvertinti juos personalizacijos aspektu.

Objektas: psichosocialinių paslaugų personalizavimas onkologiniams ligoniams

Uždaviniai: šiuo tyrimu siekiama įvertinti psichosocialinių paslaugų onkologiniams ligoniams personalizavimo galimybes Lietuvoje, ištirti ir palyginti esamus psichosocialinių paslaugų teikimo modelius, išnagrinėti personalizacijos teorinius aspektus, jos plėtrą stabdančias ir / ar skatinančias sąlygas.

Metodai: mokslinės literatūros analizė, dokumentų studijos, lyginamasis, aprašomasis, sisteminimo, vertinimo metodai.

1. Viešųjų paslaugų personalizavimas: teorinės įžvalgos

Personalizacijos sampratos apibūdinimas. Personalizacijos ištakos siekia pirmųjų politinių judėjimų laikus, kadangi įvairiais laikais individai vaidino svarbų vaidmenį visuomenėje, tačiau dabartis siūlo naują personalizacijos etapą. Nykstant tradiciniams visuomeniniams ryšiams (klasės, sluoksniai), iškyla individas, kaip svarbiausia visuomenės gyvybingumo ląstelė (Holtz-Bacha, 2014). Todėl šiandieninės personalizacijos tikslas – įgalinti asmenį patį priimti sprendimus ir suteikti jam kuo daugiau pasirinkimo galimybių.

Pats žodis *personalizacija* kilęs nuo žodžio *personalizuoti*. Pastarasis Oxfordo žodyne aiškinamas kaip projektavimas arba gaminimas, remiantis kieno nors individualiais reikalavimais. Visgi vieno visuotinio personalizacijos apibrėžimo nėra, nes tai pakankamai daug savyje talpinantis reiškiny, kurį įvairūs teoretiškai apibrėžia, atsižvelgdami į jiems aktualius kriterijus ir akcentuodami jiems reikšmingas vietas. Vis dėlto išanalizavus įvairių mokslininkų personalizacijos interpretacijas, galima skirti platųjį ir siaurąjį personalizacijos požiūrius. Siaurojo požiūriu personalizacija aiškinama teisės, politikos ir vadybos mokslų kontekste, plačiuoju – į personalizaciją žvelgiama psichologiniu, vertybiniu žvilgsniu (žr. 1 lentelę).

Taigi personalizacija siūlo visiškai kitaip teikti paslaugas, nei tai buvo iki šiol: kalbama apie žmonėms siūlomą platesnį pasirinkimo spektrą ir galimybę kontroliuoti savo gyvenimą. Bendrąja prasme personalizacija aiškinama kaip žmonių įgalinimas patiems nusistatyti savo poreikius ir atitinkamai pasirinkti paslaugas, kurių jiems reikia (Needham, 2011a).

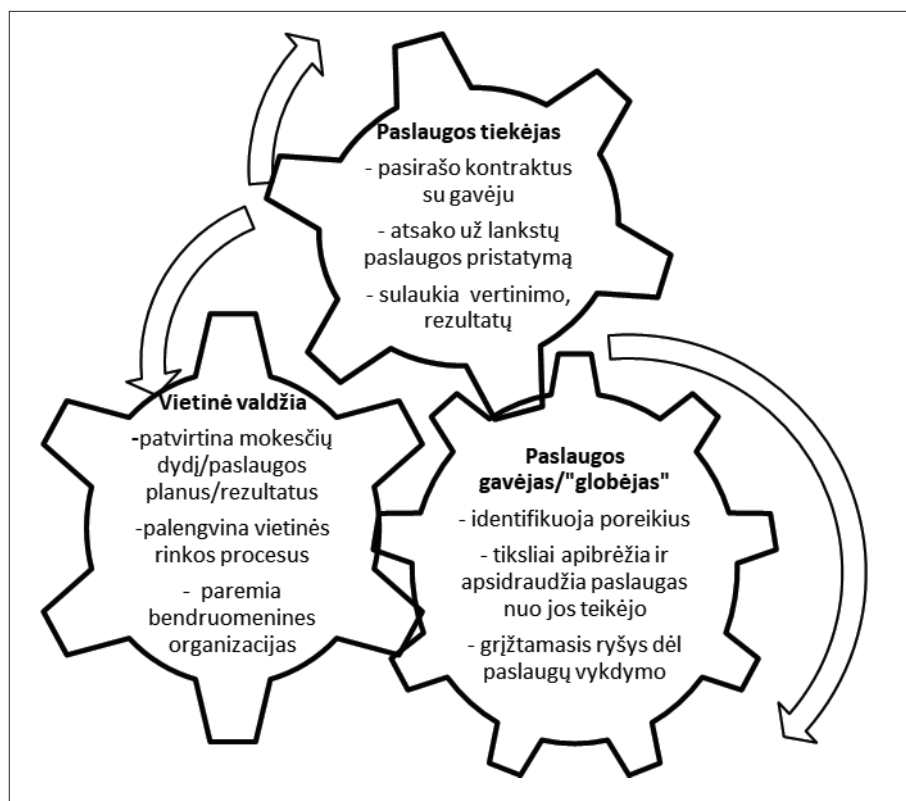
Viešųjų paslaugų personalizacijos įgyvendinimas. Pats personalizacijos įgyvendinimo mechanizmas yra ganėtinai sudėtingas ir, nors personalizacija vis labiau inkorporuojama į politinę darbotvarkę daugelyje viešojo gyvenimo sričių, ji nesusisteminta viename kokiame nors įstatyme, galima teigti, kad pati personalizacijos politika vystosi sparčiau nei įstatyminis jos pagrindas, todėl nuolat bandoma ieškoti optimalių šios politikos kūrimo ir įgyvendinimo sprendimų.

Konkrečiai Anglijoje kuriant personalizuotų paslaugų mechanizmą vietos valdžia dirba kartu su vietiniais valstybinės sveikatos priežiūros padaliniais, kitomis valstybinėmis agentūromis, trečiuoju ir privačiuoju sektoriumi, taip pat su pačiais paslaugų gavėjais, jų „globėjais“ bei vietos bendruomenėmis, todėl kuriama sudėtinga santykių sistema, kurios nariai yra skirtingų sektorių atstovai. Tokio pobūdžio santykių vaizdinė schema patiekta 1 paveiksle.

