

KLAIPĖDOS UNIVERSITETAS

Sveikatos mokslų fakultetas

Visuomenės sveikatos katedra

Monika Žilinskytė

**PASLAUGŲ PRIEINAMUMO DIDINIMAS
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS INSTITUCIJOSE
ŽMONĖMS TURINTIEMS NEGALIŲ**

Sveikatos priežiūros vadybos studijų programos magistro baigiamasis darbas

Klaipėda, 2020

SANTRAUKA

Žilinskytė M. Paslaugų prieinamumo didinimas sveikatos priežiūros institucijose žmonėms turintiems negalių. Sveikatos priežiūros vadybos magistro studijų programos baigiamasis darbas. Darbo vadovė prof. dr. Ingrida Baranauskienė, Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2020. 69 p., 2 priedai.

Jungtinių Tautų Neįgaliųjų teisių komitete, įvertinus jau 70 šalių pažangą įgyvendinant Neįgaliųjų teisių konvenciją, matyti, jog visų be išimties neįgaliųjų teisių užtikrinimas, tame tarpe ir sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, yra labai sunkiai įgyvendinamas išipareigojimas. Atsižvelgiant į vis kylančias problemas ir jų sprendimo sudėtingumą, akivaizdu, jog sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas neįgaliesiems ir jo problematika išlieka aktualia tema šiuolaikinei visuomenei. Neįgaliųjų, kaip atskiros visuomenės grupės, atstovų nuomonės tyrimai suteikia galimybę identifikuoti žmonių su negalia problemas ir poreikius. Gautą informaciją galima naudingai panaudoti tobulinant sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą, didinant sveikatos priežiūros sistemos veikimo efektyvumą bei paslaugų vartotojų pasitenkinimą.

Darbo tikslas – atskleisti paslaugų prieinamumo situaciją sveikatos priežiūros institucijose žmonėms, turintiems negalią.

Kiekybinis tyrimas vykdytas Klaipėdos ligoninėje, anketinės apklausos metu apklausiant 279 asmenis su judėjimo negalia. Tyrimo rezultatai patvirtino hipotezę, kad neįgaliesiems kyla problemų siekiant gauti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas. Dauguma respondentų, atskleisdami savo patirtis sveikatos priežiūros įstaigose, minėjo fizinės aplinkos pritaikymo trūkumus, finansines problemas ir netinkamą personalo pasiruošimą. Kita vertus, stebėjimo matricos pagalba įvertinus Klaipėdos ligoninės pagrindinio pastato pritaikymą judėjimo negalia turintiems žmonėms, buvo pastebėta, jog tiek statant naują korpusą, tiek atnaujinat senąjį laikomasi universalus dizaino principų ir aplinka pritaikoma pacientų su judėjimo negalia poreikiams.

Išanalizavus mokslinę literatūrą ir atlikus kiekybinį tyrimą parengtos rekomendacijos sveikatos priežiūros paslaugų neįgaliesiems prieinamumo didinimui.

Raktažodžiai: sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, neįgalumas, pacientai su judėjimo negalia, pacientų teisės.

SUMMARY

Žilinskytė M. Increasing the Accessibility of Services in Health Care Institutions for People with Disabilities. Thesis of the Master's study program in Health Care Management. Supervisor prof. dr. Ingrida Baranauskienė, Klaipėda University: Klaipėda, 2020. 69 p., 2 appendices.

The United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities, which has already assessed the progress made by 70 countries in implementing the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, shows that ensuring the rights of all persons with disabilities, including access to health care, is a very difficult commitment. Given the growing problems and the complexity of solving them, it is obvious that the problem of accessibility of health care services for the disabled remains a relevant topic for modern society. Surveys studying the views of people with disabilities as a separate group in society provide an opportunity to identify the problems and needs of such people. The obtained information can be successfully used to improve the organization of health care services, increase the efficiency of the health care system and the satisfaction of service users.

The aim of the study was to reveal the situation of access to services in health care institutions for people with disabilities.

Quantitative research was carried out at the Klaipėda's Hospital, interviewing 279 persons with mobility impairments during the questionnaire survey. The results of the study confirmed the hypothesis that people with disabilities have problems accessing quality health care. Most respondents, revealing their experiences in health care facilities, mentioned shortcomings in the adaptation of the physical environment, financial problems, and inadequate staff training. On the other hand, after evaluating the adaptation of the main building of the Klaipėda's Hospital for people with disabilities with the help of a tracking matrix, it was noticed that both the construction of the new building and the renovation of the old one follow universal design principles and adapt the environment to the needs of patients with disabilities.

After analyzing the scientific literature and conducting a quantitative study, recommendations for increasing the accessibility of health care services for the disabled were prepared.

Keywords: access to health care, disability, patients with mobility impairments, patients' rights.

TURINYS

IVADAS	8
I. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PRIENAMUMO DIDINIMO NEĮGALIESIEMS TEORINĖ APŽVALGA	11
1.1. Negalios samprata.....	11
1.2. Žmonių su negalia poreikiai.....	13
1.3. Žmonių su negalia poreikių nustatymas.....	15
1.4. Žmonių su negalia teises reglamentuojantys įstatymai.....	17
1.5. Kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų samprata.....	20
1.6. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo samprata ir problematika.....	21
1.6.1. Finansinės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problemos.....	24
1.6.2. Sveikatos priežiūros įstaigų fizinės aplinkos pritaikymo problemos.....	28
1.6.3. Sveikatos priežiūros įstaigų personalo problemos.....	30
1.6.4. Informacijos prieinamumo problemos.....	32
II. TIRIAMOJI DALIS	34
2.1. Tyrimo metodika.....	34
2.2. Tyrimo rezultatai.....	39
2.2.1. Sociodemografinė tiriamųjų charakteristika.....	39
2.2.2. Respondentams kylančios sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problemos.....	41
2.3. Rezultatų apibendrinimas.....	47
2.4. Klaipėdos ligoninės pritaikymas žmonėms su judėjimo negalia. Stebėjimo matrica.....	49
IŠVADOS	60
REKOMENDACIJOS	61
LITERATŪRA	64
PRIEDAI	70

LENTELIŲ SĄRAŠAS

Lentelės nr.	Lentelės pavadinimas	Puslapis
1.	Požiūriai į negalią	12
2.	Neįgaliųjų teises reglamentuojantys Lietuvos Respublikos įstatymai	18
3.	Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo elementai	22
4.	Respondentų charakteristika	40
5.	Ryšys tarp gyvenamosios vietos ir atsakymo į klausimą „ Ar yra buvę atvejų, kai negalite pasinaudoti tam tikra sveikatos priežiūros paslauga dėl to, kad įstaiga nepritaikyta Jūsų poreikiams?“	42
6.	Ryšys tarp mėnesio pajamų ir atsakymo į klausimą „ Ar pakanka valstybės teikiamos paramos būtiniausiems sveikatos priežiūros poreikiams patenkinti?“	45
7.	Ryšys tarp mėnesio pajamų ir atsakymo į klausimą „ Ar kada nors yra tekę atsisakyti tam tikrų sveikatos priežiūros paslaugų/vaistų/priemonių, nes tam trūko finansų?“	46

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

Paveiklo nr.	Paveiklo pavadinimas	Puslapis
1.	Specialiųjų poreikių nustatymo savivaldybėse kriterijai	15
2.	Respondentų nuomonė apie galimybę lygiai su visais pasinaudoti kokybiškomis sveikatos priežiūros paslaugomis	41
3.	Respondentų nuomonė apie atvejus, kai nebuvo galimybės pasinaudoti tam tikromis sveikatos priežiūros paslaugomis	42
4.	Respondentų nuomonė apie sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamą informaciją	43
5.	Respondentų nuomonė apie sveikatos priežiūros įstaigų pritaikomumą jų poreikiams	44
6.	Stebėjimo matricos vertinimo kriterijai ir jų indikatoriai	49
7.	Automobilių stovėjimo vietos neįgaliesiems	50
8.	Pagrindinis įėjimas į įstaigą	51
9.	Pagrindinio įėjimo slenksčio aukštis	51
10.	Įstaigoje neįgaliesiems pritaikytas liftas	52
11.	Įstaigoje neįgaliesiems pritaikytas liftas	52
12.	Pandusas tarp skirtingų lygių ir jo žymėjimas	53
13.	Slenksčių aukštis koridoriuose	53
14.	Personalo iškvietimo mygtukas, įrengtas prie įėjimo į įstaigą	54
15.	Neįgaliesiems pritaikyto san. mazgo durų žymėjimas	55
16.	San. Mazgo pritaikymas neįgaliesiems	55
17.	Neįgalioms pacientėms pritaikytos ginekologinės kėdės	56
18.	Prie paciento prisitaikantis, mobilus rentgeno aparatas	57
19.	Kompiuterinėje tomografijoje naudojamos imobilizacinės priemonės	57

SANTRUMPOS

AASP – asmens ambulatorinė sveikatos priežiūra

Cramer's V - Kramerio V ryšio stiprumo koeficientas

d – paklaida

Ils – laisvės laipsnių skaičius

LR – Lietuvos Respublika

N – baigtinė populiacija

n – reikalingas minimalus imties dydis

NVO – nevyriausybinės organizacijos

p – statistinio patikimumo reikšmė

PI – pasikliaunamasis intervalas

PSDF – privalomojo sveikatos draudimo fondas

PSO - Pasaulio sveikatos organizacija

SPSS - (angl. Statistical Package for Social Science) – statistinis paketas socialiniams mokslams.

χ^2 – Chi kvadratas

IVADAS

Temos aktualumas. „Lygybės ir nediskriminavimo neįgaliesiems gali tekti laukti dar šimtą metų, jei šalių vyriausybės ir toliau nesiims konkrečių žingsnių užtikrinti žmogaus teises savo šalyse“ - taip savo straipsnį pradeda prof. Jonas Ruškus, tapęs pirmuoju Lietuvos atstovu, išrinktu į Jungtinių Tautų neįgaliųjų teisių komitetą. Autoriaus teigimu, Jungtinių Tautų Neįgaliųjų teisių komitete, įvertinus jau 70 šalių pažangą įgyvendinant Konvenciją, pastebima, kad visos be išimties pilietinės, politinės, socialinės, ekonominės ir kultūrinės teisės yra labai sunkiai įgyvendinamas įsipareigojimas (Ruškus, 2017).

Zolubienė drauge su kitais autoriais straipsnyje, analizuojančiame sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą Lietuvoje teigia, jog vyresnio amžiaus asmenys ir neįgalieji yra pagrindinė sveikatos ir socialinių paslaugų vartotojų grupė, tad sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir jį ribojantys barjerai tampa aktualia sveikatos sektoriaus tema (Zolubienė ir kt. 2014). Pasaulio sveikatos organizacija pažymi, jog sveikatos priežiūros paslaugos turi būti prieinamos kiekvienam žmogui. (Pasaulio sveikatos organizacijos duomenys, 2013) Šių paslaugų prieinamumo būtinybė akcentuojama ir nacionalinio lygmens dokumentuose, pavyzdžiui, Lietuvos sveikatos 2014–2023 m. programoje, pabrėžiant poreikį plėtoti sveikatos infrastruktūrą, gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą (Lietuvos sveikatos 2014–2023 m. programa). Lietuvoje sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą analizavo Jankauskienė (2013), Krančiukaitė-Butylkinienė su bendraautoriais (2010) vertindamos tiek bendrą Lietuvos gyventojų, tiek pavienių sveikatos priežiūros įstaigų lankytojų nuomones, tačiau tyrimų, kuriuose būtų nagrinėjami žmonių su negalia sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo klausimai, nedaug.

2006 m., reaguodamos į negalią turinčių žmonių diskriminaciją visame pasaulyje, Jungtinės Tautos, paskatintos pačių negalią turinčių asmenų, paskelbė Neįgaliųjų teisių konvenciją, kurioje konkrečiai surašyta, kaip įgyvendinti politines, pilietines, socialines, ekonomines ir kultūrinės teises, be to, specifines neįgaliųjų teises. Šiandien 176 pasaulio valstybės yra ratifikavusios Konvenciją, Lietuva tai padarė 2010 m. Svarbu paminėti, jog Konvencija yra tarptautinės teisės dokumentas, todėl valstybės, ratifikuodamos ją, įsipareigoja perkelti joje įrašytas nuostatas į nacionalinę teisę, politiką ir praktiką. Vis dėlto, kaip pastebi Ruškus, Jungtinių Tautų Neįgaliųjų teisių komitete, įvertinus jau 70 šalių pažangą įgyvendinant Konvenciją, matyti, jog visų be išimties neįgaliųjų teisių užtikrinimas, tame tarpe ir sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, yra labai sunkiai įgyvendinamas įsipareigojimas (Ruškus, 2017). Atsižvelgiant į vis kylančias problemas ir jų sprendimo sudėtingumą, akivaizdu, jog sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir jo problematika išlieka aktualia tema šiuolaikinei visuomenei. Šiame kontekste poreikis atskleisti sveikatos priežiūros prieinamumo

problemas neįgaliesiems, sąlygoja temos naujumą, o pasirinktas kiekybinis tyrimo tipas bei neįgalieji, kaip apklausos respondentai, sąlygoja ir tyrimo naujumą.

Tyrimo objektas. Paslaugų prieinamumas sveikatos priežiūros institucijose žmonėms turintiems negalių.

Darbo tikslas. Atskleisti paslaugų prieinamumo situaciją sveikatos priežiūros institucijose žmonėms, turintiems negalią.

Darbo uždaviniai:

1. Apibūdinti negalios sampratą, bei žmonių su negalia poreikius sveikatos priežiūros kontekste.
2. Išanalizuoti neįgaliųjų teisių reglamentavimą sveikatos priežiūros kontekste paslaugų prieinamumo aspektu.
3. Ištirti paslaugų prieinamumo sveikatos priežiūros institucijose situaciją žmonėms, turintiems judėjimo negalią.
4. Įvertinti Klaipėdos ligoninės prieinamumą pacientams su judėjimo negalia.
5. Parengti rekomendacijas sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjams prieinamumo didinimo žmonėms su negalia aspektu.

Tyrimo hipotezė. Žmonėms, turintiems negalių, kyla nemažai sunkumų siekiant aukščiausiai įmanomo sveikatos lygio, dėl nepakankamo paslaugų prieinamumo sveikatos priežiūros institucijose.

Tyrimo metodai. Mokslinės literatūros sisteminė analizė, anoniminė anketinė apklausa, statistinis duomenų apdorojimas ir lyginamoji tyrimo rezultatų analizė. Tyrimo duomenims apie žmonių su judėjimo negalia sveikatos priežiūros prieinamumo problemas rinkti atliktas kiekybinis tyrimas, taikant anoniminės anketinės apklausos metodą. Sveikatos priežiūros įstaigos fizinės aplinkos pritaikymas žmonėms su judėjimo negalia vertintas pasitelkus stebėjimo matricą. Tyrimo duomenys statistiškai apdoroti naudojant Microsoft Office Excel 2017 ir SPSS 17.0 for Windows (angl. Statistical Packet for Social Sciences) programas. Tyrimo rezultatai pateikti procentine išraiška, atlikta duomenų lyginamoji analizė.

Mokslinio darbo praktinis naudingumas. Neįgaliųjų, kaip atskiros visuomenės grupės, atstovų nuomonės tyrimai suteikia galimybę identifikuoti žmonių su negalia problemas ir poreikius. Gautą informaciją galima naudingai panaudoti tobulinant sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą, didinant sveikatos priežiūros sistemos veikimo efektyvumą bei paslaugų vartotojų pasitenkinimą.

Darbo struktūra. Magistro baigiamąjį darbą sudaro santrauka (lietuvių ir anglų kalbomis), įvadas, dvi pagrindinės mokslinio darbo dalys (negalios ir dėl jos kylančių problemų sveikatos priežiūros įstaigose teorinė analizė ir gautų tyrimo rezultatų statistinė lyginamoji analizė), Klaipėdos ligoninės pagrindinio pastato ir jame teikiamų paslaugų prieinamumo žmonėms su judėjimo negalia įvertinimo stebėjimo matrica, išvados ir rekomendacijos, literatūros sąrašas, žodynas bei priedai.

Teorinėje darbo dalyje analizuojama negalios sąvoka, neįgaliųjų poreikiai, jų reglamentavimo tvarka. Apžvelgiamas teisinis negalios reglamentavimas, kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų ir jų prieinamumo problematika žmonių su negalia diskursu. Išskiriamos ir plačiau aptariamoms pagrindinėms problemoms, kylančioms neįgaliesiems sveikatos priežiūros įstaigose bei pateikiamos rekomendacijos šių paslaugų prieinamumui didinti.

Tyrimo rezultatų analitinėje dalyje pateikiami anketinės apklausos rezultatai, identifikuotos pagrindinės sveikatos paslaugų prieinamumo žmonėms su judėjimo negalia problemos. Sudaryta stebėjimo matrica padeda įvertinti pasirinktos sveikatos priežiūros ir gydymo įstaigos pritaikymą žmonėms su judėjimo negalia. Šioje dalyje taip pat apibendrinti tyrimo duomenys, suformuluotos išvados ir rekomendacijos.

I. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PRIENAMUMO DIDINIMO NEIGALIESIEMS TEORINĖ APŽVALGA

1.1. Negalios samprata

Sąvoka „negalia“ turi pakankamai ilgą analizės kelią. „Neįgalumas yra vien dėl asmens kūno sandaros ir funkcijų sutrikimo bei nepalankių aplinkos veiksnių sąveikos atsiradęs ilgalaikis sveikatos būklės pablogėjimas, dalyvavimo visuomenės gyvenime ir veiklos galimybių sumažėjimas“ (Baranauskienė, Ruškus, 2004). Dubodelova ir Mačiulaitis teigia, kad negalia visais visuomenės vystymosi periodais buvo laikomas, skirtingu nukrypimu nuo normos, nuo to kas visuotinei priimta (Dubodelova, Mačiulaitis, 2012).

Ruškus, nagrinėdamas negalios fenomeną pastebi, jog pats neįgalumas, kaip sudėtingas daugiareikšmis dalykas mūsų visuomenėje, ilgą laiką buvo suprantamas neigiama prasme, todėl palaiptams sukūrė negalią turinčių asmenų ignoravimą: neįgaliųjų asmenų bijomasi, jų vengiama, nes nežinoma, kaip reikia su jais bendrauti, šalinamasi, nes bijoma juos įskaudinti (Ruškus, 2002). Žmonės su negalia dažnai jaučiasi atstumti artimųjų aplinkoje, kai jiems rodomas per didelis dėmesys arba nerodoma jokie, nes manoma, kad tokie žmonės turi savo bėdas spręsti patys, padedant medikams ar atitinkamoms specializuotoms įstaigoms (Jokūbpreikšas, Gudonis, 2013).

Piščalkienė teigia, jog literatūroje galima aptikti du negalios fenomeno aiškinimo požiūrius. Vienas jų – tradicinis (klinikinis, medicininis), kitas modernesnis – socialinis. Medicininis požiūris akcentuoja individo ribotumus ir trūkumus, vykdant konkrečius vaidmenis visuomenėje. Šiuo požiūriu negalią turintys asmenys dėl savo „nenormalumo“ gali būti eliminuojami iš visuomenės. Kitaip tariant, negalia yra tarsi asmens galių ir reikalavimų, kylančių iš aplinkos skirtumas. Socialinis požiūris į negalią žvelgia kontraversiškai ir leidžia suprasti, kad kurdamas įvairius barjerus, negalią konstruoja pati visuomenė. „Visuomenė pati etiketizuoja žmones kaip skirtingus ar nelygius, taip sudarydama sąlygas atsirasti stigmatizacijai. Tik socialinis visuomenės požiūris gali padėti išlaisvinti (liberalizuoti) negalią turinčius žmones“ (Piščalkienė, 2012).

Ruolytė-Verschoore pažymi, jog šie modeliai negali egzistuoti patys vieni sau, nes jų bruožai persipina. Šio susipynimo išdavoje atsiranda interakcinis negalios modelis. „Interakciniame modelyje – negalia atsiranda iš individualių (sutrikimo) ir struktūrinių (aplinkos, paramos sistemų, požiūrio) faktorių sąveikos“ (1 lentelė, žr. sekančiame psl.) (Ruolytė-Verschoore, 2012).

1 lentelė. Požiūriai į negalią. (Parengta autorės, pagal Ruolytę-Verschoore, 2012)

Medicininis modelis	<ul style="list-style-type: none">• Negalia - organizmo funkcijos, veiklos patologija• Asmuo, turintis negalią - gydymo objektas• Veiklos tikslas - neįgaliojo asmens korekcija
Socialinis modelis	<ul style="list-style-type: none">• Negalia - socialinės aplinkos nepritaikymas• Asmuo, turintis negalią - žmonių socialinis vaizdinys• Veiklos tikslas - aplinkos kliuvinių pašalinimas
Interakcinis modelis	<ul style="list-style-type: none">• Negalia - suasmenintas susirgimas ar struktūrinių faktorių sąveika• Asmuo, turintis negalią - sprendimo teisę turintis individas• Veiklos tikslas - aplinkos kliuvinių pašalinimas ir išankstinis nuostatų keitimas

Jokūbpreikšas ir Gudonis aiškina, jog socialinė-interakcinė paradigma yra siejama su laisvesniu požiūriu į subjektą. Žmogus, turintis negalią, pasižymi išskirtinumu, todėl tas išskirtinumas gali būti traktuojamas kaip iššūkis kiekvienam, kurio aplinkoje yra neįgalusis. Neįgalusis yra asmenybė, jo gyvenimas yra ypatingas, turintis tapti visapusišku ir visaverčiu, kaip ir kiekvieno žmogaus šiame pasaulyje. Ši teorija paaiškina neįgaliųjų studijas, kurios atliepia visuomenės nuomonę apie juos, aiškina vaizdinius ir realybes, kuriose reiškiasi neįgalumo reiškinys. Negalia – tai žmogaus būtis, kuri padeda jį suvokti kaip ypatingą, turintį tik tam tikru momentu išskirtinių reikalavimų aplinkai ar fiziniam kūnui (Jokūbpreikšas, Gudonis, 2013).

Kriščiūnas, nagrinėdamas negalią ir požiūrį į ją šiuolaikinėje visuomenėje pažymi, jog PSO siūlymu įdiegtas biopsichosocialinis (interakcinis) sveikatos priežiūros modelis, pagal kurį, teikiant pagalbą neįgaliesiems, įvertinamos ne tik sveikatos sutrikimų priežastys, bet ir ligų, traumų, apsigimimų pasekmės, kurias galima sumažinti pritaikant ligoniui aplinką, taikant technines rehabilitacijos priemones, darant įtaką sergančiojo elgsenai. Šiuo tikslu PSO 2001 m. išleista „Tarptautinė funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacija“. Šios klasifikacijos tikslai yra:

- Mokslškai pagrįsti sveikatos sutrikimo padarinių supratimą ir tyrimus;
- Padėti surasti bendrą kalbą įvairių sričių specialistams, sveikatos priežiūros darbuotojams ir neįgaliesiems aprašant sveikatos būklės sutrikimus;
- Padėti suprasti neįgalumo reiškinį įtaką asmenų gyvenimui ir dalyvavimui visuomenėje;
- Kaupti duomenis apie egzistuojančius ir neįgaliųjų dalyvavimą skatinančius arba slopinančius veiksnius. (Kriščiūnas, 2015)

Nepaisant didelės požiūrių įvairovės į negalios traktavimą, sėkmingo neįgalaus asmens poreikių realizavime patraukliausias išlieka interakcinis negalios modelis, nes jis subalansuoja fizinio/psichologinio sutrikimo ir struktūrinių aplinkybių ryšį. Šis modelis laiko diskriminacijos apraiškomis neįgaliųjų žmogaus teisių pažeidimus, kurie sukelia asmens funkcionavimo ir dalyvavimo visuomenėje ribotumus. Šio modelio teorinės galimybės leidžia tyrėjui analizuoti neįgalaus žmogaus integracijos galimybes ir poreikių realizavimo ypatumus (Lebedinskaitė, 2018).

1.2. Žmonių su negalia poreikiai

Norint išanalizuoti žmonių su fizine negalia poreikius, reikšminga apibrėžti poreikio sampratą. „Poreikis - tai reikmė, pareikalavimas, interesas“ (Algėnaitė, 2006).

Maslow pažymi, jog žmonės su negalia yra visuomenės dalis, turinti socialinės rizikos grupės bruožų, bei jiems būdingus interesus ir specialiuosius poreikius. Bet kuriuo atveju, neįgalieji kaip ir sveiki žmonės turi tuos pačius pagrindinius poreikius: fiziologinius, saugumo, socialinius, pagarbos bei saviraiškos (Maslow, 2006). Dočienė su bendraautorais teigia, jog išanalizavus Maslow darbus prieinama išvados, kad žmogaus laimė, sveikata ir gebėjimas veikti ateina tuomet, kai jis pakyla kuo aukščiau poreikių hierarchijoje (Dočienė, Vaškelytė, Pauliukėnas, 2012).

