MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

VIEŠOJO VALDYMO FAKULTETAS

POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

VITALIJ ČERNEL

MEDICININĖS REABILITACIJOS POLITIKOS ANALIZĖ LIETUVOJE IR JUNGTINĖJE KARALYSTĖJE

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas

Prof. Dr. Danguolė Jankauskienė

VILNIUS

2017

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

VIEŠOJO VALDYMO FAKULTETAS

POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

VITALIJ ČERNEL

MEDICININĖS REABILITACIJOS POLITIKOS ANALIZĖ LIETUVOJE IR JUNGTINĖJE KARALYSTĖJE

Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas

Studijų programa 621L22004

Vadovas

Prof. Dr. Danguolė Jankauskienė

Recenzentas

_____

2017

Atliko

SPVvmns16-1 stud. V. Černel

2017

VILNIUS

2017

TURINYS

LENTELIŲ SĄRAŠAS 5
PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS 6
SANTRUMPŲ SĄRAŠAS 7
SĄVOKŲ ŽODYNAS 8
ĮVADAS 10
1. REABILITACIJOS POLITIKOS FORMAVIMAS LIETUVOJE 14
1.1. Reabilitacijos sąvoka, svarba, rūšys 14
1.2. Reabilitacijos svarba ir vieta sveikatos politikoje 20
1.3. Reabilitacijos politikos formavimo raida / etapai Lietuvoje 22
1.4. Reabilitacijos politikos formavimo raida / etapai Jungtinėje Karalystėje 26
1.5. Reabilitacijos politikos Lietuvoje teisinis reglamentavimas 30
1.6. Reabilitacijos politikos Jungtinėje Karalystėje reglamentavimas 32
2. REABILITACIJOS POLITIKOS ĮGYVENDINIMAS LIETUVOJE IR JUNGTINĖJE KARALYSTĖJE 34
2.1. Reabilitacijos politikos įgyvendinimas Lietuvoje 34
2.2 Reabilitacijos politikos įgyvendinimas Jungtinėje Karalystėje 38
3. REABILITACIJOS POLITIKOS VERTINIMAS LIETUVOJE IR JUNGTINĖJE KARALYSTĖJE 41
3.1. Reabilitacijos politikos įvertinimas Lietuvoje 41
3.2. Reabilitacijos politikos Jungtinėje Karalystėje įvertinimas 42
4. REABILITACIJOS POLITIKOS LIETUVOJE IR JUNGTINĖJE KARALYSTĖJE TEORINĖ LYGINAMOJI ANALIZĖ 44
5. REABILITACIJOS POLITIKOS VERTINIMAS LIETUVOJE IR JUNGTINĖJE KARALYSTĖJE 50
5.1. Tyrimo metodologija 50
5.1.1. Bendroji tyrimo logika 50
5.1.2. Tyrimo pasirinkimo tikslingumas *50*
5.1.3. Tyrimo etikos principai *50*
5.1.4. Tyrimo organizavimo principai bei etapai *51*
5.1.5. Klausimai tyrimui *52*
5.1.6. Tyrimo laikas, imtis ir instrumentas *53*
5.2. Kokybinio tyrimo interviu analizės rezultatai 53
5.2.1. Lietuvos ekspertų nuomonės analizė *53*
5.2.2. Jungtinės Karalystės ekspertų nuomonės analizė *71*
5.2.3. Lietuvos ir Jungtinės Karalystės ekspertų nuomonės palyginamoji analizė *86*
IŠVADOS 90

REKOMENDACIJOS 92
LITERATŪROS SĄRAŠAS 94
SANTRAUKA 100
SUMMARY 101
ANOTACIJA 102
ANOTATION 103

Lentelių sąrašas

1 lentelė. Reabilitacijos politikos Lietuvoje ir Jungtinėje Karalystėje teorinio pagrindo palyginimas, p. 44-47.

2 lentelė. Lietuvos informantų demografiniai duomenys, p. 53.

3 lentelė. Reabilitacijos politikos kūrimo principai Lietuvoje, p. 53-55.

4 lentelė. Reabilitacijos politikos pliusai ir minusai Lietuvos ekspertų nuomonė, p. 56-57.

5 lentelė. Pacientų teisės gauti reabilitacijos paslaugas laiku ir kokybiškai užtikrinimas Lietuvoje, p. 58.

6 lentelė. Reabilitacijos paslaugų kokybė ir prieinamumas Lietuvoje, p. 59-61.

7 lentelė. Žmogiškųjų išteklių valdymo trūkumai Lietuvoje, p. 62-63.

8 lentelė. Pagrindinės kliūtys, kurios labiausiai įtakoja efektyvų ir skaidrų reabilitacijos sistemos veikimą Lietuvoje, p. 64.

9 lentelė. Reabilitacijos politikos geroji patirtis Lietuvos ekspertų nuomone, p. 65-66.

10 lentelė. Jungtinės Karalystės informantų demografiniai duomenys, p. 67

11 lentelė. Reabilitacijos politikos kūrimo principai Jungtinėje Karalystėje, 68.

12 lentelė. Reabilitacijos politikos pliusai ir minusai Jungtinėje Karalystėje, p. 70.

13 lentelė. Pacientų teisės gauti reabilitacijos paslaugas laiku ir kokybiškai užtikrinimas Jungtinėje Karalystėje, p. 72.

14 lentelė. Reabilitacijos paslaugų kokybė ir prieinamumas Jungtinėje Karalystėje, p. 74.

15 lentelė. Žmogiškųjų išteklių valdymo trūkumai Jungtinėje Karalystėje, p. 75.

16 lentelė. Pagrindinės kliūtys, kurios labiausiai įtakoja efektyvų ir skaidrų reabilitacijos sistemos veikimą Jungtinėje Karalystėje, p. 76.

17 lentelė. Reabilitacijos politikos geroji patirtis Jungtinėje Karalystėje, p. 77.

18 lentelė. Lietuvos ir Jungtinės Karalystės ekspertų nuomonės palyginimas, p. 76-78

Paveikslų sąrašas

1 pav. Reabilitacijos ciklas, p. 14.

2 pav. Reabilitacijos modelis Jungtinėje Karalystėje, p. 28.

SANTRUMPŲ SĄRAŠAS

BPG – Bendrosios praktikos gydytojas;

CCG – Clinical commisioning group (Klinikinė komisija);

ES – Europos Sąjunga;

ET – Ergoterapija;

FMR – Fizinės medicinos reabilitacijos gydytojas;

JK – Jungtinė Karalystė;

LR SAM – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija;

NCEPOD – National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death (Nacionalinė konfidenciali pacientų gydymo rezultatų ir mirties informacijos tarnyba);

NHS – National Health Service (Nacionalinė sveikatos apsaugos tarnyba);

NICE – The National Institute for Health and Care Excellence (Nacionalinis sveikatos ir kokybės institutas);

OT – Occupational Therapy/Therapist (Užimtumo terapija/terapeutas);

PSO (WHO) – Pasaulinė sveikatos organizacija.

TLK – Teritorinė ligonių kasa.

SĄVOKŲ ŽODYNAS

Reabilitacija (lot. rehabilitatio) – koordinuotas ir kompleksinis medicininių, socialinių, pedagoginių, profesinių priemonių taikymas siekiant sugrąžinti pacientui maksimalų galimą funkcinį aktyvumą. Reabilitacija yra baigtinis procesas, t.y. kai pasiekiamas maksimalus funkcinis aktyvumas, ji yra pabaigiama, o tie ligoniai, kurių funkcinis aktyvumas negerėja, yra priskiriami pacientams, kuriems reikalinga intensyvioji slauga, bet ne reabilitacija[1].

Reabilitacijos ciklas (angl. Rehab-CYCLE) – tai sistema, apibrėžianti žingsnius, kurių turi imtis sveikatos apsaugos sistemos darbuotojai, norėdami užtikrinti sėkmingą paciento reabilitacijos eigą. Ji susideda iš penkių etapų – problemos nustatymo, veiksnių, kuriuos reikėtų pakeisti, identifikavimo, reabilitacijos plano sudarymo, jo vykdymo ir įvertinimo[2].

Reabilitacija bendruomenėse – tai reabilitacijos procesas, vykdomas įvairių nevyriausybinių organizacijų, jų darbuotojų ir savanorių, kurie dažniausiai patys turi / turėjo panašius negalavimus, todėl gali pasidalinti savo patirtimi, patarimais, paskatinti kreiptis į specialistus[3].

Medicininė reabilitacija – tai kompleksinis įvairių medicininių priemonių (kineziterapijos, ergoterapijos, gydymo vaistais, ortopedinių priemonių ir kt.) taikymas, norint gražinti sutrikusias funkcijas ir sugrąžinti maksimalų funkcinį aktyvumą, jas kompensuoti ir palaikyti pasiektą funkcinio pajėgumo lygį. Ši reabilitacija taikoma asmenims po operacijų, sunkių traumų ar lėtinių ligų atvejais[4].

Profesinė reabilitacija – tai profesinių gebėjimų atkūrimas ar išugdymas. Šio proceso metu yra atkuriamos profesinės kvalifikacijos ir gebėjimai, leidžiantys žmogui sugrįžti į darbo rinką[5].

Socialinė reabilitacija – tai siekimas didinti asmenų su negalia motyvaciją, ugdyti socialinius įgūdžius, savarankiškumą ir galimybes dalyvauti visuomenės gyvenime. Ji gali būti vykdoma ir bendruomenėse[6].

Pacientas – tai žmogus, kuris naudojasi paslaugomis, teikiamomis sveikatos priežiūros įstaigų, turi įstatymų nustatytas teises ir pareigas[7].

---

[1] Aleksandras Kriščiūnas, *Reabilitacijos pagrindai* (Kaunas: Vitae Litera, 2014),7.
[2] Werner A. Steiner ir kt., "Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in pyshical therapy and rehabilitation medicine," *Physical therapy,* 82 (2002): 1100.
[3] Tom Shakespear ir kt.,"Disability and the training of health professionals," *Lancer,* 374 (2009): 1818-1816.
[4] „2006 metų veiklos ataskaita," Valstybinė ligonių kasa, žiūrėta 2016 m. lapkričio 30 d., http://www.vlk.lt/vlk/vlk/pr/?page=item&kat_id=1&date=2007-03-01&item_id=1545.
[5] „Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos 2005 m. gegužės 31 d. įsakymas Nr. A1-159 „Dėl reikalavimų profesinės reabilitacijos paslaugas teikiančioms įstaigoms aprašo patvirtinimo," *Valstybės žinios*, 70, 2543 (2005).
[6] „Socialinės reabilitacijos paslaugos neįgaliesiems bendruomenėje," Socialinių inovacijų centras, žiūrėta 2016 m. lapkričio 30 d., http://www.socin.lt/index.php?option=com_content&view=article&id=160Itemid=70.
[7] „Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas," TAR, https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.C6E4170DB704/nebExFytrA.

Ergoterapija – tai paciento galimybių atstatymas, jo funkcinio aktyvumo atkūrimas, sutrikimų kompensavimas, norint padėti jam savarankiškai gyventi. Ergoterapija moko pacientą tinkamai atlikti įvairias užduotis, veiklą ar vaidmenis, savo bei aplinkos kontrolės[8].

Kineziterapija – tai pacientų gydymas teisingu judesiu ir mokymai, kaip taisyklingai atlikti judėjimo pratimus, siekiant pagerinti kaulų ir raumenų tonusą, širdies kraujagyslių ir kitų sistemų funkcijas[9].

[8] „Lietuvos ergoterapeutų draugija," žiūrėta 2016 m. lapkričio 30 d., http://www.ergoterapija.lt/index.asp
[9] Simona Būblaitytė ir Ramunė Mazaliauskienė „Kineziterapija-stebuklas, kurį gali atlikti pats," žiūrėta 2016 m. lapkričio 30 d., http://www.neuromedicina.lt/kineziterapija-–-stebuklas-kuri-gali-atlikti-pats/.

ĮVADAS

Rūpinimasis gyventojų sveikata, kaip ir nuolatinis sveikatos priežiūros sistemos gerinimas, yra svarbus kiekvienos valstybės uždavinys. Ilgėjant žmonių gyvenimo trukmei, vykstant nuolatinei medicinos pažangai, gydytojams vis dažniau tenka susidurti su lėtinėmis ligomis, padėti pacientams įveikti sunkių traumų, kurios sutrikdo žmogaus biosocialines funkcijas, pasekmes. Atsižvelgiant į tokių ligų kaip širdies ir kraujagyslių ligos, onkologinės ligos paplitimą tiek visame pasaulyje, tiek Lietuvoje , valstybinės audito ataskaitos duomenimis „<...>sergamumas piktybiniais navikais Lietuvoje didėja: sergamumas 100-ui tūkst. gyventojų 2012 m., palyginus su 2003 m., padidėjo 25 proc."[10], taip pat į trumpą vidutinę gyvenimo trukmę, didelį traumų skaičių, apsinuodijimų skaičių ir savižudybių skaičių Lietuvoje[11], sveikatos priežiūros, reabilitacijos klausimai yra neabejotinai labai svarbūs. Siekiant paskatinti žmogų sugrįžti į visavertį gyvenimą, atgauti savarankiškumą, būtina taikyti medicininių, socialinių ir pedagoginių priemonių kompleksą – būtent todėl sergančiųjų reabilitacijai ir jos kokybės gerinimui yra skiriamas vis didesnis dėmesys[12].

Dar 1969 metais Pasaulinė sveikatos organizacija (PSO) reabilitacijos procesą apibūdino kaip kompleksinį ir koordinuotą juridinių, medicininių, profesinių ir socialinių priemonių taikymą, siekiant sugrąžinti žmogui funkcinį aktyvumą. Vykdant reabilitacijos politiką, siekiant įvertinti jos reikšmę žmonių gyvenimui ir valstybei, labai svarbu atsižvelgti į šį apibrėžimą ir jo praktinį pritaikymą. Ne veltui prieš 17 metų vykusiame pasaulio reabilitologų kongrese buvo sakoma: „Pasakyk, kokia šalyje yra reabilitacija, o aš pasakysiu, koks šalies medicinos lygis"[13]. Reabilitacija be abejonės įtakoja kokybišką sveikatos priežiūrą, o tai kiekvienai pasaulio valstybei turėtų būti prioritetiniu tikslu, kadangi ji leidžia gerinti visų gyventojų, t. y. visos visuomenės ir kiekvieno jos individo sveikatą, tokiu būdu gerinant ne tik šalies gerovę, tačiau taip pat prisidėti prie ekonomikos vystymosi.

Lietuvoje medicininės reabilitacijos politikos įgyvendinimas, kaip ir sistemos kūrimas buvo vykdomas trimis etapais. Šiuo metu medicininė reabilitacija įvairiems ligoniams yra vykdoma stacionaruose, ambulatorijose ar namuose. Kiekvienam pacientui stengiamasi parinkti tinkamiausią variantą, sudaryti sąlygas sėkmingai socialinei ir profesinei reabilitacijai[14]. Socialiniai ir ekonominiai pokyčiai, lėmė ir naujo teisinio reguliavimo normas. Augo poreikis kurti naujus teisės aktus,

[10] „Kaip vykdoma onkologinė sveikatos priežiūra.",*Valstybinė audito ataskaita*,Nr. VA-P-10-4-3, p. 4,
[11] Indrė Špokienė, „Lietuvos teisės aktuose asmeniui ir valstybei adresuotų pareigų „rūpintis sveikata" teisinis vertinimas ", *Sveikatos politika ir valdymas*, 1, 4 (2012): 7
[12] Aleksandras Kriščiūnas. „Reabilitacijos sistema Lietuvoje (praeitis, dabartis, ateitis)", *Medicina* 41, 3 (2005): 246.
[13] *Ibid.,* p. 247-249.
[14] *Ibid.*

susijusius su reabilitacijos politikos įgyvendinimu, sveikatos priežiūros taisykles, siekiant, kad reguliavimo procesas būtų vertinamas atsižvelgiant į pagrindines socialines koncepcijas ir tikslus.[15]

Jungtinėje Karalystėje sveikatos apsaugos sistemos politikoje taikomas panašus požiūris kaip ir Lietuvoje, t.y. sėkminga reabilitacija laikomas holistinis ir individualus požiūris į pacientą. Tai reiškia, kad dviem žmonėms su ta pačia liga, gali būti reikalingas visiškai skirtingas gydymo metodas. Jungtinėje Karalystėje reabilitacinės sistemos modelis yra skirstomas į šešis etapus – nuo 1 (kai ligoniui reikalingas nuolatinis gydymas ir priežiūra) iki 6 (kai pacientas gali savarankiškai gyventi, sportuoti, yra atgavęs fizinį pajėgumą)[16].

Moksliniame lygmenyje reabilitacijos politikos kūrimas, formavimasis ir įgyvendinimas praktiškai nenagrinėtas, išskyrus tam tikras sritis (pvz. nuteistųjų ar bedarbių reabilitacija), todėl galima sutikti, kad reabilitacijos politika yra aktuali tema Lietuvos moksle.

Darbo ištirtumas. Medicininės reablitacijos politikos analizė moksliniame lygmenyje nėra plati, tačiau yra dalis autorių, kurių indėlis šia tema yra svarus: A.Juocevičius (2003, 2004) tyrinėjo medicininės reabilitacijos sistemos vystymąsi, reabilitacijos etapus, reabilitacijos problemas Lietuvoje, A.Kriščiūnas (2005, 2014) analizavo reabilitacijos politikos sampratą, reabilitacijos sistemą Lietuvoje, jos raidą ir perspektyvas, aprašė esminius reabilitacijos pagrindus. Autorės Varžinskienė L., Rudzevičiūtė J. (2009) tyrinėjo medikų požiūrį į socialinio darbuotojo vaidmenis reabilitacijos specialistų komandoje. Šiame tyrime pateikiama daug reikšmingų darbui sąvokų, etapų, ypatumų ir t.t. Darbe itin reikšmingi ir užsienio autoriai Gutenbrunner C, Ward A.B, Chamberlain M.A. (2007), Velema J.P., Ebenso B, Fuzikawa P.L. (2008) ir kt. nagrinėję reabilitacijos sampratą, principus, paskirtį, etapus, tobulintinas sritis Europoje, tame tarpe ir Jungtinėje Karalystėje.

Rašant darbą taipogi buvo naudojama statistinių duomenų, remtasi PSO atliktais tyrimais. Taip pat naudotasi lietuvių, anglų, rusų kalbomis išleista naujausia ir senesne medicinine, politologine, pedagogine, sociologine, psichologine literatūra: periodikos, moksliniais straipsniais, vadovėliais, monografijomis ir kt.

Darbo naujumas. Sėkmingas medicininės reabilitacijos proceso įgyvendinimas – kompleksinis procesas, kuris yra didelis iššūkis tiek politikams, tiek medikams, tiek visuomenei ir reikalauja nemažai pastangų. Šiame darbe bus pristatomas, aptariamas ir analizuojamas reabilitacijos politikos vykdymas Lietuvoje ir Jungtinėje Karalystėje. Taip pat bus pateikiamas šių dviejų šalių taikomos reabilitacinės politikos palyginimas ir rekomendacijos, ką galima padaryti ir patobulinti,

[15] André den Exter. *Health Care Law-making in Central and Eastern Europe – Review of a Legal Theortical Model. UK (Oxford: Intersentia*, 2002), 5-6.
[16] "Commissioning guidance for rehabilitation," NHS, žiūrėta 2016 m. lapkričio 30 d., https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/04/rehabilitation-comms-guid-16-17.pdf.

kad naudojant abiejų šalių sukauptas žinias ir patirtį, dabartinė situacija pagerėtų ir būtų pasiekiami žymiai geresni rodikliai.

Darbo naujumas atsiskleidžia analizuojant, vertinant bei lyginant reabilitacijos politikos formavimąsi bei įgyvendinimą Lietuvos Respublikoje bei Jungtinėje Karalystėje.