1 lentelė. Požiūriai į personalizacijos sampratą

Personalizacijos samprata	
Siaurasis požiūris	Platusis požiūris
<i>Personalizacija</i> – tai paslaugų teikimas ir formavimas, atsižvelgiant į individualius vartotojo pasirinkimus, skonį, elgseną ir geografinę buvimo vietą (Xitong ir kt., 2015) <i>Personalizacija</i> – tai pirmiausia galvojimas apie paslaugas ir apie tuos, kurie jomis naudosis, o ne politinių „receptų“ rinkinys (Carr, 2010) <i>Personalizacija</i> – visus telkianti tema ir dominuojanti idėja Anglijos viešųjų paslaugų teikimo aplinkoje. Tai pasakojimas, kurį sudaro penkios istorinės linijos: 1. Žmonės yra savo pačių gyvenimo ekspertai. 2. Į žmogų orientuoti metodai labiau atskleidžia jo gyvenimo būdą nei ribotos departamentų žinios. 3. Personalizacija pritaikoma kiekvienam, ne tik tiems, kuriems reikia socialinės priežiūros. 4. Personalizacijos veikimo esmė – pagerinti žmogaus gyvenimą. 5. Personalizacija mažina išlaidas (Needham, 2011(a); 2014)	<i>Personalizacija</i> – tai procesas, kuriam vykstant integruojami įvairūs komponentai, todėl personalizacija suvokiama per tokius reiškinius, kaip: • Individualizacija; • Dekategorizavimas; • savęs lyginimas su kitais; • savianalizė; • empatija (Ensari, Christian, 2012)

Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Ensari, Christian, 2012; Needham, 2011 (a) (b); 2014; Xitong, Xiaofei, 2015.



1 pav. Bendradarbiavimo principas teikiant personalizuotas viešąsias paslaugas

Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis National Market Development Forum, p. 6

Pagrindinė praktiškai naudojama personalizacijos įgyvendinimo priemonė – paties paramos gavėjo valdoma parama (angl. *Self-direct support*). Remiantis 2011 m. labdaros organizacijos „In Control“ duomenimis, norint įgyvendinti aptartos paramos iniciatyvą, galimi variantai yra:

- Asmeninis biudžetas. Tai pinigai, skiriami socialinėms paslaugoms teikti. Pinigų kiekis priklauso nuo vietos institucijų nustatyto viešųjų paslaugų įkainio.
- Individualus biudžetas. Šiam biudžetui pinigai gali būti renkami iš skirtingų šaltinių, tokių kaip: Nepriklausomas pragyvenimo fondas (angl. *Independent Living Fund*) ir programa „Supporting people“.
- Tiesioginės išmokos. Tai tiesiogiai žmogui išmokami pinigai, jis pats susiplanuoja norimų paslaugų paketą.
- Asmeninis sveikatos biudžetas. Tai biudžetas, formuojamas pagal specifinius sveikatos poreikius, atsižvelgiant į paciento sveikatos būklę. Dėl savo naujumo šis biudžetas vertinamas kaip inovacija sveikatos srityje (Barker, 2011), kuri sėkmingai pasiteisino (National Health Service, 2015; 2015a).

Galima teigti, kad personalizacijos rezultatas skiriasi nuo įprasta tvarka teikiamų paslaugų, nes į paslaugų pirkimo ir pardavimo procesus įtraukiami visi suinteresuoti subjektai, vyksta intensyvios derybos, užmezgami glaudūs daugiašaliai ryšiai, siekiant suformuoti specifinį paslaugų paketą, kuris atitiktų individualius piliečio poreikius. Šiuo paslaugų projektavimo būdu iš esmės keičiama įprastinė viešųjų paslaugų teikimo tvarka, sustiprinama kontrolė, paslaugų teikimo priežiūra, dar svarbesnė tampa paslaugų kokybė ir piliečių pasitenkinimas jomis.

Nevyriausybinių sektoriaus vaidmuo personalizacijos darbotvarkėje. Personalizacija, kaip judėjimas ir politinė iniciatyva, kilo iš trečiojo, t. y. nevyriausybinių, sektoriaus. Daugelis šių organizacijų įsteigtos, siekiant užtikrinti paslaugų, kurios geriausiai atitiktų žmonių poreikius, teikimą (Association of Chief Executives of Voluntary Organisations, 2010). Pagrindinė siekiamybė buvo: piliečių nepriklausomas gyvenimas, dalyvavimas bendruomeniniuose reikaluose, finansų ir paslaugų kontrolė, pasirinkimas ir įgalinimas, kaip esminės personalizacijos idėjos (Carr, 2012, p. 14). Pagal vertybių skalę personalizacija artimiausia socialinio darbo vertybėms, todėl tai paaiškina faktą, kodėl personalizacijos judėjimas siejamas su trečiuoju sektoriumi, kuris labiausiai orientuotas į socialinių paslaugų teikimą. Savanoriškais ir bendruomeniniais pagrindais veikiantis sektorius atlieka esminį vaidmenį personalizuojant viešąsias, ypač socialines, paslaugas, nes didesnės specifinių paslaugų ar tam tikrų specialistų pasirinkimo galimybės (National Council for voluntary organizations, 2015). Juolab kad sparčiai augant piliečių poreikiams ir pilietinėms iniciatyvoms, valstybinis sektorius nebepajėgus vienas pats tenkinti piliečių keliamų reikalavimų. Šis sektorius laikomas lyderiu teikiant personalizuotas paslaugas dėl įvairių priežasčių, pagrindinės jų:

- Išteklių: žinios, patirtis ir darbo įgūdžiai. Trečiojo sektoriaus organizacijos turi ilgametę darbo patirtį su bendruomene, žino jos poreikius ir lūkesčius, priešingai nei tradiciniai valstybiniai paslaugų teikimo subjektai (NCVO, 2015, Rt. Hon. Anne McGuire, 2010).
- Procedūros: specifiniai piliečių įtraukimo į paslaugų teikimą būdai juos traktuojant kaip paslaugų vartotojus ar iš dalies autonomines vartotojų grupes (Hon, McGuire, 2010; Kelly, 2007).
- Organizacija: trečiojo sektoriaus organizacijos, nepriklausomos nuo tradicinių paslaugų teikiančių modelių ir struktūrų. NVO pranašumas tas, kad jos veikia nepriklausomai nuo statutinių agentūrų, turi daugiau laisvės formuojant ir teikiant paslaugas gyventojams, lyginant su viešojo sektoriaus institucijomis (Hon, McGuire, 2010; Kelly, 2007).