Kudukytė-Gasperė ir Jankauskienė nagrinėja šeimos tradicijų kaitos ir emigracijos problemas, kurios, autorių teigimu, turi pastebimos įtakos šeimos globos funkcijos silpnėjimui, kai neįgalūs žmonės gyvena vieni ir jiems būtina visokeriopa pagalba rūpinantis savo sveikata ir buitimi. Demografiniai ir su jais susiję epidemiologiniai pokyčiai, emigracijos pasekmės, besikeičiančios šeimos tradicijos ir visuomenės lūkesčiai lemia gyventojų socialinio aprūpinimo, sveikatos ir socialinės priežiūros, orientuotos į asmens kompleksinių problemų sprendimą, paslaugų poreikio didėjimą (Kudukytė-Gasperė R., Jankauskienė D., 2019).

Priklausomai nuo to, kokią negalią žmogus turi, jam iškyla specialūs, būtent su jo negalia susiję poreikiai, kurių tenkinimui būtinos specialios pagalbos priemonės. Tačiau, pasak Žalimienės (2003), galima teigti, kad poreikių, iškylančių neįgaliesiems, neįmanoma išvardinti ir nustatyti apibendrintai, vien tik atsižvelgiant į negalios pobūdį. Kiekvieno poreikiai yra individualūs, tačiau jie negali būti tapatinami su norais. Poreikių mastas netapatinamas ir su ištekliais, kuriais disponuojama poreikiams patenkinti. Ištekliai dažniausiai yra mažesni nei poreikiai, todėl yra svarbu išskirti prioritetinius poreikius (Žalimienė, 2003).

Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarime Nr. XII-96496 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų strategijos patvirtinimo“ vienu iš Strategijos tikslų iškeliami kokybiška ir efektyvi sveikatos priežiūros, orientuotos į gyventojų poreikius, sistema. Šiam tikslui pasiekti būtina plėtoti sveikatos

infrastruktūrą ir gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, saugą, prieinamumą ir į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą. Pabrėžiama, kad siekiant užtikrinti sveikatos sistemos tvarumą ir kokybę, būtina diegti ir plėtoti efektyvius, inovatyvius viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo infrastruktūros modelius, plėtoti slaugos paslaugas savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigose, integruojant slaugos ir socialinės globos paslaugas pagal pacientų poreikius.

Šiuo metu galiojančiuose Lietuvos Respublikos teisės aktuose reglamentuota, kad asmuo, kuriam dėl negalios ar ligos sudėtinga savarankiškai gyventi ir jam būtina pagalba, turi galimybę gauti ir sveikatos priežiūros, ir socialines paslaugas:

- **Sveikatos priežiūros srityje** asmuo gali gauti ambulatorines sveikatos priežiūros, slaugos ir paliatyviosios pagalbos paslaugas namuose. Atkreiptinas dėmesys, kad nenumatytos ir nereglamentuotos kitų formų slaugos dienos stacionarinės paslaugos, pvz., dienos slaugos stacionarinės paslaugos po insultų ar infarktų, stacionarines paliatyviosios pagalbos bei slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas;
- **Socialinių paslaugų srityje** asmuo gali gauti dienos socialinę globą namuose ir dienos socialinę globą institucijoje (pagalbą buityje, palydinti, organizuojant užimtumą, taip pat tai gali apimti ir sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą), trumpalaikę / ilgalaikę socialinę globą (paslaugos globos namuose, kartu teikiamos su būtinomis sveikatos priežiūros paslaugomis, kurias teikia slaugytojai ar jų padėjėjai) (Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų aprašas, 2007; Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašas, 2015).

Kudukytė-Gasperė ir Jankauskienė pastebi, jog nors skirtinguose teisės aktuose sveikatos ir socialinės priežiūros paslaugos (ypač kalbant apie paslaugas, teikiamas asmens namuose) apibrėžtos skirtingai: vienų apibrėžimas ir teikimas orientuotos į asmens sveikatos priežiūrą, kitų – į socialinę pagalbą, praktikoje šios paslaugos yra glaudžiai susijusios ir papildo viena kitą dėl šių priežasčių:

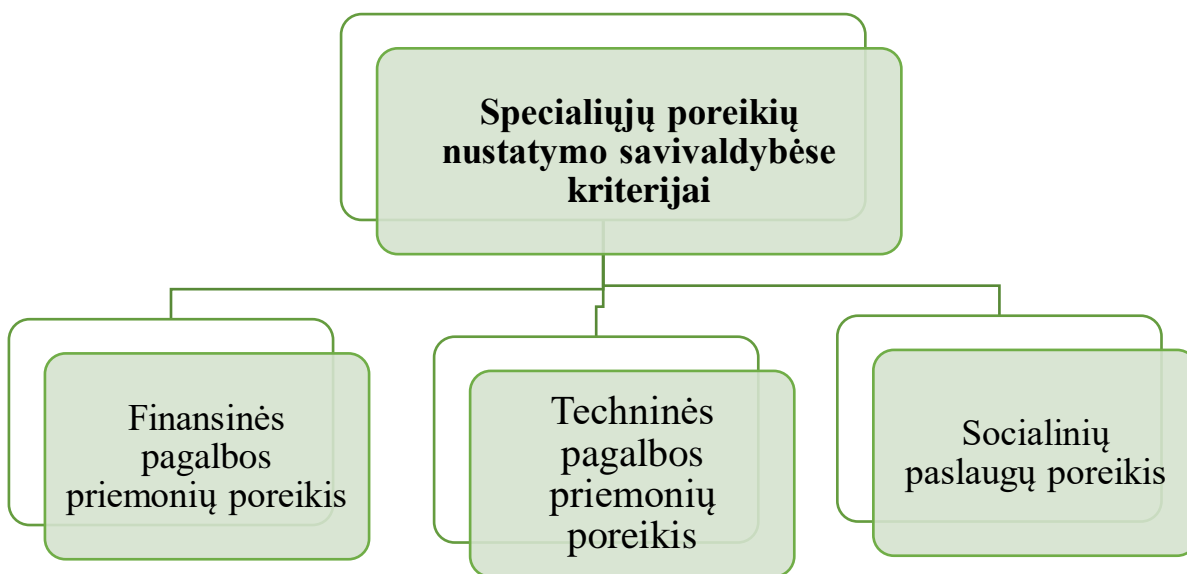
- Organizuojamos ir teikiamos tai pačiai tikslinei asmenų grupei – asmenims, dėl negalios ar sveikatos būklės negalintiems / iš dalies negalintiems savarankiškai pasirūpinti savo sveikata ir buitimi;
- Teikiant sveikatos priežiūros paslaugas iškyla socialinių paslaugų poreikis, o teikiant socialines paslaugas iškyla poreikis tam tikroms sveikatos priežiūros paslaugoms (būtina sveikatos priežiūra, pagal esamą būklę palaikant asmens savarankiškumą);
- Trumpalaikės / ilgalaikės socialinės globos atveju, kai socialinės paslaugos teikiamos stacionarinėse įstaigose – socialinės globos namuose, kuriuose privalo būti slaugytojai / slaugytojų padėjėjai, nemažą dalį paslaugų gavėjų sudaro nuolatinės slaugos / priežiūros poreikį turintys

asmenys, kuriems būtinos slaugos paslaugos, atitinkamai slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse papildomai sprendžiamos asmens socialinės problemos (Kudakytė-Gasperė, Jankauskienė, 2019).

Anksčiau minėtas sveikatos priežiūros paslaugas gaunančių neįgalių asmenų poreikiai reikalauja lygiagrečiai, koordinuotai teikiamų sveikatos priežiūros ir socialinės globos paslaugų (ypač kalbant apie paslaugas, teikiamas namuose), tačiau dėl šių paslaugų skirtingo organizavimo, teikimo ir finansavimo sąlygų reglamentavimo šiuo metu tokių integruotų, visapusiškai asmens poreikius tenkinančių paslaugų teikimas kartu yra sudėtingas.

1.3. Žmonių su negalia poreikių nustatymas

Žalimienė teigia, jog yra du skirtingi poreikių vertinimo lygmenys – bendruomenės ir individo. Vertinimas bendruomenės lygmeniu detalizuojamas į šalies (nacionalinį), regiono (apskritis, kaimo, miesto), bendruomenės (savivaldybės, seniūnijos). Poreikių vertinimas šalies lygmeniu formuoja socialinę politiką. Vertinimas savivaldybės lygmeniu – svarbi efektyvios socialinių paslaugų sistemos plėtros sąlyga. (1 pav., žr. sekančiame psl.) Regiono, bendruomenės lygmeniu - tai būtina vietos socialinei politikai formuoti bei bendruomenės paslaugų plano sudarymui (Žalimienė, 2003).



1 pav. Specialių poreikių nustatymo savivaldybėse kriterijai. Specialieji poreikiai savivaldybėse nustatomi pagal tris pagrindinius kriterijus: finansinės pagalbos priemonių poreikį, techninės pagalbos priemonių poreikį, socialinių paslaugų poreikį (Šaltinis: Kvieskienė G. ir kt, 2015).

Šiame darbe, analizuojant sveikatos priežiūros paslaugų poreikį žmonėms su negalia, svarbiausias yra individo lygmuo. Tačiau negalima jo nagrinėti kaip visiškai atskiro reiškimo,

kadangi visi poreikių vertinimo lygmenys įtakoja vienas kitą. Kaip rašo Vaicekauskienė, šiuo metu aktyvėja naujo požiūrio į neįgaliųjų globą sklaida – paramos modelis, kuris akcentuoja funkcinę ir socialinę neįgaliųjų integraciją, grindžiamą realiais socialiniais kontaktais su bendruomenės nariais ir dalyvavimu bendrame socialiniame gyvenime (Vaicekauskienė, 2006).

Siekiant geriau patenkinti neįgaliųjų poreikius, Lietuvos Respublikos neįgaliųjų socialinės integracijos įstatyme apibrėžta ir įvesta neįgalumo bei darbingumo lygio nustatymo sistema. Vadovaujantis šio įstatymo 18 straipsniu nuo 2005 m. liepos 1 d. vietoje reorganizuotos Valstybinės medicininės socialinės ekspertizės komisijos pradėjo veikti Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (LR neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymas, 2004). Šios tarnybos duomenimis vaikams nustatomas neįgalumo lygis, kuris pagal negalios sunkumą skirstomas į sunkų, vidutinį ir lengvą. Vyresniems nei 18 metų žmonėms su negalia iki senatvės pensijos amžiaus nustatoma ne invalidumo grupė, o darbingumo lygis, akcentuojama ne tai, kiek darbingumo žmogus yra praradęs, o tai, kiek jo yra išlikę. Darbingumo lygis nustatomas, įvertinus žmogaus sveikatos būklę, kartu įvertinant jo sugebėjimus, panaudojus visas galimas medicininės ir profesinės reabilitacijos bei specialiosios pagalbos priemones.

Pagal įstatymą darbingumas vertinamas procentais, o jo lygis nustatomas 3 pakopų intervalais:

- 1) Jei asmeniui nustatyta 0-25 % darbingumo, asmuo laikomas nedarbingu (netektas darbingumas 75-100 %)- buvusi I invalidumo grupė;
- 2) Jei asmeniui nustatyta 30-55 % darbingumo, asmuo laikomas iš dalies darbingu (netektas darbingumas 45- 70 %) buvusi II ir III invalidumo grupės;
- 3) Jei asmeniui nustatyta 60-100 % darbingumo, asmuo laikomas darbingu (netektas darbingumas mažiau kaip 40 %).

Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba yra nustačiusi asmenų su negalia specialiuosius poreikius: techninės pagalbos priemonės (vežimėliai (jų remontas), klausos aparatai), ortopedijos priemonės, aplinkos (būsto) pritaikymas, pritaikytos transporto priemonės įsigijimo kompensavimo poreikis, specialusis susiekimo išlaidų kompensacijos poreikis, specialusis nuolatinės slaugos poreikis, 24 valandų per parą priežiūros, profesinės reabilitacijos paslaugų poreikis, komunalinių paslaugų kompensacijos, finansinės paramos poreikis studijoms aukštojoje mokykloje. bendrųjų ir/ar specialiųjų socialinių paslaugų (Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba , 2014).

1.4. Žmonių su negalia teises reglamentuojantys įstatymai

Lietuvoje, taip kaip ir kitose Europos Sąjungos valstybėse, gyventojų sudėtis (pagal amžių, tautybę, išpažįstamą tikėjimą, socialinę padėtį, sveikatos būklę, lytinę orientaciją ir kitus požymius yra įvairi (Okunevičiūtė-Neveauskienė, 2011). Tai reiškia, jog žmonės su negalia sudaro atskirą visuomenės grupę.

Kaip teigia Kvieskienė su bendraautoriais, neįgalių žmonių teisinę padėtį reglamentuoja bendri Lietuvos Respublikos įstatymai, pradedant pagrindiniu Lietuvos Respublikos įstatymu – Konstitucija, o tam tikras specifines sritis reglamentuoja atskiri įstatymai ar jų įgyvendinamieji teisės aktai bei bendruose įstatymuose įtvirtintos specialios teisės normos. Šiuo metu įvairias neįgalių žmonių gyvenimo sritis reglamentuoja apie 70 įvairių teisės aktų (Kvieskienė G. ir kt., 2015). Pagrindiniai iš jų aptariami toliau. (2 lentelė, žr. sekančiame psl.).

Lietuvos Respublikos Konstitucija, Lietuvos Respublikos tarptautinių sutarčių įstatymas numato, kad Seimo ratifikuotas tarptautines sutartis privalu įgyvendinti, nes pagal teisės aktų hierarchiją tai – aukščiausią teisinę galią turintys dokumentai. Bene svarbiausiu dokumentu, kalbant apie neįgaliųjų teisių reglamentavimą, laikoma Jungtinių Tautų neįgaliųjų teisių konvencija bei jos fakultatyvus protokolas ir Jungtinių Tautų vaiko teisių konvencija. Konvencijose įtvirtintas nuostatas privalu perkelti į nacionalinę teisę. Kaip teigia Baranauskienė, Lietuvos Respublika, kaip moderni valstybė, sudarė sąlygas konvencijai įgyvendinti: Lietuvos Respublikos parlamentas patvirtino įstatymą Nr. XI-854 dėl Neįgaliųjų teisių konvencijos ir jos įstatymo 2010 m. Gegužės 27 d., kuriuo ratifikuota konvencija ir prisiimamas įsipareigojimas jos laikytis (Baranauskienė, 2019). Daugelis Konvencijos straipsniuose numatytų nuostatų yra įtrauktos į Lietuvos nacionalinę teisę: Konstituciją, Lietuvos Respublikos neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymą, Lietuvos Respublikos lygių galimybių įstatymą, Lietuvos Respublikos vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatymą ir kitus įstatymus, reglamentuojančius sveikatos apsaugą, švietimą ir mokslą, socialinę apsaugą, užimtumą. Kvieskienės su bendraautoriais nuomone, svarbu pažymėti, jog Konvencijoje negalios sąvoka suvokiama ne kaip medicininė, bet kaip socialinė kategorija. Todėl šiuo dokumentu siekiama pašalinti visas kliūtis, trukdančias neįgaliems žmonėms lygiomis teisėmis su kitais dalyvauti visose gyvenimo srityse (Kvieskienė ir kt., 2015).

2 lentelė. Neįgaliųjų teises reglamentuojantys Lietuvos Respublikos įstatymai (sudaryta autorės).

Įstatymas	Veikimo sritis
LR Neįgaliųjų integracijos įstatymas (2004)	Reglamentuojama galimybė užtikrinti neįgaliųjų lygias teises ir galimybes visuomenėje, nustatyti neįgaliųjų socialinės integracijos principus, apibrėžti socialinės integracijos sistemą ir jos prielaidas bei sąlygas, neįgaliųjų socialinę integraciją įgyvendinančias institucijas, neįgalumo lygio ir darbingumo lygio nustatymą, profesinės reabilitacijos paslaugų teikimą, specialiųjų poreikių nustatymo ir tenkinimo principus.
LR Socialinių paslaugų įstatymas (2006)	Apibrėžia socialinių paslaugų sampratą, tikslus ir rūšis, reglamentuoja socialinių paslaugų valdymą, skyrimą ir teikimą, socialinės globos įstaigų licencijavimą, finansavimą, mokėjimą už socialines paslaugas bei ginčų, susijusių su socialinėmis paslaugomis, nagrinėti.
LR Bedarbių rėmimo įstatymas (1996)	Derinamas kartu su kitais darbo santykius reglamentuojančiais įstatymais nustato Lietuvos Respublikos piliečių konstitucinės teisės į darbą ir užsiėmimo pasirinkimo valstybines garantijas. Šiame įstatyme akcentuojama, kad papildomai remiami asmenys, kuriems nustatytas 30–40 procentų darbingumo lygis (iki 2005 m. liepos 1 d. – I ir II grupių invalidai, 45–55 procentų darbingumo lygis (iki 2005 m. liepos 1 d. – III grupės invalidai) arba vidutinis neįgalumas.
LR Valstybinių šalpos išmokų įstatymas (2004)	Apibrėžia ir nustato valstybines šalpos išmokas asmenims, kuriems dėl jų neįgalumo, amžiaus ar dėl kitų šiame įstatyme nustatytų priežasčių teikiama valstybės šalpa
LR Lygių galimybių įstatymas (2003)	Užtikrina, kad Lietuvos Respublikos Konstitucijoje įtvirtintos žmonių lygios teisės būtų įgyvendintos, bei draudžia bet kokią tiesioginę ir netiesioginę diskriminaciją dėl amžiaus, lytinės orientacijos, negalios, rasės ar etninės priklausomybės, religijos ar įsitikinimų.
LR Transporto lengvatų įstatymas (2000)	Apibrėžia asmenų, kuriems teikiamos važiavimo keleiviniu transportu lengvatos, kategorijas, lengvatų rūšis, išlaidų keleiviniam transportui kompensavimo tvarką ir vežėjų išlaidų (negautų pajamų), susijusių su lengvatų taikymu, kompensavimo (atlyginimo) tvarką bei šaltinius.

Konvencija, kaip pabrėžia Ruškus, siekia „skatinti, apsaugoti ir užtikrinti visų neįgaliųjų visapusišką ir lygiateisį naudojimąsi visomis žmogaus teisėmis ir pagrindinėmis laisvėmis, taip pat skatinti pagarbą šių asmenų prigimtiniam orumui“. Autoriaus teigimu, priimdamos šią Konvenciją pasaulio šalys sutarė, kad nuo šiol neįgalieji turi teisę visaverčiai dalyvauti visuomenės gyvenime, kaip ir kiekvienas bet kuris žmogus (Ruškus, 2014). Baranauskienė teigia, jog Neįgaliųjų teisių konvencija užtikrina, kad neįgalieji turėtų teisę į politinės valios palaikymą, lygias teises į visišką sveikatos priežiūrą, teisę į reprodukcinę sveikatą, kūno ir psichinį neliečiamumą. Taip pat užtikrinamos lygios vaikų su negalia teisės, vyrų ir moterų lygybė sveikatos priežiūros sistemoje ir visapusiška teisinė pagalba, pagrįsta konvencija (Baranauskienė, 2019).

Lietuvoje sveikatos priežiūros prieinamumo pagrindus įtvirtina Lietuvos Respublikos Konstitucija. Jos 53 straipsnyje įtvirtinta, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus (Lietuvos Respublikos Konstitucija, 1992). Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas sprendime dėl Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimo nuostatų išaiškinimo pabrėžia, jog, interpretuojant konstitucinių vertybių tarpusavio ryšį, Konstitucija garantuoja gyvybiškai būtiną valstybės biudžeto lėšomis finansuojamą medicinos pagalbą, o didesnė tokios pagalbos apimtis gali būti nustatyta, tik jei „tai atitinka valstybės finansines galimybes, t. y. jeigu valstybės biudžetui neužkraunama šių galimybių neatitinkanti našta, dėl kurios valstybė negalėtų įgyvendinti kitų savo funkcijų arba jai taptų daug sunkiau jas vykdyti.“ (2014-02-26 Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo sprendimas).

Astromskė teigia, jog Lietuvoje bėgant laikui daugėja valstybės mastu nustatomų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybės vertinimą ir kontrolės galimybes įtvirtinančių teisės normų. Taip siekiama didinti tokių teisės normų visuotinumą ir taikyti atsakomybę už jų nesilaikymą. Vis dėlto įgyvendinimo problemos ir nepalankus atitinkamas teisės normas įgyvendinančių subjektų požiūris taip pat rodo, kad teisinio reguliavimo priemonių pasirinkimas turi būti sprendžiamas kartu su finansavimo ir efektyvių vadybos sistemų diegimo klausimais, taip pat užtikrinant pakankamą informacijos sklaidą (Astromskė, 2018).

Baranauskienė taip pat pastebi, jog 2016 m., įvertinus Konvencijos įgyvendinimo rezultatus Lietuvoje, buvo pažymėta, kad „komitetas rekomenduoja valstybei, Konvencijos šaliai, pakeisti teisinę negalios apibrėžtį, laikantis kriterijų, ir principus, nurodytus Konvencijos 1–3 straipsniuose, ir efektyviai jį pritaikyti visuose įstatymuose ir kituose teisės aktuose“. Minėti dokumentai pateikia daugiau nei septyniasdešimt pastraipų pastabų, kuriose nurodomos pagrindinės „sritys ir rekomendacijos, keliančios didelį susirūpinimą“. Kaip teigiama baigiamosiose pastabose, Lietuvos įstatymai ir teisės aktai neatitinka svarbių konvencijos nuostatų, todėl neįmanoma tikėtis tam tikros praktinės pažangos nepakeitus įstatymų (Baranauskienė, 2019).

Tai, jog teisinė bazė mūsų šalyje negali šimtu procentų užtikrinti lygių teisių neįgaliesiems patvirtina ir Neįgaliųjų reikalų departamento užsakymu 2017 m. Lietuvos neįgaliųjų draugijos atliktos žmonių su negalia ir kitų visuomenės narių nuomonės apklausos rezultatai, kuriuose teigiama, kad respondentų nuomone, neįgalieji mūsų šalyje su diskriminacija susiduria dažniau nei kitos socialinės grupės. Vykdam tą pačią apklausą, respondentų taip pat buvo klausama, ar Lietuvoje pažeidžiamos žmonių su negalia teisės. 64,5 % apklaustųjų atsakė teigiamai. Taip pat labiausiai, apklaustųjų nuomone, pažeidžiamos proto ir psichikos bei fizinę negalią turinčių žmonių teisės (atitinkamai 57,1 proc. ir 38 proc.) (Neįgaliųjų ir kitų visuomenės narių nuomonės apklausos, įvertinant Jungtinių Tautų Neįgaliųjų teisių konvencijos įgyvendinimo efektyvumą Lietuvoje duomenys, 2017).

Gudžinskienė ir Jurgutienė jau anksčiau atkreipė dėmesį į tai, jog teisinės sistemos socialinės integracijos, nediskriminavimo srityje poveikio sėkmė priklauso nuo to, kiek sulaukiama visuomenės paramos. Visuomenė turi būti šviečiama ir informuojama apie neigiamą diskriminuojamo elgesio poveikį, tuo pačiu turi būti ugdomas visuomenės pozityvus požiūris į mažumas ir įsipareigojimas gerbti žmogaus teises (Gudžinskienė, Jurgutienė, 2010).

1.5. Kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų samprata

Keliauskaitė su bendraautoriais sveikatos priežiūros paslaugas apibūdina kaip įstaigos ir paslaugų užsakovų susitarimu grindžiamą įstaigos veiklos rezultatą. Sveikatos priežiūros įstaigos ar įmonės turi teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas ir patarnavimus. Tas pačias paslaugas gali teikti kitos įstaigos, įmonės (ne sveikatos priežiūros) filialai ar padaliniai, kurie įstatymų bei teisės aktų nustatyta tvarka turi teisę užsiimti šia veikla. Pagal teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas yra skiriamos šios įstaigų grupės: asmens sveikatos priežiūros, visuomenės sveikatos priežiūros ir mišrios (Keliauskaitė S., Stankūnas M., Sauliūnė S., 2011).

Kaip teigia Daunorienė,- kokybė - su tam tikrais reikalavimais susijęs produkto, proceso, darbų ar sistemos apibūdinimas, kuriuo nusakomas jų gebėjimas patenkinti žmonių poreikius ir atitikti paskirtį (Visuotinė lietuvių enciklopedija). Sveikatos priežiūros kokybė apibrėžiama kaip tinkamos priežiūros teikimas tinkamam pacientui tinkamu laiku, ir ją sudaro pagrindinės dimensijos: struktūra, procesas ir rezultatai. Pagal Pasaulio sveikatos organizaciją kokybiška sveikatos priežiūra remiasi kokybės rodikliais: rezultatyvumu, efektyvumu, prieinamumu, priimtinum (orientuota į pacientą), teisingumu ir sauga (Pasaulio sveikatos organizacijos duomenys, 2006). Sriubas, analizuodamas pacientų teisę į kokybišką sveikatos priežiūrą, pažymi, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, kaip kategorija, jos dalys ar procesai gali būti analizuojama įvairių mokslų (pvz., vadybos, psichologijos ir t. t.) (Sriubas, 2013).