Darbe nagrinėjama tik reabilitacija sergant lėtinėmis ligomis, po sunkių traumų ir operacijų, siekiant padėti pacientams sugrįžti į visavertį gyvenimą, o kiti reabilitacijos tipai (pvz.: kalinių, narkomanų reabilitacija ir grįžimas į visuomenę) nebus liečiami.

Darbo problema. Šiame darbe keliama formuluojama klausimais – kokia reabilitacijos politikos formavimo, kūrimo ir vertinimo situacija Lietuvoje ir Jungtinėje Karalystėje? Kokius reabilitacijos politikos įgyvendinimo privalumus ir trūkumus pastebi Lietuvos ir Jungtinės Karalystės ekspertai ir kokios galimybės keisti, tobulinti reabilitacijos politikos formavimą ir įgyvendinimą?

Darbo objektas – medicininės reabilitacijos politika Lietuvoje ir Jungtinėje Karalystėje.

Darbo tikslas – išanalizuoti medicininės reabilitacijos politiką Lietuvoje bei Jungtinėje Karalystėje ir pateikti pasiūlymus jos gerinimui.

Darbo uždaviniai:

1) Aptarti reabilitacijos sampratą bei svarbą sveikatos politikoje;
2) Išanalizuoti bei įvertinti šiuo metu vykdomą medicininės reabilitacijos politiką ir jos reglamentavimą Lietuvoje bei Jungtinėje Karalystėje;
3) Ištirti bei identifikuoti pagrindines medicininės reabilitacijos politikos problemas;
4) Atlikti lyginamąją Lietuvos bei Jungtinės Karalystės medicininės reabilitacijos politikos analizę;
5) Pasiūlyti medicininės reabilitacijos politikos gerinimo būdus.

Siekiant įgyvendinti numatytus uždavinius buvo panaudoti šie **darbo metodai**:

Literatūros ir dokumentų analizės metodas. Remiantis įvairia moksline literatūra (straipsniais), teisės norminiais aktais, informacija elektroninėje erdvėje, buvo atliekamas reabilitacijos politikos aptarimas, analizė ir vertinimas Lietuvoje bei Jungtinėje Karalystėje.

Turinio (angl. content) analizės metodas. Šiuo metodu buvo įvertinta spaudoje esanti informacija apie nagrinėjamą problemą, t.y. apie reabilitacijos politiką Lietuvoje ir Jungtinėje Karalystėje.

Sociologinis kokybinis tyrimas – pusiau struktūrizuotas giluminis interviu.

Lyginimo metodas. Juo buvo atliekama reabilitacijos politikos lyginamoji analizė Lietuvoje ir Jungtinėje Karalystėje.

Darbo struktūra. Darbą sudaro įvadas, pagrindinė dalis, kuri susideda iš 5 skyrių, išvados ir rekomendacijos bei literatūros sąrašas.

Pirmame darbo skyriuje aptariama reabilitacijos sąvoka, rūšys, jos reikšmė žmonių gyvenime ir svarba sveikatos politikoje.

Antrame skyriuje pristatoma ir analizuojama reabilitacijos politika Lietuvoje ir Jungtinėje Karalystėje, pateikiami pagrindiniai teisės aktai, reglamentuojantys šią politiką abejose šalyse, aprašomi reabilitacijos teikimo etapai.

Trečiame skyriuje pristatomos, detaliau aptariamos ir analizuojamos pagrindinės reabilitacijos politikos problemos Lietuvoje ir Jungtinėje Karalystėje.

Ketvirtajame darbo skyriuje pateikiama medicininės reabilitacijos politikos teorinė lyginamoji analizė Lietuvoje ir Jungtinėje Karalystėje.

Penktasis skyrius skirtas lyginamajai Lietuvos ir Jungtinės Karalystės reabilitacijos politikos įgyvendinimo analizei, pateikiami pagrindiniai šių šalių reabilitacijos politikoje matomi panašumai ir skirtumai.

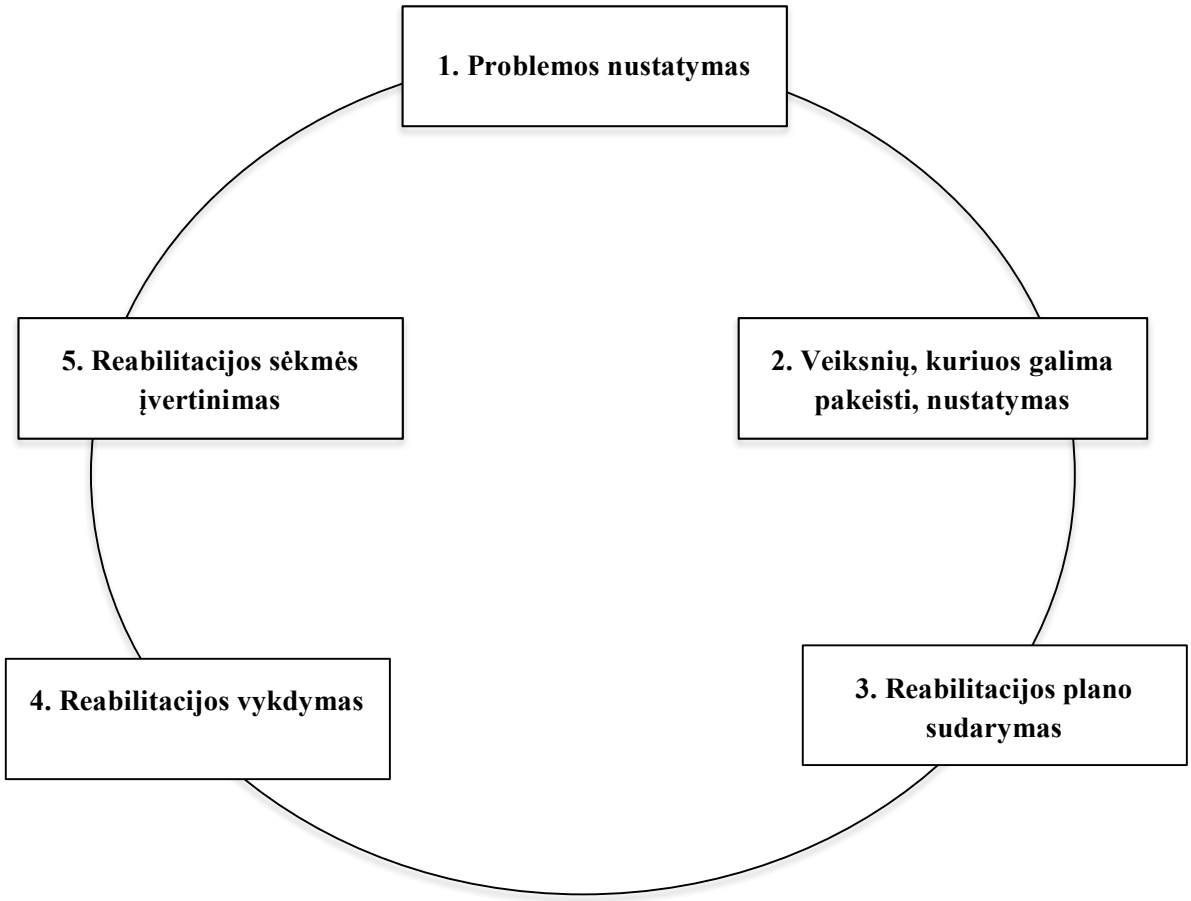
1. REABILITACIJOS POLITIKOS FORMAVIMAS LIETUVOJE

1.1. Reabilitacijos sąvoka, svarba, rūšys

Reabilitacijos sąvoka ilgą laiką neturėjo konkretaus apibrėžimo. Šiuo metu naudojama Pasaulinės sveikatos organizacijos priimta tarptautinė funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacija (2001), kurioje pateikiami įvairūs galimi reabilitacijos aspektai. Visų pirma, reabilitacija tai socialinės, emocinės ir fizinės žmogaus gerovės sugrąžinimas po operacijų, sunkių traumų, sergant lėtinėmis ligomis, ir taikant įvairias medicinines, socialines, pedagogines ir profesines priemones[17]. Šiuo metu reabilitacijos sąvoka yra žymiai platesnė negu vien tik žmogaus sugrąžinimas į darbo rinką (profesinė reabilitacija), labiau akcentuojama paciento gerovė, jo gyvenimo visavertiškumo atkūrimas[18]. Nors reabilitacija yra savanoriškas procesas, jos metu labai svarbi ir reikalinga artimųjų parama bei paskatinimas. Pagerėjęs funkcinis pacientų aktyvumas (pavyzdžiui, gebėjimas savarankiškai valgyti ir gerti) suteikia daugiau laisvės ir mažiau atsakomybės, papildomų pareigų jų šeimos nariams[19].

Reabilitacija padeda sumažinti neigiamą poveikį įvairių sveikatos sutrikimų turinčio žmogaus gyvenime ir trunka tam tikrą laiko tarpą bei gali būti reikalinga tiek paciento gydymo pradžioje, tiek ir vėlesniais etapais. Reabilitacijos procesas susideda iš keleto fazių – paciento problemos nustatymo, veiksnių, kurie tą problemą sukelia, išsiaiškinimo, reabilitacijos tikslų apibrėžimo, reabilitacijos plano sudarymo ir vykymo bei reabilitacijos sėkmės įvertinimo[20] (žr. 1. pav.). Jeigu reabilitacija pacientui reikalinga, ji neturi būti per ilgai atidėliojama, nes pradėta taikyti anksti padeda gerinti paciento funkcinį aktyvumą daug geriau nei pradėta vykdyti vėliau (galioja daugumos traumų, lėtinių ligų atvejais). Pavyzdžiu čia galima paminėti vaikus, turinčius vystymosi sutrikimų – jiems ankstyva reabilitacija padeda gerinti mokymąsi ir tolesnį vystymąsi daug efektyviau nei vėlyva reabilitacija[21].

[17] "International Classification of Funcioning, Disability and Health (ICF)," World Helth Organization, žiūrėta 2016 m. gruodžio 5 d., http://www.who.int/classifications/icf/en.
[18] Aleksandras Kriščiūnas, *supra* note 1, p. 246.
[19] World Health Organization, "Internation report (rehabilitation), *WHO* (2011): 95.
[20] Werner. A. Steiner ir kt., *supra* note 6, p.1100.
[21] Global Early Intervention Network, žiūrėta 2016 m. lapkričio 30 d. http://www.atsweb.neu.edu/cp/ei.



1 paveikslas. Reabilitacijos ciklas. Šis ciklas yra modifikuota Stucki ir Sangha sukurto reabilitacijos ciklo versija[22].

Reabilitacijos ciklas (1. pav) padeda sveikatos apsaugos sistemos darbuotojams sėkmingai vykdyti reabilitaciją ir pateikia logišką įvykių seką, kuria jie privalo vadovautis. Judėjimas nuo vieno etapo iki kito įvyksta tik tada, kai išsprendžiama problema ar įvykdomas išsikeltas tikslas. Sėkmingam šio integruoto modelio taikymui labai svarbus bendravimas, informacijos keitimasis tarp įvairių sveikatos sistemos darbuotojų (gydytojų, slaugytojų, ergoterapeutų, kineziterapeutų ir kt.). Priešingu atveju gali kilti problemų, strigti reabilitacijos įgyvendinimas ir paciento funkcinio aktyvumo atkūrimas[23].

Reabilitacijos procesas turėtų būti vykdomas tiek stacionaruose, ambulatorijose, tiek ir bendruomenėje. Toks pasiskirstymas padeda sumažinti valstybės išlaidas ir pasiekti geresnių gydymo rezultatų. Be medikų reabilitacijai labai svarbus ir pedagogų, socialinių darbuotojų indėlis (žemesnės

[22] Werner A. Steiner ir kt., *supra* note 6, p. 1100.
[23] Werner A. Steiner ir kt., *supra* note 6, p. 1099.

ekonomikos šalyse tuo užsiimti gali ir labdaros organizacijų savanoriai, nebūtinai specialistai) bei šeimos, draugų ir artimųjų parama. Rūpinimasis žmonėmis, turinčiais funkcinių sutrikimų dėl sunkių traumų, operacijų, lėtinių ligų ir pagalba jiems bei dalinimasis žiniomis, kaip išnaudoti savo potencialą, veikia daug geriau, kai šeimos nariai ir pacientai yra bendrą tikslą turintys partneriai[24].

Remiantis įvairiais moksliniais tyrimais, šis kompleksinis reabilitacijos taikymas nuolat populiarėja pasaulyje ir skatina pacientų iniciatyvą, savikontrolę, būklės gerėjimą. Kita vertus, labai svarbu rasti priemones, kuriomis lengvai būtų galima įveikti iškylančius požiūrių skirtumus, pavyzdžiui, tarp gydytojų, slaugytojų ir ligonių[25]. Kitu atveju pacientų reabilitacijos procesas gali sulėtėti, galimos ir netinkamos gydymo priemonės – siekiant išvengti šių nesusipratimų būtina suderinti reabilitacijos tikslus iš anksto. Nustatant reabilitacijos planą svarbu nepamiršti, kad kiekvienas pacientas yra unikalus, todėl du ligoniai, sergantys ta pačia liga, gali turėti visiškai skirtingus gydymo reikalavimus[26].

Reabilitacijos taikymas svarbus tuo, kad ligoniai gali atgauti sutrikusias judėjimo ir apsitarnavimo funkcijas. Pasak autorių, „gerėjant ligonių mobilumui, jie tampa savarankiškesni kasdieninėje veikloje. Taip lengviau sprendžiamos paties ligonio ir jį supančių žmonių socialinės problemos. Nuo šių funkcijų atgavimo, gebėjimo eiti, persikelti, apsitarnauti labai priklauso ir ligonio artimųjų gyvenimas.[27]

Apibendrinant galima teigti, kad reabilitacija ir ankščiau pristatytas reabilitacijos ciklas turėtų padėti gerinti pacientų būklę, atkurti jų maksimalų funkcinį aktyvumą, vadovaujantis tinkamai nustatytais reabilitacijos tikslais. Palyginus su kitais modeliais, šis ciklas labiau orientuotas į pacientą ir skatina ligonio iniciatyvumą, motyvaciją, jo dalyvavimą sprendimų priėmime ir padeda pasiekti maksimalių rezultatų.

Reabilitacijos svarba pasireiškia įvairiais aspektais ir prisideda prie visiškos arba dalinės funkcijos atkūrimo (arba jos kompensavimo kitomis priemonėmis, pavyzdžiui, implantais) ir gyvybinių funkcijų palaikymo. Ankščiau reabilitacijos sėkmė buvo įvertinama sutrikusių paciento fizinių funkcijų atkūrimu, tačiau dabar yra teikiamas dėmesys ir socialiniam, profesiniam paciento aktyvumui[28].

Žemiau pateikiama keletas pavyzdžių apie reabilitacijos svarbą paciento gyvenime (nepriklausomai nuo jo amžiaus, ligos ar jos sudėtingumo, progreso) ir kriterijai, kuriais reabilitacija yra įvertinama, pasiekiama:

---

[24] World Health Organization, *supra* note 16, p.96.
[25] Phill JM. Heiligers ir kt. "Is networking different with doctors working part-time? Differences in social networks of part-time and full-time doctors," *BMC Health Serv Res* 8 2008: 204.
[26] Werner A. Steiner ir kt. *op.cit.,* p. 1101.
[27] Gražina Krutulytė, Algimantas Kimtys ir Aleksandras Kriščiūnas, „Kineziterapijos metodų Bobath ir judesių mokymo programos efektyvumas reabilituojant ligonius, sirgusius galvos smegenų insultu", *Medicina* 39, 9 2003: 889-894.
[28] World Health Organization, *supra* note 16, p. 97

1) **Vidutinio amžiaus moteris, serganti diabetu (pažengusiu).** Reabilitacija jai padėtų atgauti jėgas išėjus iš ligoninės po diabeto sukeltos komos, gauti protezą, jeigu reikia, ir apmokymus, kaip prisitaikyti prie naujų gyvenimo sąlygų. Jeigu dėl pažengusio diabeto buvo pažeista moters rega, jai būtų galima padėti įvairiomis kompiuterinėmis programomis (tarkime, garsiai skaitančiomis tekstą kompiuterio ekrane), kad ji galėtų tęsti administratorės darbą.
2) **Jaunas vyras, kuriam diagnozuota šizofrenija.** Šiam vyrui gali būti sunku savarankiškai atlikti įvairias kasdienines užduotis – dirbti, gyventi vienam ar palaikyti socialinius ryšius. Jo reabilitacija gali būti keleto sričių kombinacija, tokių kaip gydymas vaistais, mokymai jam ir jo šeimos nariams, psichologo / psichoterapeuto konsultacijos ir dalyvavimas paramos grupėse bendruomenėse, specializuotose institucijose.
3) **Vaikas, kuris turi silpną regėjimą ir klausą.** Jo tėvai, mokytojai, socialiniai darbuotojai, medikai (pavyzdžiui, ergoterapeutai) turi bendradarbiauti tam, kad būtų sukurta aplinka, kurioje šiam vaikui susidarytų tinkamos mokymosi ir tobulėjimo galimybės, kaip ir tinkamos bendravimo technikos (pavyzdžiui, paremtos lytėjimu ir ženklais). Tai turėtų padėti vaikui mokytis, tobulėti ir nebūti izoliuotam nuo aplinkos, nepaisant jo fizinės negalios.
4) **Vaikas, kuris serga cerebriniu paralyžiumi.** Šiam pacientui sunku rūpintis savimi, jis turi sunkumų vaikštant ir bendraujant su aplinkiniais. Galima pagalba vaikui būtų mokymas naudotis įvairiais prietaisais (neįgaliojo vežimėliu, ramentais), pačiam išlaikyti kūno svorį, daryti fizinius, terapinius pratimus, paskirtus kineziterapeuto, kalbos pamokos su logopedu. Tai leistų geriau kontroliuoti savo kūno judesius, nesijausti atskirtu nuo šeimos, socialinės aplinkos ir padėtų lavinti kalbos įgūdžius, loginį mąstymą. Vertėtų paminėti, kad norint pasiekti ankščiau minėtus tikslus labai svarbus darnus įvairių specialistų, paciento ir jo artimųjų bendradarbiavimas bei bendruomenės ir valstybės, savivaldybės parama (finansinė pagalba įsigyti reikiamą aparatūrą, mokyklos, namų pritaikymas žmogui su negalia, galimybė nemokamai arba už mažą mokestį gauti specialistų konsultacijas ir terapijas, tokias kaip kalbos vystymo ar kūno raumenų mankštos)[29].

Moksliniai tyrimai, atlikti skirtingose šalyse stebint pacientus, turinčius įvairius sutrikimus, taip pat aptaria ir įrodo reabilitacijos praktinę naudą ir teigiamą įtaką. Pavyzdžiu galima paminėti kardiologinės reabilitacijos programą, sudarytą padidinti fizinį aktyvumą ir sumažinti širdies ligų riziką pacientams, kurie turi problemų su arterinių kraujagyslių ligomis ir yra 55–85 metų amžiaus. Tyrimo metu atliktas nuolatinis fizinių rodiklių vertinimas, kraujagyslių ir širdies veiklos analizė. Nustatyta, kad 88 proc. pacientų po reabilitacijos galėjo nueiti ilgesnius atstumus, tiek pat metė rūkyti. Po dviejų metų atlikus pakartotinį tyrimą paaiškėjo, kad net 84 proc. pacientų išsaugojo gebėjimą

[29] World Health Organization, *supra* note 16, p. 97-98.

nueiti ilgesnes distancijas, tiek pat jų vis dar nerūko (iš 88 proc., kurie metė rūkyti). Medicininiai pacientų rodikliai taip pat pagerėjo – sumažėjo cholesterolio ir trigliceridų kiekis, o kartu ir rizika susirgti širdies ligomis. Taip pat individualizuotai pagal funkcinį ir fizinį pacientų pajėgumą parengtos aerobinio poveikio treniruotės yra efektyvi ir taikytina visišką kaklo srities nugaros smegenų pažeidimą patyrusių asmenų reabilitacijai[30].