2. Onkologinių ligonių sveikatos priežiūros sistema Anglijoje ir Lietuvoje: personalizacijos efekto viltis

Atlikus Anglijos ir Lietuvos onkologinių ligonių sveikatos priežiūros sistemų analizę nustatyta, kad Anglijoje sudarytos palankios psichosocialinių paslaugų personalizavimo įgyvendinimo sąlygos, tuo tarpu Lietuvoje pasitaiko įvairių kliūčių. Pagrindinės jų: silpnas psichosocialinių paslaugų onkologiniams ligoniams integravimas teisiniame, ypač praktiniame, lygmenimis, socialinių ir medicininių paslaugų fragmentacija. Psichoso-

cialinės paslaugos iki šiol net teisiniu lygmeniu garantuotos lėtinėmis ligomis sergantiems asmenims, nes jie neįtraukti kaip paskira šių paslaugų gavėjų grupė. Be to, Nacionalinėje 2014–2025 m. vėžio profilaktikos ir kontrolės programoje numatoma integruoti psichosocialines paslaugas, tai rodo, kad šios paslaugos yra pradinėje vystymosi stadijoje. Kalbant apie socialinių ir medicininių paslaugų integraciją, kuri būtina, siekiant personalizuoti psichosocialines paslaugas, Lietuvoje situaciją apsunkina tai, kad sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos yra Sveikatos apsaugos ir Socialinės apsaugos ir darbo ministerijų, kurios gana griežtai veikia savo kompetencijos srityse, atsakomybė. Visgi, nors Lietuvoje valstybinės ligonių kasos nėra išplėtusios socialinių paslaugų pirkimo praktikos iš privačiojo ar trečiojo sektorių, šią problemą išsprendžia galimybė NVO gauti finansinę paramą pagal savivaldybės ir ministerijos įgyvendinamus projektus sveikatinimo veiklai.

Priešingai nei Lietuvoje, Anglijoje už gyventojų gydymo paslaugas ir jų socialinę priežiūrą bei socialinių paslaugų teikimą ligoniams atsakinga viena institucija – Sveikatos departamentas. Svarbu tai, kad ligoninės praktikuoja socialinių paslaugų pirkimą iš privačiojo ir trečiojo sektorių, įvairiais būdais puoselėjamas tarnybų, teikiančių sveikatos ir socialines paslaugas, bendradarbiavimas, kas skatina šių paslaugų integraciją. Todėl, remiantis tyrimo rezultatais, galima teigti, kad Lietuvoje pavienių iniciatyvų dėka sudaromos sąlygos onkologiniams ligoniams gauti psichosocialines paslaugas, tuo tarpu Anglijoje personalizuotos psichosocialinės paslaugos plačiu mastu integruojamos į onkologinių ligonių sveikatos sistemą.

Strateginių dokumentų analizės rezultatai parodė, kad Anglijos teisinėje bazėje psichosocialinės paslaugos onkologiniams ligoniams yra labiau reglamentuotos, lyginant su Lietuvos teisės aktais (žr. 2 lentelę).

2 lentelė. Psichosocialinių paslaugų reglamentavimas Anglijos ir Lietuvos teisinėje bazėje

Anglijos teisinė bazė	Lietuvos teisinė bazė
Numatomos veiklos kryptys: • kasmetiniai pacientų patirties tyrimai; • geriausios pacientų patirties užtikrinimas gydymosi laikotarpiu ir jam pasibaigus; • kuo didesnę personalo pasitenkinimą darbu garantuojančių sąlygų sudarymas; • komandinio sprendimų priėmimo praktika; • komunikacijos gerinimas; • klinikinių slaugių – specialistų vaidmens didinimas; • vėžio paramos grupių plėtimas; • integruota priežiūra	Numatomos veiklos kryptys: • užtikrinti psichosocialinės pagalbos teikimą onkologinėmis ligomis sergantiems, įdarbinant kvalifikuotą specialistą, sudarant sąlygas pacientų teises atstovaujančioms NVO vykdyti savitarpio paramos veiklą sveikatos priežiūros įstaigose; • parengti ir išleisti mokslškai pagrįstą psichosocialinės pagalbos teikimo onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams metodinę literatūrą; • mokyti pacientus, jų šeimos narius, kaip padėti onkologiniams ligoniams namuose; • gerinti onkologinėmis ligomis sergančių pacientų gyvenimo ir gyvenimo pabaigos kokybę
Numatomos priemonės: • skaitmeninės komunikacijos priemonės; • sveikatos grąžinimo priemonių paketo diegimas (visapusiškas poreikių vertinimas, gydymo santrauka ir pan.); • klinikinės slaugės – specialistės, sveikatos priežiūros koordinatoriai, poreikių vertintojai; • šviečiamoji veikla onkologiniams ligoniams, įvairių bendruomeninių užsiėmimų plėtra ir priežiūra; • „išmanusis“ paslaugų formavimas ir teikimas; • parama integruojantis į darbo rinką gydymui pasibaigus; • tarpsektorinė komunikacija	Numatomos priemonės 2014–2016 m. • suteikti patalpas ir sudaryti sąlygas veikti NVO, kurios organizuoja psichologinės, socialinės, savitarpio pagalbos onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams teikimą; • organizuoti psichologinės, socialinės, savitarpio pagalbos onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams, jų šeimos nariams teikimą; • užtikrinti psichoterapijos paslaugų, psichologinės, socialinės pagalbos onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams teikimą, įdarbinant atitinkamą specialistą (specialistus), sudarant šių paslaugų teikimo sutartis ar kt.

Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Anglijos 2015–2020 m. vėžio strategija ir 2013 m. nacionaline vėžio išgyvenamumo iniciatyva „Gyvenimas kartu su vėžiu“ (angl. Living with&beyond cancer); Lietuvos nacionaline vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014–2025 m. programa, šios programos įgyvendinimo priemonių 2014–2016 metų planu, Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. programa.

Taigi Lietuvos teisės aktuose psichosocialinės paslaugos strateginiuose planuose neužima tokios reikšmingos vietos kaip Anglijoje, be to, šios paslaugos nėra galutinai integruotos, trūksta konkrečių psichosocialinės pagalbos teikimo instrumentų, tuo tarpu Anglijoje jau taikomas personalizuotos pagalbos „Sveikatos grąžinimo priemonių paketas“ ir kitos intervencijos. Anglijos atveju socialinių ir medicininių paslaugų fragmentacijos problemos ne tik akcentuojamos, bet net sukurtos atitinkamos jų integravimo skatinimo priemonės, tai ypač aktualu teikiant psichosocialines paslaugas ir gali būti įvardijama kaip vienas didžiausių iššūkių šiandieninei Lietuvos sveikatos sistemai.