Pacientų teisė į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas yra įtvirtinta pavieniuose tarptautiniuose dokumentuose ir Lietuvos Respublika nėra pirmoji valstybė, kuri įtvirtino tokio pobūdžio paciento teisę (Sriubas, 2013). Daugelio šalių įstatymuose numatyta, kad sveikatos priežiūros paslaugos privalo būti geros kokybės. Kaip pavyzdį galima pateikti Skandinavijos šalių praktiką, į kurią neretai lygiuojasi mūsų valstybė. Norvegijoje veikia pacientų teisių įstatymas, kurio tikslas yra padėti užtikrinti visiems piliečiams galimybę lygiateisiškai gauti geros kokybės sveikatos priežiūros paslaugas. Taip pat Islandijoje priimtas pacientų teisių įstatymo 3 str., kuris skirtas apibrėžia kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas. Jame nustatoma, kad pacientas turi teisę į geriausią sveikatos priežiūrą, kuri prieinama visuomet.

Vis dėlto, toliau nagrinėjant Lietuvos Respublikos praktiką, pavyzdžiui Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą, dėmesys turėtų būti atkreiptas į šio straipsnio 2 dalį, kuri nustato, kad kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų rodiklius ir jų turinio reikalavimus nustato sveikatos apsaugos ministras. Kaip pastebi Sriubas, teisės akto, kuris nustatytų kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų rodiklius ir jų turinio reikalavimus, priėmus Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą ir jam įsigaliojus, sveikatos apsaugos ministras nėra parengęs ir patvirtinęs (Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 1996; Sriubas, 2013).

1.6. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo samprata ir problematika

Sveikatos priežiūros prieinamumo sąvoką apibrėžia Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. Pirmojoje šio įstatymo redakcijoje 1994 m. buvo apibrėžta ir dabar galiojanti sveikatos priežiūros prieinamumo sąvoka, nurodanti, kad „sveikatos priežiūros prieinamumas – tai valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios asmens sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei“ (1994-07-19 LR sveikatos sistemos įstatymas). 1998 m. patvirtintoje naujoje šio įstatymo redakcijoje sąvoka nepakito, bet šioje redakcijoje panaikintas įpareigojimas LR Vyriausybei nustatyti asmens sveikatos priežiūros prieinamumo rodiklius, analogiškas reikalavimas perkeltas į asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų teikimą reguliuojančius teisės aktus.

1996 m. LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme numatyta pacientų teisė į prieinamą sveikatos priežiūrą. Ji apibrėžiama kaip nemokama sveikatos priežiūra ir neatidėliojamai suteikiama būtinoji pagalba (1996-10-03 LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas). 2004 m. Pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatymo redakcijoje apibrėžiama kokybiškos sveikatos priežiūros sąvoka, tačiau tiek kokybės, tiek prieinamumo kriterijai joje nenustatyti, o pateiktos nuorodos į kitus LR įstatymus ir teisės aktus (2004-07-13 LR pacientų teisių ir žalos sveikatai

atlyginimo įstatymas). Vėliausia, 2009 m., redakcija įtvirtina pacientų teisę į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, jų rodikliai ir turinio reikalavimai turėtų būti nustatyti sveikatos apsaugos ministro, o praplečiant kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų sąvokos apibrėžimą, įstatyme numatyta, jog kokybiškos sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, ligonių gydymo ir slaugos paslaugos, visų pirma yra prieinamos, taip pat suteikiamos tinkamo specialisto ar jų komandos tinkamu laiku ir tinkamoje vietoje (2009-11-19 LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas). 2018 metų Valstybinio audito ataskaitoje aiškinama, jog pagrindiniai subjektai, užtikrinantys prieinamas ir į pacientą orientuotas sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvoje yra Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba, Valstybinė ligonių kasa ir apie 1,2 tūkst. gydymo įstaigų (Valstybinio audito ataskaita, 2018).

Sriubas išskyrė šešis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo elementus, kurių nesilaikymas galėtų lemti teisės į kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugas pažeidimą: komunikacinį, fizinį, organizavimo, teisinį, finansinį, savalaikiškumo (Sriubas, 2013) (3 lentelė).

3 lentelė. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo elementai (sudaryta autorės, remiantis M. Sriubo straipsnio duomenimis)

Sveikatos priežiūros prieinamumo elementai	
Komunikacinis	Paslaugos teikėjas yra įpareigotas užtikrinti komunikacinį sveikatos priežiūros prieinamumą, nes pacientas gali nepagrįstai atsisakyti ar negauti paslaugos, jei netinkamai įgyvendinama jo teisė į informaciją ar teisė pasirinkti specialistą.
Fizinis	Pacientui sveikatos priežiūros paslaugos gali būti neprieinamos dėl fizinių priežasčių, nepriklausomų nuo paslaugos teikėjo, pavyzdžiui, sugedusios paslaugos teikimui reikalingos įrangos.
Organizavimo	Paslaugos teikėjas (įstaiga) privalo užtikrinti tinkamą sveikatos priežiūros paslaugos teikimo organizavimą.
Teisinis	Pacientui sveikatos priežiūros paslaugos gali būti nesuteiktos dėl teisinių priežasčių, pavyzdžiui, neįgaliam asmeniui nesuteiktos paslaugos be jo įstatymų nustatyto atstovo sutikimo.
Finansinis	Pacientui sveikatos priežiūros paslaugos gali būti neprieinamos dėl finansinių priežasčių, pavyzdžiui, manualinės terapijos paslaugos pacientui nėra apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų, nors pagal sveikatos būklę tiek gydytojui, tiek pacientui tai laikytina priimtinausiu gydymo metodu.
Savalaikiškumo	Asmens sveikatos priežiūros įstaiga turi užtikrinti savalaikį sveikatos priežiūros prieinamumą. Tai atvejai, kai medicinos mokslo įrodyta, kad suteikus paslaugą per tam tikrą laiką galima sulaukti geriausių rezultatų, todėl pavėluotai suteikta paslauga pažeistų paciento teisę ne tik į prieinamumą, bet ir savalaikiškumą.

Autorius teigia, jog Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme kokybiška sveikatos priežiūros paslauga laikoma ta paslauga, kuri yra suteikta tinkamu laiku, taigi

savalaikiškumo kriterijus iš esmės yra sveikatos priežiūros paslaugos kokybės prieinamumo sąlyga, nes netinkamu laiku suteikta paslauga lemia kokybiškos paslaugos prieinamumo pacientui pažeidimą (Sriubas, 2013). Narkauskaitė su bendraautoriais, nagrinėdama odontologinių paslaugų prieinamumą pacientams, turintiems judėjimo negalią, pabrėžia, jog asmenys su negalia Lietuvoje susiduria su nemažai problemų visose gyvenimo srityse. Ypač svarbu, kad neįgaliesiems asmenims būtų užtikrintas sveikatos priežiūros ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas, tačiau nepaisant neįgaliųjų integracijos skatinimo ir ją reglamentuojančių įstatymų, daug neįgaliųjų vis dar turi menkas galimybes gauti visapusišką tokių paslaugų teikimą (Narkauskaitė ir kt., 2012).

Astromskė, apžvelgdama asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo reglamentavimo tendencijas Lietuvoje ir Europos Sąjungoje pastebi, jog teisėje prieinamumo sąvoka nėra vienareikšmiškai apibrėžta ar detalizuota, kadangi jai būdingas tarpdiscipliniškumas ir autoriai siekia ją atskleisti per kokybės kriterijus bei su jais susijusių reikalavimų, įtvirtintų teisės aktuose bei teismų praktikoje, analizę. Tokią situaciją, autorės teigimu, lemia tai, jog veiksniai, darantys įtaką sveikatos priežiūros prieinamumui, yra glaudžiai susiję, todėl prieinamumas negali būti pagerintas be sisteminės sveikatos priežiūros reformos, taip pat reikia įtraukti ir kitus sektorius. Atitinkamai sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo sąvokos kompleksiskumas atsispindi mokslinėje literatūroje, teisės aktuose ir teismų praktikoje (Astromskė, 2018).

Tai, jog neįgalieji Lietuvoje susiduria su sunkumais sveikatos priežiūros srityje, įrodo ir Neįgaliųjų reikalų departamento užsakymu 2017 m. Lietuvos neįgaliųjų draugijos atliktos žmonių su negalia ir kitų visuomenės narių nuomonės apklausos rezultatai. Siekiant detaliau nustatyti sveikatos priežiūros įstaigų teikiamas paslaugas neįgaliesiems ir jų prieinamumą Lietuvoje, respondentų, turinčių negalią (N=946), buvo prašoma įvertinti 8 prieinamumo aspektus, iš kurių geriausiai vertinama patekimo į sveikatos priežiūros įstaigas galimybė (45 proc.) ir kompensuojamųjų vaistų pasirinkimo užtikrinimas (33,1 proc.). Blogiausiai vertinama informavimas apie pasikeitimus gydymo (slaugos) procese (28,4 proc.) ir paaiškinimas apie skirtą gydymą, slaugos procedūras, pašalinį poveikį bei galimą žalą (27,3 proc.) (Neįgaliųjų ir kitų visuomenės narių nuomonės apklausa, įvertinant Jungtinių Tautų Neįgaliųjų teisių konvencijos įgyvendinimo efektyvumą Lietuvoje, 2017).

Astromskė taip pat pažymi, jog iš jau anksčiau aptartų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės bei prieinamumo sąvokų matyti, kad jos apibrėžiamos skirtingai. Nors mokslinėje literatūroje prieinamumas vertinamas kokybės dimensija, teisės aktuose ir teismų praktikoje nustatytose sveikatos priežiūros prieinamumo sąvokose aptinkame kitų kokybės dimensijų aspektų, tokių kaip tinkamumas, efektyvumas. Atsižvelgiant į apibrėžimų skirtumus, skiriasi ir vertinimo kriterijai, kuriais siūloma vertinti sveikatos priežiūros prieinamumą ir įtvirtinti atsakomybę dėl tokių kriterijų užtikrinimo. LR įstatymuose randama daugiau interpretacijos reikalaujančių kriterijų: ekonominį,

komunikacinį ir organizacinį priimtinumą arba specialistų, vietos ir laiko tinkamumą (Astromskė, 2018).

1.6.1. Finansinės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problemos

Juodkaitė, nagrinėdama mūsų šalies ir Jungtinių Amerikos Valstijų socialinių išmokų skirtumus, apibrėžė, jog neįgaliems žmonėms teikiama finansinė parama Lietuvoje yra reglamentuojama įvairių šalies įstatymų, tačiau svarbiausios yra dvi pagrindinės programos bei išmokų rūšys: valstybinė socialinio draudimo invalidumo pensija ir šalpos (socialinė) pensija. Įstatymų nuostatos, susijusios su socialinės apsaugos arba materialinio aprūpinimo, kompensuojant dėl negalios prarastas pajamas, priemonėmis, taikomos visiems Lietuvoje gyvenantiems asmenims, turintiems vienokią ar kitokią negalios formą. Piniginių priemonių, mokamų pensijų bei pašalpų dydžiai priklauso nuo asmens negalios sunkumo bei jam nustatytos invalidumo grupės (Juodkaitė, 2015).

Neįgaliųjų teisė gauti valstybinę socialinio draudimo invalidumo pensiją reglamentuojama 1994 m. priimtame Lietuvos Respublikos valstybinių socialinio draudimo pensijų įstatyme, kurio 1 straipsnyje nurodoma, jog teisę gauti valstybinę socialinio draudimo pensiją turi nuolatiniai Lietuvos Respublikos gyventojai, kurie šio įstatymo nustatytą laiką buvo privalomai draudžiami arba patys draudėsi valstybiniu socialiniu pensijų draudimu, t. y. tam tikrą laiką dirbo ir įgijo „darbo stažą“ (Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo pensijų įstatymas, 1994). Lietuvos statistikos departamento duomenimis 2018 metais Lietuvoje gyveno 28397 neįgalieji, gaunantys šalpos pensijas ir 198610 neįgaliųjų, gaunančių netekto darbingumo (invalidumo) pensijas (Lietuvos statistikos departamento 2018 metų duomenys). Vis dėlto, Lietuvoje vis dar egzistuoja svarbi problema, susijusi su senatvės pensijomis neįgaliesiems. Pagal Valstybinių socialinio draudimo pensijų įstatymo 5 straipsnio 1 punktą, asmenims, kuriems šio įstatymo nustatyta tvarka mokamos netekto darbingumo (invalidumo) pensijos ir kurie tuo pat metu turi teisę gauti senatvės pensiją, mokama didesnioji arba jų pasirinkimu viena iš šių pensijų (Lietuvos Respublikos Valstybinių socialinio draudimo pensijų įstatymas, 1994). Asmenys su negalia priversti tarp rinktis vienos iš dviejų išmokų, nors iš esmės jiems turėtų būti mokamos, nes šie žmonės, kaip ir kiti, dirbo, mokėjo mokesčius ir savo darbu užsitarnavo senatvės pensijos išmokas. Kita vertus, jų negalia, pasiekus pensinį amžių niekur neišnyksta ir jai kompensuoti ir toliau reikalingos priemonės.

Sveikatos priežiūros paslaugos namuose reglamentuotos Slaugos namuose apraše, Paliatyviosios pagalbos apraše ir Pirminės AASP paslaugų organizavimo apraše. Slaugos namuose apraše nurodyta, kad slaugos paslaugas namuose gali gauti asmenys, kuriems nustatytas specialusis nuolatinės slaugos poreikis arba specialusis nuolatinės priežiūros (pagalbos) poreikis su dideliais

specialiaisiais poreikiais; po gydymo stacionare 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, taip pat tiems asmenims, kuriems implantuota tracheostoma ar gastrostoma ir būtinas gleivių išsiurbimas iš kvėpavimo takų. Intervencinės slaugos procedūros (pvz., žaizdų priežiūra), teikiamos turint gydytojo siuntimą. Numatyta, kad slaugytojas papildomai vertina paciento būklę ir paslaugų poreikį, tačiau paslaugos pagal nustatytą poreikį realiai neteikiamos, nes apmokėjimas iš PSDF yra reglamentuotas ne pagal konkretaus asmens sveikatos būklės poreikį, o konkrečiam paslaugų skaičiui (pagal Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašą) :

- Asmenims, kuriems nustatytas specialusis nuolatinės slaugos poreikis ar specialusis nuolatinės priežiūros (pagalbos) poreikis, ar implantuota tracheostoma arba gastrostoma ir būtinas gleivių išsiurbimas iš kvėpavimo takų – per kalendorinius metus gali būti apmokėtos ne daugiau kaip 52 slaugos paslaugų išlaidos asmenims, t. y. neatsižvelgiant į individualią paciento būklę, konkrečių slaugos procedūrų poreikį (ypač kalbant apie žaizdų priežiūrą, tęstinę priežiūrą pragulų profilaktikai ir pan.), pacientui per mėnesį galima suteikti 4 paslaugas, už kurias bus apmokėta PSDF lėšomis.
- Asmenims po gydymo stacionare gali būti apmokėtos ne daugiau kaip 10 slaugos paslaugų namuose išlaidos, jei šios paslaugos suteikiamos per 30 dienų po kiekvieno išrašymo iš stacionaro. Jei paslaugos gavėjas turi nustatytus specialiuosius slaugos ar priežiūros poreikius, jam per kalendorinius metus gali būti apmokėtos dar iki 52 slaugos paslaugų namuose (neįskaitant minėtų 10) išlaidos.

Pirminės AASP paslaugų organizavimo apraše taip pat reglamentuotos slaugytojo teikiamos paslaugos namuose, kurios yra apmokamos PSDF lėšomis: slaugytojo vizitas į namus bei slaugos procedūros: kraujo ėmimas, pragulų priežiūra, lašinė infuzija. Pagal šį aprašą slaugytojo vizito į namus paslaugą gali gauti prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos prirašyti gyventojai, kuriems nustatytas specialusis nuolatinės priežiūros (pagalbos) poreikis: asmenys iki 18 metų, kuriems nustatytas sunkus neįgalumo lygis, asmenys, kuriems nustatytas 0–25 proc. darbingumo lygis (netekusiems 75–100 proc. darbingumo) bei senatvės pensijos amžiaus sulaukusieji, kuriems nustatytas specialusis nuolatinės slaugos poreikis. Nevertinamas šių asmenų realus slaugos paslaugų poreikis, PSDF lėšomis apmokama ne daugiau kaip po 12 slaugos paslaugų per metus.

Dar viena finansinė problema, su kuria susiduria neįgalieji paminėta Neįgaliųjų socialinės integracijos veiklos rezultatų ir Jungtinių Tautų neįgaliųjų teisių konvencijos ir jos fakultatyvaus protokolo 2017 m. stebėsenos ataskaitoje - sąrašas, kuriuo remiantis gali būti mokama ligos išmoka

motinai (tėvui), ėmotei (įtėviui), globėjui ar rūpintojui, slaugančiam medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo įstaigoje vaiką iki 18 metų yra labai siauras, daugiausia susijęs su piktybiniais navikais, organų persodinimu ar implantacija, bei judėjimo sutrikimais sąlygotais paralyžiaus, traumomis. Sąrašas susijęs tik su Tarptautine statistine ligų ir sveikatos problemų klasifikacija, ir yra griežtai tik medicininio pobūdžio ir visiškai neatkreipia dėmesio į negalios specifiką ar pobūdį. Akivaizdu, kad vaikas, kuriam negalia nustatyta dėl tam tikrų intelekto ar psichosocialinių sutrikimų svetimoje aplinkoje tarp jam svetimų asmenų jaučiasi bejėgiškai, jam akivaizdžiai sunku tinkamai išsakyti savo poreikius, o sveikatos priežiūros ar sveikatinimo įstaigos personalui – juos suprasti ir patenkinti. Tokiu atveju, vadovaujantis Vaikų atrankos ir siuntimo į medicininės reabilitacijos sveikatos priežiūros įstaigas tvarkos aprašo 22 punktu tėvai gali pasinaudoti galimybe vykti kartu su vaiku, tačiau, kadangi tokiu atveju, tėvams nemokama ligos išmoka, tai tenka daryti atostogų arba nemokamų atostogų sąskaita, todėl tėvai praranda teisę į atostogas (ir poilsį) kartu su visais savo vaikais ir kitais šeimos nariais arba visa šeima nukenčia finansiškai (Neįgaliųjų socialinės integracijos veiklos rezultatų ir Jungtinių Tautų neįgaliųjų teisių konvencijos ir jos fakultatyvaus protokolo 2017 m. stebėsenos ataskaita, 2018).

Tai pat reiktų atkreipti dėmesį į Neįgaliųjų teisių konvencijos 25 straipsnio b) punktą teikti sveikatos paslaugas, kurios yra būtinos neįgaliesiems būtent dėl jų neįgalumo. Labai svarbu paminėti Lygių galimybių kontrolierės sprendimą dėl galimos diskriminacijos negalios ir amžiaus pagrindais kompensuojant medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidas tyrimą, kuris iš esmės yra žingsnis link finansinės naštos neįgaliesiems palengvinimo. 2017 metų pabaigoje atlikto tyrimo metu nustatyta, jog negalią turinčiam Pareiškėjui, iki jam sukako 18 metų, pagal Medicinos pagalbos priemonių sąrašo 13.1.1 punktą per mėnesį buvo skiriama 60 vienetų sauskelnių (kompensuojant 100 proc. jų išlaidų). Pareiškėjas sulaukia pilnametystės, jo sveikatos būklė nepakinta, tačiau vadovaujantis minėto sąrašo 13.1.2 punkte nustatyta tvarka, per mėnesį kompensuojamos tik 45 vienetų sauskelnių įsigijimo išlaidos. Pasak Pareiškėjo, tapus pilnamečiu šios jam dėl negalios būtinos medicinos pagalbos priemonės poreikis išliko toks pats. Dėl nuo vaikystės Pareiškėjui nustatytos negalios jis negali dirbti, todėl negauna su darbo santykiais susijusių papildomų pajamų ir nėra įgijęs darbo stažo. Lygių galimybių įstatymo 5 str. 1 d. 1 punkte nustatyta, jog valstybės ir savivaldybių institucijos ir įstaigos pagal kompetenciją privalo užtikrinti, kad visuose teisės aktuose būtų įtvirtintos lygios teisės ir galimybės nepaisant, inter alia, amžiaus ir negalios. Nustačiusi Lygių galimybių įstatymo pažeidimą, Lygių galimybių kontrolierė kreipėsi į sveikatos apsaugos ministrą, siūlydama keisti medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimo tvarką taip, kad ji užtikrintų būtinų priemonių įsigijimą, nepriklausomai nuo asmenų amžiaus (Lietuvos Respublikos lygių galimybių kontrolieriaus sprendimas Dėl galimos diskriminacijos negalios ir amžiaus pagrindais kompensuojant medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidas tyrimo, 2017).

Lygių galimybių kontrolieriaus tarnybos 2017 m. veiklos ataskaitos duomenimis, 2017 metais buvo gautas dar vienas skundas, kuriame vaikų, turinčių girdėjimo negalią, tėvus vienijančios organizacijos kreipėsi dėl galimos diskriminacijos negalios pagrindu skiriant medicininės reabilitacijos paslaugas sutrikusios klausos asmenims. Atlikus tyrimą buvo nustatyta, jog galiojanti tvarka, nustatyta sveikatos apsaugos ministro įsakymu bei kitais teisės aktais, neužtikrina tinkamo mechanizmo asmenims, turintiems klausos negalią, įsigyti klausos aparatus. Išvadose teigiama, jog klausos aparatų, įrašytų į ortopedijos techninių priemonių sąrašus, bazinės kainos nustatytos netiksliai ir yra nepagrįstai mažos. Svarbu pažymėti, jog šios Lygių galimybių kontrolieriaus pateiktos rekomendacijos yra iš dalies įvykdytos – pakeista Valstybinės ligonių kasos direktoriaus nustatyta tvarka dėl klausos aparatų bazinių kainų nustatymo (Lietuvos Respublikos lygių galimybių kontrolieriaus 2016 m. veiklos ataskaita).

Taip pat Neįgaliųjų socialinės integracijos veiklos rezultatų ataskaitoje pažymima dar viena problema, susijusi su tinkamai neįgaliųjų sveikatos priežiūrai ir slaugai namuose reikalingų techninės pagalbos priemonių įsigijimo tvarka. Techninės pagalbos priemonės neįgaliesiems perkamos vadovaujantis Viešųjų pirkimų įstatymu. Pirkimus vykdančios vadovaujantis mažiausios kainos principu, kyla rizika įsigyti menkesnės kokybės ir nevisai tenkinančias neįgaliųjų poreikius techninės pagalbos priemones. Taip pat neįgaliesiems asmenims yra nustatyti baziniai techninės pagalbos priemonių įsigijimo kainų dydžiai, kurie yra kompensuojami. Centras ne tik aprūpina neįgaliuosius techninės pagalbos priemonėmis, bet teikia ir remonto paslaugas, kurios finansuojamos iš valstybės biudžeto. NVO atstovų teigimu tokia aprūpinimo tvarka ydinga, nes neįgaliesiems tenka ilgai laukti eilėse, kol gaus reikiamą priemonę, dažnai parenkamos neindividualizuotos priemonės ir pan. Centras sudaro sąlygas neįgaliesiems patiems, savo lėšomis, įsigyti reikiamą priemonę, o vėliau - atėjus eilei, kompensuoti visą arba bazinę šios priemonės kainą, tačiau tokiu atveju asmuo turi turėti pakankamai savų pinigų priemonei įsigyti ir kompensaciją gauna tik praėjus tam tikram laikui, pateikus reikiamus dokumentus ir sulaukus patvirtinimo dėl kompensavimo, todėl šia galimybe naudojasi nedaug žmonių. Čia taip pat iškyla jau ir anksčiau Sriubo straipsnyje minėta savalaikiškumo problema, kuomet reikalingos medicininės priemonės ar paslaugos žmonėms nėra suteikiamos reikiamu laiku (Neįgaliųjų socialinės integracijos veiklos rezultatų ir Jungtinių Tautų neįgaliųjų teisių konvencijos ir jos fakultatyvaus protokolo 2017 m. stebėsenos ataskaita, 2018).

Kudakytė-Gasperė ir Jankauskienė, kalbėdamos apie finansines problemas, kylančias neįgaliesiems dėl sveikatos priežiūros paslaugų, pažymi vieną ypač svarbią problemą – skirtingas ir painus teisinis reglamentavimas iš esmės neleidžia organizuoti ir teikti žmonėms su negalia būtinų integruotų, koordinuotai teikiamų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų, nes asmens poreikis gauti paslaugas vertinamas skirtingai, tai nustato skirtingi subjektai, neaiškus paslaugų finansavimo

mechanizmas, kai už socialines paslaugas asmuo turi papildomai susimokėti, o slaugos paslaugų konkretus skaičius finansuojamos PSDF, nenumatant galimybės teikti papildomai būtinų slaugos paslaugų, nesuteikia galimybės pacientui gauti viso, jam būtino paslaugų komplekto, o įstaigas teikti tokias kompleksines paslaugas (Kudukytė-Gasperė R., Jankauskienė D, 2019).