Apibendrinant, galima teigti, kad reabilitacijos programos, po lėtinių ligų paūmėjimo ir norint išvengti tolesnių komplikacijų, prisideda prie rizikos faktorių sumažinimo, elgesio modifikacijų ir pagerėjusios fizinės formos – tai galima įrodyti moksliniais tyrimais, atliekant pacientų ligų istorijų statistinę analizę[31].

Kalbant apie reabilitacijos svarbą ir reikšmę būtina paminėti ir reabilitacijos tėvo daktaro Howard Rusk žodžius (1977 m., autobiografinė knyga "A World to Care For"): „..kai žmogus įveikia funkcinį neįgalumą, pasitelkdamas savo drąsą, ryžtą, užsispyrimą ir sunkų darbą, jis turi ištvermingą sielą, apie kurią mes mažai žinome... Reabilitacija tai medicinos sritis, kur pacientas turi daugiau galios negu gydytojas, nustatant galimybes ir ribas..."[32].

Reabilitacija labai svarbi pacientams, sergantiems įvairiomis lėtinėmis ligomis, po sunkių traumų, operacijų ir padeda jiems sugrįžti į visavertį gyvenimą bei pagerinti fizinę organizmo būklę.

Reabilitacijos rūšys. Kaip jau buvo minėta ankščiau reabilitacija yra kompleksinis procesas, kuriame dalyvauja įvairių sričių specialistai (medikai, pedagogai, socialiniai darbuotojai), todėl reabilitacija ir yra skirstoma į keletą kategorijų – medicininė, profesinė ir socialinė. Iš Alvydo Juocevičiaus 2003 m. atlikto tyrimo paaiškėjo, kad „kontrolinė kompleksinė reabilitacijos programa statisiškai reikšmingai sumažino pacientų su nugaros smegenų pažeidimu riebalų masę, padidino pasientų liesąją masę, fizinį pajėgumą ir funkcinį savarankiškumą"[33].

Medicininės reabilitacijos tikslas yra pagerinti paciento funkcinį aktyvumą, naudojant tikslingą diagnozę ir vaistus, terapines priemones. Šiame procese dažniausiai dalyvaujantys sveikatos apsaugos specialistai yra reabilitacinės medicinos gydytojai, oftalmologai, neurochirurgai, ortopedai-traumatologai, kineziterapeutai ir ergoterapeutai[34].

Medicininė reabilitacija didžiausią reikšmę turi norint pagerinti kaulų, sąnarių traumas, skausmo ir žaizdų gydyme, bet kartu turi įtaką ir tokių neurodegeneracinių ligų kaip Parkinsono,

---

[30] Alvydas Juocevičius, ir Daiva Jurgelevičienė, „Papildomų aerobinio poveikio treniruočių taikymo asmenims, patyrusiems nugaros smegenų pažeidimą kaklo srityje, efektyvumas.", *Sveikatos mokslai* 1, 24 (2003): 41.

[31] Larry Williams ir kt., "Vascular rehabilitation: Benefits of a structured exercise/risk program," *Journal of vascular surgery* 14, (1991): 320-326.

[32] "The importance of rehabilitation," United Spinal Association, žiūrėta 2016 m. lapkričio 30 d., http://www.spinalcord.org/resource-center/askus/index.php?pg=kb.page&id=368.

[33] Alvydas Juocevičius, „Pacientų su nugaros smegenų pažeidimais fizinės treniruotės efektyvumas.", *Sveikatos mokslai* 1, 32 (2004): 19.

[34] Christoph Gutenbrunner ir kt., "White book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe," *Journal of Rehabilitation Medicine: o cial journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine* 45 (2007): 6-47.

Alzheimerio atveju[35]. Iš A. Juocevičiaus ir kt. 2003 m. atlikto tyrimo paaiškėjo, kad ,,ilgą laikotarpį greta kitų reabilitacijos priemonių taikomos ergoterapijos procedūros turi teigiamos įtakos asmenų po nugaros smegenų visiško pažeidimo kaklo srityje (C_6-C_7) judesių koordinacijai, dažniui, smulkiai motorikai“[36]. Pirminė medicininė reabilitacija vyksta ligoninėse ar skyriuose, o tolimesni etapai gali būti vykdomi specializuotuose reabilitacijos centruose, slaugos namuose ar bendruomenės patalpose[37].

Socialinė ir profesinė reabilitacija gali būti atliekama profesionalų (pavyzdžiui, socialinių darbuotojų) arba savanorių, jeigu nėra pakankamai universitetuose, kolegijose paruoštų specialistų. Su šia situacija dažniau susiduria besivystančios šalys, kuriose ribotos galimybės ir ištekliai. Pagal atliktas apklausas (2005 m.) 114 šalių, net 37 iš jų neturėjo pakankamai paruoštų reabilitacijos specialistų, o 56 šalys ilgą laiką nebuvo atnaujinusios šios srities profesionalų žinių[38]. Žinoma, svarbu paminėti, kad formalus išsilavinimas ne visada yra pagrindinis kriterijus, ypač kaimuose ar atokesnėse gyvenvietėse. Mokslininis tyrimas, atliktas apklausiant kineziterapeutus Afganistane, kurie dvejus metus studijavo universitete, turėjo problemų dirbant su pacientais ir jiems trūko patirties, todėl labai svarbu yra ir asmeninės savybės, sugebėjimai bei iniciatyva[39]. Tinkamas reabilitacijos profesionalų paruošimas, jų nuolatinis tobulėjimas yra globalus iššūkis, su kuriuo susiduria dauguma šalių – norint jį įveikti reikia įdėti nemažai pastangų[40].

Reabilitacijos bendruomenėse darbuotojai (savanoriai, nevyriausybinių organizacijų atstovai) gali dirbti įveikdami tradicinius barjerus, su kuriais susiduria medicinos atstovai, socialiniai darbuotojai ir pedagogai, jie gali vėliau paskatinti pacientus kreiptis į profesionalus. Šie darbuotojai turi minimalų profesinį pasiruošimą, todėl iškilus problemoms kreipiasi į profesionalus pagalbos ir patarimų. Svarbu paminėti, kad dažnai savanoriai ar nevyriausybinių organizacijų atstovai yra žmonės, patys turintys panašią negalią, todėl jų pagalba remiasi asmenine patirtimi, empatija: kartais pacientą jie gali suprasti ir jam padėti geriau negu profesionalūs darbuotojai. Toks modelis padidina reabilitacijos prieinamumą įvairiose šalyse ir suteikia didesnį pasitenkinimą, laimės jausmą tiek pacientams, tiek ir savanoriams, nes jie jaučiasi reikalingi[41].

---

[35] M. Fransen ir kt., “Exercise for osteoarthritis of the hip or knee,” *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1 (2003): 1.

[36] Alvydas Juocevičius ir kt., „Ergoterapijos įtakos po nugaros smegenų pažeidimų kaklo srityje smulkiajai motorikai ir savarankiškumo įvertinimas.“, *Sveikatos mokslai* 1,24 2004: 33.

[37] World Health Organization, *supra* note 16, p. 109-111.

[38] “Global survey of government actions on the implementation of the standard rules of the equalisation of opportunities for persons with disabilities,” *South-North Centre for Dialogue and Development* (2006), žiūrėta 2016 m. lapkričio 30 d., https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwi7t_LG0ZLRAhVIDiwKHdd4DC8QFggbMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.un.org%2Fesa%2Fsocdev%2Fenable%2Fdocuments%2FGlobalSurvey07.doc&usg=AFQjCNE8COsLCutZZEpbkzp64oIg0yInwA&sig2=Usa1IBZefqM4Mch_Jj5GDw.

[39] Jo Armstrong ir Alastair Ager, “Physiotherapy in Afghanistan: an analysis of current challenges,” *Disability and Rehabilitation* 28 (2006): 315-318.

[40] World Health Organization, *supra* note 16, p. 111.

[41] Tom Shakespear ir kt., *supra* note 7, p. 1815-1816.

Moksliniai darbai, kuriuose buvo tiriamas reabilitacijos bendruomenėse poveikis ir svarba (1987-2007 m.), atlikti analizuojant 29 tyrimus iš 22 šalių skirtinguose žemynuose, pateikė aiškius šios reabilitacijos naudos įrodymus. Reabilitacijos bendruomenėse rezultatai – pacientai tapo savarankiškesni, kai kurie net susirado darbą ar pastovų pajamų šaltinį po mokymų, vaikai su negalia vietoje mokymose namuose buvo labiau motyvuoti lankyti mokyklą, nes matė, kad bendruomenė juos lengviau priima. Apibendrinant, galima teigti, kad reabilitacijos bendruomenėse nauda yra tiek ekonominė (geresnė žmonių su negalia finansinė situacija), tiek ir socialinė (nesijaučia didelė socialinė atskirtis, žmonės ir ypač vaikai bendruomenėje jaučiasi pripažinti)[42].

1.2. Reabilitacijos svarba ir vieta sveikatos politikoje

Reabilitacijos samprata, sąvoka, rūšys ir svarba pacientų bei jų artimųjų gyvenime buvo aptarta ankstesniame poskyryje, tačiau svarbu nepamiršti, kad norint pasiekti gerus rezutatus ir sėkmingą reabilitaciją reikalingas ne tik medicinos atstovų, socialinių darbuotojų, pedagogų, įvairių savanorių ir nevyriausybinių organizacijų darbuotojų, bet ir politikų indėlis, tinkamų įstatymų parengimas, biudžeto paskirstymas ir reglamentavimas bei sveikatos politikos krypčių nustatymas[43].

Reabilitacija yra svarbi sveikatos politikos dalis – tai galima įrodyti, remiantis įvairių šalių patirtimi. Pavyzdžiui, San Paulo (Brazilija) mieste buvo padaugėję pacientų, turinčių kaulų lūžių, sudėtingų žaizdų, ir apie 50 naujų pacientų per mėnesį reikėjo ilgalaikio gydymo stacionare (iš viso buvo 162 vietos), o delsimas, gydymo atidėjimas, kol bus vietos, skatino antrines komplikacijas, šalutinius poveikius. Norint pasiekti maksimalų galimą rezultatų ir minimalų neigiamą poveikį, teko įvesti pertvarkas, pakeisti sistemą (dalis pacientų perkelta į slaugos namus, paskirta daugiau konsultacijų, specialistų vizitų namuose. Įvesta geresnė kompensacijų sistema siekiant įsigyti reikalingas priemones, pavyzdžiui, neįgaliojo vežimėlį, ramentus). Taikyti šias priemones buvo pradėta jau antrosios ar trečiosios paciento gydymo savaitės metu, t.y. kai jo būklė tampa stabili. Atliekant pakartotinius tyrimus buvo nustatytas žymus antrinių komplikacijų sumažėjimas, greitesnis paciento būklės gerėjimas, todėl galima teigti, kad reabilitacija ir tinkamas jos vykdymas yra svarbus sveikatos politikos uždavinys – negalima jo palikti vien su ligoniu dirbantiems specialistams[44].

Politikų pastangos gali padėti įveikti įvairius iškylančius barjerus ir pagerinti paslaugų kokybę valstybės gyventojams. Jie gali pakeisti, pakoreguoti įstatymus, peržiūrėti sistemos veiksmingumą ir pagerinti jos finansavimą, profesionalių darbuotojų parengimą, efektyvesnį

[42] Johan P. Velema ir kt., "Evidence for the e ectiveness of rehabilitation-in-the-community programmes," *Leprosy Review* 79 (2008): 65-82.
[43] World Health Organization, *supra* note 16, p.114.
[44] Charles Mock ir kt., "Evaluation of trauma care capabilities in four countries using the WHO-IATSIC Guidelines for Essential. Trauma Care," *World Journal of Surgery* 30 (2016): 946-950.

paslaugų prieinamumą atokesnėse vietovėse. Pagrindinės problemos, su kuriomis susiduria politikai yra strateginio planavimo trūkumas (sukelia nevienodą resursų pasiskirstymą ir infrastruktūrą), išteklių nepakankamumas ir aiškios komunikacijos tiek tarpusavyje, tiek su pacientais nebuvimas[45].

Žinoma, labai svarbu, kad politikai, prieš priimdami sprendimus, įvertintų galimas neigiamas pasekmes ir būsimą naudą visuomenei. Pavyzdžiui, Italija neturi specializuotų psichiatrijos ligoninių (valstybės priimtu įsakymu jos buvo pamažu uždaromos), lyginant su kitomis šalimis vartoja mažai psichotropinių vaistų, bet psichinė italų sveikata vis tiek nelabai skiriasi nuo kitų Europos valstybių gyventojų. Be to, šis ligoninių uždarymas turėjo ir neigiamų pasekmių –kai kuriuose regionuose sumažėjo inovacijų, galimybių ir paslaugų kokybė, o alternatyvų, kaip to išvengti, programoje numatyta nebuvo[46].

Tinkamas reabilitacijos politikos įgyvendinimas ir finansavimo paskirstymas prisideda prie ekonominės ir socialinės valstybės gerovės, didesnio patenkintų ir galinčių dirbti bei kurti ekonominę vertę gyventojų skaičiaus, ir yra viena iš svarbiausių medicinos sričių, sveikatos politikos krypčių[47]. Valstybės prioritetas turėtų būti užtikrinti galimybę kiekvienam pacientui laiku gauti tinkamą, prieinamą, aukštos kokybės reabilitaciją, nes reabilitacija prisideda ir prie pacientų psichoemocinės būklės gerinimo[48].

Aukšto ir vidutinio išsivystymo šalyse labai dažnai pasitaiko sukurtas reabilitacijos paslaugų tinklas. Reabilitacijos politikos tikslas turėtų būti pagerinti paslaugų teikimo efektyvumą ir kokybę, išplečiant paslaugų tinklą ir prieinamumą. Kaip pažymi autorė K. Žigienė „reabilitacijos efektyvumas vertinamas atsižvelgiant į funkcinės būklės pokyčius tam tikrais laikotarpiais - atvykus į reabilitaciją ir baigus reabilitacijos programą.“[49]

Situacija yra kiek kitokia besivystančiose šalyse, kur reikėtų pradėti nuo geresnio tinklo sukūrimo, prioritetų nustatymo ir paslaugų kokybės gerinimo, profesionalų mokymų ir paruošimo. Apibendrinant galima teigti, kad besivystančiose šalyse dirbančios vyriausybės, sveikatos apsaugos sritį kuruojantys politikai, turėtų skirti dar didesnį dėmesį reabilitacijos politikai ir sėkmingam jos įgyvendinimui, plėtojimui bei stengtis numatyti priimtų sprendimų pasekmes, kad būtų galima išvengti regreso ir chaoso[50].

Paskutinis pavyzdys, kokia reabilitacija yra svarbi ir reikšminga sveikatos politikoje bei kaip politikai gali prisidėti prie sėkmingo jos vykdymo net besivystančiose trečio pasaulio šalyse ir katastrofos sąlygomis. Nelaimė nutiko Indijoje (2001 m.) – Gujarat provincijoje įvyko žemės

[45] World Health Organization, *supra* note 16, p.101-105.
[46] Corrado Barbui ir Michelle Tansella, “Thirtieth birthday of the Italian psychiatric reform: research for identifying its active ingredients is urgently needed,” *Journal of Epidemiology and Community Health* 62 (2008): 46-50.
[47] Aleksandras Kriščiūnas, *supra* note 1, p. 246-250.
[48] Alvydas Juocevičius, Inga Jasiulionienė ir M. Kurilionok, „Pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, emocinės būklės tyrimai.“, *Sveikatos mokslai* 1, 24 2004: 27.
[49] Kristina Žigienė, *Reabilitacijos ir fizioterapijos pagrindai* (Kaunas: Kauno kolegijos Leidybos centras, 2008), 26.
[50] World Health Organization, *supra* note 16, p.120-125.

drebėjimas (6,9 balų pagal Richterio skalę), kurio metu žuvo 18 000, o buvo sužeista – 130 000 žmonių. Norint padėti sužeistiesiems atgauti funkcinį aktyvumą ir sugrįžti į visavertį gyvenimą, susivienijo įvairios organizacijos – Gujarat valdžia, tarptautinė nevyriausybinė organizacija *Handicap International* ir vietinė nevyriausybinė organizacija *The Blind People's Asociation*. Jų pastangų dėka buvo įsigyta daugiau įrangos ir pagerinta infrastruktūra kineziterapeuto paslaugoms gauti, sudarytos sąlygos ir galimybės vykdyti reabilitaciją bendruomenėje, vyko geresnė komunikacija tarp sveikatos profesionalų, įkurtas naujas reabilitacijos centras, daugiau dėmesio skirta jau esamų ir naujų specialistų bei savanorių mokymams, visuomenės nariai nuolat informuojami apie negalią ir apie tai, kaip galima gyventi visavertį gyvenimą turint tam tikrą funkcinį sutrikimą. Iš pradžių didžiausias dėmesys skirtas žmoniems, kurie turėjo stuburo problemų – per penkerius atnaujintos reabilitacijos politikos programos vykdymo metus žmonių mirtingumas sumažėjo nuo 60 proc. iki 4 proc. Vėliau ši programa išsiplėtė ir tebėra sėkminga vykdoma visame regione bei pateikiama kaip geroji praktika, kurią kitos šalys ir teritorijos galėtų sėkmingai perimti[51].

Apibendrinant reikia pažymėti, kad reabilitacija yra svarbi sveikatos politikos dalis – sėkmingas jos vykdymas prisideda prie visuomenės gerovės, pagerina žmonių, sergančių lėtinėmis ligomis, patyrusių operacijas, sunkias traumas, ekonominę padėtį, emocinę būklę ir socialinę integraciją. Literatūroje galima rasti įvairių pavyzdžių, kaip sistemingas politikų darbas, komunikacija su įvairiomis organizacijomis, medicinos atstovais, prisideda prie sėkmingos reabilitacijos vykdymo net ir besivystančiose šalyse, kur žmonių pajamos ir ištekliai, galimybės, palyginus su Vakarų pasaulio šalimis, yra žymiai mažesės.

1.3. Reabilitacijos politikos formavimo raida / etapai Lietuvoje

Reabilitacijos sistemos organizavimą įvairiose šalyse lemia ekonominės sąlygos, sveikatos apsaugos ir socialinio draudimo sistemos bei valstybės, konkrečios vietovės tradicijos. Reabilitacija yra labai svarbi medicinos šaka ir ji yra pristatoma kaip baigiamasis medicinos sistemos etapas, kurio metu siekiama atkurti paciento funkcinį aktyvumą ir visavertį gyvenimą (būklei negerėjant pacientui reikalinga ne reabilitacija, o slauga)[52]. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos (SAM) darbuotojai planuoja reabilitacijos politiką ir jos kryptis Lietuvoje taip kurdami reabilitacijos sistemą, prie kurios įgyvendinimo prisideda daugybė įvairių sričių profesionalų (gydytojai, slaugytojai, kineziterapeutai, socialiniai darbuotojai ir kt.).