3. Personalizuotų psichosocialinių paslaugų teikimo modelis onkologiniams ligoniams Anglijoje ir Lietuvoje – panašumai ir skirtumai

Individualizuotas asmeninis biudžetas. Nuo 2014 m. Anglijos Vyriausybė pradėjo taikyti asmeninius biudžetus sveikatos sistemoje, todėl sukurti vadinamieji asmeniniai sveikatos biudžetai (angl. *Personal health budgets*). Sveikatos biudžetas – tai lėšos, skirtos asmenų, sergančių lėtinėmis ligomis ar turinčių negalią, sveikatos ir sveikatinimo paslaugų išlaidoms padengti, jos suplanuojamos ir patvirtinamos paciento ir gydytojų komandos. Šiandien asmeniniai sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų biudžetai vis dažniau taikomi onkologinėmis ligomis sergantiems asmenims, integruojant šias paslaugas ir taip suformuojant visa apimančią sergančiajam skirtą paslaugų paketą (Waters, Hatton, 2015).

Tuo tarpu Lietuvoje situacija yra visiškai priešinga ir praktikoje tokių „judančių“ finansinių krepšelių nei socialinėms, nei medicininėms paslaugoms praktiškai nėra. Medicininės paslaugos finansuojamos bendra valstybės nustatyta tvarka per privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšas, kai paslaugas apmoka valstybinės ligonių kasos arba pats asmuo, o socialinės paslaugos dažniausia apmokamos ir koordinuojamos savivaldybių.

Visgi, analizuojant LR Socialinių paslaugų įstatymą, aptiktos kelios personalizuotos asmeninės paramos apraiškos. Pirmiausia, reikia pabrėžti, kad tiek socialinės, tiek medicininės paslaugos, nors ir fragmentuotai, Lietuvoje skiriamos asmeniui, atsižvelgiant į jo individualius poreikius: sveikatos ir socialinę būklę. Socialinių paslaugų įstatymo IV skirsnio 16 str. 1 punktą deklaruoja, kad „asmens socialinių paslaugų poreikis nustatomas *individualiai* pagal asmens nesavarankiškumą bei galimybes savarankiškumą ugdyti ar kompensuoti asmens interesus ir poreikius atitinkančiomis socialinėmis paslaugomis“. Be to, analizuojant šį įstatymą atrasta *pagalbos pinigų* pasirinkimo galimybė, išnaudojama, kai bendrąsias socialines paslaugas ir socialinę priežiūrą asmeniui veiksmingiau organizuoti pinigais (LR Socialinių paslaugų įstatymas, 9 str.). Vadovaujantis LR Vyriausybės 2006 m. birželio 14 d. nutarimu Nr. 583, šie pinigai skiriami asmeniui (šeimai) susimokėti už pagalbą, savo pobūdžiu analogišką bendrosioms socialinėms paslaugoms ar socialinei priežiūrai, jų panaudojimą pagal paskirtį prižiūri ir kontroliuoja savivaldybės institucija. Taigi pagalbos pinigai skiriami iš savivaldybės biudžeto, tačiau čia išryškėja dvi esminės problemos.

Pirmiausia psichosocialinė pagalba priskiriama specialiųjų socialinių paslaugų grupei, todėl gauti pagalbos pinigus onkologiniams ligoniams tampa keblu. Kita problema – savivaldybės, ypač miesto, linkusios geriau plėsti paslaugų teikimą nei skirti pagalbos pinigus, jei nėra teikiamų paslaugų arba gyventojai susiduria su dideliais keblumais norėdami jas gauti, todėl argumentuojama, kad pagalbos pinigai yra neveiksmingi, susidaro labai dideli kaštai, kadangi jie turėtų būti mokami visiems tam tikros grupės nariams. Be to, prireikus šie pinigai skiriami ne psichosocialinėms paslaugoms, bet organizuoti pagalbą į namus atokiai gyvenantiems seniems žmonėms ar paremti slaugančius artimuosius. Dar vienas svarbus aspektas apibendrintai kalbant apie finansinę paramą personalizacijos kontekste – Lietuvoje, jeigu savivaldybės ir skiria asmenims socialinę paramą, socialines išmokas (finansinę pagalbos išraiška), tai jos skiriamos ne pagal konkrečios ligos atvejus, o pagal bendrai visiems nustatytą tvarką – neįgalumo lygį, gyventojų finansinę padėtį. Visgi pagalbos pinigai ypatingi tuo, kad turi panašumo su aukščiau minėtomis Anglijos praktikoje taikomomis tiesioginėmis išmokomis, kai asmeniui vietoj paslaugos skiriama finansinė parama įsigyti šią paslaugą iš pasirinktos įstaigos. Tačiau esminis skirtumas tas, kad Lietuvoje pagalbos pinigai interpretuojami kaip išimtinis paslaugų organizavimo būdas, o ne gyventojų pasirinkimo galimybė (žr. 3 lentelė).

3 lentelė. Individualizuota finansinė parama, teikiama socialinėms paslaugoms pirkti

Anglija	Lietuva
Tiesioginės išmokos ir asmeniniai biudžetai: • asmeninis biudžetas socialinei priežiūrai; • asmeninis sveikatos biudžetas; • individualus biudžetas;	Pagalbos pinigai
Aprašymas: tai finansinė parama, skirta socialinėms ir / ar sveikatos priežiūros paslaugoms pirkti, atsižvelgiant į paraiškos teikėjo poreikius Taikymo galimybės: asmens pasirinkimas Koordinuojanti institucija: savivaldybė ir / ar sveikatos priežiūros įstaiga Tiekėjai: visi sektoriai	Aprašymas: tai pagalbinė finansinė parama tik bendrosioms ir / ar specialiosioms socialinėms paslaugoms pirkti, kai šias paslaugas organizuoti pačiai savivaldybei nevienkopinga Taikymo galimybės: išimtiniais atvejais Koordinuojanti institucija: savivaldybė Tiekėjai: jų gali ir nebūti, o jiems esant dažniausia privatus sektorius