1.6.2. Sveikatos priežiūros įstaigų fizinės aplinkos pritaikymo problemos

Viluckienė teigia, jog judėjimo negalios atveju žmogus susiduria su savo kūno „nepaklusnumu“, kai, gulint ir stengiantis judinti vieną ar kitą galūnę, ši lieka ramybės būsenos, arba subjektas išgyvena kūno nepajėgumą judinti savo apatines galūnes taip, kad galėtų savarankiškai judėti erdvėje, lengvai įveikti didesnius nuotolius. Tai, kad neįgalieji patiria neatitikimą tarp noro judėti ir paties judėjimo, yra šios negalios fenomenas. Ir šį neatitikimą dažnai individai išgyvena gana sunkiai ir skausmingai (Viluckienė J., 2016).

Remiantis Neįgaliųjų reikalų departamento užsakymu 2017 m. Lietuvos žmonių su negalia sąjunga atlikto Fizinės aplinkos pritaikymo neįgaliesiems valstybės ir savivaldybių sveikatos (gydymo) paskirties įstaigose vertinimo tyrimą, kuriame teigiama, jog tik dalis Lietuvos Respublikos gydymo paskirties įstaigų yra pritaikytos neįgaliųjų reikmėms. 19 proc. įstaigų įvertino, kad jos yra visiškai pritaikytos žmonių su negalia reikmėms, 13 proc. – kad jos nepritaikytos žmonių su negalia reikmėms, likusios – pritaikytos iš dalies. Tyrime vertinant, kaip įstaigos pritaikytos žmonėms su judėjimo negalia, buvo atsižvelgiama į tokius aspektus kaip parkavimo vietos, patekimas į vidų, nekliudomas 1,5m x 1,5m plotas, pagalbos iškvietimo mygtukas, slenkstis <2 cm, varstomos arba slankiojančios durys, judėjimo galimybė tarp pastato aukštų, registratūra, gyvenamieji kambariai ir kt. Įvertinus fizinį gydymo įstaigų pritaikymą žmonių su negalia reikmėms, buvo teigiama, kad vienokius ar kitokius pritaikymus turi didesnė dalis įstaigų. Dar didesnis įstaigų nepasiruošimas buvo stebimas vertinant patalpų pritaikymą žmonėms su regos negalia. Tyrimo duomenimis, net 74,7 proc. apklaustų įstaigų nepritaikytos žmonėms su regėjimo negalia. Vos 8,5 proc. įstaigų yra ryškiai pažymėtos durys ir laiptų pakopos. 7,3 proc. sveikatos priežiūros įstaigose yra liftai, kuriuose iškvietimo ir valdymo prietaisų informacija pateikta Brailio raštu. Ir tik 1 įstaiga (0 proc.) pažymėjo, kad turi įrengtą ant grindų aklujų vedimo sistemą. Kai įstaigos buvo apklausiamos dėl naudojamų medicinos prietaisų (ginekologinių kėdžių, rentgeno, kompiuterinės tomografijos aparatūros, odontologo ir kitos diagnostinės įrangos tinkamumo pasinaudoti žmonėms su negalia, judantiems neįgaliojo vežimėliu ar turintiems kitų negalių) pastebėta, jog 31,7 proc. sveikatos priežiūros įstaigų neturi užduotų klausime medicinos prietaisų. Klausiant įstaigų dėl asmenų su negalia poreikiams pritaikytų patalpų kūrimo, atsakė 300 įstaigų. 115 įstaigų neketina atlikti jokių paslaugų prieinamumą

neįgaliesiems didinančių darbų, taip pat neketina įsigyti jokios įrangos. Kai kurios įstaigos įvardino ir priežastis:

1. Patalpos yra nuomojamos, savininkai dažniausiai yra savivaldybės. Savivaldybių administracijos neskiria lėšų patalpų rekonstrukcijai.
2. Nėra finansinių galimybių.
3. Nėra poreikio.
4. Pastatai jau rekonstruoti. Patalpos įrengtos pagal visus reikalavimus ir pritaikytos neįgaliesiems.

Iš 185 teigiamai atsakiusių įstaigų, 30 įstaigų nurodė, kad pateikė paraišką Europos socialinio fondo agentūrai priemonei Pirminės asmens sveikatos priežiūros veiklos efektyvumo didinimas Nr. 08.1.3-CPVA-R-609, kurios vykdymui Europos Sąjungos fondų duomenimis planuojama skirti apie 29 milijonus eurų, iš kurių 2018 metų spalį jau buvo panaudota beveik 26 milijonai. Jeigu gautas finansavimas bus panaudotas tikslingai, teikiamų paslaugų prieinamumas ir kokybė žmonėms su negalia ženkliai pagerėtų. Daugiausia dėmesio planuojama skirti tualetų, pritaikytų žmonių su negalia specialiesiems poreikiams, įrengimui, pandusų ir užvažiavimų pertvarkymui ir įrengimui, liftų pertvarkymui ar įrengimui, keltuvams ar mobilioms kėlimo platformoms. Net 36 įstaigos pažymėjo, kad nori pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą akliesiems ir silpnaregiams: sutvarkyti šaligatvius, įrengti išpėjamuosius taktilinius paviršius, pažymėti laiptų pakopas ir duris ryškios kontrastinės spalvos juostomis, įrengti tinkamą apšvietimą ir garsinius signalus sanitariniuose mazguose ir kt. 23 įstaigos žada tinkamai įrengti parkavimo vietas neįgaliųjų automobiliams statyti. Taip pat 15 įstaigų numato modernizuoti registratūras, kad jos taptų prieinamos žmonėms, judantiems neįgaliojo vežimėliu. Didesnės ligoninės žada įsigyti vizualinę įrangą, švieslentes, kur būtų teikiama informacija „bėgančiomis eilutėmis“, kad ją galėtų suprasti kurtieji (Fizinės aplinkos pritaikymo neįgaliesiems valstybės ir savivaldybių sveikatos (gydymo) paskirties įstaigose vertinimo tyrimas, 2017).

Nacionalinio neįgaliųjų socialinės integracijos programos įgyvendinimo plano priemonėje Nr. 2.1.4. (2018) numatoma tikslinti reikalavimus statiniams dėl neįgalių žmonių reikmių tenkinimo, numatyta pakeisti statybos techninio reglamento reikalavimus, taip pat žmonių su negalia reikmėms numatant reikalavimą statiniams taikyti universalus dizaino principus. Būtent šia priemone valstybėje siekiama įgyvendinti planus, kurie garantuotų vis platesnį universalus dizaino principų taikymą fizinei aplinkai, prieinamam būstui ir transportui tiek miesto, tiek kaimo vietovėse, tuo gerinant prieinamumą visiems asmenims su negalia (Fizinės aplinkos pritaikymo neįgaliesiems valstybės ir savivaldybių sveikatos (gydymo) paskirties įstaigose vertinimo tyrimas. 2017).

Neįgaliųjų socialinės integracijos veiklos rezultatų ataskaitoje teigiama, jog 2017 m. pagal Europos Sąjungos fondų patvirtintą priemonę Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimas neįgaliesiems Nr. 08.1.3-CPVA-V-607160 buvo pasirašyta 15 sutarčių su Viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigomis. Remiamos veiklos: asmens sveikatos priežiūros įstaigų, fizinės ir informacinės infrastruktūros pritaikymas specialiesiems neįgaliųjų poreikiams, priemonių, gerinančių sveikatos priežiūros paslaugų fizinį prieinamumą neįgaliesiems žmonėms įdiegimas; asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių medicininės stacionarinės reabilitacijos paslaugas, skirtas neįgaliesiems vaikams, infrastruktūros modernizavimas: statinių ir (ar) patalpų, susijusių su neįgaliųjų vaikų reabilitacijos paslaugų teikimu, statyba, rekonstrukcija ir remontas, reikiamos įrangos bei priemonių įsigijimas; bandomojo projekto, kuriuo numatoma gerinti odontologinės priežiūros paslaugas neįgaliesiems, įgyvendinimas; priemonių (rekomendacijų, mokymų, algoritmų ir kt.), gerinančių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą neįgaliesiems, sukūrimas ir įgyvendinimas valstybėje. 2018 m. buvo pradėta įgyvendinti priemonė Pirminės asmens sveikatos priežiūros veiklos efektyvumo didinimas Nr. 08.1.3-CPVAR-609. Priemonės remtinės veiklos – sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimo neįgaliesiems srityje asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, fizinės ir informacinės infrastruktūros pritaikymas specialiesiems neįgaliųjų poreikiams (Neįgaliųjų socialinės integracijos veiklos rezultatų ir Jungtinių Tautų neįgaliųjų teisių konvencijos ir jos fakultatyvaus protokolo 2017 m. stebėsenos ataskaita, 2018).

1.6.3. Sveikatos priežiūros įstaigų personalo problemos

Jau anksčiau minėtoje Neįgaliųjų reikalų departamento užsakymu 2017 m. Lietuvos neįgaliųjų draugijos atliktoje žmonių su negalia ir kitų visuomenės narių nuomonės apklausoje, asmenų su negalia teiraujantis su kokiomis kliūtimis ar neigiamu požiūriu teko/tenka susidurti sveikatos priežiūros įstaigose į klausimą atsakė tik dalis respondentų. Daugiausiai atsakiusiųjų (15,4 proc.) kaip kliūtį paminėjo nepagarbų ar neetišką sveikatos įstaigų personalo elgesį, mažiausiai atsakiusiųjų (4 proc.) – atsisakymą teikti medicininės paslaugas, pagalbą (Neįgaliųjų ir kitų visuomenės narių nuomonės apklausos, įvertinant Jungtinių Tautų Neįgaliųjų teisių konvencijos įgyvendinimo efektyvumą Lietuvoje duomenys, 2017).

Su personalu susijusias neįgaliųjų problemas sveikatos priežiūros įstaigas nagrinėja nemažai autorių. Taip pat vykdomo apklausos, padedančios identifikuoti kylančias problemas ir ieškoti jų sprendimo būdų. Pavyzdžiui, Diržytė su bendraautoriais pastebi, jog paskutiniaisiais dešimtmečiais Lietuvoje buvo vykdomi esminiai pokyčiai neįgaliųjų socialinės integracijos, ugdymo, taip pat personalo rengimo darbui su neįgaliaisiais srityse. Sveikatos priežiūros ir sveikatinimo įstaigose su

neįgaliaisiais dirbančiam buvo sudarytos galimybės tobulintis, pagal įvairias nacionalines bei tarptautines programas kelti kvalifikaciją. Pagrindiniai neįgalaus žmogaus psichologiniai poreikiai, analizuojant sąveikas su darbuotojais, autorių nuomone, yra saugumas, pagarba, emocinė šiluma (Diržytė ir kt. 2010).

Kriščiūnas, nagrinėdamas požiūrį į negalią šiuolaikinėje visuomenėje, pastebi, jog tinkamas įvairiapusių reabilitacijos ir gydymo metodų bei priemonių parinkimas iš specialistų, dirbančių su neįgaliaisiais, reikalauja išsamių ne tik biomedicinos mokslo žinių, bet ir pedagogikos, andragogikos, psichologijos, sociologijos dalykinių žinių ir darbo su neįgaliaisiais praktinių įgūdžių. Autorius iškelia problemą, kad šių specialistų skaičius Lietuvoje kelis kartus mažesnis negu senosiose Europos šalyse ir jų mokymo trukmė nepakankama. Nepakankamas ir kitų specialybių gydytojų mokymas neįgaliųjų reabilitacijos ir gydymo srityje. Dažniausiai specialistų, dirbančių su neįgaliaisiais, komandai vadovauja siaurų specialybių gydytojai, kurie neturi tinkamo pasirengimo šioje srityje (Kriščiūnas, 2015).

Taip pat 2017 metais atliktame Petružytės ir Šumskienės tyrime dalyvavusi psichiatrijos ligoninėje dirbanti socialinė darbuotoja pastebėjo, jog jaunesni psichiatrai labiau linkę mokytis, jie įgyja psichoterapeuto kvalifikaciją ir taiko psichoterapijos metodus, skiria mažiau vaistų savo pacientams, kai tuo tarpu vyresnio amžiaus psichiatrai, pasak tyrime dalyvavusios ekspertės, gerai susipažinusios su psichikos sveikatos centrų veikla visoje Lietuvoje, laikosi senų, dar sovietmečiu įgytų darbo metodų: „Daktaras, kuris mokėsi psichiatrijos prieš keturiasdešimt metų, buvo mokomas, kad svarbiausia yra paskirti vaistą, tik gydytojas žino, ko pacientui ir šeimai reikia, nes niekas kitas daugiau ir žinoti negali“ (Petružytė D., Šumskienė D., 2017).

Al-Hashar su bendraautoriais, nagrinėdami atsakomybių medicinoje klausimą teigia, jog PSO duomenimis, milijonai pacientų visame pasaulyje kasmet patiria negalią sukeliančius sužalojimus ar mirtį dėl nesaugios medicinos praktikos ir slaugos. Kadangi asmens sveikatos priežiūra retai atliekama pavienių asmenų, saugi neįgaliųjų pacientų priežiūra priklauso ne tik nuo medicinos darbuotojų žinių, įgūdžių ir elgesio, bet ir nuo to, kaip darbuotojai geba dirbti komandoje konkrečioje darbo aplinkoje, kaip komunikuoja tarpusavyje. Efektyvi komunikacija ypač svarbi siekiant optimalių gydymo ir slaugos rezultatų, o jos nepakankamumas gali sukelti dar didesnę žalą neįgaliam pacientui (Al-Hashar ir kt. 2017).

Lietuvoje, siekiant spręsti su personalu susijusias problemas, kylančias neįgaliesiems sveikatos priežiūros įstaigose, įgyvendinamas Neįgaliųjų Konvencijos 26 str. 2 punktą – valstybės, šios Konvencijos šalys, privalo remti pradinio ir tęstinio specialistų ir personalo, dirbančių gebėjimų ir funkcijų lavinimo bei reabilitacijos paslaugų teikimo srityje, mokymo plėtrą. Taip pat vykdomas

specialistų kvalifikacijos tobulinimo veiklose dalyvavusių asmenų skaičiaus stebėjimas. 2017 m. Neįgaliųjų asociacijų veiklos rėmimo projektuose specialistų kvalifikacijos tobulinimo veiklose (tiesiogiai su neįgaliaisiais dirbančių specialistų kvalifikacijos tobulinimas, neįgaliųjų asociacijos darbuotojų vadybos įgūdžių lavinimas) dalyvavo 422 asmenys, pokytis, lyginant su 2016 m., kuomet dalyvavo 572 asmenys (158 iš jų turintys negalia). Specialistų kvalifikacijos tobulinimui 2017 m buvo skirta 79,1 tūkst. eurų, 0,2 tūkst. eurų. daugiau lyginant su 2016 m (78,9 tūkst. Eur). Taip pat svarbu, jog pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme apibrėžta nuostata - „Paciento ir sveikatos priežiūros specialistų, sveikatos priežiūros įstaigų santykiai yra grindžiami šiais principais: savitarpio pagarbos, supratimo ir pagalbos“ būtų vadovaujamas ir realioje praktikoje.

1.6.4. Informacijos prieinamumo problemos

Paciento teisė į informaciją reglamentuojama Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme. Įstatymo 5 straipsnio 3 dalis nurodo, kad pacientas, pateikęs asmens tapatybę patvirtinančius dokumentus, turi teisę gauti informaciją apie savo sveikatos būklę, ligos diagnozę, sveikatos priežiūros įstaigoje taikomus ar gydytojui žinomus kitus gydymo ar tyrimo būdus, galimą riziką, komplikacijas, šalutinį poveikį, gydymo prognozę ir kitas aplinkybes, kurios gali turėti įtakos paciento apsisprendimui sutikti ar atsisakyti siūlomo gydymo, taip pat apie padarinius atsisakius siūlomo gydymo. Šią informaciją pacientui gydytojas turi pateikti atsižvelgdamas į jo amžių ir sveikatos būklę, jam suprantama forma (Paciento teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 1996).

Kaip teigiama Neįgaliųjų Konvencijos 21 straipsnyje, valstybė įsipareigoja garantuoti asmenų su negalia, lygiai kaip ir visų kitų asmenų, saviraiškos ir nuomonių bei įsitikinimų reiškimo laisvę, įskaitant informacijos ir idėjų paiešką bei sklaidą pasirinktais būdais. Tuo tikslu valstybė neįgaliesiems turi plačiai visuomenei skirtą informaciją teikti žmonėms su negalia priimtinomis formomis, pripažinti ir sudaryti sąlygas asmenims su negalia prieinamas ir pasirinktas bendravimo priemonės, tokias kaip Brailio raštas, gestų kalba ir pan. naudoti oficialiuose santykiuose, raginti privačias įmones, kurios teikia paslaugas visuomenei teikti informaciją ir paslaugas asmenims su negalia prieinamomis formomis, raginti visuomenės informavimo priemonės padaryti savo paslaugas prieinamomis asmenims su negalia, pripažinti ir skatinti gestų kalbos vartojimą (Jungtinių Tautų neįgaliųjų teisių konvencija, 2006).

Svarbu pažymėti, jog žmonėms su negalia svarbi ne tik pateikiama informacija, tačiau ir būdas, kuriuo ji teikiama. Svarbi emocinė ir psichologinė pagalba iš medicinos personalo, kuri padėtų realiai suvokti tą informaciją ir su ja susitaikyti. Izokaitis su bendraautoriais 2016 metais atliko tyrimą, kuriame buvo analizuojamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas vaikams, turintiems psichikos negalią ar elgesio, emocijų sutrikimų. Apibendrinę apklausos rezultatus autoriai priėjo

išvados, jog informacijos, kur kreiptis paslaugų, stoka buvo viena iš pagrindinių problemų, su kuria susidūrė tėvai/globėjai, auginantys psichikos ir elgesio sutrikimų turintį vaiką. Informacijos apie vaikams teikiamas paslaugas ir jų efektyvumą trūko kas antram apsilankiusiam pirminės sveikatos priežiūros centruose ir kas penktam apsilankiusiam vaiko raidos centruose (Izokaitis ir kt., 2016). Literatūroje gausu tyrimų, kurie rodo, jog specialistų (šiuo vaiko negalios laikotarpiu dažniausiai pabrėžiami medikai) bendravimo įgūdžiai, pasitikėjimas vaiko ir šeimos gebėjimais, paprasta ir tėvams suprantama kalba pateikiama informacija, specialisto atsakomybės už pagalbos šeimai procesą prisiėmimas tėvams yra svarbiausi dalykai, stiprinantys šeimos įveikos įgūdžius ir padedantys šeimai prisitaikyti prie pasikeitusių aplinkybių (Lindbland ir kt., 2005; Rahi ir kt., 2004). Butkevičienės su bendraautoriais atlikto tyrimo išvadose teigiama, jog informacijos svarba apima ne tik tėvų, auginančių vaiką su negalia, poreikį daugiau sužinoti (turinį), bet ir emocinę paramą bei palaikymą. Emocinės paramos aspektas labai priklauso nuo informacijos pateikimo formos. Tyrime dalyvavusios mamos teigė, kad medikai „kalba neaiškiais terminais“, „skuba ir neturi laiko tėvams“, „nepakelia galvos, visą laiką tik rašo ir rašo“. Mamas žeidžia bendravimo būdas, ypač pateikiant diagnozę (Butkevičienė ir kt., 2015).

2019 metais atliktame tyrime Mead su bendraautoriais nagrinėja informacijos poreikį pacientams, kurie tapo neįgaliais po patirto insulto, aptariamą „hope-information“ (liet. Vilties informacijos) paradoksą. Interviu dalyvavę apklaustieji pacientai, įgiję negalią po insulto teigė, jog pirmaisiais etapais, po juos ištikusio insulto, pozityvi informacija, suteikianti vilties grįžti į normalų gyvenimą ir susigrąžinti savo įgūdžius, buvo labai svarbi. Po pusmečio tie patys pacientai taip pat pabrėžė ir realybę atitinkančios gydytojų ir slaugytojų teikiamos informacijos svarbą, kuri padėtų suvokti jų sveikatos situaciją, su kuria tenka susidurti po insulto persirgimo ir realias galimybes pasveikti. Čia išryškėja „hope-information“ paradoksas, kuriame matyti, jog neįgalūs pacientai tikisi iš gydytojų vilties atsigauti ir pasveikti, bet tuo pačiu nori kuo realistiškesnės informacijos apie savo sveikatą, kuri galbūt nėra tokia teigiama. Šis „hope-information“ paradoksas, autorių teigimu, pasireiškia ne vien pacientams, persirgusiems insultą. Jis būdingas daugeliui pacientų, kurie dėl tam tikrų ligų ar sveikatos įvykių tampa neįgaliais (Mead ir kt., 2019). Campbell su bendraautoriais jau anksčiau nagrinėjo „hope-information“ paradoksą ir pastebėjo, jog jis kelia daug iššūkių sveikatos priežiūros darbuotojams, kurie bendraudami ir teikdami informaciją neįgaliems pacientams, turi išlaikyti ribą tarp realios informacijos ir vilties pasveikti palaikymo (Campbell ir kt., 2010).

II. TIRIAMOJI DALIS

2.1. Tyrimo metodika

Darbo tikslas. Atskleisti paslaugų prieinamumo situaciją sveikatos priežiūros institucijose žmonėms, turintiems negalią. Kiekybinio tyrimo, analizuojančio sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problemas **tyrimo objektas** – paslaugų prieinamumas sveikatos priežiūros institucijose žmonėms turintiems judėjimo negalią.

Darbo uždaviniai:

1. Apibūdinti negalios sampratą, bei žmonių su negalia poreikius sveikatos priežiūros kontekste.
2. Išanalizuoti neįgaliųjų teisių reglamentavimą sveikatos priežiūros kontekste paslaugų prieinamumo aspektu.
3. Iširti paslaugų prieinamumo sveikatos priežiūros institucijose situaciją žmonėms, turintiems judėjimo negalią.
4. Įvertinti Klaipėdos ligoninės prieinamumą pacientams su judėjimo negalia.
5. Parengti rekomendacijas sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjams prieinamumo didinimo žmonėms su negalia aspektu.

Tyrimo hipotezė. Žmonėms, turintiems negalių, kyla nemažai sunkumų siekiant aukščiausiai įmanomo sveikatos lygio, dėl nepakankamo paslaugų prieinamumo sveikatos priežiūros institucijose.

Tyrimo metodai. Mokslinės literatūros sisteminė analizė, anoniminė anketinė apklausa, statistinis duomenų apdorojimas ir lyginamoji tyrimo rezultatų analizė. Tyrimo duomenims apie žmonių su judėjimo negalia sveikatos priežiūros prieinamumo problemas rinkti atliktas kiekybinis tyrimas, taikant anketinės apklausos metodą. Sveikatos priežiūros įstaigos fizinės aplinkos pritaikymas žmonėms su judėjimo negalia vertintas pasitelkus stebėjimo matricą. Tyrimo duomenys statistiškai apdoroti naudojant Microsoft Office Excel 2017 ir SPSS 17.0 for Windows (angl. Statistical Packet for Social Sciences) programas. Tyrimo rezultatai pateikti procentine išraiška, atlikta duomenų lyginamoji analizė.