Reabilitacijos pradžia Lietuvoje siejama su gydomosios fizinės kultūros psichofizinės treniruotės (raumenų tonuso keitimas, kvėpavimo reguliavimas, siekiant ugdyti valią, savitvardą ir

[51] *Ibid.,* p. 116.
[52] Aleksandras Kriščiūnas, *supra* note 5 p.7.

adekvačią reakciją į dirgiklius) naudojimu klinikinėje praktikoje. Šios idėjos autorius buvo pedagogas, gydomosios kūno kultūros specialistas Karolis Dineika (1898–1980 m.). Daugėjant įrodymams apie šios srities efektyvumą ir svarbai gydant ligonius, 1951 m. Kauno klinikinėje ligoninėje buvo atidarytas Gydomosios kūno kultūros kabinetas (vėliau steigiami ir kituose Lietuvos miestuose). Tuo metu prasidėjo pirmosios reabilitacijos sistemos užuomazgos, tačiau jos vyko gydytojų entuziastų – Z. Januškevičiaus, J. Blužo, N. Misiūnienės ir V. Duliūnaitės – dėka ir buvo orientuojamos tik į ligonius, kurie buvo patyrę širdies raumens infarktą (kitų pacientų reabilitacija apskritai nebuvo vykdoma)[53].

Reabilitacijos politikos vykdymas ir daugiaprofilinės reabilitacijos sistemos formavimas Lietuvoje buvo pradėtas tik 1991 m., remiantis Lietuvos Respublikos Invalidų socialinės integracijos įstatymu[54].

Formuojant reabilitacijos politiką, buvo iškelti pagrindiniai uždaviniai:

1) Neįgalumo profilaktika;
2) Neįgaliųjų integracija į visuomenę.

Kitas svarbus reabilitacijos politikos uždavinys buvo užtikrinti tinkamą specialistų parengimą – pagal Europos Sąjungos reikalavimus buvo peržiūrėtos ir praplėstos fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojų, kineziterapeutų, ergoterapeutų rengimo programos, skatinamas mokslinių ir tiriamųjų darbų rengimas, įvestos tarptautinės funkcijos sutrikimų, negalios ir sveikatos klasifikacijos nuostatos. Taip pat buvo tobulinamos ligonių funkcinės vertinimo metodikos, nuolat diegiamos naujos reabilitacijos technologijos ir skatinama techninių reabilitacijos priemonių gamyba[55].

Reabilitacijos sistemos kūrimas ir įgyvendinimas Lietuvoje buvo vykdomas trimis etapais. **Pirmojo etapo** metu buvo daromas pavienių gydomosios fizinės kultūros, fizioterapijos priemonių taikymas. Vyriausybė nevykdė reabilitacijos politikos, buvo orientuojamasi tik į specifinius ligonius (pavyzdžiui, tik daliai širdies ir kraujagyslių sistemos bei judamojo aparato uždegiminėms ir degeneracinėms ligoms sergančiųjų buvo skiriama reabilitacija)[56].

Antrajame etape (1992 – 2002 m.) buvo sukurta ir pradėta įgyvendinti daugiaprofilinės reabilitacijos plėtra, kurios metu įkurta daugiau negu 60 specializuotų reabilitacijos skyrių sanatorijose, poliklinikuose ir stacionaruose, pradėti rengti profesionalūs reabilitacijos specialistai ir apibrėžta, kas suformuoja komandą (fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas, kineziterapeutas bei slaugytojas, psichologas, ergoterapeutas, socialinis darbuotojas, ligonis, šeimos narys ir kiti

[53] Aleksandras Kriščiūnas, *supra* note 1, p. 246-248.
[54] „Lietuvos Respublikos invalidų socialinės integracijos įstatymas," TAR, https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.199156E4E004.
[55] Aleksandras Kriščiūnas, *supra* note 1, p. 246-249.
[56] Alvydas Juocevičius, „Medicininės reabilitacijos sistemos vystymasis 1991-2001 metais,"*Sveikatos mokslai* 1, 24 (2003): 2.

gydytojai konsultantai, pavyzdžiui, neurologai ar kardiologai). Verta paminėti, kad prieš tai dirbę gydytojai kurortologai turėjo būti perkvalifikuojami į fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojus, o slaugytojams, socialiniams darbuotojams reikėjo įgyti medicinos specializaciją. Taip pat buvo stiprinama įstaigų materialinė ir techninė bazė, ligonių finansavimas atiduotas Valstybinei ligonių kasai. Šiuo laikotarpiu susikūrė Lietuvos reabilotologų asociacija (1992 m.), kuri sieja Lietuvos kineziterapeutų, ergoterapeutų draugijas, fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojus, medicinos specializacijos socialinius darbuotojus ir ortopedinių priemonių gamintojus[57]. Taip pat svarbu paminėti, kad 1997 m. liepos mėn. Reabilitacijos ir sanatorinio gydymo įstaigos buvo pradėtos finansuoti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto[58].

Trečiasis sistemos kūrimo etapas (2002 – 2013 m.) yra siejamas su kompleksinės reabilitacijos idėjos įgyvendinimu, t.y. jo metu turėjo būti sukurta efektyvi sistema, kuri atitiktų visus tarptautinius standartus (aprašytus pirmame skyriuje), ir galėtų būti pradėta taikyti jau pirmomis dienomis po sunkios traumos, operacijos ar lėtinės ligos atveju ir tęstųsi iki maksimalaus paciento funkcinio aktyvumo atkūrimo (paremta „Nacionaline neįgaliųjų medicininės, profesinės, socialinės reabilitacijos ir integracijos programa 2003 – 2012 metams")[59]. Verta paminėti, kad tokios sistemos kūrimas vyko palaipsniui ir leido pakeisti politikų, medikų ir visuomenės požiūrį į neįgaliuosius ir atkreipti dėmesį į jų problemas, palengvinti integraciją į bendruomenes[60].

Siekiant sėkmingai įvykdyti išsikeltus reabilitacijos politikos tikslus, sukurti tarptautinius standartus atitinkančią sistemą, trečiajame etape reabilitacija turėjo būti plėtojama įvairiuose lygmenyse ir vietose:

1. Daugiaprofiliniuose stacionaruose. Įvairiais tyrimais buvo įrodyta, kad bent viena reabilitacijos priemonė (pavyzdžiui, kineziterapija, ergoterapija, psichoterapija) yra reikalinga apie 50 proc. pacientų, gydomų daugiaprofiliniuose stacionaruose, o kompleksinė reabilitacija turi būti skiriama 20 proc. šių stacionarų ligonių (dažniausiai jų biosiocialinės funkcijos būna sutrikusios jau ilgą laiką). Programos metu turėjo būti įkurtas ankstyvosios reabilitacijos skyrius (10 tūkst. gyventojų – viena lova) daugiaprofilinėse ligoninėse, suformuota specialistų komanda, kuri vykdytų ir prižiūrėtų gydymą bei užtikrinama, kad reabilitacija būtų pradėta jau pirmomis dienomis taip išvengiant šalutinių ligos, traumos padarinių. Taip pat buvo siekiama pakeisti finansavimo tvarką – apskaitoje įvesti reabilitacijos paslaugų kainą daugiaprofilinėse ligoninėse (pirmasis reabilitacijos etapas) ir siekti, kad visi ligoniai, kuriems reikalingas antrasis reabilitacijos etapas (vykdomas sanatorijose, reabilitacijos ligoninėse), galėtų jį gauti.

---

[57] Aleksandras Kriščiūnas *op. cit.,* p. 246-248.
[58] Alvydas Juocevičius, *supra* note 47, p. 4.
[59] „Nacionalinė neįgalių žmonių socialinės integracijos 2003– 2012 metams programa," *Valstybės žinios* 57 (2002):74-92.
[60] Aleksandras Kriščiūnas, *supra* note 1, p. 246-248.

2. ***Poliklinikose (ambulatorijose).*** Buvo nustatyta, kad apie 30 proc. ambulatoriškai gydomų pacientų reikalinga bent viena iš reabilitacijos priemonių, tokių kaip kineziterapija, ergoterapija, logoterapija ar kt. Ambulatorinė reabilitacija yra pigesnė nei vykdoma stacionare, jos trukmė ilgesnė, bet ligonis nėra atskiriamas nuo šeimos, artimųjų. Siekiant pagerinti šio tipo reabilitaciją turėjo būti užtikrinama, kad ambulatorinės reabilitacijos skyriai būtų steigiami / perkeliami prie miesto ar apskričių ligoninių ar sanatorijų, kad būtų užtikrinta profesionali specialistų pagalba ir optimizuotas paslaugų teikimo tinklas.

3. ***Reabilitacijos ligoninėse ir sanatorijų reabilitacijos skyriuose.*** Šios reabilitacijos metu užtikrinama nuolatinė ligonio priežiūra, naudojamos sudėtingos technologijos (įranga daug geresnė nei stacionaruose ar ambulatorijose), sudaromas specialus maitinimas, režimas ir pratimai, terapijos naudojant gamtinius išteklius (negyvosios jūros druskas, dumblą ir pan.). Siekiant įvykdyti reabilitacijos politikos tikslus, buvo būtina užtikrinti, kad visi ligoniai, kuriems reikia procedūrų, dietinio maitinimo, nuolatinės būklės kontrolės, turėtų galimybę patekti į sanatorijas. Taip pat šiose įstaigose turėjo būti sudarytos sąlygos vykdyti socialinę ir profesinę reabilitaciją ir parengti reabilitacijos algoritmai įvairių ligų atveju.

4. ***Reabilitacija namuose***. Buvo nustatyta, kad šios reabilitacijos metu yra svarbiausia išmokyti ligonį savitarnos, kineziterapijos pratimų, pravesti apmokymus jo šeimos nariams. Programos tikslas buvo užtikrinti reabilitacijos namuose tęstinumą sunkiems ligoniams, sukurti apmokėjimų sistemą, vesti mokymus bendruomenėse ir stiprinti ryšius tarp socialines ir sveikatos paslaugas teikiančių darbuotojų. Iš D. Veitienės, M. Tamulaitienės ir A. Juocevičiaus atlikto tyrimo su reumatoidiniu artritu sergančiais ir namuose bei ambulotoriškai besigydančiais pasientais paaiškėjo, kad „plaštakų jėga per 3 mėnesius statistiškai reikšmingai labiau padidėjo (p=0,013) tiriamiesiems, fizinius pratimus atlikusiems ambulatoriškai reabilitacijos skyriuje, negu pratimus atlikusiems namuose“[61]. Autorių teigimu, fiziniai pacientų atliekami pratimai padidina funkcinį aktyvumą nepriklausomai nuo to, kur jie atliekami: ambulatoriškai, reabilitacijos skyriuje ar namuose.

Medicininė reabilitacija Lietuvoje yra skirstoma į tris paslaugų lygius:

1. **Pirmasis reabilitacijos lygis**. Jis taikomas stacionaruose ir ambulatorijose, kad būtų išvengta ligos komplikacijų, greičiau atstatomas darbingumas ir funkcinis aktyvumas, sumažinama reabilitacijos trukmė ir galbūt išvengiama papildomo gydymo antriniame reabilitacijos lygyje (jeigu atvejis nesudėtingas). Iš 2003 m. atlikto A. Juocevičiaus ir I. Slivovskajos tyrimo paaiškėjo, kad VŠĮ Vilniaus universitetinės ligoninės Santariškių klinikų stacionare 2003 metais daugiausiai pirmojo reabilitacijos etapo paslaugas gavo

[61] Dalia Veitienė, Marija Tamulaitienė ir Alvydas Juocevičius, „Namuose ir ambulatoriškai atliekamų fizinių pratimų poveikis sergančiųjų reumatoidiniu artritu funkciniam aktyvumui,“ *Sveikatos mokslai* 1, 32 (2004): 10.

pacientai, sergantys kraujotakos sistemos (49%) ir nervų sistemos ligomis (18%). Taip pat santykinai daugiausiai, lyginant su kitais skyriais, pirmojo reabilitacijos etapo paslaugas gavo pacientai, sergantys nervų (61%), judamojo-atramos aparato (50%), endokrininėmis (50%) bei kraujotakos (40%) sistemų ligomis[62].

2. **Antrasis reabilitacijos lygis.** Specializuotos stacionarinės reabilitacijos paslaugos, kai po pirmojo reabilitacijos etapo dar išlieka biosocialinių funkcijų sutrikimų ir yra stengiamasi pacientą sugrąžinti į visavertį gyvenimą, dažnai tenka pacientą mokyti vaikščioti, kalbėti, atlikti kasdieninius darbus. Kaip pažymi A. Juocevičius ir I. Slivovskaja: „2003 metais didžiausia dalis pacientų antrajam etapui buvo siunčiama reabilitacijai – 73% atvejų, sveikatos grąžinamajam gydymui tik 27%“[63].
3. **Trečiasis reabilitacijos lygis.** Vykdomas poliklinikose, ambulatorijose, kai yra nesudėtingi atvejai, pacientui nereikia nuolatinės priežiūros[64].

Valstybė, siekdama formuoti reabilitacijos politiką ir priimti informacija pagrįstus sprendimus, privalėjo rengti ir tobulinti teisės aktus, apie kuriuos plačiau bus kalbama kituose šio skyriaus poskyriuose.

1.4. Reabilitacijos politikos formavimo raida / etapai Jungtinėje Karalystėje

Reabilitacijos sistema Jungtinėje Karalystėje veikia ilgiau nei Lietuvoje, todėl ten reabilitacijos politika buvo pradėta vykdyti žymiai anksčiau. Jungtinėje Karalystėje pirmosios reabilitacijos užuomazgos prasidėjo antrojo pasaulinio karo metu, kai buvo stengiamasi atkurti sunkiai sužalotų kareivių funkcinį aktyvumą po traumų, nudegimų ir tuomet pasiųsti juos atgal į karo frontą ar bent jau sumažinti jų priklausomybę nuo valstybinių pašalpų, slaugos ir artimųjų pagalbos po karo. Toks sprendimas prisidėjo prie teigiamo visuomenės požiūrio į negalią, nes tai jau nebebuvo kliūtis, lemdavusi socialinę pacientų izoliaciją. Štai britas Douglas Bader (1910 – 1982) liko dirbti pilotu, nors nelaimės metu neteko abiejų kojų.

Tuo metu suprasta, kad medicininis gydymas yra tik pradžia, po to reikia stengtis atkurti maksimalų paciento funkcinį aktyvumą, sugrąžinti jam visavertį gyvenimą ir padėti įveikti neigiamas emocijas, susijusias su negalia ar net užklupusia depresija. Be to, išaugo kineziterapeutų paklausa, paspartėjo protezų ir dirbtinių galūnių gamyba, nes išaugo jų rinka, atsirado poreikis.

Jungtinėje Karalystėje iki 1945 m. pabaigos jau buvo įkurti centrai, kurie teikė reabilitacijos paslaugas buvusiems kariams. Be to, po truputį buvo pereinama prie naujų reabilitacijos teorijų

[62] Alvydas Juocevičius ir Ieva Slivovskaja, „Pirmojo reabilitacijos etapo bei siuntimo antrąjam etapui paslaugų Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikose 2003 metais analizė,“ *Sveikatos mokslai* 1, 32 (2004): 47.
[63] *Ibid.*, p. 47.
[64] „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo,“ TAR, https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.528500FDBAEE.

taikymo gydant ir civilius gyventojus. Kai kurie iš šių centrų siūlė įgyti ir profesinių žinių (kaip taisyti batus) arba specializavosi darbui su tam tikros srities ligoniais (regėjimo ar psichikos negalią turinčiais pacientais). Svarbus momentas šalies reabilitacijos sistemos istorijoje buvo NHS (Nacionalinės sveikatos apsaugos organizacijos) įkūrimas 1948 m., kuri per trejus metus perėmė reabilitacijos paslaugų teikimo kontrolę.

Tuo metu buvo manoma, kad darbo reikšmė yra labai didelė sėkmingai reabilitacijai (ligoniai jaučiasi reikalingi), be to, tai buvo naudinga valstybei, nes leido sumažinti išlaidas, skiriamas pašalpoms. Remiantis „Neįgalių asmenų įdarbinimo aktu" (1944 m.) buvo sukurtas gamyklų tinklas, kuris įdarbino gyventojus, turinčius negalią. Laikui bėgant pradėta abejoti tokių gamyklų nauda ir įvairūs ekspertai teigė, jog geriau reikėtų stengtis suteikti paramą neįgaliajam, kad vėliau jis pats sugrįžtų į darbo rinką (Stephen Hawking atvejis)[65].

Reabilitacijos kūrimosi Jungtinėje Karalystėje istorija rodo, kad ši šalis turėjo visai kitokią patirtį, požiūrį ir lūkesčius nei Lietuva. Be to, jos reabilitacijos sistema egzistuoja jau žymiai ilgesnį laiką, todėl turėjo daugiau progų adaptuotis, prisiderinti prie pacientų ir visuomenės poreikių. Šie veiksniai turėjo ir tebeturi įtakos reabilitacijos politikai, jos krypčių formavimuisi.

Šiuo metu reabilitacijos sistema Jungtinėje Karalystėje irgi veikia pagal nustatytus PSO standartus, t. y. yra pabrėžiama, kad reabilitacija yra kompleksinė ir daugiaprofilinė bei skirta visiems pacientams, kuriems jos reikia. Reabilitacijos metu vietoje medicininės diagnozės vertinimo koncentruojamasi į tai, kokią įtaką liga, funkcijos sutrikimas turi konkretaus žmogaus gyvenimui. Be to, ligonis yra aktyvus reabilitacijos proceso dalyvis, jis nėra tiesiog pasyvus stebėtojas – taip skatinamas paciento sąmoningumas, jo motyvacija ir optimizmas tęsti procesą. Kai žmogus geriau supranta savo būklę, suvokia kaip įveikti ar bent kontroliuoti savo ligą, jis turi didesnius šansus, kad neigiami aspektai nepasikartos[66]. Remiantis Hibbard ir kitų (2014 m.) tyrimais, net galima įvertinti paciento aktyvumą ir jo gebėjimą sėkmingai aktyviai dalyvauti reabilitacijos procese[67].

Reabilitacijos procesas gali vykti tiek ligoninėje (terapinio gydymo metu, jeigu nėra skubus atvejis), tiek ir bendruomenėje, todėl jos procese dalyvauja įvairios organizacijos, valstybinės tarnybos – NHS, savivaldybės, bendruomenės ar nevyriausybinės savanorių organizacijos. Šis tinklas užtikrina efektyvesnę pacientų reabilitaciją ir leidžia greičiau gauti pakartotinę medicinos specialistų konsultaciją, jeigu yra kokių nors nesklandumų ar komplikacijų, ir užtikrinti tinkamą paramą. Sėkmingas bendradarbiavimas užtikrinama, kad mokymosi ir vystymosi sutrikimų turintys vaikai

---

[65] "Rehabilitation History," Historic England, žiūrėta 2016 m. gruodžio 5 d., https://historicengland.org.uk/research/inclusive-heritage/disability-history/1945-to-the-present-day/disability-rehabilitation-and-work/.

[66] NHS, *supra* note 4.

[67] Judith Hibbard ir Helen Gilburt, "Supporting people to manage their health: An introduction to patient activation," *The King's Fund* (2014).

galėtų pasiekti maksimalų akademinį potencialą. Taip pat suteikia galimybę žmonėms su psichikos sutrikimais gauti pagalbą arčiausiai gyvenamosios vietos.

Dar vienas labai svarbus Jungtinės Karalystės reabilitacijos sistemos aspektas – kiekvienas pacientas turi asmeninį biudžetą, skirtą jo reabilitacijai, kuris yra suderintas su NHS darbuotojais. Tai leidžia pacientui priimti sprendimus, kas jam būtų geriausia ir reikalingiausia konkrečiu metu. Pavyzdžiui, pacientas gali kažkuriam laikui pasisamdyti asmeninį asistentą, jeigu mato, kad trūksta savarankiškumo ir pagalbos darant kasdienius darbus. Tikimasi, kad iki 2020 metų apie 50 000 – 100 000 žmonių jau naudosis šia paslauga. Toks biudžeto turėjimas leidžia pacientui būti reabilitacijos plano bendraautoriumi, o tai leidžia manyti, kad laikui bėgant pacientai efektyviai valdys savo negalią.