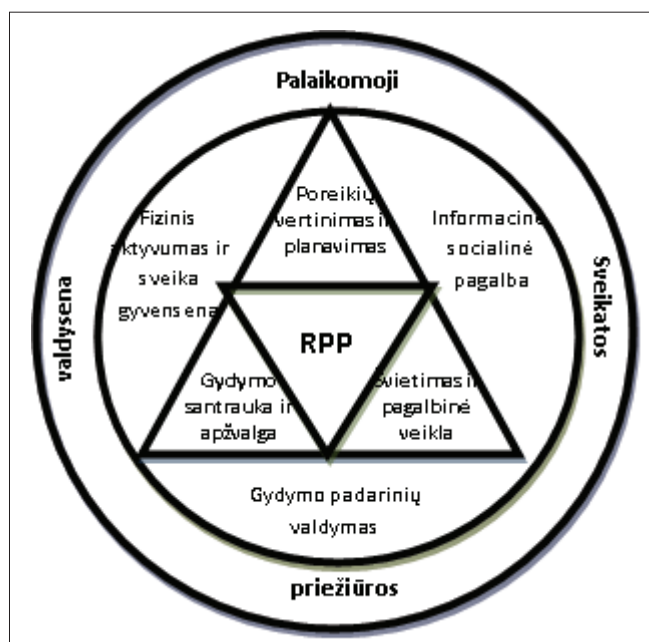
Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis LR Socialinių paslaugų įstatymu, 2006 m. sausio 19 d., Nr. X-493; LR Vyriausybės 2006 m. birželio 14 d. nutarimu Nr. 583 „Dėl mokėjimo už socialines paslaugas tvarkos aprašo patvirtinimo“; „Personalised care“, National Health Service, 2015.

Taigi apibendrinant individualizuotų asmeninių biudžetų padėtį Lietuvoje ir Anglijoje, tyrimo rezultatai rodo, kad Anglijoje asmeniniai biudžetai, nors sveikatos sektoriuje yra gana naujas, bet praktikoje dažnai taikomas dalykas lėtinėmis ligomis sergančių asmenų situacijoje. Lietuva šiuo klausimu turi daugiau skirtumų nei panašumų: nors tiek socialinės, tiek medicininės paslaugos asmeniui pritaikomos pagal individualius jo poreikius, visgi toks dalykas kaip „nešiojamasis“ asmens paslaugoms skirtų lėšų krepšelis nėra taikomas. Vienintelė galimybė – gauti tiesiogines išmokas, t. y. pagalbos pinigus, tačiau ji taikoma išimtiniais specifiniais atvejais, tarp kurių nėra onkologinėmis ligomis sergančių asmenų, todėl galima teigti, kad Lietuvoje dar nesukurti konkretūs finansinės individualios paramos instrumentai šiai paslaugai teikti.

Psichosocialinės pagalbos galimybės: III sektoriaus ir valstybės bendradarbiavimo ypatumai. Tiek Lietuvoje, tiek Anglijoje asmens, kaip individo, turinčio ne tik sveikatos, bet ir socialinių poreikių, prieiga buvo ir tebėra labiausiai inicijuojama trečiojo sektoriaus organizacijų – „iš apačios į viršų“ principu. Anglijoje didžiausia labdaros organizacijų asociacija, vykdanči lobistinę veiklą sveikatos ir socialinėje srityje, – „Richmond Group“, sutelkusi 10 lyderiaujančių NVO ir atstovaujanči lėtinėmis ligomis sergančiųjų interesus. Bendradarbiaujant su vietiniais sveikatos ir socialinės priežiūros atstovais, kurie priima sprendimus, profesinėmis agentūromis, vietos ir nacionaliniais politiniais lyderiais, pokyčių siekiama šiose pagrindinėse srityse:

- pacientų priežiūros koordinavimas;
- pacientų įtraukimas į sprendimų priėmimo procesus dėl jų sveikatos priežiūros;
- pagalba asmeniui, siekiančiam pačiam valdyti įvairius procesus;
- emocinė, psichologinė ir praktinė pagalba ligoniams ir jų artimiesiems (The Kings Fund, 2010).

Kita dėmesio verta organizacija – „Macmillan“ labdaros organizacija, kurios įdirbis personalizacijos srityje yra išskirtinai didelis. Ši organizacija ne tik vykdo lobistinę veiklą, bet ir sutarčių su specializuotomis sveikatos priežiūros įstaigomis pagrindu teikia įvairias psichosocialines paslaugas. Vienas esminių šios organizacijos veiklos bruožų – aktyvi tarpsektorinė kooperacija, kurios esmė – rinkti įrodymais pagrįstą informaciją, tai Anglijoje yra visų pokyčių pagrindas. Būtent „Macmillan“ veiklos dėka Anglijoje onkologiniams ligoniams pradėtas taikyti personalizuotas sveikatos grąžinimo priemonių paketas (ang. *The recovery package*) (žr. 2 paveikslas), nacionaliniuose dokumentuose nurodyta, kad kiekvienas pacientas turi būti gydomas naudojant šį „Sveikatos grąžinimo priemonių paketą“ (Department of Health, 2014).