Tyrimo organizavimas. Siekiant sklandžios tyrimo eigos parengtas planas:

1. Tyrimo imties ir kontingento nustatymas.
2. Tyrimo instrumento parengimas.
3. Pagrindinio tyrimo atlikimas.

4. Gautų duomenų surinkimas, apdorojimas.
5. Duomenų statistinė analizė.
6. Duomenų lyginamoji analizė.

Imties formavimas. Imties sudarymą iš esmės sąlygoja du veiksniai – imtis turi būti reprezentatyvi, t. y., kuo pilniau atspindėti populiaciją, iš kurios ji sudaryta ir užtikrinti mažą imties paklaidą. (Sakalauskas, 2003). Paskutiniaisiais Lietuvos statistikos departamento duomenimis, 2018 metais Klaipėdos miesto ir rajono savivaldybėse iš viso gyveno 9922 negalia turintys žmonės. Iš jų 786 buvo vaikai, kurie nedalyvavo apklausoje. Dėl informacijos, apie negalios tipą (judėjimo, psichikos, regos ir t.t.) trūkumo, pasinaudota Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimo Dėl nacionalinės neįgaliųjų socialinės integracijos 2013-2019 metų programos patvirtinimo (2012) duomenimis, kuriame teigiama, jog apie 31% visų neįgaliųjų Lietuvoje sudaro asmenys, turintys judėjimo negalią. Šis procentas pritaikomas ir Klaipėdos regiono duomenims, taigi, baigtinė populiacija skaičiuojama taip:

$$N = (a-b) * 31\%$$

N-baigtinė populiacija

a-Bendras Klaipėdos regiono neįgaliųjų skaičius

b-bendras Klaipėdos regiono neįgaliųjų skaičius

$$N = (9922 - 786) * 31\% = 9136 * 0,31 \approx 2383$$

Turint baigtinę populiaciją (2383), esant 95 proc. pasiklovimui ir 5 proc. paklaidai $p=0,05$ reikalingas minimalus imties dydis buvo apskaičiuotas pagal žemiau pateiktą formulę (Israel, 1992):

$$n = \frac{N}{1 + Nd^2}$$

n – reikalingas minimalus imties dydis

N – baigtinė populiacija

d-paklaida

$$n = \frac{2383}{1 + 2383 * 0,05^2} = \frac{2383}{1 + 5,9575} \approx 343$$

Atlikus matematinius skaičiavimus buvo nustatyta, kad reprezentatyviai imčiai pakanka apklausti 343 asmenis, turinčius judėjimo negalią, todėl pasirinkta apklausti Klaipėdos ligoninės pacientus, gulinčius stacionaro skyriuose arba atvykstančius gauti ambulatorinių paslaugų. Pacientai buvo atrenkami pagal fizinius duomenis – pastebėjus pacientą, į įstaigą atvykusį neįgaliojo vėžimėlyje, jo buvo prašoma užpildyti anketą (priėmimo skyriaus registratūroje, ambulatorinių paslaugų registratūrose, konsultacijų kabinetuose) bei pagal informaciją ligos istorijoje (peržiūrimos stacionare gulinčių pacientų ligos istorijos, kuriose pateikta informacija apie neįgalumą).

Klaipėdos ligoninė, kurioje buvo atliktas tyrimas, šiandien - svarbus šiaurės vakarų Lietuvos regiono medicinos centras, populiarus ir vertinamas pacientų, kuriame per metus gydoma apie 28 tūkst. pacientų, atliekama 12 tūkst. operacijų, suteikiama 380 tūkst. ambulatorinių konsultacijų. Tam, kad apklausos metu iš tiriamųjų būtų gautas reikiamas kiekis anketų, dalinamų anketų skaičių padidintas iki 350 anketų. Iš jų grįžo 279 teisingai užpildytos anketos. Atsako dažnis – 79,7 proc.

Tyrimo eiga. Prieš atliekant anketinę apklausą Klaipėdos ligoninėje buvo gautas Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto bioetikos komisijos leidimas atlikti tyrimą. Anketinei apklausai atlikti gautas įstaigos vadovo leidimas (įstaigos vadovo leidimo kopija, žr. 1 priedą) Anketines apklausas (anketinė apklausa, žr. 2 priedą) savarankiškai pildė patys pacientai, tam tikrais atvejais padedami lydinčių asmenų bei įstaigos darbuotojų (medicinos registраторių, slaugytojų, gydytojų). Anketinė apklausa vyko nuo 2020 m. sausio 2 d. iki 2020 m. kovo 11d.

Tyrimo metu kilusios kliūtys:

1. Dalis respondentų skundėsi anketoje pateiktų klausimų gausa, neatsakė į dalį klausimų, prie kurių reikėjo įrašyti atsakymą.
2. Kai kurie respondentai atsisakė dalyvauti apklausoje.
3. Dėl pasaulyje ir šalyje susiklosčiusios padėties dėl Covid19 viruso plitimo, tyrimo metu ligoninės stacionare sumažėjo pacientų, buvo stabdomas ambulatorinių paslaugų teikimas, apribotas pacientų pateikimas į priėmimo skyrių. Tokios aplinkybės pristabdė tyrimo atlikimą, sumažino surinktų anketų skaičių, sutrumpino planuotą tyrimo laiką iki karantino padėties šalyje paskelbimo pradžios.
4. Kaip teigia užsienio šalių ekspertai, diskriminacijos aukos – respondentai - ne visada pateikia informaciją apie diskriminacijos patirtis dėl savo nežinojimo, kad buvo diskriminuojami, arba dėl netikrumo, ar vienas ar kitas poelgis buvo diskriminacinis, be to, kokia nors konfliktinė situacija, negatyvi patirtis gali būti priskirtina diskriminacijai. (European Handbook, 2007)

Tyrimo metodai. Atliekant tyrimą, remtasi mokslinių tyrimų metodologijoje aprašomu kiekybinio tyrimo metodu. Pagrindinė kiekybinio tyrimo paskirtis – socialinių objektų aiškinimas ir prognozavimas, t. y. siekimas pagrįsti objekto priežastinius ryšius, jo funkcionavimo veiksnius. Kiekybiniai tyrimai paremti socialinių objektų požymių matavimu. Jie leidžia išmatuoti, statistiškai apibūdinti tiriamus požymius (Kardelis, 2007). Diskriminacijos tyrimus, apimančius nuomonių, nuostatų, elgesio, patirčių, praktikų bei socialinės ir ekonominės situacijos nagrinėjimą, galima skirstyti į dvi pagrindines grupes: diskriminacijos suvokimas (angl. perceived discrimination) – tai diskriminacijos paplitimas, tiesioginė patirtis su diskriminacija ir diskriminacijos matavimai, t. y. testavimas. Pirmieji labiausiai paplitę siekiant išsiaiškinti, kaip visuomenė ar atskiros grupės suvokia,

atpažįsta ir reaguoja į diskriminaciją. Tokių tyrimų Europos šalyse padaugėjo Europos Sąjungai ėmus plėtoti socialinės sanglaudos ir lygių galimybių politiką. Jų informacija reikalinga politikos formuotojams, politikos poveikio vertintojams, o šiuo konkrečiu atveju ir sveikatos priežiūros įstaigų vadovams bei specialistams, siekiantiems tobulinti teikiamas paslaugas. Pagal apklausiamą kategoriją šie tyrimai gali būti skirstomi į diskriminacijos aukų, gyventojų ar grupių tyrimus, kuriems naudojama ta pati metodologija, panašūs instrumentai. Šiuo atveju atliktas vadinamasis aukų tyrimas – koncentruotas į tai, kas nutiko, ką patyrė respondentas (koku pagrindu, kokiose srityse diskriminuojamas, kokių ėmėsi veiksmų ir kt.) (Beresnevičiūtė, Leončikas, 2009). Siekiant įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą žmonėms, turintiems judėjimo negalią buvo naudoti kiekybinio tipo duomenų rinkimo metodai – anketinė apklausa ir sudaryta stebėjimo matrica. Anketinės apklausos metodas pasirinktas dėl galimybės garantuoti respondentų anonimiškumą, o tai padidina informacijos patikimumą bei objektyvumą. Taip pat tai lengviausiai prieinamas ir nereikalaujantis didelių finansinių sąnaudų būdas informacijai surinkti, be to jis yra informatyvus išsikeltų uždavinių atžvilgiu (Tidikis, 2003). Rengiant mokslinį tyrimą, pasirenkant tyrimo instrumentą ir atliekant tyrimo procedūras, remtasi įvairių autorių: Kardelio (2007), Tidikio (2003), Žydžiūnaitės (2011) mokslinių tyrimų metodologijos studijomis bei rekomendacijomis.

Tyrimo instrumentai. 1 tyrimo instrumentas - anketa, sudaryta tyrėjos, mokslinės literatūros analizės pagrindu. Anketą sudaro 17 uždaro ir pusiau uždaro tipo klausimų, apklaustųjų tam tikrais atvejais motyvuoti savo atsakymus pavyzdžiais. Atliktame tyrime sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas analizuotas organizaciniu (diskriminacijos dėl negalios apraiškų vertinimas, darbuotojų suteikiama reikalinga pagalba, bendravimo priimtumas), komunikaciniu (sveikatos priežiūros įstaigų, kuriose respondentas yra gavęs paslaugas, fizinio prieinamumo vertinimas) ir finansiniu (finansinių problemų, kylančių įsigyjant gydytojo paskirtus vaistus ir priemones bei norint pasinaudoti diagnostikos procedūromis, vertinimas) aspektais. Daugumoje jų įvertinti požymių pasikartojimo dažniai (proc.). Tikrinti ryšiai tarp požymių. Požymių ryšiams įvertinti taikytas χ^2 kriterijus. Pateikiant rezultatus, nurodomas statistinių hipotezių reikšmingumas. Naudoti šie statistinių hipotezių išvadų reikšmingumo lygiai: kai $p < 0,05$, lygybės hipotezė buvo atmetama ir ryšiai laikyti statistiškai reikšmingais, o esant $p > 0,05$, lygybės hipotezė neatmesta ir ryšiai laikyti statistiškai nereikšmingais. Taip pat naudotas Cramer's V – Kramerio V koeficientas. Tai dažniausiai naudojamas vardinių kintamųjų ryšio matas, skaičiuojamas χ^2 pagrindu (Pukėnas, 2009).

2 tyrimo instrumentas - stebėjimo matrica- reiškia, jog absolventas, išanalizavęs teorinę medžiagą ir parengęs teorinę darbo dalį, sudaro lentelę, kurioje nurodomi konkretūs kriterijai, pagal kuriuos bus vykdomas stebėjimas. Lentelėje kiekvienas kriterijus turi būti detalizuojamas indikatoriais, o pastarieji stebėjimo metu aprašomi. Taip gaunama kryptinga stebėjimo medžiagą ir

rezultatus (Žydžiūnaitė, 2011). Parengus teorinę darbo dalį, sudaryta stebėjimo matricos lentelė, kurioje nurodomi konkretūs kriterijai, pagal kuriuos vertinamas Klaipėdos ligoninės pagrindinio pastato (S. Nėries g. 3, Klaipėdoje) prieinamumas pacientams su judėjimo negalia. Lentelėje kiekvienas kriterijus (įėjimo į ligoninę pritaikymas, sąlygos judėti pastato viduje, san. mazgo pritaikymas, medicininės įrangos pritaikymas) yra detalizuojamas indikatoriais, o pastarieji stebėjimo metu aprašyti ir nufotografuoti.

Anketinės apklausos sandara. Anketinę apklausą, kurioje vertinamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas pacientams, turintiems judėjimo negalią, sudaro 17 uždarojo tipo klausimų, kurie suskirstyti į keturias dalis:

1 dalis. Klausimai 1-7 (asmeninių, nekonkretinamų duomenų klausimynas) apie respondentų lytį, išsilavinimą, šeimyninę padėtį, gyvenamąją vietą, užimtumą, vidutines mėnesio pajamas, kompensacinės priemonės naudojimą.

2 dalis. Klausimai 8-12 klausimai (sveikatos priežiūros paslaugų organizacinio prieinamumo vertinimo klausimynas) apie diskriminaciją dėl negalios, pasitenkinimą sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojų bendravimu, pagalba, suteikiama informacija.

3 dalis. 13-14 klausimai. (sveikatos priežiūros paslaugų komunikacinio prieinamumo vertinimo klausimynas) apie sveikatos priežiūros patalpų pritaikymą pacientui, su judėjimo negalia.

4 dalis. 15- klausimai. (sveikatos priežiūros paslaugų finansinio prieinamumo klausimynas) apie finansines problemas, susijusias su sveikatos priežiūros paslaugomis.

Stebėjimo matricos sandara. Kaip jau minėta, autorės sudarytoje lentelėje nurodomi konkretūs kriterijai, pagal kuriuos bus vykdomas stebėjimas. Šiuo atveju, analizuojant Klaipėdos ligoninės pastato (S. Nėries g. 3, Klaipėda) pritaikymą pacientams su judėjimo negalia išskirti šie pritaikomumo kriterijai bei juos detalizuojantys indikatoriai, kurie nurodyti skliaustuose:

- Pritaikymas pastato išorinėje dalyje (automobilio stovėjimo vietos neįgaliesiems, durų plotis, durų varstymo tipas, slenksčių aukštis).
- Pritaikymas pastato vidinėje dalyje (laisvas 1,5m x 1,5m plotas judėjimui, pakeltuvai, liftai, slenksčiai, iškvietimo mygtukai, san. mazgo pritaikymas).
- Medicininės įrangos pritaikymas (ginekologinės kėdės, rentgeno diagnostikos aparatūra).

Visi šie kriterijai detalčiai analizuojami ligoninėje ir aprašomi, bei nufotografuojami. Remiantis rezultatais galima nustatyti įstaigos pritaikomumą pacientams su judėjimo negalia.

2.2. Tyrimo rezultatai

2.2.1. Sociodemografinė tiriamųjų charakteristika

Tyrimo metu Klaipėdos ligoninėje išdalintos 350 anketų. Iš jų grįžo 279 teisingai užpildytos anketos. Atsako dažnis – 79,7 proc. 1-ojoje anketos dalyje buvo siekiama išsiaiškinti respondentų lytį, išsilavinimą, šeimyninę padėtį, gyvenamąją vietą, užimtumą, vidutines mėnesio pajamas, kompensacinės priemonės naudojimą, į sveikatos priežiūros įstaigas lydinčio asmens poreikį. Iš viso apklausoje dalyvavo 164 vyrai (58,8 proc.) ir 115 (41,2 proc.) moterų. Pagal išsilavinimą 42 (15,1 proc.) respondentai pažymėjo, jog yra nebaigę vidurinio išsilavinimo, 157 (56,3 proc.) buvo įgiję vidurinį išsilavinimą, 51 respondentas (18,3 proc.) turėjo aukštesnįjį arba profesinį, o 29 (10,3 proc.) įgiję aukštąjį išsilavinimą. 231 (82,8 proc.) respondentas, klausime apie šeimyninę padėtį atsakė, jog turi antrąją pusę (sugyventinį(ę)) ar registruotą sutuoktinį(ę), 21 (7,5 proc.) pažymėjo, jog yra vienišas(a) ir 27 (9,7 proc.) respondentai atsakė, jog yra našliai. Didžioji dalis - 214 (76,7 proc.) apklaustųjų pažymėjo, jog gyvena mieste, o 65 (23,3 proc.) gyvena kaime. Siekiant išsiaiškinti apklaustųjų finansinę padėtį, užduotas klausimas apie mėnesines pajamas vienam asmeniui. 49 (17,6 proc.) respondentai pažymėjo, jog mėnesinės pajamos yra iki 200 eurų, 167 (59,9 proc.) atsakė, jog pajamos per mėnesį siekia 200-400 eurų, 41 (14,7 proc.) atsakė, jog mėnesinės pajamos sudaro 400-600 eurų ir 22 respondentai pasirinko variantą, kuriame mėnesio pajamos nurodomos 600 (7,8 proc.) ir daugiau eurų. Didžioji dalis 232 (83,2 proc.) respondentai kaip kompensacinę priemonę judėjimui naudoja neįgaliojo vežimėlį, 31 (11,1 proc.) juda ramentų/lazdelės pagalba, 7 (2,5 proc.) atsakiusieji naudojami vaikštyne, 4 (1,4 proc.) pažymėjo, jog naudojami kitomis kompensacinėmis priemonėmis, o 5 (1,8 proc.) respondentai teigė tokių priemonių nenaudojantys. Respondentų taip pat buvo paklausta, ar vykstant į sveikatos priežiūros įstaigas jiems yra reikalingas lydintis asmuo ir jei taip, buvo prašoma nurodyti, kas jis dažniausiai būna. 247 (88,5 proc.) respondentai atsakė, jog lydintis asmuo jiems reikalingas, o 32 (11,5 proc.) respondentai teigė, jog į gydymo įstaigas vyksta be lydinčio asmens. Iš 247 apklaustųjų, atsakiusių teigiamai, daugiau nei pusė 132 (53,4 proc.) nurodė, jog juos lydi antra pusė (vyras, žmona, sugyventinis(ė)), 43 (17,4 proc.) pažymėjo, jog juos lydi vaikai, 7 (2,8 proc.), kad lydinčiu asmeniu būna socialinis darbuotojas. Likę 65 (26,4 proc.) respondentai lydinčio asmens nenurodė. Apibendrinti sociodemografiniai apklaustųjų duomenys pateikti lentelėje. (4 lentelė, žr. sekančiame psl.)

4 lentelė. Respondentų charakteristika

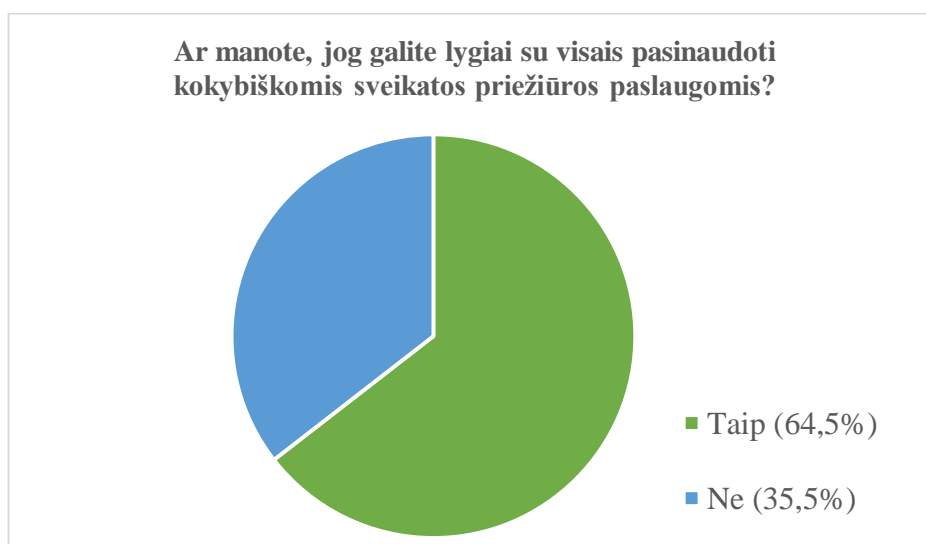
Charakteristika	Įvertis	
	Respondentų skaičius	Procentai
Lytis (n=279)		
Moteris	115	41,2 %
Vyras	164	58,8 %
Išsilavinimas (n=279)		
Nebaigtas vidurinis	42	15,1 %
Vidurinis	157	56,3 %
Aukštesnysis/profesinė mokykla	51	18,3 %
Aukštasis	29	10,3 %
Šeimyninė padėtis (n=279)		
Turi antrąją pusę	231	82,8 %
Vienišas(a)	21	7,5 %
Našlys(ė)	27	9,7 %
Gyvenamoji vieta (n=279)		
Miestas	214	76,7 %
Kaimas	65	23,3 %
Vidutinės mėnesio pajamos vienam asmeniui (n=279)		
iki 200 eurų	49	17,6 %
200-400 eurų	167	59,9 %
400-600 eurų	41	14,7 %
600 ir daugiau eurų	22	7,8 %
Kompensacinė priemonė (n=279)		
Neįgaliojo vežimėlis	232	83,2 %
Ramentai/lazdelė	31	11,1 %
Vaikštyinė	7	2,5 %
Kitos	4	1,4 %
Nenaudoja	5	1,8 %

Apibendrinus tiriamųjų sociodemografinę charakteristiką galima teigti, jog tyrime dalyvavo daugiau vyrų nei moterų. Didžioji dalis apklaustųjų (56,3 proc.) turi vidurinę išsilavinimą, taip pat daugiausiai respondentų (82,8 proc.) turi antrąją pusę (sutuoktinį(ę)/sugyventinį(ę)). Dauguma apklaustųjų (76,7 proc.) gyvena miestuose, tačiau daugumos (59,9 proc. atsakė, jog jų pajamos vienam asmeniui siekia 200-400 eurų) pajamos beveik per pus mažesnės, nei vidutinis Statistikos departamento pateikiamas neto darbo užmokestis 2019 metų III ketvirčiui (834, 4 eurai). Didžioji dalis apklaustųjų kaip kompensacinę priemonę judėjimui naudoja neįgaliojo vežimėlį (83,2 proc.).

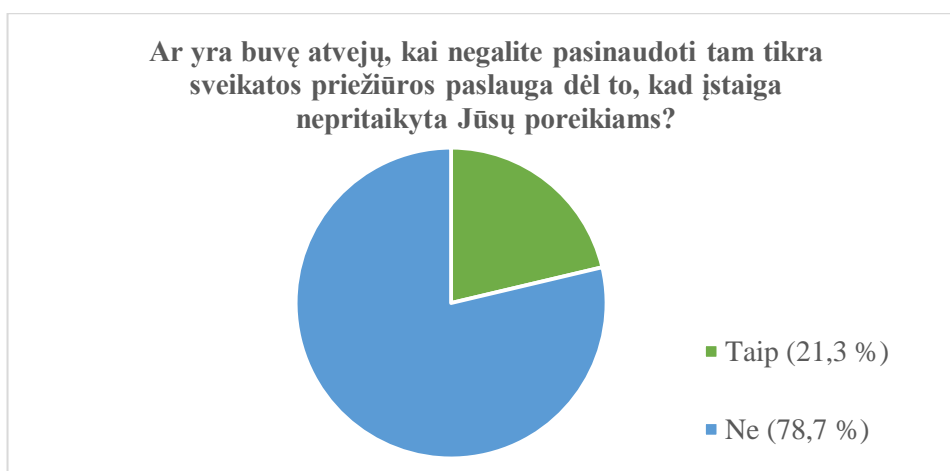
2.2.2. Respondentams kylančios sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problemos

Siekiant nustatyti, ar žmonėms su judėjimo negalia kyla sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problemų, kaip jie vertina jiems teikiamas medicininės paslaugas ir jų prieinamumą, respondentams buvo užduoti klausimai apie jų patirtis sveikatos priežiūros įstaigose.

Respondentai buvo paprašyti išreikšti savo nuomonę klausimu, ar jie, turėdami negalią, gali naudotis kokybiškomis sveikatos priežiūros paslaugomis, lyginant su kitais visuomenės nariais. Taip pat respondentų buvo klausama, ar jiems yra pasitaikę atvejų, kai jie negalėjo gauti tam tikrų sveikatos priežiūros paslaugų dėl savo negalios (nebuvo galima patekti į įstaigą, nebuvo jiems pritaikytos įrangos ar pan.) Jei tokių atvejų yra buvę, respondentai buvo prašomi pateikti pavyzdį. Atsakymai pateikti 2, 3 pav. (žr. sekančiame psl.)



2 pav. Respondentų nuomonė apie galimybę lygiai su visais pasinaudoti kokybiškomis sveikatos priežiūros paslaugomis, n=279 64,5 proc. apklaustųjų (n=180) mano, jog jiems kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos prieinamos taip pat, kaip ir kitiems visuomenės nariams. 35,5 proc. (n=99) apklaustųjų teigia, jog negali naudotis kokybiškomis sveikatos priežiūros paslaugomis, kaip likę visuomenės nariai.



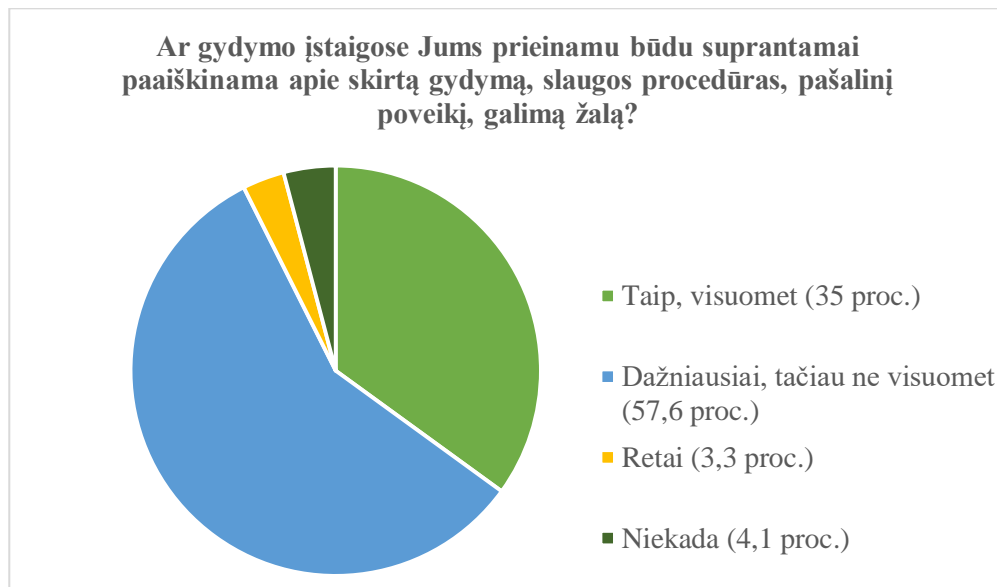
3 pav. Respondentų nuomonė apie atvejus, kai nebuvo galimybės pasinaudoti tam tikromis sveikatos priežiūros paslaugomis, n=268 (atsakė 96,1 proc. visų apklaustųjų). 78,7 proc. atsakiusiųjų (n=211) teigė, jog nėra buvę atvejų, kai jie negalėtų pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis dėl to, kad įstaiga nepritaikyta žmonėms su negalia. 21,3 proc. atsakiusiųjų (n=57) pasirinko teigiamą atsakymo variantą. Iš pateiktų pavyzdžių 22 respondentai teigė negalėję patekti į pastatą, 4 negalėjo patekti į ligoninės vaistinę, 7 negalėjo patekti į ligoninės valgyklą.