Jungtinės Karalystės reabilitacijos sistemoje dalyvauja daugybė įvairių sričių profesionalų. Be tradicinių komandos narių konsultacijų (fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo, kineziterapeuto, ergoterapeuto, kitų gydytojų konsultantų), dar galima gauti pagalbą ir iš įvairių terapijų atstovų, pavyzdžiui, muzikos ar dailės terapeuto surengtas sesijas.

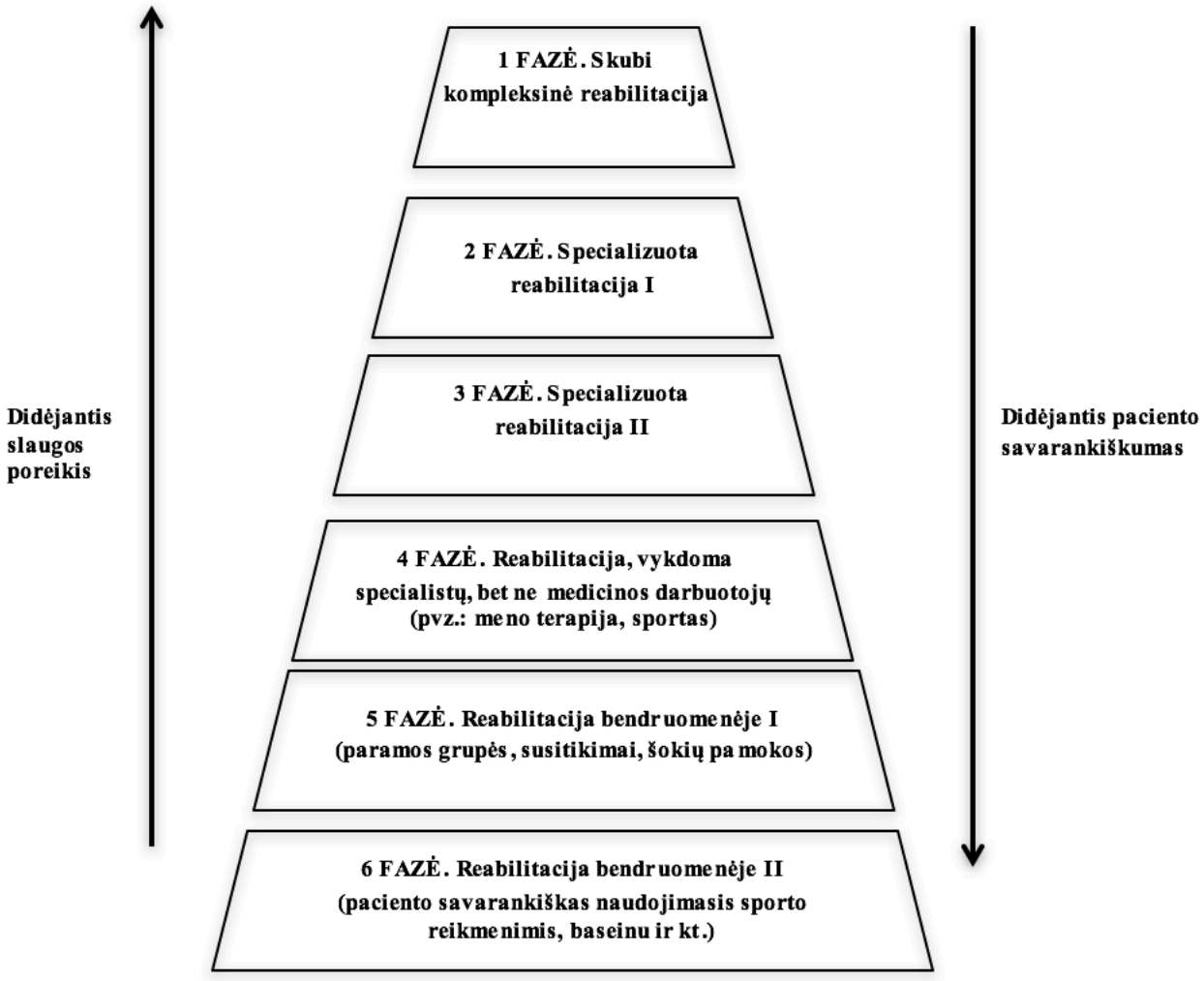
Peršasi išvada, kad Jungtinės Karalystės reabilitacijos politika pagrįsta požiūriu į pacientą, kaip individą su tik jam būdingais sutrikimais, o reabilitacijos sistema skatina individualią reabilitacijos programą, kurioje ligonis yra aktyvus dalyvis ir netgi gali prisidėti prie plano sudarymo, pasirinkti jam reikalingiausias paslaugas ir kontroliuoti jam paskirtą reabilitacijos biudžetą.

Jungtinės Karalystės reabilitacijos sistemos modelis (žr. 2 pav.) yra sudėtinis ir turi būti lankščiai interpretuojamas bei individualiai pritaikomas kiekvieno paciento poreikiams. Pavyzdžiui, žmogus gali pasiekti savo maksimalų potencialą jau pirmosios fazės metu ir tuomet lėšas geriau būtų skirti siekiant užtikrinti jam paramą ir išmokyti būti maksimaliai nepriklausomu (tiek, kiek leidžia jo funkcinis sutrikimas). Kitu atveju gali būti taip, kad ligoniui nebereikia pagalbos iš šalies 4, 5 ir 6 fazės metu, todėl jam nereikia finansavimo, tik retkarčiais pasinaudoti sukauptais ligoninės ištekliais / reabilitacijos priemonėmis. Svarbu paminėti, kad perėjimas iš vienos fazės į kitą yra kritinis metas tiek pacientui, tiek ir jo šeimos nariams, todėl svarbu išlaikyti sklandžią komunikaciją tarp specialistų, dirbančių su šiais ligoniais.

Sunku tiksliai apibrėžti reabilitacijos sistemos finansavimą (priklauso nuo paciento būklės ir poreikių), tačiau dažniausiai galioja šis principas:

- **Pirma fazė.** Finansuoja NHS;
- **Antra fazė.** Finansuoja arba NHS, arba savivaldybė;
- **Trečia fazė.** Dažniausiai finansuoja savivaldybė;
- **Ketvirta fazė.** Finansuoja savivaldybė arba pacientas pats moka;

- **Penkta ir šešta fazės.** Pacientas moka pats arba gali gauti paramą iš savivaldybės, nevyriauybinių organizacijų[68].



2 paveikslas. Reabilitacijos modelis Jungtinėje Karalystėje. Šiuo modeliu reabilitacijos specialistai turėtų vadovautis lanksčiai, atsižvelgiant į individualaus paciento poreikius[69].

Jungtinės Karalystės reabilitacijos politikoje yra stengiamasi taikyti geros reabilitacijos principus, kurie pabrėžia, kad reabilitacija turi pasiekti maksimalų funkcinį aktyvumą, socialinę ir emocinę paciento gerovę. Šioje sistemoje pabrėžiamas ir vertinamas visų specialistų vaidmuo, bet kartu stengiamasi skatinti paciento iniciatyvą, kad jis taip pat jaustųsi atsakingas už savo būklės pagerėjimą ir kontrolę. Stengiamasi atnaujinti įrangą, techniką, žinias, teikti psichologo / psichoterapeuto konsultacijas, jeigu pacientui jų reikia[69].

[68] NHS, *supra note* 4.
[69] NHS, *supra note* 4.

Kadangi šiame darbe atliekama lyginamoji dviejų valstybių reabilitacijos politikos analizė, toliau darbe analizuojami Lietuvos ir Jungtinės Karalystės teisės aktai, kurių pagrindu vyko reabilitacijos politikos formavimas.

1.5. Reabilitacijos politikos Lietuvoje teisinis reglamentavimas

Reabilitacijos politika Lietuvoje yra kuriama Lietuvos resupublikos Sveikatos apsaugos ministerijos darbuotojų, ministro ir patarėjų, nepriklausomų ekspertų.

Pagrindiniai įstatymai, reglamentuojantys reabilitacijos sistemos veiklą ir jos vykdymą, finansavimą yra:

1. **Lietuvos Respublikos Invalidų socialinės integracijos įstatymas (1991 m.).** Juo buvo įteisintas daugiaprofilinės reabilitacijos sistemos kūrimas ir pateikiamas invalidumo aprašymas, nustatoma skyrimo tvarka, medicininės, socialinės ir profesinės reabilitacijos apibrėžimas, aplinkos pritaikymas invalidams, invalidų ugdymas, mokymas, jų integracija į darbą, profesinį ir visuomeninį gyvenimą, suteiktos ekonominės, teisinės garantijos. Taip pat buvo įsteigta Invalidų reikalų taryba prie Ministerijos. Šiuo įstatymu buvo įteisintas platesnis požiūris į reabilitaciją, įvairias jos sudedamąsias dalis[70].
2. **„Nacionalinė neįgaliųjų medicininės, profesinės, socialinės reabilitacijos ir integracijos programa 2003 – 2012 metams" (2002m.).** Šia strategine programa ir jos vykdymu buvo sukurta ir pritaikyta kompleksinės reabilitacijos sistema Lietuvoje. Ji paremta PSO reikalavimais, apibrėžimais ir teigia, kad reabilitacija yra kompleksinis procesas, kurio metu turi būti atkurtas žmogaus funkcinis aktyvumas ir dedamos pastangos pacientą maksimaliai sugrąžinti į visavertį gyvenimą[71].
3. **Lietuvos sveikatos 2014 – 2025 metų programa.** Šia programa nustatyti bendri sveikatos politikos tikslai ir jų įgyvendinimas, taip pat ir reabilitacijos. Programa numato, kad valstybinės išlaidos sveikatos priežiūros paslaugoms ir medicinos prekėms yra labai reikšmingos visose sveikatinimo proceso stadijose: sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos ir gydymo, reabilitacijos. Vieni iš daugelio šios programos uždavinių yra susiję ir su reabilitacijos politikos įgyvendinimu:
    - plėtoti asmenų, kuries serga priklausomybe nuo alkoholio, psichologinės, medicininės bei socialinės reabilitacijos ir socialinės integracijos paslaugas;
    - siekiant mažinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo skirtumus šalyje, sudaryti galimybes gauti paslaugas arčiau gyvenamosios vietos, reikia gerinti

[70] Lietuvos Respublikos Invalidų socialinės integracijos įstatymas, *supra* note 45.
[71] Nacionalinė neįgalių žmonių socialinės integracijos 2003– 2012 metams programa, *supra* note 47.

pirminės sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrą, stiprinti specializuotą ambulatorinę pagalbą, reabilitaciją ir skubią pagalbą.

- didinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą labiausiai pažeidžiamoms gyventojų grupėms, plėtojant odontologijos, medicininės reabilitacijos ir sveikatos grąžinimo paslaugas turintiems mažas pajamas ar jų neturintiems asmenims[72].

Be pagrindinių įstatymų ir programų, reabilitacijos politiką Lietuvoje reglamentuoja ir kiti poįstatyminiai teisės aktai.

1. **Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo (2008 m.)**“. Šiuo įsakymu buvo aptartas ir nustatytas reabilitacijos paslaugų teikimas skirtinguose lygiuose, apibrėžta, kokias paslaugas ligoniai gali gauti stacionare, poliklinikoje, kada jiems reikia skirti sanatorinį gydymą ir ko jie gali tikėtis (pvz., sanatorijose turėtų būti vykdoma ne tik medicininė, bet ir socialinė, profesinė reabilitacija). Šiuo įsakymu taip pat buvo nustatyta reabilitacijos ir sanatorinio gydymo finansavimo tvarka, kompensacijų skyrimas ir darbingumo įvertinimas (naudojamos privalomojo sveikatos draudimo lėšos gydymui)[73].
2. **LR sveikatos apsaugos ministro 2004 m. įsakymas Nr. V-935 „Dėl Lietuvos medicinos normos 123:2004 „Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė**“, kuris numato, kad medicininės reabilitacijos paslaugas teikiančiose sveikatos priežiūros įstaigose taikomos koordinuotos kompleksinės medicininės, psichologinės, socialinės, pedagoginės, profesinės priemonės reabilituojamiems asmenims, turintiems biosocialinių funkcijų sutrikimų. Šiomis priemonėmis siekiama didesnio reabilituojamųjų fizinio, psichinio, socialinio savarankiškumo bei visavertės jų integracijos į visuomenę[74].

Pažymėtina, kad galiojantys teisės aktai yra tik priemonė sureguliuoti reabilitacijos politiką, tačiau įstatymų pritaikymas praktikoje, politikos įgyvendinimas priklauso ne tik nuo teisės normų, bet ir nuo tinkamo jų įgyvendinimo, t.y. nuo įstaigų, institucijų aktyvumo, žmogiškųjų išteklių potencialo, finansavimo, tarpinstitucinio bendradarbiavimo ir kt.

[72] LR Seimo nutarimas “Dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos patvirtinimo. Vilnius. 2014.
[73] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo, *supra note* 50.
[74] Laura Varžinskienė ir Jolita Rudzevičiūtė. Medikų požiūris į socialinio darbuotojo vaidmenis reabilitacijos specialistų komandoje. Socialinis darbas. Patirtis ir metodai. ISSN 2029-0470 2009 4(2), p. 69-70

1.6. Reabilitacijos politikos Jungtinėje Karalystėje reglamentavimas

Jungtinėje Karalystėje sveikatos politikai, kontrolei ir reglamentavimui didelę įtaką daro NHS (įkurta 1948 m.). Ši organizacija rūpinasi gyventojų (apdraustų valstybiniu sveikatos draudimu) sveikatos apsauga, remiasi užuojatos, universalumo principais. Ji veikia savarankiškai, bet turi atsiskaityti vyriausybei (Škotijos, Velso ar Šiaurės Airijos vietinei valdžiai, jeigu veikia tuose regionuose) arba Jungtinės Karalystės vyriausybei, jeigu veiklą vykdo Anglijos regione. NHS finansuojama biudžeto lėšomis, surenkamomis iš mokesčių ir valstybinio sveikatos draudimo[75].

NHS vadovai Jungtinėje Karalystėje rūpinasi reabilitacijos politikos kūrimu ir nuolatiniu reabilitacijos sistemos tobulinimu, problemų sprendimu. Tačiau įstatymų, susijusių su sveikatos apsauga, kūrimas ir jų priėmimas priklauso parlamento nariams ir turi būti patvirtinta parlamente, NHS vadovai gali kurti tik vidines strategijas, kaip geriau panaudoti jiems paskirtus biudžeto pinigus ar optimizuoti, praplėsti teikiamų paslaugų tinklą, sudaryti geresnes sąlygas pacientams. Taigi, galima sakyti, kad Jungtinėje Karalystėje pagrindiniai reabilitacijos ir sveikatos politikos formuotojai yra NHS ir parlamento nariai[76].

Šiuo metu šalyje egzistuoja dvi didelės reabilitacijos komandos – *UK National Rehabilitation Outcomes Collaborative* (UKROC) ir *Sentinel Stroke National Audit Programme* (SSNAP), kurios registruoja suteiktų reabilitacijos paslaugų lygį, individualių pacientų funkcinio aktyvumo atgavimą ar tolesnę priklausomybę ir reikalingą slaugos, paramos lygį. Tai padeda žinoti ir įvertinti tikslią situaciją, padaryti teisingas išvadas ir geriau planuoti ateities strategiją bei reikalingas permainas.

Žemiau pateikiami dokumentai, moksliniai tyrimai, kurie yra labai svarbūs teisingam reabilitacijos įgyvendinimui ir yra naudojami specialistų Jungtinėje Karalystėje:

- *In Sight and In Mind. A toolkit to reduce the use of out of area mental health services*[77].
- *Long Term Conditions Year of Care Commissioning Programme, Unbundling Recovery Simulation Model*[78].
- *Unbundling Recovery: Recovery, Rehabilitation and Reablement National Audit Tool*[79].

---

[75] NHS, žiūrėta 2016 m. gruodžio 05 d. http://www.nhs.uk/pages/home.aspx.
[76] *Ibid.*
[77] "In sight and In Mind. A toolkit to reduce the use of out of area mental health services," *National Mental Health Development Unit* (2011), žiūrėta 2016 m. gruodžio 05 d. http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/insightandinmind.pdf.
[78] NHS, *supra* note 4.
[79] "Unbundling recovery: Recovery, rehabilitation and reablement national audit report," *NHS Improving Quality* (2015), žiūrėta 2016 m. gruodžio 30 d. http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160805124554/http://www.nhsiq.nhs.uk/resource-search/publications/unbundling-recovery-recovery,-rehabilitation-and-reablement-national-audit-report.aspx.

- *Improving Rehabilitation Services Community of Practice: generating discussion, debate and resources to support improvement in rehabilitation services*[80].
- *Improving Rehabilitation Services in England: Sharing Best Practice in Acute and Community Care*[81].
- *A Collaborative Approach to Rehabilitation, Reablement, Recovery, Survivorship and Prehab*. South West Strategic Clinical Network[82].
- *South of Tyne and Wear's Rehabilitation Strategy*[83].
- *Rehabilitation, Reablement, Recovery: Quality Guidance Document*. Wessex Strategic Clinical Networks[84].
- *Improving the Quality of Orthotics Services in England*[85].
- *Rehabilitation Act 2015*[86].

Visi dokumentai yra naudojami siekiant užtikrinti kokybiškas bei efektyvias reabilitacijos paslaugas pacientams, tačiau daugiausiai specialistai naudoja santykinai nesenai išleista Reabilitacijos aktą, kuris buvo pristatytas 2015 metais. Akte pabrėžiama, jog reabilitacija turi būti skirta visiems pacientams, kurie atitinka keliamus reikalavimus reabilitacijai gauti. Akte taip pat pabrėžiama šalių atsakomybė. Šis aktas tapo vienu iš didžiausiu reabilitacijos dokumentu.

[80] "Improving adult rehabilitation service in England: Sharing best practice in acute and community care," *NHS England Improving Quality* (2014), žiūrėta 2016 m. gruodžio 5 d., http://www.nhsiq.nhs.uk/resource-search/publications/improving-adult-rehabilitation-services-in-england.aspx.
[81] *Ibid.*
[82] *Ibid.*
[83] "Rehabilitation, reablement, recovery. Quality guidance document," *Wessex Strategic Clinical Networks* (2014), žiūrėta 2016 m. gruodžio 5 d., http://www.wessexscn.nhs.uk/about-us/latest-news/rehabilitation-reablement-and-recovery-quality-guidance-document-now-published.
[84] *Ibid.*
[85] "Improving the quality of orthotics services in England," *NHS England.* Žiūrėta 2016 m. gruodžio 5 d., *https://www.england.nhs.uk/commissioning/wp-content/uploads/sites/12/2015/11/orthcs-final-rep.pdf.*
[86] "The 2015 Rehabilitation act", *CMS.* Žiūrėta 2017 m. spalio 20d., *https://www.cmsuk.org/files/CMSUK%20General/REHAB%20CODE%20in%20full.pdf.*

2. REABILITACIJOS POLITIKOS ĮGYVENDINIMAS LIETUVOJE IR JUNGTINĖJE KARALYSTĖJE

2.1. Reabilitacijos politikos įgyvendinimas Lietuvoje

Bendruomenės sveikatos priežiūros modelį ir sveikatos netolygumus miestuose ir kaimyniniuose rajonuose formuoja įvairūs nuolat besikeičiantys veiksniai: pasaulio ir nacionalinės ekonomikos kryptys, vietinės darbo rinkos struktūra ir dinamika, vietos gyventojų demografinės charakteristikos ir kultūra, valstybės būstas ir infrastruktūra, sveikatos ir socialinių paslaugų prieinamumas ir pasiekiamumas, saugumas ir ištekliai kaimynystėje, bendruomenių integralumas ir lankstumas. Siekiant, kad šios bendruomenės būtų sveikesnės, būtina imtis veiksmų keliuose valdymo lygiuose, įvairiose politikos srityse ir bendradarbiauti viešojo sektoriaus, bendruomenių ir suinteresuotoms privataus sektoriaus grupėms[87]. Atsižvelgiant į dideles išlaidas visuomenės sveikatai, potencialią naudą dėl patobulintų sveikatos priežiūros paslaugų tiekimo ir stiprinant gyventojų sveikatą, kyla poreikis pagerinti sveikatos politikos sprendimų priėmimą. Pasaulio mastu daug atskirų, politinių ir rinkos jėgų daro įtaką tradicinei sveikatos politikos sprendimų priėmimo aplinkai[88]. Atskiros sveikatos sistemos organizacijos lygmeniu reabilitacijos politika įgyvendinama diegiant reabilitacijos naujoves, jų visumą, kompleksiškai siekiant esminių veiklos kokybės pokyčių. Reabilitacijos politikos įgyvendinimas didžiąja dalimi priklauso nuo reabilitacijos sistemos finansavimo, teisės aktų, politinių sprendimų, žmogiškųjų išteklių potencialo ir kt.