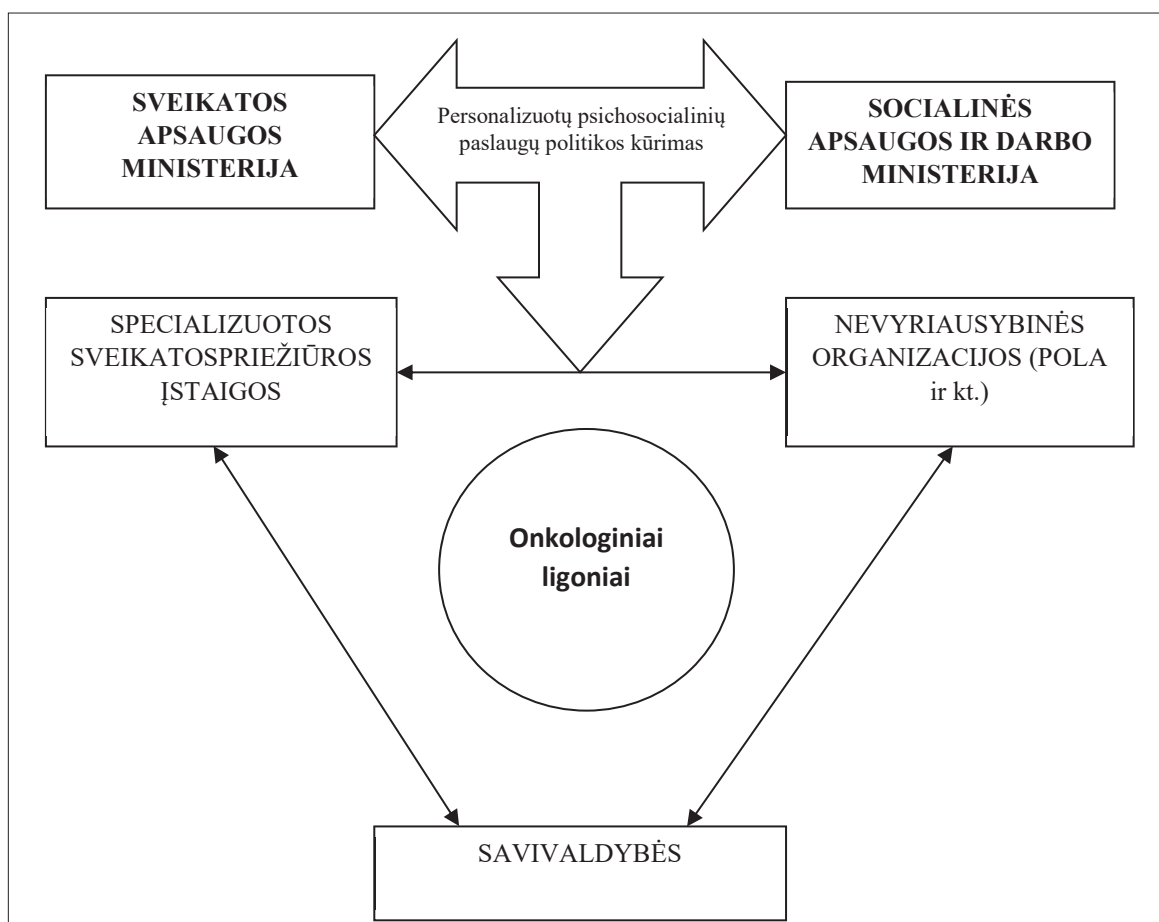
2 pav. Sveikatos grąžinimo priemonių paketas

Šaltinis: Rowe, Young, Rowlands, 2014

Šis paketas apima eilę įvairių moksliskai pagrįstų psichosocialinės pagalbos intervencijų gydant onkologinį ligonį, kuriomis galima pasiekti akivaizdžiai geresnių rezultatų tiek pačiam asmeniui, tiek visai sveikatos sistemai. Ši priemonė skatina individualizuotą paslaugų teikimą, kur būtina pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros specialistų ir visuomeninių organizacijų koordinacija ir bendradarbiavimas. Paketas įgalina pacientus valdyti su savo sveikata susijusius procesus, didina atsakomybę sau pačiam, informuoja apie vietines paslaugas ir galimybes jomis pasinaudoti (Rowe, Young, Rowlands, 2014, p. ii).

Pereinant prie Lietuvos situacijos analizės, remiantis 2016 m. duomenimis, iš viso Lietuvoje priskaičiuojama 36 onkologijos srityje veikiančios organizacijos (Pagalbos onkologiniams ligoniams asociacija, 2016). Pažymėtina, kad Lietuvoje svarbi ir lobistinė veikla, kuriant onkologinių ligonių politiką. Būtent NVO organizacijų dėka psichosocialinės paslaugos, kaip paslaugų rūšis, 2009 m. įtrauktos į socialinių paslaugų katalogą ir tai yra vienas didžiausių laimėjimų. Kalbant apie onkologijos srityje dirbančių organizacijų lobistinę veiklą galima išskirti Pagalbos onkologiniams ligoniams asociaciją (POLA) ir Psichosocialinės onkologijos asociaciją (POA). POLA labiausiai orientuota į politinį lygmenį. Pabrėžtina, kad ši asociacija prisidėjo kuriant Lietuvos nacionalinę vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014–2025 m. programą, į kurią pirmą kartą įtraukta psichosocialinė pagalba. Tuo tarpu POA siekia visapusiškai plėtoti psichosocialinę onkologiją.

Tyrimu nustatyta, kad Lietuvoje šalia specializuotų gydymo įstaigų veikia penki vėžio informacijos centrai, kurių dauguma yra NVO. Šiuose centruose ligoniams teikiama psichosocialinio pobūdžio pagalba. Nemažai psichosocialinio pobūdžio paslaugų teikiama specializuotose gydymo įstaigose. Vis dėlto, nors paslaugų prieinamumo situacija yra pagerėjusi, problema išlieka, nes paslaugos teikiamos fragmentuotai ir nėra visiškai integruotos į sistemą, be to, nėra paslaugų teikimo tęstinumo. Pasibaigus gydymui stacionare, onkologiniai ligoniai tik tam tikrais atvejais iš ligoninių siunčiami į reabilitacijos įstaigas, vėliau gydosi pas savo šeimos gydytojus. Akivaizdu, kad ligoninėse nėra galimybių toliau teikti jiems būtiną pagalbą – kompleksines profesionalias psichosocialinės ir dvasinės reabilitacijos paslaugas (Raudytė, 2015), todėl šia išryškėja minėtų vėžio centrų ir kitų NVO vaidmuo. Tad norint sukurti personalizuotą psichosocialinių paslaugų mechanizmą Lietuvoje ir didinti šių paslaugų mastą, būtina skatinti tarpsektorinį bendradarbiavimą (žr. 3 pav.) ir sudaryti palankesnes ministerijų ir savivaldybių projektų atrankos sąlygas psichosocialines paslaugas teikiančioms NVO.



3 pav. Teorinis personalizuotų psichosocialinių paslaugų onkologiniams ligoniams teikimo modelis Lietuvoje, remiantis dabartine Lietuvos teisine baze ir institucine sandara

Šaltinis: sudaryta autorių

Modelis grindžiamas intensyviu bendradarbiavimu:

- Sveikatos apsaugos ministerija vs Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. Glaudus bendradarbiavimas, kuriant onkologinių ligonių sveikatos priežiūros strateginius dokumentus ir įvairių psichosocialines paslaugas teikiančių organizacijų veiklos finansavimo projektus, sudarant palankias sąlygas jų veiklai, numatant politines gaires, kur dėmesys sutelkiamas į kompleksinius ligonių poreikius.
- Specializuotos sveikatos priežiūros įstaigos vs NVO. Dalijimasis informacija apie teikiamas psichosocialines paslaugas, galimybę jas gauti. Pacientų nukreipimas iš ligoninių į artimiausias NVO ir / ar NVO įtraukimas į ligoninių veiklą.
- Specializuotos sveikatos priežiūros įstaigos vs savivaldybės. Gydomo įstaigų bendradarbiavimas su atsakingais savivaldybių skyriais nustatant psichosocialinės pagalbos poreikį regione, priskiriant ligoniui būtinas psichosocialines paslaugas. Būtų galima parengti sveikatos priežiūros planą, konsultuoti ir tuos planus patvirtinti, tai turėtų padaryti vietos valdžia ir tam tikri sveikatos priežiūros specialistai. Optimistiniu atveju galima formuoti ir asmeninį socialinių paslaugų biudžetą, tačiau tam prireiktų dar didesnių pakeičių, sveikatos priežiūros sistemoje reiktų sukurti dar sudėtingesnius instrumentus.
- NVO vs savivaldybės. Savivaldybės ir psichosocialines paslaugas onkologiniams ligoniams teikiančių NVO sutarčių sudarymas užtikrintų šių paslaugų nuoseklų finansavimą ir prieinamumą.