Tyrimo metu buvo iškelta hipotezė, jog kaimuose gyvenantiems neįgaliesiems sveikatos priežiūros paslaugos prieinamos sunkiau, įstaigos yra mažiau pritaikytos žmonių su judėjimo negalia poreikiams, todėl kaimuose pasitaiko daugiau atvejų, kai neįgalieji negali pasinaudoti jiems reikalingomis sveikatos priežiūros paslaugomis. Patikrinus ar turimas empirinis skirstinys yra suderintas su teoriniu modeliu, prieita išvados, jog hipotezė neatmetama, didesnė dalis respondentų, negalėjusių pasinaudoti sveikatos priežiūros paslauga dėl to, kad įstaiga nebuvo pritaikyta jų poreikiams, gyvena kaimo vietovėse ($p < 0.005$, $\chi^2 = 187,17$, $lfs = 1$) (5 lentelė).

5 lentelė. Skaičiuojant ryšį tarp gyvenamosios vietos ir atsakymo į klausimą „Ar yra buvę atvejų, kai negalite pasinaudoti tam tikra sveikatos priežiūros paslauga dėl to, kad įstaiga nepritaikyta Jūsų poreikiams?“ gautas rezultatas ($p < 0.005$, $\chi^2 = 187,17$, $lfs = 1$) rodo, jog tarp atsakymų ir gyvenamosios vietos yra statistiškai reikšmingas ryšys. Dažniau sveikatos priežiūros paslaugomis dėl įstaigos nepritaikymo neįgaliųjų poreikiams negali pasinaudoti kaimo gyventojai.

	Reikšmė	Laisvės laipsnių skaičius (lfs)	P reikšmė
Person'o χ^2	187,176	1	,000
Atvejų skaičius	268		

Tyrimo duomenimis, didžioji dalis respondentų (71,3 proc., n=199) yra susidūrę su neigiamu sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų požiūriu į juos dėl negalios, ir tik 28,7 proc. (n=80) respondentų teigė, jog neigiamo požiūrio nėra pastebėję. Tyrimo metu teiraujantis respondentų, ar sveikatos priežiūros įstaigoje jiems visuomet prieinamu būdu suprantamai paaiškinama apie skirtą gydymą, slaugos procedūras, pašalinį poveikį, galimą žalą, buvo gauti rezultatai, pavaizduoti 4 pav.



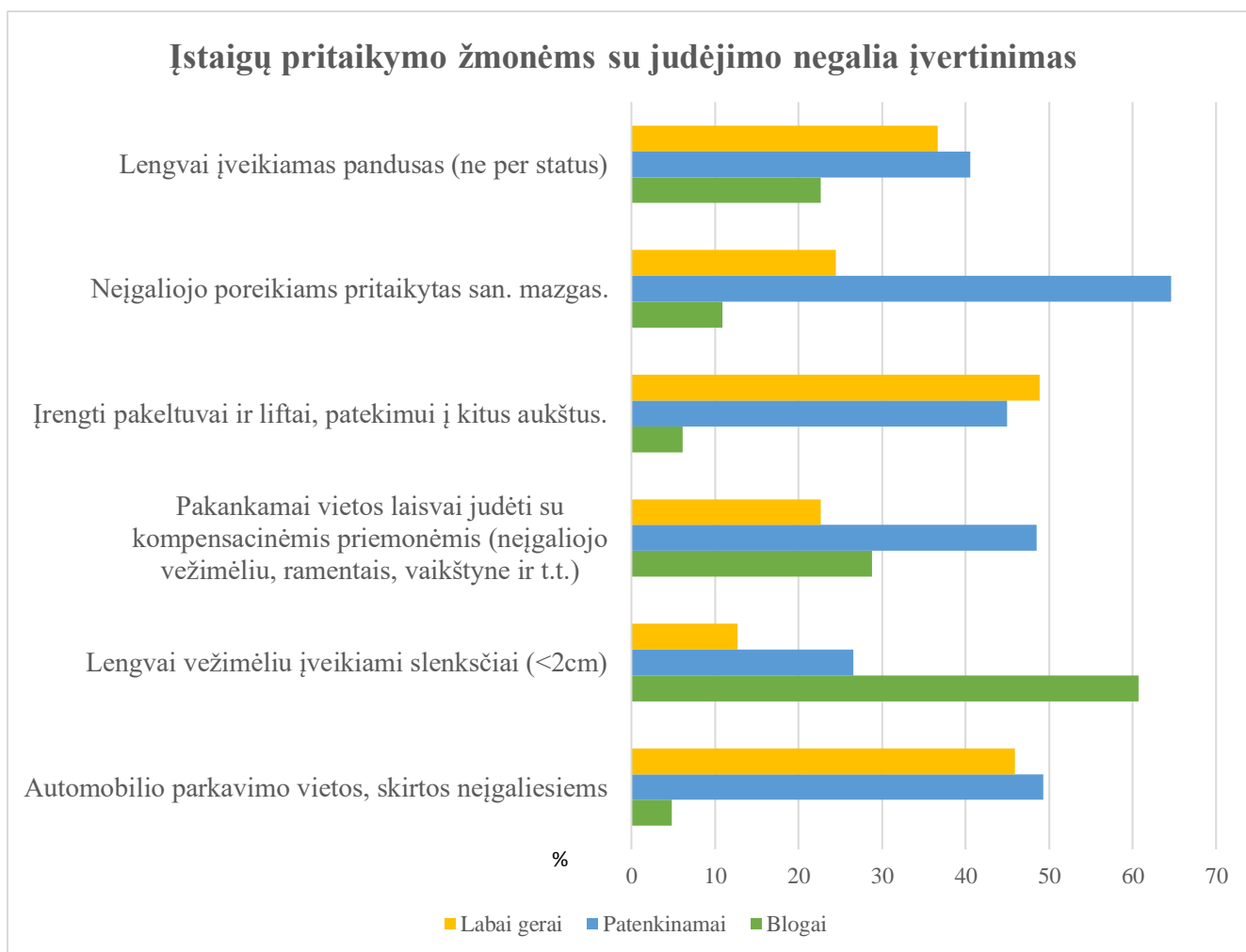
4 pav. Respondentų nuomonė apie sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamą informaciją, n=271 (atsakė 97,1 proc. visų apklaustųjų). 35 proc. (n=95) atsakiusiųjų teigė, jog informacija jiems teikiama prieinamu būdu, didžioji dalis 57,6 proc. (n=156) respondentų teigė, jog informacija dažniausiai, tačiau ne visada teikiama tinkamai. 3,3 proc. (n=9) teigė jog informacijos teikimo būdas jiems retai priimtinas ir 4,1 proc. (n=11) atsakė, jog informacija jiems niekuomet nėra suteikiama tinkamai ir suprantamai.

Taip pat siekiant išsiaiškinti, ar žmonės su judėjimo negalia kyla sunkumų patekti, judėti sveikatos priežiūros įstaigose ir ar jie sulaukia personalo pagalbos. Iš 277 respondentų, 83,4 proc. (n=231) yra kilę tokių sunkumų ir tik 16,6 proc. (n=46) teigė, jog nėra susidūrę su tokiais sunkumais.

Į klausimą ar sveikatos priežiūros įstaigose, kai reikia, jie sulaukia pagalbos judant iš įstaigos personalo (pavyzdžiui palydėjimas iki kabineto, esant poreikiui suteikiamas įstaigos neįgaliojo vežimėlis, personalas padeda patekti į liftą ir pan.), 36,2 proc. (n=101) respondentų teigė, jog sulaukia pakankamai pagalbos, 85 30,5 proc. (n=85) teigė, jog pagalbos sulaukia, tačiau nepakankamai. 10,4 proc. (n=29) apklaustųjų atsakė, jog pagalbos sveikatos priežiūros įstaigose nesulaukia ir 22,9 proc. (n=64) pasirinko atsakymą, jog jiems pagalba nereikalinga. Paprašius paaiškinti kodėl, 17,2 proc. iš jų (n=11) atsakė, jog juda patys, be kitų asmenų pagalbos, o 81,3 proc. (n=52) teigė, jog jiems atvykus į sveikatos priežiūros įstaigą padeda lydintis asmuo.

Išanalizavus tyrimo duomenis pastebėta, jog visi 52 respondentai, kurie teigė, jog judėti jiems padeda lydintis asmuo, klausime apie šeimyninę padėtį nurodė, jog turi antrąją pusę (sutuoktinį(ę) ar sugyventinį(ę)). Atsižvelgiant į gautus duomenis galima daryti prielaidą, jog dažniausiai sveikatos priežiūros įstaigų personalas linkęs padėti žmonėms su negalia judėti įstaigų viduje, tačiau žmonės, turintys antrąją pusę, neretai renkasi būtent jos pagalbą.

Respondentai, kurie į klausimą apie judėjimo sunkumus kylančius sveikatos priežiūros įstaigose atsakė teigiamai, buvo paprašyti įvertinti įstaigų pritaikymo neįgaliesiems aspektus iš savo patirties. Respondentų buvo prašoma pagalvoti apie visus savo apsilankymus sveikatos priežiūros įstaigose, ligoninėse, sanatorijose, ambulatorijose ir įvertinti jų pritaikymo žmonėms su judėjimo negalia – žymėti vieną variantą – blogai – patenkinamai – labai gerai, kuris nusakytų jų vertinimą. Jei jų lankomose įstaigose šie pritaikymo elementai egzistuoja, buvo prašome juos vertinti labai gerai, jei ne visuomet – patenkinamai, jei dažniausiai įstaigose tokių elementų nėra – blogai. Rezultatai pateikti 5 pav. (žr. sekančiame psl.).



5 pav. Respondentų nuomonė apie sveikatos priežiūros įstaigų pritaikomumą jų poreikiams (n=229), įvertinti įstaigų prieinamumą buvo prašomi tie respondentai, kuriems yra kilę sunkumų judant sveikatos priežiūros įstaigose (n=231). Neįgalių respondentų teigimu, dažniausiai įstaigose yra

įrengtos specialios automobilių parkavimo vietos neįgaliesiems (labai gerai įvertino 45,9 proc., n=105 respondentai) ir pakeltuvai/liftai, judėjimui tarp aukštų (labai gerai įvertino 48,9 proc., n=112 respondentų). Respondentų nuomone rečiausiai sveikatos priežiūros įstaigose jiems patogiai pritaikomi slenksčiai (blogai įvertino 60,7 proc., n=139 respondentai) ir dažnai nepakanka vietos laisvai judėti vežimėliu (blogai įvertino 28,8 proc., n=66 respondentai).

Taip pat iš apklausos rezultatų matyti, kad beveik kiekvieną kriterijų (išskyrus slenksčius) beveik pusė respondentų įvertino patenkinamai. Būtent todėl galima daryti prielaidą, kad sveikatos priežiūros įstaigos pritaikomos neįgaliesiems, tačiau ne visos ir kai kurios ne visiškai.

Likusioji klausimų grupė buvo skirta įvertinti finansines problemas, kylančias žmonėms su judėjimo negalia sveikatos priežiūros paslaugų kontekste. Valstybės skiriamos paramos būtiniausiems sveikatos priežiūros poreikiams patenkinti (vaistams, judėjimo priemonėms ir kt.) visuomet pakanka tik 14,7 proc. (n=41) apklaustųjų, 47,3 proc. (n=132) teigė, jog paramos pakanka, tačiau ne visuomet ir 34 proc. (n=106) atsakė, jog paramos nepakanka. Stebimas statistiškai reikšmingas ryšys tarp respondentų gaunamų pajamų ir atsakymo į šį klausimą. (6 lentelė) Statistiškai reikšmingai skiriasi ($p < 0.005$, $\chi^2 = 517,48$, $lls = 12$, Kramerio V ryšio stiprumo koeficientas lygus 0,783) vidutinių mėnesio pajamų vidurkiai tarp respondentų, teigusią, jog valstybės paramos visuomet pakanka ir tarp tų, kurie teigė, jog paramos niekad nepakanka. Asmenys, kurie nurodė, jog mėnesio pajamos siekia 600 ir daugiau eurų, dažniau teigė, jog valstybės paramos jiems pakanka, kai tuo tarpu respondentai, kurių mėnesio pajamos iki 200 eurų, dažniausiai teigė, jog paramos jiems nepakanka. Būtent todėl galima daryti išvadą, kad žmonėms su negalia, kurių pajamos didesnės esamos valstybės paramos pakanka. Šie respondentai galimai gauna papildomų pajamų iš darbo santykių. Tuo tarpu respondentai, kurių mėnesio pajamos mažesnės, galimai papildomų pajamų iš darbo santykių negauna, ir turi apsiriboti tik valstybės teikiamos paramos suma, kurios, jų teigimu nepakanka būtiniausiems sveikatos priežiūros poreikiams patenkinti.

6 lentelė. Skaičiuojant ryšį tarp mėnesio pajamų ir atsakymo į klausimą „Ar pakanka valstybės teikiamos paramos būtiniausiems sveikatos priežiūros poreikiams patenkinti?“, gautas rezultatas ($p < 0.005$, $\chi^2 = 517,48$, $lls = 12$, Kramerio V ryšio stiprumo koeficientas lygus 0,783) rodo, jog tarp atsakymą „niekada nepakanka“ ir „visada pakanka“ pasirinkusių respondentų pajamų vidurkiai statistiškai reikšmingai skiriasi.

	Reikšmė	Laisvės laipsnių skaičius (lls)	P reikšmė
Person'o χ^2	517,483	12	,000
Kramerio V koeficientas	,783		
Atvejų skaičius	279		

Į klausimą, ar kada nors yra tekę atsisakyti tam tikrų sveikatos priežiūros paslaugų/vaistų/priemonių, nes tam trūko finansų, atsakė 90 proc. visų apklaustųjų (n=251). Iš jų didžioji dalis – 80,9 proc. (n=203) teigė, jog bent kartą yra atsisakę tam tikrų paslaugų/vaistų ar priemonių dėl nepakankamų finansų. 19,1 proc. (n=48) atsakė, jog jiems nėra tekę atsisakyti paslaugų ar vaistų dėl šios priežasties. Tyrimo metu iškelta hipotezė, jog tam tikrų sveikatos priežiūros paslaugų, vaistų ar priemonių dėl nepakankamų finansų dažniau turi atsisakyti tie respondentai, kurių mėnesio pajamos mažesnės (7 lentelė).

7 lentelė. Skaičiuojant ryšį tarp mėnesio pajamų ir atsakymo į klausimą „Ar kada nors yra tekę atsisakyti tam tikrų sveikatos priežiūros paslaugų/vaistų/priemonių, nes tam trūko finansų?“ gautas rezultatas ($p < 0.005$, $\chi^2 = 493,756$, $lls = 8$, Kramerio V ryšio stiprumo koeficientas lygus 0,988) rodo, jog tyrimo metu iškelta hipotezė neatmetama ir statistiškai reikšmingai dažniau paslaugų dėl nepakankamų finansų atsisako mažesnes pajamas gaunantys respondentai.

	Reikšmė	Laisvės laipsnių skaičius (lls)	P reikšmė
Person'o χ^2	493,756	8	,000
Kramerio V koeficientas	,988		
Atvejų skaičius	251		

Paskutiniame klausime respondentų buvo teiraujama, ar apsilankymas sveikatos priežiūros įstaigose jiems kelia papildomų išlaidų ir jei taip, pateikti pavyzdžių. Į šį klausimą atsakė 98,6 proc. visų apklaustųjų (n=275), iš kurių 15,3 proc. (n=42) teigė, jog apsilankymas gydymo įstaigoje jiems nesukelia papildomų išlaidų, o didžioji dalis 84,7 proc. (n=233) atsakė, jog apsilankymas sveikatos priežiūros įstaigose sukelia papildomų išlaidų. Iš pateiktų pavyzdžių daugiausia buvo minimos transporto išlaidos (n=17).

2.3. Rezultatų apibendrinimas

Apibendrinant apklausos metu gautus duomenis galima teigti, jog daugiau nei pusė (64,5 proc.) respondentų mano, jog net ir turėdami judėjimo negalią, gali lygiai su kitais visuomenės nariais pasinaudoti kokybiškomis sveikatos paslaugomis. 78,7 proc. apklaustųjų teigė, jog atveju, kai neįmanoma pasinaudoti tam tikra sveikatos priežiūros paslauga dėl to, kad įstaiga nepritaikyta žmonių su judėjimo negalia poreikiams, nėra buvę. Pastebimas statistiškai reikšmingas ryšys tarp respondentų atsakymo į šį klausimą ir gyvenamosios vietos. Respondentai, gyvenantys kaime dažniau negali pasinaudoti reikalingomis sveikatos priežiūros paslaugomis, nes įstaigos nepritaikytos jų poreikiams. Iš pateiktų atvejų pavyzdžių matoma, kai kurios sveikatos priežiūros ne visiškai pritaiko savo patalpas judėjimo negalią turintiems žmonėms (teigiama, jog žmonės negali patekti į valgyklą, vaistinę, apskritai į įstaigos vidų). Taip pat dauguma respondentų (71,3 proc.) , teigė pastebėję neigiamą įstaigos personalo požiūrį į juos dėl negalios. Daugiau nei pusė atsakiusiųjų taip pat nurodė, jog informacija sveikatos priežiūros įstaigose jiems ne visuomet suteikia prieinama ir suprantama forma. Dauguma pacientų (66, 7 proc.) taip pat nurodė, jog sulaukia personalo pagalbos judant įstaigoje, nors ne visuomet pakankamai, taip pat nemažai renkasi savo lydinčio asmens pagalbą. Taigi vertinant organizaciniu požiūriu pacientai labiausiai nepatenkinti personalo požiūriu ir informacijos teikimo pobūdžiu, kai tuo tarp reali medicinos darbuotojų pagalba vertinama gana palankiai.

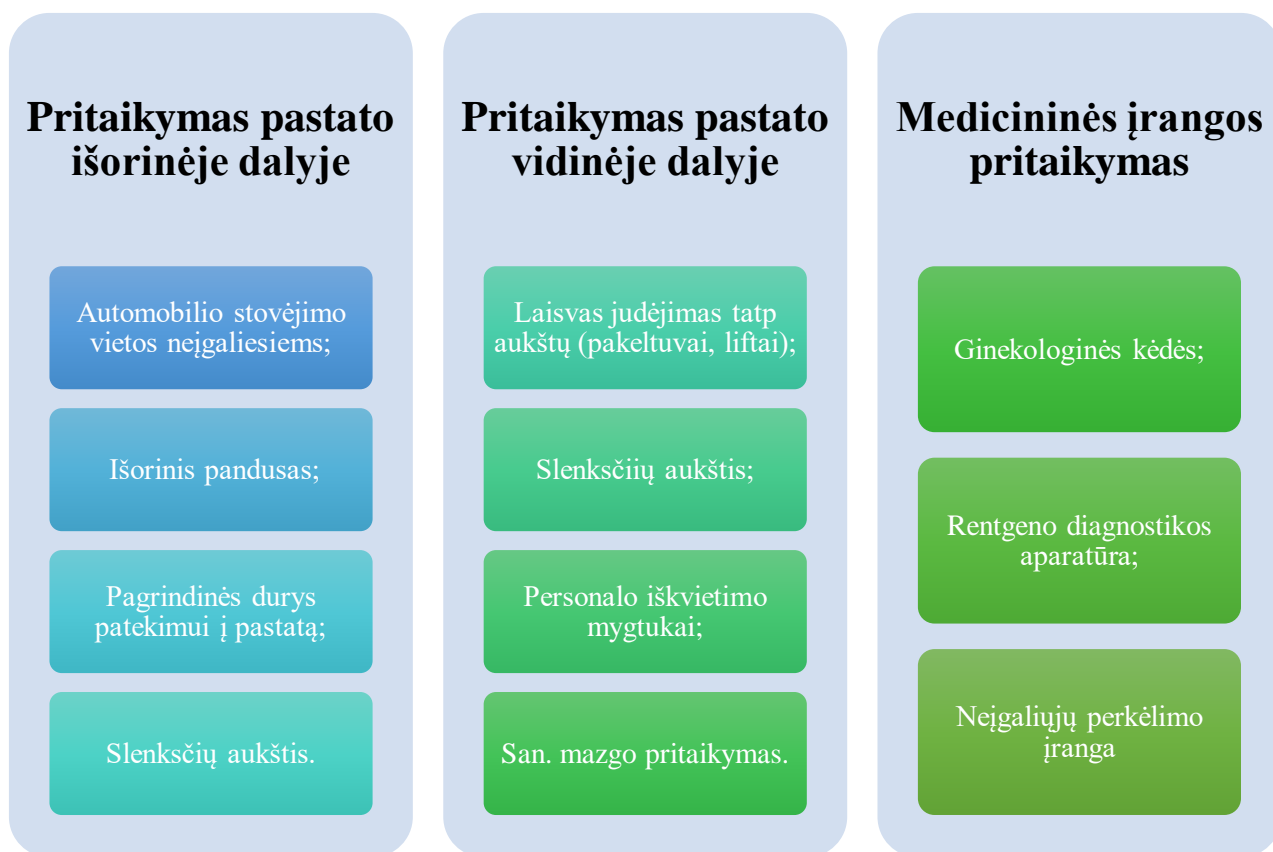
Taip pat šis tyrimas, kaip ir kiti panašaus pobūdžio tyrimai, kuriuose vertinama, kaip aplinka pritaikyta judėjimo negalią turintiems žmonėms, tik patvirtina, jog mūsų sveikatos priežiūros įstaigų aplinka nėra visiškai paruošta priimti negalią turinčius žmones. Lietuvoje dar ne visos įstaigos turi sąlygas, pritaikytas judėjimo negalią turintiems pacientams, nors įstatymai tai ir numato. Reikalavimai dėl neįgaliesiems fiziškai tinkamos aplinkos įgyvendinami planuojant teritorijas ir projektuojant statinius. Pagal Statybos ir techninių reikalavimų reglamentą STR.2.03.01:2001 sveikatos priežiūros įstaigos turi būti pritaikytos žmonėms su negalia. Jų teritorijose turi būti užtikrinta judėjimo ir patekimo į šias įstaigas galimybė. Įėjimai ir judėjimui skirtos patalpos, taip pat visos pagrindinės ir pagalbinės paskirties lankytojams skirtos patalpos (registracijos, laukimo patalpos, palatos, procedūrų kabinetai, sanitariniai mazgai, vonios ir kt.) turi būti tokios, kad būtų užtikrintas laisvas žmonių su negalia judėjimas. Respondentų nuomone rečiausiai sveikatos priežiūros įstaigose jiems patogiai pritaikomi slenksčiai (blogai įvertino 60,7 proc. respondentų) ir dažnai nepakanka vietos laisvai judėti vežimėliu (blogai įvertino 28,8 proc. respondentų). Didžioji dalis pritaikymo kriterijų daugiausiai buvo vertinama patenkinamai, rečiau – labai gerai.

Vertinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą finansiniu aspektu pastebėta, jog didžiajai daliai respondentų (81,3 proc.) valstybės teikiamos paramos nepakanka arba ne visuomet pakanka visiems sveikatos priežiūros poreikiams tenkinti. Taip pat pastebėta, jog paramos vertinimas

ir vidutinės mėnesio pajamos turi statistiškai reikšmingą ryšį. Respondentų, kurie teigė, jog teikiamos paramos visuomet pakanka, vidutinės mėnesio pajamos statistiškai reikšmingai skiriasi nuo tų apklaustųjų, kurie teigia jog paramos nepakanka. Čia daroma prielaida, kad visus savo poreikius sveikatos priežiūros srityje pilnai patenkinti gali tik tie neįgalieji, kurių pajamos didesnės (pavyzdžiui dirbantieji). Taip pat tam tikrų sveikatos priežiūros paslaugų, priemonių ar vaistų dažniau turi atsisakyti tie respondentai, kurių mėnesio pajamos mažesnės. Didžioji dauguma (84,7 proc.) respondentų taip pat teigė, jog apsilankymas sveikatos priežiūros įstaigoje jiems kelia papildomų išlaidų.