Finansavimo problemos

Šiuo metu Lietuvoje viena iš opiausių reabilitacijos politikos problemų yra reabilitacijos sistemos finansavimas, kuris yra ganėtinai mažas ir nebuvo didinamas jau ilgą laiką, nepaisant to, kad kilo kainos ir atlyginimai, ypač po euro įvedimo Lietuvoje 2015 metų pradžioje. Be to, Lietuvoje trūksta lėšų ir sunkių ligonių reabilitacijai (ne tik paprastesniems atvejams, kai gera reabilitacija nėra tokia svarbi tolesniam žmogaus funkciniam aktyvumui), nepakankamai jų skiriama ir kai kurioms reabilitacijos įstaigoms.

Šiuo metu tiems Lietuvos gyventojams, kurie nori gauti reabilitacinį gydymą ar patekti į reabilitacijos ligonines, sanatorijas, kartais tenka susidurti su įvairiais iššūkiais: ne kiekvienas pacientas gauna siuntimą reabilitacijai. Viena iš priežasčių yra kvotų sistema, kai kiekviena gydymo įstaiga turi limitą pacientų, kuriems per tris mėnesius gali skirti reabilitacinį gydymą. Jeigu kvota yra

[87] Gareth Williams. Social inequalities in health: Notes in the margins. Social Theory & Health. 2013 11(2): 117-132.
[88] Deirdre McCaughey ir Nealia Bruning. Rationality versus reality: the challenges of evidence-based decision making for health policy makers. I*mplementation Science* 2010 5:39. http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-5-39

išnaudota dar nepasibaigus laikotarpiui, tampa sudėtinga naujiems pacientams skirti reabilitaciją, nors ji jiems ir yra labai reikalinga, o galbūt net ir būtina norint išvengti antrinių komplikacijų[89].

Nagrinėjant medicininės reabilitacijos paslaugų rodiklius Lietuvoje, matyti, kad finansavimas, skiriamas reabilitacijos sistemai, mažėjo (procentaliai). Pavyzdžiui, medicininės reabilitacijos paslaugoms skiriamų lėšų dalis (procentais) nuo Privalomojo sveikatos draudimo Fondo biudžeto per laiką keitėsi į neigiamą pusę (1999 m. buvo 5 proc., 2003 m. 4,1 proc., o 2007 – tik 3,3 proc.). Kalbant apie nominalią skiriamų pinigų vertę, galima pasakyti, kad ji didėjo, nes augo surenkamas biudžetas, buvo padidintos įmokos. Vis dėlto reabilitacijos paslaugų prieinamumas negerėjo, žmonėms tenka laukti eilėse, kad gautų reabilitacinį gydymą.

Toliau bus detaliau nagrinėjama reabilitacijos skyrimo tvarka, siuntimo gavimas, kad būtų galima geriau suprasti kvotų sistemą ir kodėl ne visi ligoniai ją gauna arba kodėl tenka laukti eilėse.

Lietuvoje reabilitacija gali būti medicininė (apima reabilitaciją, atliekamą daugiaprofiliniuose stacionaruose, ambulatorijose, specializuotose reabilitacijos įstaigose) ir sanatorinė. Gyventojams, kuriems reikia reabilitacijos gydymo įstaigose ar sanatorijose, gydytojas turi išrašyti siuntimą. Gydytojai, skirdami reabilitaciją, remiasi medicininio ir sanatorinio gydymo indikacijų sąrašu, kurį tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija (dabar vadovaujamasi Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. sausio 17d. įsakymu Nr. V-50 „Dėl reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo“) ir fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo išvadomis po pirminės reabilitacijos ir antrojo reabilitacijos etapo būtinumu. Pagal galiojančią tvarką šiuo metu pacientai gali gauti trijų rūšių valstybės kompensuojamus kelialapius, kurie yra skirti reabilitacijai, sveikatos grąžinimui arba palaikomajai reabilitacijai.

Siuntimų tvarkos skyrimas gali būti vykdomas dviem būdais:

1) Kreipiamasi į šeimos arba kitos srities gydytoją. Po to pacientas turi praeiti pirminį reabilitacijos etapą (pvz.: kineziterapija, masažas), kurį paskiria fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas. Po jo sprendžiama ar ligoniui reikia antro reabilitacijos etapo, tačiau gydymo įstaiga turi kvotą, kiek siuntimų šiame etape gali paskirti. Jeigu limitas jau išnaudotas, nauji kelialapiai nebekompensuojami, nors gydytojai tai rekomenduoja).
2) Alternatyva gali būti Teritorinė ligonių kasa. Iš pradžių pacientas konsultuojasi su šeimos ir fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytoju, jam išrašomi vaistai, skiriama pirminė medicininė reabilitacija (kineziterapija, masažai ir kita). Po to esant atitinkamai būklei, nepagerėjus po pirminės reabilitacijos, gydytojas išrašo siuntimą ir parengia išrašą iš ligos istorijos. Tuomet pacientas gali bandyti kreiptis į Teritorinę ligonių kasą, jeigu gydymo įstaiga jau nebeturi kvotų ir galbūt jo prašymas bus patenkinamas. Teigiamo atsakymo

[89] Alvydas Juocevičius, *supra* note 55.

atveju pacientas gali rinktis reabilitacijos įstaigą iš pateikto sąrašo (paprastai renkamasi pagal tai, kokių paslaugų reikia). Nepaisant to, reikėtų nepamiršti fakto, kad finansavimo galimybės yra ribotos ir ne visada bus galima visiems norintiems skirti reabilitaciją, todėl vis tiek daroma atranka[90].

Apibendrinant galima teigti, kad šiuo metu esantis reabilitacijos sistemos finansavimas nėra pakankamas ir ne visi pacientai gali gauti reabilitacinį gydymą, jeigu tuo metu jau yra pasibaigusios gydymo įstaigos kvotos. Nepaisant to, pacientai turi teisę gauti pirminę medicininę reabilitaciją (masažus, kineziterapeuto paslaugas).

Kita opi reabilitacijos sistemos problema yra tai, kad turimos lėšos nėra administruojamos optimaliausiu būdu. Pavyzdžiui, daug lėšų gali būti išleidžiama ligoninės administracijai ir jos darbuotojų atlyginimams, biurokratijai. Be to, nėra efektyvaus Privalomojo sveikatos draudimo lėšų administravimo. Visi šie dalykai prisideda prie neefektyvaus pinigų paskirstymo ir dar sumažina pacientams tenkančias reabilitacijos finansavimo lėšas. Taip pat reikėtų pridurti, kad kai kurioms gydymo įstaigoms trūksta lėšų atnaujinti ar įsigyti pažangesnę reabilitacijos techniką. Tai didžiausią problemą kelia mažesnėse arba rajono ligoninėse ir prisideda prie reabilitacijos paslaugų centralizacijos. Tai nėra gerai, nes paslaugų teikimas turėtų būti paskirstytas šalies mastu, o ne sukoncentruotas į didžiuosiuose miestuuse[91].

Pabaigai reikia pasakyti, kad politikai kuria reabilitacijos strategiją, kurios tikslas – gerinti pacientų aptarnavimo tvarką ir kokybę. Pavyzdžiui, pacientas, prieš pasirinkdamas reabilitacinio gydymo įstaigą, turi gauti visą reikiamą informaciją apie galimas paslaugas, jų sąrašą, kad būtų tinkamai informuotas ir galėtų pasirinkti, kas jam labiausiai tinka. Be to, LR SAM darbuotojai stengiasi tobulinti medicininės reabilitacijos skyrimo ir atrinkimo tvarką bei siekia, kad reabilitacija būtų efektyvi ir prieinama kiekvienam gyventojui, kuriam to reikia[92].

Vaikų reabilitacijos problemos

Prieš tai aptartos reabilitacijos politikos problemos, kylančios dėl nepakankamo reabilitacijos sistemos finansavimo ir neefektyvaus lėšų paskirstymo, ir ribojančios gyventojų galimybes gauti antrinio lygio medicininę reabilitaciją, galioja ne tik suaugusiųjų, bet ir vaikų reabilitacijai. Kai kuriais atvejais vaikų reabilitacijos problemos yra netgi sunkiau išsprendžiamos negu suaugusiųjų ir reikalauja kompleksinių sprendimų, atsakingos lėšų apskaitos ir strateginio mąstymo. Vaikai yra jauniausi visuomenės nariai, todėl labai svarbu maksimaliai atkurti jų funkcinį aktyvumą, kad vėliau galėtų prisidėti prie visuomenės ekonominės, socialinės ir emocinės gerovės kūrimo.

---

[90] Evelina Starkutė, „Reabilitacijos paslaugų administravimas Lietuvoje“ (Magistro darbas, Vytauto Didžiojo universitetas, 2008). https://vb.vdu.lt/object/elaba:1725837/.
[91] Alvydas Juocevičius, *supra* note 55.
[92] Evelina Starkutė, *op. cit.*

Statistika rodo, kad medicininės reabilitacijos paslaugos Lietuvoje kasmet yra reikalingos 25 tūkstančiams vaikų. Iš jų net 72 proc. indikuotina stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugų reikiamybė dėl pagrįstų priežasčių (pvz., įgimtos nervų, atramos–judamojo aparato, kvėpavimo bei kitų sistemų ydos, deformacijos, sunkios traumos, sukėlusios ryškius biopsichosocialinių funkcijų sutrikimus, apribojusios judėjimo galimybes, neleidžiančios apsitarnauti, komunikuoti, orientuotis aplinkoje ir laike, priimti ar perduoti informaciją). Nepaisant reabilitacijos būtinybės, yra daugybė veiksnių, kurie ne visada leidžia vaikui laiku gauti reabilitaciją. Vienas jų yra apsunkintas ambulatorinės (pirminės) reabilitacijos paslaugų prieinamumas vaikams dėl socialinių–ekonominių priežasčių (pavyzdžiui, mažamečiai vaikai ambulatorinės reabilitacijos paslaugoms gali atvykti tik lydimi tėvų, kurie dirba ir ne visada gali vaiką nuvežti į užsiėmimus arba neturi pakankamai lėšų). Kitas veiksnys – apribotas medicininės reabilitacijos paslaugų prieinamumas ir kvotos (nors ir nutarta, kad 20 proc. lėšų, numatytų medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo išlaidoms kompensuoti, turi būti skirta vaikų gydymui, to ne visada yra pakanka). Trečias veiksnys – Teritorinių ligonių kasų sutartyse dėl pacientų atrankos ir siuntimo medicininei reabilitacijai stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose nurodoma, kad pirmenybę reikia teikti pacientams, kurie serga centrinės nervų sistemos (insultai, pažeistos smegenys), širdies ir kraujagyslių (miokardo infarktas), atramos ir judamojo aparato (sąnario pakeitimo, stuburo operacijų) ligomis, tačiau visi šie susirgimai yra būdingi suaugusiems, vaikams jie pasitaiko retai. Į dažnesnius vaikams būdingus susirgimus, t.y. cerebrinį paralyžių, įgimtas nervų sistemos bei atramos–judamojo aparato ligas ir deformacijos, nulemiančias vaiko gyvenimo kokybės praradimą, negalią, ilgalaikį ir sudėtingą gydymą nuo pat pirmųjų gyvenimo metų, kreipiamas nepakankamas dėmesys[93]. Centrinės nervų sistemos susirgimai veikia žmogaus pusiausvyrą, kurios atstatymas ir lavinimas yra ilgas ir sudėtingas procesas, iš paciento reikalaujantis daug pastangų[94].

Per pastaruosius dvidešimt penkerius metus Lietuvoje buvo sukurta reabilitacijos sistema. Ji turi daug teigiamų aspektų ir yra gerai vertinama ekspertų, tačiau šiuo metu vis dar kyla sunkumų užtikrinant sklandų reabilitacijos sistemos funkcionavimą. Reabilitacijos politika, kuriant ilgalaikes strategijas, turėtų būti orientuota išspręsti šiandienines problemas. Vienas iš didžiausių iššūkių yra užtikrinti reabilitacijos prieinamumą visiems pacientams, kuriems to reikia. Dėl šiuo metu galiojančios kvotų sistemos pacientai skundžiasi kartais iš gydytojų tiesiog išgistantys, kad baigėsi lėšos ir jie turi palaukti iki kito ketvirčio ar net kitų metų. Be to, reabilitacijos skirstymas yra prioritetinis (vienos ligos turi pirmenybę prieš kitas) ir šiuo metu reikėtų užtikrinti didesnį finansavimą ar bent jau optimalesnį jo paskirstymą, išvengiant lėšų švaistymo. Pastaraisiais metais

[93] Lietuvos Respublikos seimo sveikatos reikalų komitetas, 2010.
[94] Alvydas Juocevičius, Ieva Zigmantavičiūtė ir Dainė Janonienė, „A comparison of comprehensive rehabilitation and comprehensive rehabilitation with feed-back balance training for acute stroke patients," *Journal of Vibroengineering* 9, 2007: 55-58.

reabilitacijai skiriama maždaug 40 milijonų eurų per metus, jais pasinaudoja apie 90 tūkstančių Lietuvos gyventojų, kuriems paskirtas reabilitacinis gydymas[95].

Apibendrinant galima teigti, kad reabilitacijos politikoje svarbu skirti specialų dėmesį vaikų reabilitacijai ir sėkmingam jos įgyvendinimui bei siekiui įveikti dabartines problemas – nepakankamą finansavimą, vietų trūkumą ir socialines–ekonomines priežastis, kurios gali sutrukdyti vaikams dalyvauti reabilitacijos procese.

Kaip jau minėta, palyginus su kitomis, ypač Vakarų Europos šalimis, reabilitacijos politika Lietuvoje buvo pradėta vykdyti neseniai (nuo 1991 m.). Prieš tai nebuvo skiriama daug dėmesio pacientų reabilitacijai, egzistavo tik reabilitacijos užuomazgos (palyginus su šiandienine išplėtota sistema). Per šiuos dvidešimt penkerius metus politikams, ministerijos darbuotojams ir ekspertams, konsultantams reikėjo sukurti įstatymus, strateginius planus ateičiai, kaip būtų galima sėkmingai vykdyti reabilitaciją ir optimizuoti sistemą, paslaugų tinklą, padaryti jį prieinamą visiems gyventojams (jie buvo suskirstyti į grupes, sudaryti paslaugų paketai kiekvienai kategorijai).

Kuriant reabilitacijos sistemą ir įgyvendinant reabilitacijos politiką buvo remiamasi PSO nustatytu reabilitacijos apibrėžimu, kuris teigia, kad ji turi būti daugiaprofilinė (skirta įvairiems sutrikimams įveikti, o ne tik kelių specifinių ligų) ir kompleksinė (medicininė, socialinė, profesinė) bei turi skatinti atkurti maksimalų paciento funkcinį aktyvumą ir padėti jam sugrįžti į visavertį gyvenimą, visuomenę, o ne tik į darbą. Prie sėkmingo reabilitacijos vykdymo prisideda ne tik medicinos srities darbuotojai, bet ir socialines paslaugas teikiantys profesionalai (pavyzdžiui, socialiniai darbuotojai, psichologai, logopedai). Apibendrinus, galima teigti, kad Lietuvoje vykdoma reabilitacijos politika, o tiksliau jos kryptys, atitinka PSO standartus, kuriais vadovaujasi dauguma pasaulio šalių ir kurie yra teigiamai įvertinti ekspertų bei profesionalų.

2.2 Reabilitacijos politikos įgyvendinimas Jungtinėje Karalystėje

Darbuotojų trūkumas

Jungtinės Karalystės reabilitacijos politika per pastaruosius septyniasdešimt metų sukūrė gana sėkmingą ir tarptautinius standartus atitinkančią reabilitacijos sistemą. Specialistai, dirbantys su pacientais, kuriems reikia reabilitacijos, taiko reabilitacijos modelį, kurio esmė yra žvelgti į kiekvieną ligonį, kaip į individualų atvejį, ir stengtis sudaryti jam labiausiai tinkantį reabilitacijos planą. Be to, pacientas yra skatinamas imtis atsakomybės už savo būklės gerėjimą ir yra aktyvus reabilitacijos proceso dalyvis bei gali prisidėti prie savo gydymo plano sudarymo. Nepaisant to, vis dar yra keletas

[95] Saulenis Pociūnas. „Reabilitacija: kai medikų ir pacientų norai nesutampa“, žiūrėta 2016 m. lapkričio 30 d., http://lsveikata.lt/aktualijos/reabilitacija-kai-mediku-ir-pacientu-norai-nesutampa-1725.

aspektų, kurie neigiamai veikia reabilitacijos sistemą ir ateityje galėtų būti pagerinti, pateikti pasiūlymai, ką reikėtų pakeisti šioje sistemoje.

Reabilitacijos politika ir reabilitacijos sistemos plėtojimas yra veikla, kuria užsiima NHS (įstatymus siūlo ir priima parlamento nariai), kuri kontroliuoja, rūpinasi sveikatos apsaugos paslaugų teikimu gyventojams, apdraustiems valstybiniu sveikatos apsaugos draudimu. Pagrindinės problemos, su kuriomis susiduria NHS, daro poveikį ir reabilitacijos paslaugų teikimui.

Viena iš didžiausių NHS problemų yra deficitinis biudžetas, kuris nuolatos didėja. Statistiniai duomenys rodo, kad 2015 ir 2016 metus ši organizacija užbaigė su didžiausiu deficitu istorijoje (1.85 milijardų svarų sterlingų). Įvardijamos kelios galimos šio reiškinio priežastys, pvz.: padidėjęs pacientų skaičius, kai finansavimas nebuvo proporcingai padidintas. Šiuo metu sistema patiria gana didelį spaudimą ir turi būti optimizuota, nes pagal įvairius planus jos biudžetas turėtų tapti perteklinis iki 2020 metų. Šios reformos, finansinis taupymas paveiks visas medicinos sritis, tarp jų ir reabilitaciją, be to, yra galimas tam tikrų teikiamų paslaugų sumažėjimas[96].