Analizuojant tyrimu surinktą informaciją ir dokumentus nustatyta, kad personalizuojant paslaugas abiem šalims kyla reikšmingų pokyčius stabdančių problemų: 1) kultūriniai, žmonių mentaliteto pokyčiai, kai pacientas save suvokia save kaip aktyvų ir lygiavertį gydymo proceso dalyvį, kuris nėra visiškai priklausomas nuo medicinos darbuotojų; 2) klinikinio gydymo kultūra, kai dėmesys telkiamas tik į žmogaus fiziologiją, ignoruojant jo psichologinę, emocinę ir dvasinę būklę. Tiesa atliekant tyrimą bei lyginant situaciją Lietuvoje ir Anglijoje, aptikta problemų, kurios ypač aktualios Lietuvai.

Pirmiausia priešingai nei Anglijoje, kur „Macmillan“ organizacija turi šimtametę veiklos patirtį, užsitarnautą autoritetą, plačius bendradarbiavimo tinklus, apskritai yra susiformavusi piliečių dalyvavimo kultūra, Lietuvoje NVO vis dar nėra pripažįstamos kaip lygiavertės partnerės teikiant paslaugas. Be to, šiek tiek skiriasi ir NVO išgyvenamumo sąnaudos bei finansavimo mechanizmai. Galima skirti šias atlikus tyrimą nustatytas NVO veiklos Lietuvoje problemas: geografinis vėžio informacijos centrų išsidėstymas, nenuoseklus paslaugų finansavimas, žmogiškųjų išteklių, mokslinės informacijos, tyrimų trūkumas. Lietuvoje, priešingai nei Anglijoje, NVO veiklos praktika nėra tiek grindžiama moksliniais tyrimais, ypač tai pastebima kalbant apie tyrimus, kurie pagrįsti NVO ir valstybės bendradarbiavimo praktika. Vis dar trūksta mokslinių tyrimų, kurie pabrėžtų psichosocialinės pagalbos svarbą ir naudą Lietuvos gyventojams.

Išvados

Personalizuotas paslaugų teikimas yra ypač veiksmingas ir reikalingas onkologiniams ligoniams, kuriems būtina tęstinė kompleksinė sveikatos priežiūra. Vis dėlto, nors personalizuotos paslaugos šiai tikslinei grupei Anglijoje sulaukia nemažai dėmesio, Lietuvoje jos nėra tokios populiarios. Todėl dėmesį sutelkus į specifinių psichosocialinių paslaugų onkologiniams ligoniams modelius Anglijoje ir Lietuvoje, atliktas lyginamasis tyrimas personalizacijos aspektu, kuris atskleidė, kad Anglijoje taikomas psichosocialinių paslaugų onkologiniams ligoniams modelis pasižymi personalizacijos charakteristikomis, tuo tarpu Lietuvoje vis dar kuriamas modelis, turintis tik tam tikras personalizacijos apraiškas.

Nustatyta, kad pagrindinis abi valstybes vienijantis bruožas yra NVO psichosocialinių paslaugų inicijavimas ir teikimas, siekiant per lobistinę veiklą integruoti šias paslaugas į onkologinių ligonių sveikatos priežiūros sistemą. Tyrimo rezultatai atskleidė ir tai, kad Anglijoje NVO veiklos mastas lėmė tai, kad šiandien šalies valstybinėse ligoninėse jau pradėti taikyti konkretūs personalizuotos psichosocialinės pagalbos instrumentai, tuo tarpu Lietuvoje vienas didžiausių NVO pasiekimų – pradėta teikti psichosocialinę pagalbą kai kuriose specializuotose gydymo įstaigose. Taigi būtina ir toliau plėtoti NVO ir valstybinių sveikatos priežiūros įstaigų bendradarbiavimą, kurti bendradarbiavimo modelius, siekiant sukurti tvarią, į asmenį orientuotą sveikatos priežiūrą, kur psichosocialinės paslaugos būtų viena svarbiausių paslaugų kokybės sąlygų.

Literatūra

- Association of Chief Executives of Voluntary Organisations. (2010). *Personalisation: exploring the legal implications*. London: ACEVO.
- Barker, P. (2011). *What is self-directed support?* InControl, UK.
- Carr, S. (2010). *Personalization: a rough Guide*. London: Social Care Institute for Excellence.
- Carr, S. (2012). *Personalisation: a rough guide*. Social Care Institute for Excellence.
- Department of Health. (2014). *National cancer survivorship initiative*. UK
- Dvorak, J., Savickaitė, S. (2015). Вызовы персонализации государственных услуг в Литве: возможности и ограничения. Актуальные проблемы международных отношений и глобального развития, No. 3, p. 80–88.
- Ensari, N., Christian, J. (2012). The personalization model revisited: an experimental investigation of the role of five personalization-based strategies on prejudice reduction. *Group Processes & Intergroup Relations*, Vol. 15(4), p. 503–522
- Higienos instituto sveikatos informacijos centras. (2015). *Mirtingumas pagal priežastis ir amžiaus grupes 2014 m.*
- Holtz-Bacha, C. (2014). The personalization of politics in comparative perspective: Campaign cover age in Germany and the United Kingdom. *European Journal of Communication*, Vol. 29 (2), p. 153–170.
- Hon, R., McGuire, A. (2010). *The role of the third sector innovation: personalisation of education and learning services*. Third Sector Innovation.