2.4. Klaipėdos ligoninės pritaikymas žmonėms su judėjimo negalia. Stebėjimo matrica

Tam, kad būtų įvertintas Klaipėdos ligoninės pritaikymas žmonėms su judėjimo negalia sudaryta stebėjimo matrica. Jos kriterijai sukurti remiantis Neįgaliųjų reikalų departamento prie socialinės apsaugos ir darbo ministerijos asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir švietimo įstaigų pritaikymo neįgaliųjų poreikiams esamos būklės analizės 2019 m. ataskaitos duomenimis. Duomenims rinkti pasirinktas formalusis (sisteminis, struktūruotas) stebėjimas. Formaliajam stebėjimui būdinga tai, kad jo metu duomenys renkami sistemiškai, tyrėjas iš anksto būna numatęs stebėjimo vienetus ir stebi jų pasireiškimą. Šis tyrimo metodas pasirinktas todėl, kad leidžia sistemiškai ir gana objektyviai įvertinti įstaigos pritaikymą žmonių su judėjimo negalia poreikiams. Sistemingas, iš anksto apibrėžtų kategorijų stebėjimas padeda išvengti išankstinių nuostatų, stereotipų ar tyrėjo lūkesčių įtakos. Todėl planuojant šį tyrimą, remiantis moksline literatūra, iš anksto buvo parengti stebimų kategorijų ir jų požymių aprašai (6 pav.) detaliam aprašyti jų rodikliai, kuriais remtasi stebėjimo metu.



6 pav. Stebėjimo matricos vertinimo kriterijai ir jų indikatoriai. Įstaigos patalpų pritaikymas pacientams su judėjimo negalia vertinamas pagal 3 pagrindinius kriterijus: išorinės, vidinės aplinkos ir medicininės įrangos pritaikymo. Kiekvienas kriterijus tikslinamas indikatoriais, kurie bus stebimi įstaigoje.

Pritaikymas pastato išorinėje dalyje

Automobilių stovėjimo vietos neįgaliesiems. Rekomendacijos: STR 2.03.01:2001 numato, kad prie gydymo paskirties pastatų, skirtų teikti medicinos pagalbą žmonėms, automobilių parkavimo aikštelėse žmonių su negalia automobiliams turi būti pritaikyta ne mažiau kaip viena vieta. Nuo neįgalųjų automobiliams skirtos parkavimo vietos iki įėjimo į objektą yra iki 60 m, taip pat numatyta galimybė išlipti iš automobilio, įrengiant greta 1500 mm pločio aikštelę. Ši aikštelė gali būti bendra dviem gretimoms automobilių stovėjimo vietoms. Lygių skirtumas tarp automobilių stovėjimo vietų ir išlipimo aikštelės ar šaligatvio turi būti iki 150 mm. Žmonėms su negalia skirtos transporto priemonių stovėjimo vietos turi būti pažymėtos horizontaliu informaciniu „Neįgalusis“ ženkliniu ir vertikaliu kelio ženklu su tokiu pat simboliu.



Automobilių stovėjimo vietos neįgaliesiems. Stebėjimo rezultatai įstaigoje. Šalia pagrindinio įėjimo į įstaigą įrengtos automobilių stovėjimo vietos neįgaliesiems, pažymėtos specialiu ženklu. Iki įėjimo išmatuotas atstumas apytiksliai 30 metrų. Įrengti specialūs turėklai ir aikštelė išlipimui. Lygių skirtumas tarp automobilių stovėjimo vietų ir šaligatvio – apytiksliai 100 mm, su specialiu nuolydžio borteliu. (7 pav.)



7 pav. Automobilių stovėjimo vietos neįgaliesiems.

Pagrindinės durys patekimui į pastatą, slenksčių aukštis . Rekomendacijos. STR 2.03.01:2001 numato, kad neįgaliesiems pritaikyto įėjimo durys turi būti varstomosios arba slankiojančiosios (atidaromos rankomis arba automatinės). Švaistinės durys tokiaime įėjime neleidžiamos. Stiklinės lauko durys turi būti iš smūgiams atsparaus stiklo. 1 200-1 600 mm aukštyje nuo grindų stiklinė durų plokštuma turi būti pažymėta ryškios spalvos juosta. Taip pat turi būti pažymėtos stiklinės sienos, vitrinos ir kitokie stiklo elementai, esantys greta durų. STR 2.03.01:2001 numato, prieš pagrindinio įėjimo duris turi būti įrengta lygi aikštelė, ne mažesnė kaip 1 500 mm x 1 500 mm. Durų slenkstis turi būti ne aukštesnis kaip 20 mm.



Pagrindinės durys patekimui į pastatą, slenksčių aukštis. Stebėjimo rezultatai įstaigoje. Pagrindinės durys, patekimui į pastatą – slankiojančiosios (automatinės). Nuo grindų stiklinė durų plokštuma atskirta kitos spalvos danga. Prieš pagrindinio įėjimo duris įrengta lygi aikštelė, kurios plotas didesnis nei 1500 mm x 1500 mm. Durų slenkstis – apytiksliai 15 mm. (8,9 pav.)



8, 9 pav. Pažymėtas pagrindinis įėjimas į ligoninę ir pagrindinių durų slenkščio aukštis. (Aut. nuotraukos)

Pritaikymas pastato vidinėje dalyje

Laisvas judėjimas tarp aukštų (pakeltuvai, liftai). Rekomendacijos. STR 2.03.01:2001 numato, kad neįgaliesiems pritaikyto lifto kabina turi būti ne siauresnė kaip 1 100 mm ir ne mažesnė kaip 1 400 mm gylio. Lifto durų anga turi būti ne siauresnė kaip 850 mm. Priešais liftą turi būti palikta ne mažesnė kaip 1 500 x 1 500 mm laisva aikštelė, neskaitant tako pločio. Lifto iškvietimo ir valdymo mygtukai turi būti sumontuoti 900-1 200 mm aukštyje nuo grindų. Mažiausias mygtuko skersmuo - 18 mm, mažiausias atstumas tarp mygtukų - 15 mm. Ant lifto kabinos sienų 900 mm aukštyje nuo grindų būtina įrengti turėklus.



Laisvas judėjimas tarp aukštų (pakeltuvai, liftai). Stebėjimo rezultatai įstaigoje. Liftų plotis apytiksliai 1600 mm, gylis apytiksliai 2500 mm. Lifto durų angos plotis apytiksliai 1500 mm, priešais liftą palikta ne mažesnė kaip 1 500 x 1 500 mm laisva aikštelė, neskaitant tako pločio (apytiksliai 2000 x 2000 mm) Lifto iškvietimo ir valdymo mygtukai sumontuoti 1300 mm aukštyje nuo grindų. Mygtukų skersmuo – apytiksliai 20 mm, atstumas tarp mygtukų - 15 mm. Ant lifto kabinos sienų apytiksliai 1000 mm aukštyje nuo grindų įrengti turėklai. (10, 11 pav.)



10, 11 pav. Įstaigoje neįgaliesiems pritaikytas liftas (Aut. nuotraukos)

Slenksčių aukštis. Rekomendacijos. STR 2.03.01:2001 numato, kad lygių skirtumai ir nelygumai koridoriuje turi būti ne didesni kaip 2 cm. Jei lygių skirtumai yra didesni, turi būti įrengti pandusai.



Slenksčių aukštis. Stebėjimo rezultatai įstaigoje. Ten, kur lygių skirtumai koridoriuje didesni nei 2 cm įrengti pandusai, jų pradžia ir pabaiga pažymėta ryškios spalvos juostomis. Slenksčių aukščiai koridoriuose neviršija rekomenduojamųjų. (12, 13 pav.)



12 pav. Pandusas tarp skirtingų lygių ir jo žymėjimas (Aut. nuotrauka)



13 pav. Slenksčių aukštis koridoriuose (Aut. nuotrauka)

Iškvietimo mygtukai. Rekomendacijos. Prie įstaigos įėjimo ir kabinetų turi būti įrengti personalo pagalbos iškvietimo mygtukai.



Iškvietimo mygtukai. Stebėjimo rezultatai įstaigoje. Prie įstaigos įėjimo įrengtas specialus personalo iškvietimo mygtukas, kurį paspaudę pacientai su negalia sulaukia personalo, galinčio suteikti pagalbą. (14 pav.)



14 pav. Personalo iškvietimo mygtukas, įrengtas prie įėjimo į įstaigą. (aut. nuotrauka)

Sanitarinio mazgo pritaikymas neįgaliesiems. Rekomendacijos. STR 2.03.01:2001 numato, kad tualetu durų plotis turi būti virš 850 mm, o kabinoje ar patalpoje yra 1 500 mm nekliudomo ploto erdvė, kurioje laisvai galėtų manevruoti neįgalieji. Unitazo viršus turi būti 430-520 mm aukštyje nuo grindų paviršiaus. Abipus unitazo 800-900 mm aukštyje nuo grindų turi būti įrengti atlenkiami ar pasukami horizontalūs turėklai su alkūnramsčiais. Prie klozeto įrengta lanksti apsiprausimo žarna. Praustuvas turi būti pakabintas ne arčiau kaip 300 mm nuo šoninės sienos; praustuvo viršus turi būti 750-850 mm aukštyje nuo grindų paviršiaus. Abipus žmonėms su negalia pritaikyto praustuvo 800 mm-900 mm aukštyje reikia pritvirtinti turėklus. Veidrodžiai įtaisyti taip, kad apatinė jų dalis yra ne aukščiau kaip 850 mm virš grindinio paviršiaus. Rankų džiovintuvai, rankšluosčiai, popieriaus ir muilo dalikliai turi būti įrengti 850 – 1 200 mm virš grindinio paviršiaus. Tualete turi būti įrengtas pagalbos iškvietimo mygtukas.



Sanitarinio mazgo pritaikymas neįgaliesiems. Stebėjimo rezultatai įstaigoje. Tualetu durų plotis apytiksliai 1000 mm, patalpoje yra 1 500 mm² nekliudomo ploto erdvė, kurioje laisvai galima manevruoti. Unitazo viršus yra apytiksliai 500 mm aukštyje nuo grindų paviršiaus. Abipus unitazo apytiksliai 850 mm aukštyje nuo grindų įrengti atlenkiami ar pasukami horizontalūs turėklai su alkūnramsčiais. Prie klozeto įrengta lanksti apsiprausimo žarna. Praustuvo viršus apytiksliai 800 mm aukštyje nuo grindų paviršiaus, pakabinti turėklai. Rankšluosčių, popieriaus ir muilo dalikliai įrengti apytiksliai 800 mm virš grindinio paviršiaus. Tualete įrengta pagalbos iškvietimo svirtis. Įėjimo į tualetą durys pažymėtos specialiu neįgaliojo ženklu. (15, 16 pav.)



15, 16 pav. San. Mazgo pritaikymas neįgaliesiems. (aut. nuotrauka)

Medicininės įrangos pritaikymas

Medicininės įrangos pritaikymas neįgaliesiems. Rekomendacijos. Pastebėta, jog medicininės įrangos pritaikymas neįgaliesiems nėra reglamentuotas. Labai svarbu, kad žmonės su judėjimo negalia galėtų gauti visas jiems reikalingas ir kokybiškas medicininės paslaugas, tad įstaigoje svarbu turėti neįgaliesiems pritaikytas ginekologines kėdes, radiologinės diagnostikos įrangą, odontologinėms paslaugoms teikti reikalingą įrangą.



Medicininės įrangos pritaikymas neįgaliesiems. Stebėjimo rezultatai įstaigoje. Stebint įstaigoje įrengtą medicininę įrangą pastebėta, jog ji pritaikyta neįgaliųjų poreikiams. Įrengtos specialios ginekologinės kėdės, kurios gali būti naudojamos neįgaliųjų pacienčių apžiūrai (17 pav.). Visa radiologinės diagnostikos įranga taip pat pritaikyta: įrengti pandusai įvažiavimui į rentgeno kabinetą, kuriame sumontuotas mobilus, prie paciento prisitaikantis rentgeno aparatas, leidžiantis tyrimus atlikti taip, kaip patogiu pacientui (visame kabinete judantis rentgeno vamzdis, mobilūs ir padėti keičiantys detektoriai, reguliuojamas stalų aukštis) (18 pav.). Kompiuterinės tomografijos kabinetuose taip pat įrengti pandusai, tomografų stalai reguliuojamo aukščio, įstaiga turi įsigijusi pakankamai imobilizacinių priemonių, kad tyrimo atlikimas pacientams su judėjimo negalia būtų įmanomas ir patogus (19 pav.). Magnetinio rezonanso tomografijos kabinetuose yra specialios, magnetiniam laukui pritaikytos lovos, kuriomis į patalpą galima nugabenti pacientus su judėjimo negalia (judėjimas vežimėliais šioje patalpoje draudžiamas dėl magnetinio lauko). Įstaigoje neteikiamos odontologinės paslaugos, todėl šios įrangos pritaikymas neįgaliesiems nestebėtas. Įstaigos darbuotojų teigimu, visos medicininės paslaugos gali būti kokybiškai teikiamos be išimties visiems pacientams.



17 pav. Neįgaliosioms pacientėms pritaikytos ginekologinės kėdės (Aut. nuotrauka)



18 pav. Prie paciento prisitaikantis, mobilus rentgeno aparatas. (Aut. nuotrauka)



19 pav. Kompiuterinėje tomografijoje naudojamasi imobilizacinės priemonės. (Aut. nuotraukos)

Įstaigos pritaikymo pacientams su judėjimo negalia stebėjimo matricos išvados

Pastato pritaikymo išorinėje dalyje stebėjimo išvados:

- Prie įstaigos įrengtos automobilių stovėjimo vietos neįgaliesiems atitinka rekomendacijas.
- Pagrindinės durys, patekimui į pastatą įrengtos tame pačiame lygyje, kaip ir šaligatvis, todėl išorinis pandusas nereikalingas ir nėra įrengtas.
- Pagrindinės durys, patekimui į pastatą įrengtos pagal rekomendacijas, slenksčių aukščiai neviršija rekomenduojamų.
- Pastato išorinė dalis pritaikyta žmonėms su judėjimo negalia, patekimas į ligoninę neturėtų kelti problemų.

Pastato pritaikymo vidinėje dalyje išvados:

- Pastate įrengti liftai atitinka rekomendacijas, jais pacientai, turintys judėjimo negalią gali laisvai judėti tarp aukštų.
- Slenksčių aukščiai pastate neviršija rekomenduojamųjų, ten, kur nelygumai didesni nei 2 cm įrengti pandusai, kurie sužymėti pagal rekomendacijas.
- Prie pastato pagrindinių durų įrengtas specialus mygtukas personalo iškvietimui, kuriuo galima naudotis tuomet, kai prireikia personalo pagalbos.
- Įstaigoje įrengti sanitariniai mazgai žmonėms su negalia, kurie atitinka rekomendacijas.
- Pastato vidinė dalis pritaikyta žmonėms su judėjimo negalia, buvimas ir judėjimas joje neturėtų kelti problemų.

Medicininės įrangos pritaikymo išvados:

- Įstaigoje sumontuotos pritaikytos ginekologinės kėdės, kad būtų galima paslaugas teikti pacientėms su judėjimo negalia.
- Įstaigoje įrengti radiologinės diagnostikos kabinetai taip pat pritaikyti pacientams su judėjimo negalia, todėl visos radiologinės diagnostikos procedūros gali būti kokybiškai teikiamos visiems pacientams, nepriklausomai nuo jų negalios.
- Įstaigoje teikiamų medicininių paslaugų įranga pritaikyta pacientams su judėjimo negalia, todėl šių paslaugų teikimas įmanomas ir neturėtų kelti problemų.

Prieita išvados, jog Klaipėdos ligoninės patalpos ir medicininė įranga visiškai pritaikyta pacientams su judėjimo negalia, todėl tiek patekimas į įstaigą, tiek judėjimas ar buvimas jos viduje ar kokybiškų paslaugų teikimas įmanomas ir neturėtų sukelti nepatogumų judėjimo negalią turintiems

žmonėms. Tiek senos įstaigos patalpos, tiek ir nauji korpusai statomi ir atnaujinami laikantis valstybės rekomendacijų ir universalaus dizaino principų, todėl žmonės su judėjimo negalia gali naudotis visomis įstaigoje teikiamomis paslaugomis.

IŠVADOS

1. Literatūroje neįgalumas apibrėžiamas kaip vien dėl asmens kūno sandaros ir funkcijų sutrikimo bei nepalankių aplinkos veiksnių sąveikos atsiradęs ilgalaikis sveikatos būklės pablogėjimas, dalyvavimo visuomenės gyvenime ir veiklos galimybių sumažėjimas. Negalios fenomenas dažniausiai aiškinamas dviem modeliais – medicininio ir socialinio, kurių bruožai persipina ir šio susipynimo išdavoje atsiranda trečiasis – interakcinis negalios modelis. Sveikatos priežiūros srityje žmonėms su negalia labai svarbu, kad sveikatos priežiūros ir socialinės globos paslaugos būtų teikiamos lygiagrečiai ir koordinuotai.

2. Neįgalių žmonių teisinę padėtį reglamentuoja bendri Lietuvos Respublikos įstatymai, pradedant pagrindiniu Lietuvos Respublikos įstatymu – Konstitucija, o tam tikras specifines sritis reglamentuoja atskiri įstatymai ar jų įgyvendinamieji teisės aktai bei bendruose įstatymuose įtvirtintos specialios teisės normos. Bene svarbiausiu dokumentu, kalbant apie neįgaliųjų teisių reglamentavimą, laikoma Jungtinių Tautų neįgaliųjų teisių konvencija bei jos fakultatyvus protokolas ir Jungtinių Tautų vaiko teisių konvencija. Ypač svarbu, kad neįgaliesiems asmenims būtų užtikrintas sveikatos priežiūros ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas, tačiau nepaisant neįgaliųjų integracijos skatinimo ir ją reglamentuojančių įstatymų, daug neįgaliųjų vis dar turi menkas galimybes gauti visapusišką tokių paslaugų teikimą. Skirtingas ir painus teisinis reglamentavimas iš esmės neleidžia įstaigoms organizuoti ir teikti žmonėms su negalia būtinų integruotų, koordinuotai teikiamų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų.

3. Tyrimo rezultatų analizė leido patvirtinti teorines prielaidas, kad žmonėms su negalia kyla problemų siekiant gauti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas. Šis tyrimas tik patvirtina, jog mūsų sveikatos priežiūros įstaigų aplinka nėra visiškai paruošta priimti negalią turinčius žmones. Respondentai, gyvenantys kaimo vietovėse dažniau negali gauti reikalingų sveikatos priežiūros paslaugų, dėl to kad įstaigos nepritaikytos jų poreikiams, nei tie pacientai, kurie gyvena miestuose. Vertinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą finansiniu aspektu pastebėta, jog didžiąjai daliai respondentų valstybės teikiamos paramos nepakanka arba ne visuomet pakanka visiems sveikatos priežiūros poreikiams tenkinti, o mažesnes pajamas turintys neįgalieji dažniau turi atsisakyti tam tikrų sveikatos priežiūros paslaugų dėl finansų trūkumo. Įvertinus Klaipėdos ligoninės pritaikymą pacientams su judėjimo negalia pastebėta, jog įstaiga visiškai pritaikyta tokiems pacientams, kadangi patalpos ir nauji korpusai statomi ir atnaujinami pagal rekomendacijas ir laikantis universalaus dizaino principų.

Tyrimo rezultatai leidžia teigti, jog hipotezė pasitvirtino: žmonių su negalia patirtis rodo, kad šiai visuomenės grupei vis dar kyla nemažai sunkumų siekiant aukščiausiai įmanomo sveikatos lygio, dėl nepakankamo paslaugų prieinamumo sveikatos priežiūros institucijose.

REKOMENDACIJOS

Rekomendacijos paslaugų prieinamumo sveikatos priežiūros įstaigose žmonėms su negalia didinimui parengtos remiantis Neįgaliųjų socialinės integracijos veiklos rezultatų ir Jungtinių Tautų neįgaliųjų teisių konvencijos ir jos fakultatyvaus protokolo 2017 m. stebėsenos ataskaita bei Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymu Dėl Jungtinių Tautų Neįgaliųjų teisių komiteto rekomendacijų įgyvendinimo 2016-2020 priemonių plano patvirtinimo.

Rekomendacijos finansinių problemų sprendimui:

- Imtis priemonių, kuriomis būtų užtikrinama, kad neįgalieji ir jų šeimos gautų būtiną ir tinkamą paramą pagal individualius jų poreikius ir parengti statistines priemones pažangai toje srityje įvertinti.
- Imtis žingsnių siekiant užtikrinti, kad neįgaliųjų ir jų šeimų neproporcingai nepaveiktų biudžeto išlaidų mažinimas ir užtikrinti tinkamą pragyvenimo lygį per pajamų paramą ir socialinę apsaugą.
- Siekiant geresnės perkamų techninės pagalbos priemonių kokybės, įsigyjant techninės pagalbos priemones stengtis pirkimus vykdyti vadovaujantis ekonominio naudingumo principais.
- Peržiūrėti Transporto lengvatų įstatymą ir įtvirtinti nuostatą, numatančią, kad atsižvelgiant į vaiko negalios pobūdį, sunkumą ir poreikį, teisė šeimai į transporto lengvatą išlieka ir tuomet, kai vaikas sulaukia pilnametystės ir lieka toliau šeimos globoje.
- Paraginti savivaldybių administracijas užtikrinti, kad neįgaliesiems būtų suteikta galimybė naudotis nemokamomis ir teikiamomis už prieinamą kainą, su sveikata susijusiomis mokymo gyventi sergant ir reabilitacijos priemonėmis ir paslaugomis
- Peržiūrėti ir papildyti Lietuvoje galiojančius teisės aktus, reglamentuojančius finansinę paramą, išmokas ir kitas socialines garantijas neįgaliesiems. Didinti neapmokestinamųjų pajamų dydį neįgaliesiems ir atlikti pakeitimus senatvės pensijų mokėjimo neįgaliesiems tvarkoje, taip užtikrinant jiems abiejų (tiek neįgalumo, tiek senatvės pensijų mokėjimus).

Rekomendacijos Fizinės aplinkos pritaikymo problemų sprendimui :

- Užtikrinti sveikatos priežiūros patalpų ir įrangos prieinamumą, siekiant, kad visos patalpos ir įranga, taip pat ligoninių, odontologų, ginekologų ir akušerių, būtų prieinamos neįgaliesiems, nepaisant jų negalios.
- Organizuoti mokymus projektavimo specialistams, savivaldybių ir nevyriausybinų organizacijų atstovams universalios dizaino principų taikymo srityje.

- Įtraukti reglamentus bei standartus, kurie garantuotų vis platesnį universalaus dizaino principų taikymą fizinei aplinkai, prieinamam būstui ir transportui tiek miesto, tiek kaimo vietovėse, tuo numatant prieinamumą visiems asmenims su negalia.

- Atlikti savivaldybėms priklausančių pirminės sveikatos priežiūros įstaigų, socialinės paramos skyrių, socialinių paslaugų centrų, tarpmiestinio susisiekimo autobusų stočių pritaikymo neįgaliųjų reikmėms įvertinimą ir parengti išvadas bei rekomendacijas, kuriomis bus siekiama pagal poreikį pritaikyti nepritaikytus statinius neįgaliųjų reikmėms.

Rekomendacijos su sveikatos priežiūros įstaigų personalu susijusių problemų sprendimui:

- Numatyti priemones mažinančias nepagarbų ar neetišką sveikatos įstaigų personalo elgesį bei gerinančias sveikatos priežiūros įstaigų aplinkos pritaikymą neįgaliesiems

- Šviesti, organizuoti mokymus asmenims su negalia dėl diskriminacijos atpažinimo ir kreipimosi galimybių esant diskriminacinėms apraiškoms.

- Suinteresuotąsias institucijas skatinti rengti neįgaliuosius aptarnaujančio personalo mokymus apie prieinamumo sunkumus, su kuriais susiduria neįgalieji, siekiant gerinti asmenų su negalia aptarnavimo kokybę. Viešinti (lankstinukais, metodiniais leidiniais ar pan.) ir skatinti taikyti Neįgaliųjų aptarnavimo viešajame ir privačiame paslaugų sektoriuose rekomendacijas sveikatos priežiūros paslaugas teikiantiems asmenims ir įstaigoms.

- Atsakingoms ministerijoms suplanuoti ir įgyvendinti tikslines mokymų/kvalifikacijos kėlimo programas sveikatos priežiūros įstaigų (gydytojams, slaugytojams) darbuotojams bei įtraukti mokomąją bei metodinę medžiagą į atskirų sveikatos priežiūros darbuotojų rengimo programas.

Rekomendacijos informacijos prieinamumo problemų sprendimui :

- Didinti neįgaliųjų galimybes gauti kokybiškas medicinines (įskaitant ir odontologines) ir reabilitacijos paslaugas bei galimybę gilinti žinias apie sveiką gyvenseną, ligų ir traumų išvengimo galimybes

- Atsižvelgiant į technologijų pažangą, svarbu peržiūrėti neįgaliesiems pritaikytų valstybės ir savivaldybių institucijų ir įstaigų interneto svetainių kūrimo, testavimo ir įvertinimo metodines rekomendacijas ir jas taikyti.

- Siekiant, kad informacinė aplinka būtų suprantama žmonėms, turintiems proto negalią arba, kad informacija galėtų naudotis tam tikros negalios asmenys, turintys ribotas galimybes naudotis kompiuteriu, įtraukti tam tikrus AAA lygio reikalavimus, pavyzdžiui: 3.1.5 Skaitymo lygis: jeigu, pašalinus tikrinius vardus bei pavadinimus, teksto skaitymui reikia geresnių nei pagrindinio

išsilavinimo lygio įgūdžių, turi būti parengtas papildomas turinys arba versija, kuri nereikalauja geresnių nei pagrindinio išsilavinimo lygio įgūdžių.