Kita labai opi NHS problema yra darbuotojų ir personalo trūkumas, jaučiamas įvairiose medicinos srityse. Pavyzdžiui, šiuo metu tūkstančiai pacientų, kuriems gresia insultas, yra padidintos rizikos zonoje dar ir dėl to, kad trūksta NHS personalo (medicinos gydytojų ir slaugytojų), kuris jais rūpintųsi (ypač savaitgaliais), be to, susidariusios nuolatinės eilės prie paslaugų ar gydytojų konsultacijų. Statistiniai duomenys rodo, kad tik 51 proc. ligoninių turi pakankamai medicinos slaugytojų, 53 proc. pacientų laukia ilgiau, negu valandą, kad jiems būtų atlikti tyrimai atvykus į skubios pagalbos skyrių (10 proc. laukia net iki 12 valandų ir ilgiau) arba gauna nepakankamą gydymą dėl vietų trūkumo ligoninėje[97]. Aprašyta situacija atspindi bendrą padėtį NHS – panašūs atvejai pasitaiko ir reabilitacijos sistemoje. Nutinka taip, kad po dalies šonkaulių pašalinimo operacijų pacientai nėra laiku nukreipiami pas kineziterapeutą pradėti reabilitacijos, ilgokai laukia kitos fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo konsultacijos. Tačiau toks delsimas gali sukelti rimtų antrinių komplikacijų ir judėjimo sutrikimų[98].

Apibendrinant galima teigti, kad Jungtinėje Karalystėje vykdoma reabilitacijos politika yra naudinga, padėjo sukurti gerai veikiančią reabilitacijos sistemą, kurioje kreipiamas individualus dėmesys į pacientą. Tačiau pastaruoju metu NHS, kuri koordinuoja ir planuoja reabilitacijos ir sveikatos apsaugos politiką bei gaires, patiria sunkumų. Patys didžiausi iš jų yra didelis biudžeto deficitas ir darbuotojų trūkumas. Šie sunkumai paveikia visas medicinos sritis, neaplenkia ir reabilitacijos, todėl ateityje gali būti sumažintas paslaugų teikimas. Be to, jau yra įvairių duomenų

---

[96] "Deficits in the NHS 2016," *The Kings Fund,* žiūrėta 2016 m. lapkričio 30 d., https://www.kingsfund.org.uk/publications/deficits-nhs-2016.

[97] Ben Spencer. "Stroke patients' at risk in the NHS: Major studies find staffing levels and use of effective surgery need improvement," *Daily mail,* lapkričio 29, 2016 m., http://www.dailymail.co.uk/news/article-3980724/Stroke-patients-risk-NHS-Major-studies-staffing-levels-use-effective-surgery-need-improvement.html.

[98] Jane Feinmann, *supra* note 75.

apie tai, kad pacientams po sunkių traumų, operacijų tenka gana ilgai laukti eilėje, norint apsilankyti pas kineziterapeutą ir pradėti fizioterapiją ar gauti fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo konsultacijas. Visa tai ateityje gali sukelti antrines komplikacijas ir net judesio sutrikimus. Ateityje norint užtikrinti gerą ir kokybišką reabilitacijos teikimą visiems pacientams, kuriems to reikia, šias problemas spręsti būtina.

3. REABILITACIJOS POLITIKOS VERTINIMAS LIETUVOJE IR JUNGTINĖJE KARALYSTĖJE

3.1. Reabilitacijos politikos įvertinimas Lietuvoje

Tinkama reabilitacijos politika yra ne tik kompleksinių reabilitacijos paslaugų teikimas šalies gyventojams, bet ir reikiamų specialistų parengimas, tinkamas jų apmokymas, kvalifikacijos kėlimas. Pastaraisiais metais buvo atnaujintos sveikatos specialistų (fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojų, kineziterapeutų, ergoterapeutų) rengimo programos universitetuotuose, vykdomi perkvalifikavimai ir specializacija (pavyzdžiui, socialiniai darbuotojai gali įgyti medicinos specializaciją), kvalifikacijos kėlimo kursai. Šiuo metu šių specialistų paruošimas, žinios ir sugebėjimai atitinka Europos Sąjungos reikalavimus, t. y. jų kvalifikacija atitinka tarptautinius / europinius standartus[99].

Anksčiau aptarti pavyzdžiai parodo reabilitacijos politikos kryptis, sėkmingų strategijų įgyvendinimo pavyzdžius, tačiau norint objektyviai ir kritiškai įvertinti Lietuvoje vykdomą reabilitacijos politiką, reikėtų paminėti, kad šiandien reabilitacijos sistema vis dar turi daug minusų ir aspektų, kurie artimiausioje ateityje galėtų būti keičiami, tobulinami ir optimizuojami.

Viena iš didžiausių Lietuvos reabilitacijos sistemos problemų yra finansavimo trūkumas. Vis dar egzistuoja kvotos, kiek ligonių kiekviena gydymo įstaiga gali per 3 mėnesius siųsti į reabilitaciją, jeigu kvota jau išeikvota, tai pacientui tenka laukti, o tai sukelia komplikacijas, šalutinius efektus. Finansavimas, kasmet skiriamas reabilitacijai, jau ilgą laiką nebuvo didinamas, nors kainos ir atlyginimai kilo. Skyrus daugiau biudžeto pinigų, išsispręstų labai daug opių problemų – atsirastų daugiau naujesnės įrangos, kurios trūkumas rajonuose ypač jaučiamas, nebeliktų kvotų, ar bent jau visi pacientai, kuriems reikia reabilitacijos, ją gautų[100].

Nors šiuo metu Lietuvoje egzistuoja gana gera ir moderni reabilitacijos sistema, platus institucijų ir paslaugų tinklas, vis dar kyla sunkumų užtikrinant sklandų šios sistemos funkcionavimą. Pagrindinės problemos yra netinkama aptarnavimo kokybė, didėjančios gydymo įstaigų administracinės išlaidos, biurokratija. Be to, nėra efektyvaus privalomojo sveikatos draudimo lėšų, skiriamų reabilitacijai, administravimo, todėl ne visada pacientai gali gauti reabilitacijos paslaugas, o tai skatina jų supriešinimą su gydytoju, nepasitenkinimą sistema ir vykdoma reabilitacijos politika[101].

---

[99] Aleksandras Kriščiūnas, *supra* note 1, p. 246-249.

[100] Alvydas Juocevičius, „Reabilitacija Lietuvoje: problemos ir iššūkiai," žiūrėta 2016 m. lapkričio 30 d., http://www.vaistai.lt/Reabilitacija-Lietuvoje-problemos-ir-issukiai-2616.html.

[101] „Trumpai apie medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo paslaugas," *Valstybinė ligonių kasa (2016), žiūrėta 2016 m. gruodžio 5 d.* http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/sveikatos-prieziuros-paslaugos/medicinine-reabilitacija/Puslapiai/Trumpai-apie-medicininės-reabilitacijos-ir-sanatorinio-gydymo-paslaugas.aspx.

Apibendrinant galima teigti, kad Lietuvoje vykdoma reabilitacijos politika sukūrė dabartinę reabilitacijos sistemą (ankščiau jos nebuvo), pagerino teikiamų paslaugų spektrą ir tinklą bei prisidėjo prie darbuotojų kvalifikacijos gerinimo, universitetų programų atnaujinimo, kad jos atitiktų Europos Sąjungos reikalavimus. Nepaisant to, Lietuvos reabilitacijos politikos vis dar laukia daugybė įvairių iššūkių, iš kurių svarbiausias yra finansavimo didinimas, esamų lėšų paskirstymo optimizavimas valstybiniu mastu ir reabilitacijos paslaugų prieinamumo kiekvienam pacientui gerinimas, galbūt net kvotų panaikinimas.

3.2. Reabilitacijos politikos Jungtinėje Karalystėje įvertinimas

Dėmesys reabilitacijai Jungtinėje Karalystėje pradėtas rodyti dar antrojo pasaulinio karo metais. Tuo metu buvo stengiamasi atkurti karių funkcinį aktyvumą, kad jie galėtų grįžti atgal į karo zoną arba bent jau būtų maksimaliai savarankiški, galėtų dirbti ir sumažintų valstybės išlaidas, kurios ir taip buvo gana didelės. Tuo metu kuriami reabilitacijos centrai iš pradžių buvo skiriami tik kariams, bet vėliau tapo atviri ir civiliams, buvo atliekami tyrimai, taikomos naujos technologijos. Ypatingas dėmesys buvo skiriamas darbo terapijai, invalidų sugrąžinimui į darbo rinką, skatinimui patiems užsidirbti pinigų pragyvenimo išlaidoms. Pamažu atsirado specialios gamyklos, kurios įdarbindavo neįgalius asmenis. Šios gamyklos užsiimdavo medžio, odos gaminių darbais ar batų gamyba. Vėliau ekspertai pradėjo kalbėti apie tai, jog neįgalių asmenų negalima diferencijuoti, priešingai – reikia skatinti juos sugrįžti į bendrą darbo rinką, ir specialistai turėtų padėti tai pasiekti. Šie įvykiai turėjo įtakos žmonių požiūriui į negalią, gyvenimą su ja, nes neįgalieji nebebuvo atskiriami nuo bendruomenės, o tapo jos nariais, galėjo formuoti socialinius, profesinius ryšius. Tai turėjo didelę įtaką Jungtinės Karalystės reabilitacijos politikai ir dabartinės reabilitacijos sistemos sukūrimui ir plėtojimui.

Šiuo metu Jungtinės Karalystės reabilitacijos politika ir sistema vertinama kaip atitinkanti tarptautinius PSO standartus, kurie teigia, kad reabilitacija turi būti kompleksinė (medicininė, profesinė, socialinė ir emocinė) bei daugiaprofilinė (apimti įvairius funkcinius sutrikimus, o ne sukeltus tik tam tikrų ligų). Be to, buvo pradėta vadovautis požiūriu, kad medicininis gydymas yra tik pradžia ir įvertinama tinkamos reabilitacijos svarba ekonominei ir socialinei Jungtinės Karalystės visuomenės gerovei, nes reabilitacija kartais gali būti svarbesnė už gydomąją mediciną.

Sėkminga reabilitacijos politika Jungtinėje Karalystėje remiasi šiais principais (pateikta žemiau). Jais turi vadovautis visi reabilitacijos sistemos darbuotojai (komandą formuoja žymiai daugiau narių negu Lietuvoje, prie to prisideda ligoninės, savivaldybės, nevyriausybinės organizacijos):

- Reabilitacija yra orientuota į pacientus;

- Rekomenduojama naudotis jau sukurtais algoritmais, literatūra;
- Integruotas paslaugų teikimas vaikams ir paaugliams;
- Skiriamas dėmesys visam reabilitacijos ciklui, o ne vien tik pirminei medicininei reabilitacijai[102].

Praktiniai pavyzdžiai parodo, kad šie principai iš tikrųjų yra pritaikomi reabilitacijos metu ir pateikia labai gerų rezultatų. Pavyzdžiui, pradėtas vystyti ir dabar dar plėtojamas projektas, kai pacientas gauna reabilitacijos biudžetą, aktyviai dalyvauja plano sudaryme, tariasi su specialistais. Tai skatina žmogų būti atsakingu už sėkmingą savo maksimalaus funkcinio aktyvumo atkūrimą bei padeda identifikuoti, kas labiausiai pacientui tuo metu yra reikalinga. Tai gerokai palengvina medicinos atstovų darbą, padeda optimizuoti reabilitaciją (labai svarbu nepamiršti, kad kiekvienas atvejis yra individualus).

Nepaisant pateiktų teigiamų Jungtinės Karalystės vykdomos reabilitacijos politikos pavyzdžių, galima rasti ir neigiamų aspektų, į kuriuos reikėtų atsižvelgti ir išspręsti egzistuojančias problemas. Viena iš didžiausių, susijusių su reabilitacijos sistema, yra NHS finansavimas ir personalo kiekis (tai liečia daugumą sričių ir įvairių ligų gydymą, ne tik reabilitaciją). Šiuo metu visoje šalyje trūksta įvairių specialistų, be to, NHS turi biudžeto deficitą. Kaip pavyzdį būtų galima pateikti situacijas, kai po dalies šonkaulių pašalinimo operacijos pacientai nėra nukreipiami pas kineziterapeutą, ilgokai laukia kitos gydytojo konsultacijos. Toks delsimas gali sukelti antrinių komplikacijų ir judėjimo sutrikimų vėlesniame paciento gyvenime[103].

Apibendrinant galima teigti, kad Jungtinės Karalystės vykdoma reabilitacijos politika yra gana sėkmingai, tačiau vis dar pasitaiko problemų sistemos funkcionavime. Kai kuriais atvejais tos problemos yra susijusios su bendromis NHS problemomis bei liečia ir kitas medicinos sritis.

[102] NHS, *supra note* 4.
[103] Jane Feinmann. "Why hip replacement patients are told to be less cautious: lack of movement and physiotherapy after surgery leave many patients unable to recover," *Daily mail* žiūrėta 2016 m. lapkričio 28 d., http://www.dailymail.co.uk/health/article-3980316/Why-hip-replacement-patients-told-CAUTIOUS-Lack-movement-physiotherapy-surgery-leave-patients-unable-recover.html.

4. REABILITACIJOS POLITIKOS LIETUVOJE IR JUNGTINĖJE KARALYSTĖJE TEORINĖ LYGINAMOJI ANALIZĖ

1 lentelė. Reabilitacijos politikos lyginamoji analizė Lietuvoje ir Jungtinėje Karalystėje

	Reabilitacijos politikos lyginimo kriterijai	**Lietuva**	**Jungtinė Karalystė**
POLITIKOS FORMAVIMAS	Reabilitacijos politikos formavimo principai	Lietuvoje reabilitacijos sistemos kūrimas ir įgyvendinimas buvo vykdomas trimis etapais: **Pirmasis etapas** (iki 1991 m.): taikomos pavienės gydomosios fizinės kultūros, fizioterapijos priemonės, tačiau nebuvo vyriausybės vykdomos reabilitacijos politikos, orientuojamasi tik į specifinius ligonius (pavyzdžiui, po širdies raumens infarkto); **Antrasis etapas** (1992 – 2002 m.): buvo sukurta ir pradėta įgyvendinti daugiaprofilinės reabilitacijos plėtra, kurios metu įkurta daugiau negu 60 specializuotų reabilitacijos skyrių sanatorijose, poliklinikose ir stacionaruose, pradėti rengti profesionalūs reabilitacijos specialistai ir apibrėžta, kas suformuoja komandą. Taip pat buvo stiprinama įstaigų materialinė ir techninė bazė bei Valstybinei ligonių kasai atiduotas ligonių finansavimas. Šiuo metu susikūrė Lietuvos reabilotologų asociacija; **Trečiasis etapas**: siejamas su kompleksinės reabilitacijos idėjos įgyvendinimu, kurio metu turėjo būti sukurta efektyvi sistema, atitinkanti visus tarptautinius standartus bei suteikianti galimybes reabilitaciją taikyti nuo pirmos paciento susirgimo dienos iki tol, kol jis visiškai pasveiksta.	Jungtinėje Karalystėje reabilitacijos sistema pradėjo veikti žymiai anksčiau negu Lietuvoje. Ji prasidėjo dar antrojo pasaulinio karo metu, kai buvo stengiamasi atkurti sunkiai sužalotų kareivių funkcinį aktyvumą po fronte patirtų traumų, nudegimų ir tuomet pasiųsti juos atgal į kovas ar bent jau sumažinti jų priklausomybę nuo valstybinių pašalpų, slaugos ir artimųjų pagalbos po karo. Jungtinėje Karalystėjė iki 1945 m. pab. buvo įkurti centrai, kurie teikė reabilitacijos paslaugas buvusiems kariams. 1948 m. įkurta Nacionalinės sveikatos apsaugos organizacija (NHS), vėliau perėmusi reabilitacijos paslaugų teikimo kontrolę. Šiuo metu reabilitacijos sistema veikia pagal nustatytus PSO standartus, apibrėžiančius, kad reabilitacija yra kompleksinė ir daugiaprofilinė bei skirta visiems pacientams, kuriems jos reikia. Jungtinėje Karalystėje kiekvienas pacientas turi asmeninį biudžetą, skirtą jo reabilitacijai, kuris yra suderintas su NHS darbuotojais.
	Teisės aktų reglamentavimas	Lietuvos Respublikos Invalidų socialinės integracijos įstatymas (1991 m.);	In Sight and In Mind. A toolkit to reduce the use of out of area mental health services (National

		„Nacionalinė neįgaliųjų medicininės, profesinės, socialinės reabilitacijos ir integracijos programa 2003 – 2012 metams" (2002m.); Lietuvos sveikatos 2014 – 2025 metų programa; Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo (2008 m.); LR Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. įsakymas Nr. V-935 „Dėl Lietuvos medicinos normos 123:2004 „Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė"	Mental Health Development Unit, 2011). Long Term Conditions Year of Care Commissioning Programme, Unbundling Recovery Simulation Model. Unbundling Recovery: Recovery, Rehabilitation and Reablement National Audit Tool (NHS, 2014). Improving Rehabilitation Services Community of Practice: generating discussion, debate and resources to support improvement in rehabilitation services. Improving Rehabilitation Services in England: Sharing Best Practice in Acute and Community Care (NHS, 2014). A Collaborative Approach to Rehabilitation, Reablement, Recovery, Survivorship and Prehab. South West Strategic Clinical Network. South of Tyne and Wear's Rehabilitation Strategy (NHS, 2014). Rehabilitation, Reablement, Recovery: Quality Guidance Document. Wessex Strategic Clinical Networks (NHS, 2014) Improving the Quality of Orthotics Services in England (NHS, 2015)
	Reabilitacijos politikos formavime dalyvaujančios institucijos	Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija;	Nacionalinės sveikatos apsaugos organizacija (NHS); *UK National Rehabilitation Outcomes Collaborative* (UKROC); *Sentinel Stroke National Audit Programme* (SSNAP).