- Jacobsen, B. (2012). Promoting psychosocial care as part of personalized cancer care. *Journal of Medicine and the Person*, Vol. 10(1), p. 5–9.
- Kelly, J. (2007). Reforming public services in the UK: bringing in the third sector. *Public administration*, Vol. 85, No. 4, p. 1003–1022.
- Kudukytė-Gasperė, R., Štaras, K. (2015). Integruotų slaugos ir psichosocialinių paslaugų poreikis namuose slaugomiems sunkios būklės pacientams ir jų šeimos nariams: atvejo analizė VšĮ Centro poliklinikoje. *Visuomenės sveikata*, Vol. 25, Nr. 1, p. 15–23.
- Macmillan Cancer Support. (2015a). *Information and support: Coping*. UK.
- Macmillan Cancer Support. (2015b). *Statistics factsheet*. UK.
- Meltzer, D. O. (2013). Opportunities in the Economics of personalized health care and prevention. *Forum for Health Economics & Policy*, Vol. 16, Issue 2, p. 47–56.
- National Council for voluntary organizations. (2015). *A bigger difference: realizing the potential of voluntary organizations and volunteers*. NCVO Manifesto 2015. NCVO.
- National Health Service. (2015). *Personalised care*. UK.
- National Health Service. (2015a). *Personal health budget*. UK.
- National Market Development Forum. (2010). The implications of personalization for social care tendering. *Briefing paper*, No. 4. The Institute of Public Care at Oxford Brookes University.
- Needham, C. (2010). *Commissioning for personalization: from the fringes to the main stream*. Public management and policy association. University of London.
- Needham, C. (2011a). Personalization: from story-line to practice. *Social policy & administration*, Vol. 45, No. 1, p. 54–68.
- Needham, C. (2011b). *Personalising public services: understanding the personalisation narrative*. University of Bristol. UK.
- Needham, C. (2014). Personalization: From day centres to community hubs? *Critical Social Policy*, Vol. 34(1), p. 90–108.
- Pagalbos onkologiniams ligoniams asociacija. (2016). *Onkologijos srityje veikiančios organizacijos*.
- Phillips, K. A. (2013). Economic perspectives on personalized health care and prevention. *Forum for Health Economics & Policy*, Vol. 16, Issue 2, p. 57–86.
- Raudytė, N. (2015). *Vasario 4-oji – Pasaulinė kovos su vėžiu diena: problemos ir aktualijos*. Šv. Pranciškaus onkologijos centras.
- Rowe, J., Young, N., Rowlands, S. (2014). *The recovery package*. We are macmillan cancer support.
- Salz, T. (2014). Survivorship care plans: is there buy-in from community oncology providers? *Journal "Cancer"*, Vol. 120 (5), p. 722–730.
- The Kings Fund. (2010). *How to deliver high-quality, patient centred, cost-effective care: consensus solutions from the voluntary sector*. UK.
- Van Dyck, G. D. (2012). Unlocking the value of personalised healthcare in Europe – breast cancer stratification. *Health policy and technology*, Vol. 1, Issue 2, p. 63–68.
- Vlmedicina.lt. (2013). *Vėžys: statistika ir mitai*.
- Warner, J. L. (2015). Development, implementation, and initial evaluation of foundational open interoperability standard for oncology treatment planning and summarization. *Journal of the American Medical Informatics Association*, Vol. 22, Issue 3, p. 577–586.
- Waters J, Hatton C. (2015). *Third national personal budget survey: experiences of personal budget holders and careers across adult social care and health*. Think Local Act Personal. UK
- Xitong, G., Xiaofei, Z. (2015). The privacy – personalization paradox in mHealth services acceptance of different age groups. *Electronic Commerce Research and Applications*, Vol. 16, p. 55–65. Doi: 10.1016/j.elerap.2015.11.001

Teisės aktai

- Anglijos 2015–2020 m. vėžio strategija (angl. *Achieving world-class cancer outcomes: a strategy for England 2015–2020*).
- Nacionalinė Anglijos vėžio išgyvenamumo iniciatyva „Gyvenimas kartu su vėžiu“ (angl. *Living with & beyond cancer*) (2013).
- LR Seimas. (2006). Aktuali redakcija nuo 2014-07-24. LR Socialinių paslaugų įstatymas, Nr. X-493. Vilnius.
- LR Seimas. (2014). *Nacionalinė vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014–2025 m. programa*. Patvirtinta įsakymu Nr. V-814. Vilnius.
- LR Seimas. (2014). *Nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014–2025 m. programos įgyvendinimo priemonių 2014–2016 m. planas*, Nr. V-814. Vilnius.
- LR Seimas. (2014). *Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. programa*. Patvirtinta nutarimu Nr. XII-964.
- LR Seimas. (2006). Aktuali redakcija nuo 2014-01-01. Vyriausybės nutarimas „Dėl mokėjimo už socialines paslaugas tvarkos aprašo patvirtinimo“, Nr. 583. Vilnius.

PERSONALISATION OF PSYCHOSOCIAL SERVICES FOR CANCER PATIENTS: A COMPARATIVE ANALYSIS OF LITHUANIA AND ENGLAND

JAROSLAV DVORAK, SAMANTA SAVICKAITĖ
Klaipėda University (Lithuania)

Summary

The authors discuss, explore and evaluate the national systemic differences between Lithuania and England in the context of personalisation of psychosocial services for cancer patients, highlighting the role of the non-governmental sector organisations. First, there are studied such fields as the conception of personalisation, the implementing qualities, and the role of the non-governmental sector. Next, the authors compare and analyse the background of the two countries' healthcare systems, the regulation of psychosocial care as (un)favourable conditions for implementing personalised psychosocial services. Finally, based on the practically implemented personalised psychosocial service model's characteristics in England, there are compared the existing psychosocial care delivery models for cancer patients, and applying the personalisation approach the main similarities and differences are indicated. The research tools used in the article include literature analysis, as well as descriptive and multivariate comparative analysis. Multivariate comparative analysis has proved that England is a leader in terms of personalised psychosocial care delivery model development, while in Lithuania the degree of integration of psychosocial services for cancer patients is low and much more attention has to be paid to individual holistic needs of cancer patients. However, despite the fact that any political discussion on personalisation at the national level has not been detected in Lithuania, some crucial evidence was found which reveal favourable conditions for implementing the personalisation at the local level, namely by involving the third sector organisations. In addition, the authors present a theoretical model of personalised psychosocial care delivery and discuss the roles of the major players.

KEYWORDS: *personalisation, psychosocial services, personalised services for cancer patients.*

JEL CODES: L31, L38, H75, I18, D91.

Gauta: 201.01.15

Priimta: 2018.02.01

Pasirašyta spaudai: 2018.02.10