- Siekiant gerinti psichologinę neįgaliųjų ir jų šeimos narių sveikatą, skirti daugiau dėmesio psichologinės pagalbos teikimui. Mokyti sveikatos priežiūros personalą teikti informaciją neįgaliesiems ir jų šeimos nariams, nežalojant psichinės sveikatos.

LITERATŪRA

TEISĖS AKTAI:

1. Lietuvos Respublikos konstitucija, 1992 10 25 referendume. Valstybės žinios, 1992-11-30, Nr. 33-1014
2. Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo pensijų įstatymas. Valstybės žinios. 1994. Nr. 59–1153.
3. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas Nr. 63-1231, Žin. (1994-08-17), 144 str.
4. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas Nr. I-1562, Žin. (1996-10-23, Nr. 102-2317)
5. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas. Valstybės žinios. 1996. Nr. 55-1287; nauja įstatymo redakcija. Valstybės žinios. 2002. Nr. 123-5512.
6. Lietuvos Respublikos neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymas Nr. IX-2228, 2004-05-11, Žin. 2004, Nr. 83-2983. Vilnius.
7. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas Nr. IX-2361, Žin. (2004-07-24, Nr. 115-4284).
8. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. Nr. V-943 įsakymas „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“; [interaktyvus]. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.267313>; [žiūrėta 2020-01-04]
9. Jungtinių Tautų neįgaliųjų teisių konvencija ir jos Fakultatyvus protokolas. Valstybės žinios 2006. 2010-06-19, Nr. 71-3561
10. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2007 m. liepos 4 d. įsakymas Nr. V-558/ A1-183 „Dėl Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“; [interaktyvus]. Prieiga internetu: <https://eseimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.301549?jfwid=9dzqnu48b> [žiūrėta 2019-11-09].
11. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas Nr. XI-499, Žin. (2009-12-08, Nr. 145-6425)
12. Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimas Nr. XI-1430 „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“; [interaktyvus]. Prieiga internetu: <https://eseimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.401152?jfwid=q86m1vsxj><https://eseimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.401152?jfwid=q86m1vsxj>; [žiūrėta 2019-10-30].

13. Lietuvos respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro Įsakymas dėl nacionalinės neįgaliųjų socialinės integracijos 2013–2019 metų programos įgyvendinimo 2016–2018 metų veiksmų plano patvirtinimo Nr. A1-381. TAR, Nr. 10323. 2015
14. Lietuvos Respublikos Seimas. Lietuvos sveikatos 2014– 2023 m. programa. [interaktyvus]. Prieiga internetu: http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Lithuania/nhp_lithuania.pdf [žiūrėta 2019-12-13]
15. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Dėl paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašas, 2015 m. rugpjūčio 13 d. Nr. V-946
16. Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas Dėl Jungtinių Tautų Neįgaliųjų teisių komiteto rekomendacijų įgyvendinimo 2016-2020 priemonių plano patvirtinimo, 2016 m. lapkričio 9 d. Nr. A1-596

MOKSLINĖ LITERATŪRA:

1. Algėnaitė I. 2006. Neįgaliųjų socialinė integracija: poreikiai, įgalinimas, socialinis tinklas. LSPŽGB Informacinis leidinys, 2 (4), 3-5.
2. Al-Hashar A. ir kt. 2017. Whose responsibility is medication reconciliation: Physicians, pharmacists or nurses? A survey in an academic tertiary care hospital. Saudi Pharmaceutical Journal,; 25, 52–58. [interaktyvus]. Prieiga internetu: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1319016415001231> [žiūrėta 2020-02-20]
3. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą. Valstybinio audito ataskaita. 2018-11-16. Nr. VA-2018-P-10-1-10.
4. Astromskė K. 2018. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo reglamentavimo tendencijos Europos Sąjungoje ir Lietuvoje." Teisės apžvalga 2 (18): 98-113. . [interaktyvus]. Prieiga internetu: <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=729436> [žiūrėta 2020-04-02]
5. Baranauskienė I. 2019. The convention on the rights of persons with disabilities versus the right to health care. social welfare: interdisciplinary approach, 1(9), 131-146.
6. Baranauskienė I. 2019. The Right of People with Disabilities to Health: What Is Expressed by the Architectonics of Legislation?. Social Welfare: Interdisciplinary Approach, 2(8), 40-52.
7. Baranauskienė I., Ruškus J. 2004. Neįgaliųjų dalyvavimas darbo rinkoje: profesinio rengimo ir profesinės adaptacijos sąveika. Monografija. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla.
8. Beresnevičiūtė V., Leončikas T. 2009. Diskriminacijos suvokimas Lietuvos visuomenėje. FilosoFija. sociologija, 20(4), 335-343.
9. Butkevičienė R., Majerienė, N., Harrison, D. 2015. Šeimos, auginančios vaikus, turinčius regos negalią: santykių su specialistais patirtis ir socialinio darbuotojo veiklos galimybės.

- [interaktyvus]. Prieiga internetu: <https://repository.mruni.eu/handle/007/13083> [žiūrėta 2020-03-20]
10. Campbell, Toby C. ir kt. 2010. Discussing prognosis: balancing hope and realism." *The Cancer Journal* 16.5: 461-466. [interaktyvus]. Prieiga internetu: https://journals.lww.com/journalppo/Abstract/2010/09000/Discussing_Prognosis__Balancing_Hope_and_Realism.7.aspx [žiūrėta 2020-01-16]
 11. Dubodelova Ž., Mačiulaitis R. 2012. Meno terapija kaip gydymo metodas asmenims, turintiems specialiųjų poreikių (psichikos sutrikimų). *Sveikatos mokslai*, Nr. 22, p. 23-28.
 12. Diržytė A. ir kt. 2010. Dirbančiųjų su neįgaliaisiais vidinės darnos, gyvenimo kokybės ir streso įveikos ypatumai." *Socialinių mokslų studijos* 4: 7-20.
 13. Dočienė D., Vaškelytė A. Pauliukėnas L. 2012. Pacientų po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos tarpusavio priklausomybės poreikių teorinis pagrindimas. *Gerontologija*,13(2), 107–112.
 14. European Handbook on Equality Data. 2007. European Commission. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
 15. Fizinės aplinkos pritaikymo neįgaliesiems valstybės ir savivaldybių sveikatos (gydymo) paskirties įstaigose vertinimo tyrimas. 2017 m. Atliko: asociacija Lietuvos žmonių su negalia sąjunga. Užsakovas: Neįgaliųjų reikalų departamentas. [interaktyvus]. Prieiga internetu: http://www.ndt.lt/wp-content/uploads/sveikatos_tyrimas_12-10.pdf [žiūrėta 2020-01-20]
 16. Gerulaitis D. ir kt. 2011. Neįgaliųjų sveikatinimo lūkesčių tenkinimas NVO veiklose. *Sveikatos Mokslai, Sveikatos mokslai*. 2011, t. 21, Nr. 1, p. 3837-3842.
 17. Gudžinskienė V., Jurgutienė Ž. 2010. Neįgaliųjų socialinės integracijos teisinis reglamentavimas. *Socialinis ugdymas* 11 (2010): 18-26
 18. Israel Glenn D. 1992. Sampling The Evidence Of Extension Program Impact. *Program Evaluation and Organizational Development*, IFAS, University of Florida. PEOD-5. October.
 19. Izokaitis M. ir kt. 2016. Lietuvoje teikiamų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas vaikams, turintiems psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimų. *Visuomenės sveikata* 1.72: 37-46.
 20. Jankauskienė D. 2013. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo vertinimas; [interaktyvus]. Prieiga internetu: http://ssvp2013.mruni.eu/wp-content/uploads/2013/09/3_Danguole_Paslaug%C5%B3-kokyb%C4%97s-ir-prieinamumo-vertin.pdf [žiūrėta 2020-01-19]
 21. Jokūbpreikšas L., Gudonis V. 2013. Fizinę negalią turinčių suaugusių asmenų psichologinių reakcijų į savo negalią sąsajos su socialiniu aktyvumu. *Profesinės Studijos: Teorija Ir Praktika: Mokslinių Straipsnių žurnalas*, (12), 76-86.

22. Juodkaitė D. 2015. JAV socialinės apsaugos sistemos finansinė parama, teikiama neįgaliems žmonėms.
23. Kardelis K. 2007. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Šiauliai: Lucilijus. 398 p. ISBN 9955-655-35-6.
24. Keliauskaitė S., Stankūnas M., Sauliūnė S. 2011.12. Kauno miesto gyventojų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą įvertinimas. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas (T. 15, Nr.10).
25. Krančiukaitė-Butylkinienė D., Peldžiūtė D., Rastenytė D. 2010. Paslaugų prieinamumo vertinimas pirminės sveikatos priežiūros įstaigose. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 14(1):17-22.
26. Kriščiūnas A. 2015. Negalia ir požiūris į ją šiuolaikinėje visuomenėje. Sveikatos mokslai 25.1 (2015): 5-14.
27. Kudukytė-Gasperė R., Jankauskienė D. 2019. Slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje hospitalizuotiems pacientams bei jų artimiesiems namuose būtinų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikis.
28. Kvieskienė G. ir kt. 2015. Kompleksinė pagalba neįgaliems asmenims. [interaktyvus]. Prieiga internetu: <http://talpykla.elaba.lt/elaba-fedora/objects/elaba:11684155/datastreams/MAIN/content> [žiūrėta 2020-02-12]
29. Lebedinskaitė B. 2018. Globos namų paslaugų atitikimas pagyvenusių asmenų su negalia poreikiams. Žmogaus teisių aspektas.
30. Lindbland B. M., Rasmussen B. H., Sandman P. O. 2005. Being in tune with oneself, children and parents: meanings of being a supporter to families with children who have disabilities as narrated by parent-selected professionals // Journal of pediatric nursing. No. 20(3).
31. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo sprendimas dėl Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimo nuostatų išaiškinimo, TAR (2014-02-27, Nr. 2176).
32. Lietuvos Respublikos lygių galimybių kontrolieriaus 2016 m. veiklos ataskaita. [interaktyvus]. Prieiga internetu://lygybe.lt/data/public/uploads/2018/03/lygiu-galimybiu-kontrolieriaus-2017m.-veiklos-ataskaita.pdf [žiūrėta 2020-01-14]
33. Lietuvos Respublikos lygių galimybių kontrolieriaus sprendimas Dėl galimos diskriminacijos negalios ir amžiaus pagrindais kompensuojant medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidas tyrimo, 2017 m. gruodžio 29 d. Nr. (17)SN-170)SP-109 Vilnius
34. Maslow A. H. 2006. Motyvacija ir asmenybė. Vilnius.
35. Mead G. ir kt. 2019. Maintaining hope after a disabling stroke: A longitudinal qualitative study of patients' experiences, views, information needs and approaches towards making treatment decisions. [interaktyvus]. Prieiga internetu:

- <https://journals.plos.org/plosone/article/file?type=printable&id=10.1371/journal.pone.0222500>
[žiūrėta 2020-01-18]
36. Narkauskaitė L. ir kt. 2013. Odontologų paslaugų prieinamumas pacientams su judėjimo negalia Lietuvoje. Visuomenės sveikata 2.61: 38-45. [interaktyvus]. Prieiga internetu: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2013.2\(61\)/VS%202013%202\(61\)%20RIG%20S%20Odontologu%20paslaugos.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2013.2(61)/VS%202013%202(61)%20RIG%20S%20Odontologu%20paslaugos.pdf) [žiūrėta 2020-02-07]
 37. Neįgaliųjų ir kitų visuomenės narių nuomonės apklausa, įvertinant Jungtinių Tautų Neįgaliųjų teisių konvencijos įgyvendinimo efektyvumą Lietuvoje. 2017 m. Atliko: Lietuvos neįgaliųjų draugija. Užsakovas: Neįgaliųjų reikalų departamentas. [interaktyvus]. Prieiga internetu: <http://www.ndt.lt/wp-content/uploads/Lietuvos-ne%C4%AFgali%C5%B3j%C5%B3-draugijosataskaita-2017.12.07-GALUTINI.pdf> [žiūrėta 2020-03-01]
 38. Neįgaliųjų socialinės integracijos veiklos rezultatų ir Jungtinių Tautų neįgaliųjų teisių konvencijos ir jos fakultatyvaus protokolo 2017 m. stebėsenos ataskaita. 2018. [interaktyvus]. Prieiga internetu: http://www.ndt.lt/wp-content/uploads/Konvencijos_stebesenos_ataskaita_GALUTINE-word.pdf [žiūrėta 2020-01-20]
 39. Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos duomenys. [interaktyvus]. Prieiga internetu: <http://epaslaugos.ndnt.lt/index.php?-426310662> [žiūrėta 2019-11-05]
 40. Okunevičiūtė-Neverauskienė L. 2011. Diskriminacijos apraiškos: aktuali būklė bei tendencijos antidiskriminacijos srityje Lietuvoje. Filosofija. Sociologija, T. 22, Nr. 2, p. 115-128.
 41. Piščalkienė V. 2012. Slaugytojų požiūris ir pasirengimas negalią turinčių pacientų atžvilgiu. [interaktyvus]. Prieiga internetu: https://ojs.kauko.lt/index.php/mttlk/article/viewFile/138/pdf_18 [Žiūrėta 2019-12-16]
 42. Petružytė D. Šumskienė D. 2017. Psichikos sveikatos ir gerovės paradigmos kaita Lietuvoje. Vilnius: Vilniaus universitetas.
 43. Pukėnas K. 2009. Kokybinių duomenų analizė SPSS programa. Kaunas: Lietuvos kūno kultūros akademija, 94.
 44. Rahi J. S. ir kt. 2004. Meeting the Needs of Parents Around the Time of Diagnosis of Disability Among their Children; evaluation of a Novel Program for Information, Support, and Liaison by Key Workers // PEDIATRICS. Vol. 114. No. 4.
 45. Ruolytė-Verschoore R. 2012. Neįgaliųjų studentų dalyvavimas Lietuvos aukštosiose mokyklose. Daktaro disertacija. Vytauto Didžiojo universitetas.
 46. Ruškus J. 2002. Negalės fenomenas: Monografija. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla.
 47. Ruškus J. 2014. Jungtinių tautų neįgaliųjų teisių konvencija keičia pasaulį. Socialinis darbas. Patirtis ir metodai, nr. 13 (1), p. 143-145.

48. Ruškus J. 2017. Lygybės ir nediskriminavimo neįgaliesiems gali tekti laukti dar šimtą metų, jei....Socialinis darbas. Patirtis ir metodai= Social work. Experience and methods. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas, T. 20 (2)
49. Sakalauskas V. 2003. Duomenų analizė su STATISTICA. Vilnius: Margi raštai
50. Sriubas M. 2013 Paciento teisės į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas turinio ypatumai Lietuvoje. Teisės problemos 1.79 (2013): 58-85. [interaktyvus]. Prieiga internetu: <https://www.cceol.com/search/article-detail?id=596767>. [žiūrėta 2020-01-18]
51. Tidikis R. 2003. Socialinių mokslų tyrimų metodologija. Vilnius: Lietuvos teisės universitetas. 609 p. ISBN 9955-563-26-5.
52. Vaicekauskienė V. 2006. Specialiųjų poreikių vaikų socializacijos modelis. Monografija. Vilnius. [interaktyvus]. Prieiga internetu: www3.mruni.lt/padaliniai/FAKULTETAI/sdf/sdk/tekstai/mokslime_veikla.htm [žiūrėta 2019-11-03].
53. Viluckienė, J. 2016. Išgyvenamas negalios apimtas kūnas. Sociologija. Mintis Ir Veiksmas, Sociologija. Mintis ir veiksmas. Nr. 1 (38), p. 86-96. 2335-8890.
54. Zolubienė E. ir kt. 2014. 65 m. ir vyresnių asmenų požiūris į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Visuomenės Sveikata, (3), 109-114.
55. Žalimienė L. 2003. Socialinės paslaugos. Vilnius.
56. Žydžiūnaitė V. 2011. Baigiamojo darbo rengimo metodologija. Mokomoji knyga. Klaipėda: Klaipėdos valstybinė kolegija
57. World Health Organisation. 2006. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems; [interaktyvus]. Prieiga internetu: http://www.who.int/management/quality/assurance/Qualitycare_b.Def.pdf [žiūrėta 2020-01-26]
58. World Health Organisation. 2013. The right to health; [interaktyvus]. Prieiga internetu: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/> [žiūrėta 2019-11-15]

PRIEDAI

**KLAIPĖDOS UNIVERSITETO
SVEIKATOS MOKSLŲ FAKULTETO
VISUOMENĖS SVEIKATOS KATEDRA**

Visuomenės sveikatos katedra, Sveikatos mokslų fakultetas, Klaipėdos universitetas, H.Manto 84, LT-92294 Klaipėda, Tel.: 8 46 398560, faks.: 8 46 398560, El. paštas: vsk.svmf@ku.lt

Respublikinės Klaipėdos ligoninės
Vyr. gydytojui Dariui Steponkui

**PRAŠYMAS
DĖL LEIDIMO ATLIKTI TYRIMĄ**

Klaipėda
2020-01-02

Prašau suteikti galimybę atlikti tyrimą Jūsų vadovaujamoje įstaigoje Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Visuomenės sveikatos katedros antros pakopos Sveikatos priežiūros vadybos programos II kurso studentei(-ui) Monikai Žilinskytei tema: „Paslaugų prieinamumo didinimas sveikatos priežiūros institucijose žmonėms turintiems negalių“. Tyrimo tikslas – ištirti įstaigos prieinamumą pacientams, turintiems judėjimo negalią ir išanalizuoti judėjimo negalią turinčių pacientų patirtis sveikatos priežiūros įstaigose.

Magistro baigiamojo darbo vadovė – Prof. dr. Ingrida Baranauskienė.

Bioetikos komiteto posėdžio metu buvo nutarta, kad tyrimas nepažeidžia etinių reikalavimų. Gauti duomenys bus naudojami tik apibendrinta forma.

Dėkojame už bendradarbiavimą.

KU SvMF Visuomenės sveikatos katedros vedėja

Sveikatos mokslų fakulteto
Visuomenės sveikatos katedros
vedėja
Prof. dr. Sigutė Norkienė
prof. dr. Sigutė Norkienė
(Parašas)

SUTINKU:

Įstaigos vadovas

(Parašas)

Darius Steponkus

(Vardas, Pavardė)

ANKETA

Gerbiami respondentai,

Esu Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Sveikatos priežiūros vadybos studijų programos magistrantė, atlieku mokslinį tyrimą, siekdama išsiaiškinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problemas pacientams, turintiems judėjimo negalią.

Šioje apklausoje dalyvauja pacientai, turintys judėjimo negalią. Anketa anoniminė, nei vardu, nei pavarde prisistatyti nereikia. Garantuojū atsakymų konfidencialumą – gauti tyrimo rezultatai bus apibendrinti ir panaudoti magistriniame darbe. Jums tinkamą atsakymą žymėkite X, jei galite, ten kur prašoma, pateikite pavyzdį.

1 klausimas. Jūsų lytis:

- ◇ Vyras
- ◇ Moteris

2 klausimas. Jūsų išsilavinimas:

- ◇ Nebaigtas vidurinis
- ◇ Vidurinis
- ◇ Aukštesnysis
- ◇ Aukštasis

3 klausimas. Jūsų šeimyninė padėtis:

- ◇ Turiu antrąją pusę (sugyventinį(ę), registruotą sutuoktinį(ę))
- ◇ Esu vienišas(a)
- ◇ Esu našlys(ė)

4 klausimas. Jūsų gyvenamoji vieta:

- ◇ Miestas
- ◇ Kaimas

5 klausimas. Jūsų vidutinės mėnesio pajamos (vienam asmeniui šeimoje) :

- ◇ Iki 200 eurų
- ◇ 200 – 400 eurų
- ◇ 400-600 eurų
- ◇ Daugiau kaip 600 eurų

6 klausimas. Kompensacinės priemonės, kurias naudojate judėjimui:

- ◇ Neįgaliojo vežimėlis
- ◇ Ramentai/lazdelė
- ◇ Vaikštynė
- ◇ Kita
- ◇ Nesinaudoju kompensacinėmis judėjimo priemonėmis.

7 klausimas. Ar Jums reikalingas lydintis asmuo, vykstant į sveikatos priežiūros įstaigas? Jei taip, kas jis? (Įrašyti, pvz. sutuoktinis, vaikai, socialinis darbuotojas ar kt.)

- ◇ Taip, reikalingas.
Pavyzdžiui:.....
- ◇ Ne, nereikalingas. Į sveikatos priežiūros įstaigas vykstu vienas(a).

8 klausimas. Ar manote, jog galite lygiai su visais pasinaudoti kokybiškais sveikatos priežiūros paslaugomis?

- ◇ Taip
- ◇ Ne

9 klausimas. Ar yra buvę atvejų, kai negalite pasinaudoti tam tikra sveikatos priežiūros paslauga dėl to, kad įstaiga nepritaikyta Jūsų poreikiams? (Pvz. neįmanoma patekti į tam tikras patalpas, įstaiga neturi pritaikytos įrangos ar pan.)

- ◇ Taip, tokių atvejų yra buvę.
Pavyzdžiui:.....
- ◇ Ne, tokių atvejų nėra buvę.

10 klausimas. Ar yra tekę susidurti su sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų neigiamu požiūriu į Jus dėl negalios?

- ◇ Taip, yra tekę
- ◇ Ne, nėra tekę

11 klausimas. Ar gydymo įstaigose Jums prieinamu būdu suprantamai paaiškinama apie skirtą gydymą, slaugos procedūras, pašalinį poveikį, galimą žalą?

- ◇ Taip, visuomet.
- ◇ Dažniausiai, tačiau ne visuomet.
- ◇ Retai.
- ◇ Niekada.

12 klausimas. Ar Jums yra kilę sunkumų patekti į sveikatos priežiūros įstaigą ar judėti jos viduje?

- ◇ Taip, yra kilę.
- ◇ Ne, tokių sunkumų mano lankytose sveikatos priežiūros įstaigose niekada nėra kilę.

13 klausimas. Ar sveikatos priežiūros įstaigose iš personalo sulaukiate pagalbos judant, kai ji Jums reikalinga? (Pavyzdžiui palydėjimas iki kabineto, esant poreikiui suteikiamas įstaigos neįgaliojo vežimėlis, personalas padeda patekti į liftą ir pan.)

- ◇ Taip, sulaukiu pakankamai pagalbos.
- ◇ Taip, tačiau sulaukiu nepakankamai pagalbos.
- ◇ Ne, pagalbos nesulaukiu.
- ◇ Man personalo pagalba judėti nereikalinga, nes.....

14 klausimas. ATSAKO TIK TIE RESPONDENTAI, KURIE Į 13 KLAUSIMĄ ATSAKĖ TEIGIAMAI. Įvertinkite savo lankomų sveikatos priežiūros įstaigų pritaikymą pacientams, turintiems judėjimo negalią. (X pažymėkite tame stulpelyje, kuris labiausiai atitinka Jūsų vertinimą – 1 stulpelis – vertinu blogai, 2 stulpelis – patenkinamai, 3 stulpelis – labai gerai.)

Pritaikymo kriterijai	Blogai	Patenkinamai	Labai gerai
Automobilio parkavimo vietos, skirtos neįgaliesiems.			
Lengvai vežimėliu įveikiami slenksčiai (<2cm)			
Pakankamai vietos laisvai judėti su kompensacinėmis priemonėmis (neįgaliojo vežimėliu, ramentais, vaikštyne ir t.t.)			
Įrengti pakeltuvai ir liftai, patekimui į kitus aukštus.			
Neįgaliojo poreikiams pritaikytas san. mazgas.			
Lengvai įveikiamas pandusas (ne per status)			

15 klausimas. Ar Jums pakanka valstybės skiriamos paramos būtiniausiems sveikatos priežiūros poreikiams patenkinti (vaistams, judėjimo priemonėms ir kt.)?

- ◇ Taip, visuomet pakanka.
- ◇ Taip, pakanka, tačiau ne visuomet.
- ◇ Ne, nepakanka.

16 klausimas. Ar yra tekę atsisakyti Jums reikalingų sveikatos priežiūros paslaugų/vaistų/priemonių, nes neturėjote tam finansinių galimybių?

- ◇ Taip, yra tekę.
- ◇ Ne, nėra tekę.

17 klausimas. Ar atvykimas į sveikatos priežiūros įstaigas Jums kelia papildomų išlaidų? Jei galite, pateikite pavyzdį.

- ◇ Taip, kelia. Pavyzdžiui.....
- ◇ Ne, nesukelia papildomų išlaidų.

AČIŪ UŽ JŪSŲ ATSAKYMUS!