POLITIKOS ĮGYVENDINIMAS	Infrastruktūra	Lietuvoje norint sėkmingai įvykdyti išsikeltus reabilitacijos politikos tikslus, reabilitacija turėjo būti plėtojama: daugiaprofiliniuose stacionaruose; poliklinikose (ambulatorijose); reabilitacijos ligoninėse ir sanatorijų reabilitacijos skyriuose; reabilitacija namuose. Reabilitacijos politika, atskiros sveikatos sistemos organizacijos lygmeniu, įgyvendinama diegiant reabilitacijos naujoves, jų visumą, kompleksiškai siekiant esminių veiklos kokybės pokyčių.	Reabilitacijos politika ir reabilitacijos sistemos plėtojimas yra veikla, kuria užsiima NHS (įstatymus siūlo ir priima parlamento nariai). Ji kontroliuoja, rūpinasi sveikatos apsaugos paslaugų teikimu gyventojams, apdraustiems valstybiniu sveikatos apsaugos draudimu. Pagrindinės problemos, su kuriomis susiduria NHS, daro poveikį ir reabilitacijos paslaugų teikimui.
	Personalo komanda, darbuotojų kiekis	Prie sėkmingo reabilitacijos vykdymo prisideda ne tik medicinos srities darbuotojai, bet ir socialines paslaugas teikiantys profesionalai (pavyzdžiui, socialiniai darbuotojai, psichologai, logopedai).	Darbuotojų ir personalo trūkumas jaučiamas įvairiose medicinos srityse. Jungtinės Karalystės reabilitacijos sistemoje dalyvauja daugybė įvairių sričių profesionalų. Be tradicinių komandos narių konsultacijų (fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo, kineziterapeuto, ergoterapeuto, kitų gydytojų konsultantų), dar galima gauti pagalbą ir iš įvairių terapijų atstovų, pavyzdžiui, muzikos ar dailės terapeuto surengtas sesijas.
	Kokybės reikalavimai	Lietuvoje trečiame reabilitacijos sistemos kūrimo etape siekiama sukurti efektyvią sistemą, atitinkančią tarptautinius standartus. Lietuvoje vykdoma reabilitacijos politika atitinka PSO standartus, kuriais vadovaujasi dauguma pasaulio šalių ir kurie yra teigiamai įvertinti ekspertų bei profesionalų.	Jungtinės Karalystės reabilitacijos politika ir sistema atitinkanti tarptautinius PSO standartus.
	Bendradarbiaviams tarp institucijų	Antrajame reabilitacijos politikos įgyvendinimo etape buvo įkurta 60 specializuotų reabilitacijos skyrių sanatorijose, poliklinikose ir stacionaruose, pradėti rengti profesionalūs reabilitacijos specialistai. Lietuvoje reabilitacija gali būti medicininė (apima reabilitaciją	Reabilitacijos procesas gali vykti tiek ligoninėje (terapinio gydymo metu, jeigu nėra skubus atvejis), tiek ir bendruomenėje, todėl procese dalyvauja įvairios organizacijos, valstybinės tarnybos: NHS, savivaldybės ir bendruomenės ar nevyriausybinės savanorių organizacijos.

		atliekamą daugiaprofiliniuose stacionaruose, ambulatorijose, specializuotose reabilitacijos įstaigose) ir sanatorinė.	
POLITIKOS VERTINIMAS	Pacientų reabilitacijos kokybės vertinimas	Lietuvos reabilitacijos sistemoje egzistuoja kvotos, kiek kiekviena gydymo įstaiga gali per 3 mėnesius siųsti ligonių į reabilitaciją. Jeigu kvota išeikvota, pacientui gali tekti laukti, o tai sukelia komplikacijas, šalutinius efektus.	Dar antrojo pasaulinio karo metais buvo kuriami reabilitacijos centrai, kurie iš pradžių buvo skirti tik kariams, bet vėliau tapo atviri ir civiliams. Ypatingas dėmesys buvo skiriamas darbo terapijai, neįgaliųjų sugrąžinimui į darbo rinką ir skatinimui jiems patiems užsidirbti pinigų pragyvenimo išlaidoms.
	Personalo reabilitacijos kokybės vertinimas	Pastaraisias metais buvo atnaujintos sveikatos specialistų (fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojų, kineziterapeutų, ergoterapeutų) rengimo programos universitetuotuose, vykdomi perkvalifikavimai ir specializacija (pavyzdžiui, socialiniai darbuotojai gali įgyti medicinos specializaciją), kvalifikacijos kėlimo kursai.	Šiuo metu Jungtinėje Karalystėje yra įvairių sričių specialistų trūkumas be to, NHS turi biudžeto deficitą.
	Reformų vertinimas	Šiuo metu Lietuvoje egzistuoja genėtinai gera ir moderni reabilitacijos sistema, platus institucijų ir paslaugų tinklas, bet vis dar kyla sunkumų užtikrinant sklandų šios sistemos funkcionavimą.	Šiuo metu Jungtinės Karalystės reabilitacijos politika ir sistema vertinama kaip atitinkanti tarptautinius PSO standartus, kurie teigia, kad reabilitacija turi būti kompleksinė bei daugiaprofilinė. Jungtinėje Karalystėje vadovaujamasi požiūriu, kad reabilitacija kartais gali būti net svarbesnė už gydomąją mediciną.

Politikos formavimas. Lyginant Lietuvos ir Jungtinės Karalystės reabilitacijos politikos formavimo principus buvo pastebėta, kad Jungtinėje Karalystėje reabilitacijos politika buvo pradėta įgyvendinti dar antrojo pasaulinio karo metu, priešingai nei Lietuvoje, kurioje pirmasis reabilitacijos politikos įgyvendinimo etapas vyko iki 1991 m. (taikomos pavienės gydomosios fizinės kultūros, fizioterapijos priemonės). Taigi, reabilitacijos politika Jungtinėje Karalystėje valstybiniu mastu (ne pavieniais atvejais) pradėta įgyvendinti daug ankščiau negu Lietuvoje.

Lietuvoje prie reabilitacijos politikos įgyvendinimo reglamentavimo prisideda: Invalidų socialinės integracijos įstatymas (1991 m.); „Nacionalinė neįgaliųjų medicininės, profesinės, socialinės reabilitacijos ir integracijos programa 2003 – 2012 metams" (2002m.); Lietuvos sveikatos

2014-2025 metų programa; Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo (2008 m.); LR sveikatos apsaugos ministro 2004 m. įsakymas Nr. V-935 „Dėl Lietuvos medicinos normos 123:2004 „Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“. Taigi, kaip matome iš Lietuvos teisinio reglamentavimo, reabilitacijos įgyvendinimą Lietuvoje apibrėžia tik vienas įstatymas, dvi programos ir du sveikatos apsaugos ministro įsakymai. Tai leidžia daryti prielaidą, kad Lietuvoje, priešingai nei Jungtinėje Karalystėje, nėra išplėtotas reabilitacijos politikos įgyvendinimo reglamentavimas. Jungtinėje Karalystėje reabilitacijos teisinį reglamentavimą apibrėžia priemonių rinkiniai, programos, strategijos, auditui atlikti naudojami įrankiai, praktikos. Taigi, galima teigti, kad Jungtinėje Karalystėje per ilgus reabilitacijos taikymo metus įsigaliojo didesnis teisinis reglamentavimas, apibrėžiantis reabilitacijos politikos įgyvendinimą šalyje. Lietuvoje reabilitacijos politikos formavime dalyvauja tik viena institucija – Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija, priešingai nei Jungtinėje Karalystėje, kurioje reabilitacijos politikos įgyvendinimu ir vykdymu rūpinasi trys institucijos: Nacionalinės sveikatos apsaugos organizacija (NHS); *UK National Rehabilitation Outcomes Collaborative* (UKROC); *Sentinel Stroke National Audit Programme* (SSNAP).

Politikos įgyvendinimas. Lyginant Lietuvos ir Jungtinės Karalystės infrastruktūrą pastebėta, kad Lietuvoje norint sėkmingai įvykdyti išsikeltus reabilitacijos politikos tikslus, reabilitacija turėjo būti plėtojama: daugiaprofiliniuose stacionaruose; poliklinikose (ambulatorijose); reabilitacijos ligoninėse ir sanatorijų reabilitacijos skyriuose; vykdoma reabilitacija namuose. Tuo tarpu Jungtinėje Karalystėje reabilitacijos infrastruktūros gerinimu rūpinasi NHS. Kiek kitokia situacija pastebima lyginant šių šalių personalo išteklius. Lietuvoje reabilitacija rūpinasi ne tik medicinos srities darbuotojai, bet ir socialines paslaugas teikiantys profesionalai (pavyzdžiui, socialiniai darbuotojai, psichologai, logopedai). Tuo tarpu Jungtinėje Karalystėje pastebimas visų sričių medicinos darbuotojų trūkumas. Tiek Lietuvoje, tiek Jungtinėje Karalystėje veikianti reabilitacijos sistema atitinka tarptautinius PSO standartus, kuriais vadovaujasi dauguma pasaulio šalių. Analizuojant tiek Lietuvos, tiek Jungtinės Karalystės bendradarbiavimą tarp reabilitaciją teikiančių institucijų buvo pastebėta, kad Lietuvoje reabilitacija gali būti medicininė (apima reabilitaciją, atliekamą daugiaprofiliniuose stacionaruose, ambulatorijose, specializuotose reabilitacijos įstaigose) ir sanatorinė, tačiau į reabilitacijos procesą neįtraukiama bendruomenė ar savanoriai. Tuo tarpu Jungtinėje Karalystėje reabilitacijos procesas gali vykti tiek ligoninėje (terapinio gydymo metu, jeigu nėra skubus atvejis), tiek ir bendruomenėje, todėl jos procese dalyvauja įvairios organizacijos, valstybinės tarnybos – NHS, savivaldybės, bendruomenės ar nevyriausybinės savanorių organizacijos. Taigi, Jungtinėje Karalystėje vyrauja platesnis bendradarbiavimas tarp institucijų, kurios rūpinasi žmonių reabilitacija, tačiau joje trūksta medicininį

išsilavinimą turinčių darbuotojų, priešingai nei Lietuvoje. Tiek Lietuvoje, tiek Jungtinėje Karalystėje reabilitacijos sistema atitinka tarptautinius standartus. Tačiau reabilitacijos infrastruktūra Lietuvoje rūpinais daug institucijų: poliklinikos, reabilitacijos ligoninės ir sanatorijos, priešingai nei Jungtinėje Karalystėje, kurioje reabilitacijos politikos įgyvendinimą ir vykdymą prižiūri viena institucija – Nacionalinės sveikatos apsaugos organizacija (NHS).

Politikos vertinimas. Lyginant Lietuvos ir Jungtinės Karalystės pacientų reabilitacijos kokybės vertinimą buvo prieita prie išvados, kad Jungtinėje Karalystėje reabilitacijos sistema yra labiau orientuota į asmenį, o ne į ekonominius išskaičiavimus, tai patvirtina ir teiginys, kad reabilitacija kartais gali būti svarbesnė už gydomąją mediciną. Taip pat Jungtinėje Karalystėje dar Antrojo pasaulinio karo metu buvo skiriama daug dėmesio karių reabilitacijai, nes karių išlaikymas kainavo didelius pinigus, todėl Jungtinėje Karalystėje buvo siekiama kuo greičiau juos pasatyti ant kojų. Todėl buvo kuriami reabilitacijos centrai, skirti tik kariams, vėliau tapę atviri ir civiliams. Taip pat daug dėmesio buvo skiriama darbo terapijai, leidžiančiai kariams įsitvirtinti darbo rinkoje.

Priešinga situacija pastebima Lietuvoje, kurioje visas dėmesys yra sutelktas ties ekonomika, nes Lietuvos sveikatos sistemoje egzistuoja kvotos, kurios medicinos įstaigoms griežtai nurodo, kiek ligonių per metus jos gali išsiųsti į reabilitaciją. Kiek kitokia situacija Lietuvoje pastebima su reabilitacijos personalo kokybės vertinimu, nes pastaraisias metais buvo atnaujintos sveikatos specialistų (fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojų, kineziterapeutų, ergoterapeutų) rengimo programos universitetuotuose, vykdomi perkvalifikavimai ir specializacija (pavyzdžiui, socialiniai darbuotojai gali įgyti medicinos specializaciją), kvalifikacijos kėlimo kursai. Situacija priešinga nei yra Jungtinėje Karalystėje, kurioje pastebimas ryškus įvairių sričių specialistų trūkumas. Atliekant abiejų šalių reformų vertinimą buvo pastebėta, kad Lietuvoje veikia gana gera ir moderni reabilitacijos sistema, tačiau sėkmingam jos įgyvendinimui trukdo daug problemų (kaip jau minėtos kvotos). Tuo tarpu Junbtinėje Karalystėje atliktos reformos vertinamos teigiamai, nes jos padėjo pasiekti, kad šalyje veikianti reabilitacijos sistema atitiktų tarptautinius standartus ir didesnis dėmesys būtų skiriamas asmeniui, bet ne valstybės ekonomikai. Taigi galima teigti, kad nepaisant to, jog Jungtinėje Karalystėje susiduriama su darbuotojų trūkumu, jos reabilitacijos sistema yra kur kas geresnė negu Lietuvos – tai patvirtina ir pačių pacientų reabilitacijos vertinimas.

5. REABILITACIJOS POLITIKOS VERTINIMAS LIETUVOJE IR JUNGTINĖJE KARALYSTĖJE (EMPIRINIS TYRIMAS)

5.1. Tyrimo metodologija

5.1.1. Bendroji tyrimo logika

Siekiant įvertinti bei palyginti reabilitacijos politiką Lietuvoje bei Jungtinėje Karalystėje buvo pasirinktas sociologinis kokybinis tyrimo metodas, kuris yra indukcinio pobūdžio. Duomenys rinkto taikant giluminį, pusiau struktūruotą ekspertų interviu, kuris nėra griežtai apribotas, gebantis lanksčiai reaguoti į informanto atsakymus. Visi surinkti duomenys yra analizuojami, vertinami, siekiant sukurti teorinį pagrindą, kurio pagalbą darbo autorius gali susidaryti visapusišką situacijos paveikslą. Taigi būtent sociologinis kokybinis tyrimas leidžia ištirti, suprasti esančius reiškinius, kurie yra svarbūs reabilitacijos srityje[104].

5.1.2. Tyrimo pasirinkimo tikslingumas

Pasirinktas kokybinis tyrimas leidžia nuodugniai ištirti reabilitacijos politiką Lietuvoje bei Jungtinėje Karalsytėje, nustatyti priežastinius ryšius, kurie lemia skirtumus tarp dviejų šalių vykdomos politikos, nustatyti bei išanalizuoti situacija, pasinaudojant ekspertų asmenine patirtimi. Kadangi sociologinis kokybinis tyrimas yra lankstus, nėra griežtai apribotas, tai leidžia gauti informatyvius duomenis iš kiekvieno informanto. Pusiau struktūruoto interviu metu gilinamasi į kiekvieno eksperto pateiktą informaciją, kuri yra analizuojama, struktūruojama. Pasirinktas tyrimo modelis leidžia efektyviai išnaudoti gautą informaciją sudarant visuminį situacijos portretą. Išanalizavus gautus duomenis, sociologinio kokybinio tyrimo modelio dėka gauti rezultatai gali turėti įtakos tolimesniam reabilitacijos politikos vystimuisi bei padėti pagrindą ateities moksliniams darbams reabilitacijos srityje.

5.1.3. Tyrimo etikos principai

Prieš vykdant apklausas Jungtinėje Karalystėje buvo gautas Mykolo Romerio Universiteto etikos komisijos pirmininko Sauliaus Nefo leidimas atlikti tyrimą Lietuvoje bei Jungtinėje Karalystėje. Patvirtinamajame rašte pažymima, jog etikos komisija išnagrinėjo

104 Kęstutis Kardelis, *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai* (Kaunas: JUDEX, 2002), 76-84.

Reabilitacijos politikos analizės Lietuvoje bei Jungtinėje Karalystėje tyrimo protokolą ir, įvertinus etinius tyrimo aspektus, kurie išvardinti žemiau, leido atlikti tyrimą:

- Pažeidžiamų asmenų saugumas – tyrime dalyvaus tik reabilitacijos srities ekspertai. Pažeidžiami asmenys, tokie kaip vaikai, protinę negalią turintys asmenys, tyrime nedalyvaus.
- Rizikos / Nepatogumų vertinimas – atsižvelgiant į pateiktą protokolą, rizikos nenustatytos.
- Tyrimo naudingumas – Reabilitacijos ekspertai, dalyvaujantys tyrime, turės galimybę susipažinti su gautais rezultatais bei gauti rekomendacijas.
- Tiriamųjų išlaidų kompensavimas – Tyrimo dalyviai tyrime dalyvauja tik savanoriškai, už dalyvavimą tyrime atlygis nėra mokamas. Visos išlaidos, kurias patirs tyrimo iniciatorius, bus apmokamos asmeninėmis tyrėjo lėšomis.
- Konfidencialumas – Dalyvių duomenų saugumas užtikrintas. Publikuojant tyrimo duomenis, asmeninė informacija (vardas, pavardė ir kt.) viešinama nebus.
- Informuotumas – kiekvienas tyrime dalyvaujantis ekspertas turės pasirašyti informuotąjį sutikimą dalyvauti tyrime.

Raštas buvo išverstas į anglų kalbą, patvirtintas vertimo biuro ir pateiktas elektronine forma visiems ekspertams, kurie sutiko dalyvauti tyrime.

5.1.4. Tyrimo organizavimo principai bei etapai

Reabilitacijos politikos Lietuvoje ir Jungtinėje Karalystėje empirinį tyrimą galima suskirstyti į šiuos etapus:

- Interviu klausimų sudarymas;
- Ekspertų pasirinkimas;
- Pusiau struktūruoto interviu atlikimas;
- Gautų duomenų apdorojimas, sisteminimas bei vertinimas.

Klausimų sudarymas: Pusiau struktūruoto interviu klausimyną sudaro 7 klausimai, kuriais siekiama išanalizuoti reabilitacijos politikos formavimo, vertinimo bei įgyvendinimo problemas bei geruosius pavyzdžius šalyje. Formuluojant klausimus buvo pasirinkti konkretūs klausimai, kurie nesufleruoja atsakymų ir į kuriuos negalima būtų atsakyti vienu žodžiu. Visi klausimai turi ryšį su pateika teorinės dalies analize, kurioje identifikuojamos teorinio pagrindo problemos, trukūmai bei gerosios praktikos pavyzdžiai.

Ekspertų parinkimas: Tyrimo imtis buvo parinkta ne atsitiktine tvarka. Visi tiriamieji privalėjo atitikti bent vieną iš nustatytų kriterijų:

- Dirba reabilitacijos politiką formuojančioje institucijoje;

- Dirba reabilitacijos politiką vykdančioje institucijoje;
- Vykdo mokslinę veiklą reabilitacijos srityje.

Vertinant informantų pateikiamą informaciją buvo atkreiptas dėmesys ir į tiriamojo gebėjimą objektyviai vertinti reabilitacijos politiką, pateikti atsakymus ne tik į bendrinius klausimus, susijusius su tiriama tema, bet ir pateikti gilesnes įžvalgas, kurios padėtų apibendrinti reabilitacijos politiką tiriamojo šalyje. Dėl šios priežasties vieno eksperto pateikta informaciją į šį tyrimą įtraukta nebus, nes giluminio interviu metu gauti duomenys nėra validūs ir negali būti laikomi patikimais.

Pusiau struktūruoto interviu atlikimas: Pusiau strukturuotas interviu Jungtinėje Karalystėje vyko 2017 m. balandžio mėnesio 24, 25, 26, 27,28 dienomis. Duomenys buvo analizuoti nuo 2017 m. balandžio mėnesio 30 dienos iki 2017 m. gegužės 16 dienos. Pusiau struktūruotas interviu Lietuvoje vyko nuo 2017 m. gegužės 15 dienos iki 2017 m. liepos 4 dienos. Duomenys buvo analizuojami nuo 2017 m. rugsėjo 14 dienos iki 2017 m. spalio 2 d.

Duomenų analizė bei apdorojimas: Visi interviu duomenys buvo įrašyti naudojant garso įrašymo įrangą, iš anksto sutarus ir gavus leidimą iš tiriamųjų. Visi gauti duomenys buvo transkribuojami ir perkeliami į atskirus dokumentus. Gauti duomenys buvo apdorojami turinio analizės būdu – galutinio transkribuoto teksto skaitymas, analizė. Kategorijų bei subkategorijų išskyrimas pagal reikšminius žodžius.

5.1.5. Klausimai tyrimui

1. Jūsų manymu, kokie kertiniai reabilitacijos politikos kūrimo principai Lietuvoje/ JK?
2. Kokie reabilitacijos politikos reglamentavimo pliusai ir minusai Jūsų šalyje. Ką siūlytumėte keisti, jog reabilitacijos politika būtų efektyvesnė?
3. Kaip vertintumėte reabilitacijos politikos formavime dalyvaujančių institucijų veiklą Lietuvoje/JK? Ar jūsų šalyje yra užtikrinamos pacientų teisės gauti reabilitacijos paslaugas laiku ir kokybiškai?
4. Kaip vertinate reabilitacijos paslaugų kokybę ir prieinamumą?
5. Kokius pagrindinius žmogiškųjų išteklių valdymo trūkumus galėtumėte įvardinti ?
6. Įvardinkite pagrindines kliūtis, kurios labiausiai įtakoja efektyvų ir skaidrų reabilitacijos sistemos veikimą?
7. Kurios šalies reabilitacijos politikos gaires laikytumėte pavyzdinėmis? Kodėl taip manote? Ko galima pasimokyti iš gerosios patirties?

5.1.6. Tyrimo laikas, imtis ir instrumentas

Tyrimo laikas - Interviu vyko nuo 2017 m. gegužės 15 dienos iki 2017 m. liepos 4 dienos. Susitikimai su ekspertais vyko jiems patogiu metu ir vietoje iš anksto suderinus susitikimus telefonu arba elektroniniu paštu.

Tyrimo imtis – tyrime dalyvavo 13 respondentų, tačiau po atlikto interviu taikant griežtą atranką vieno respondento atsakymai nebuvo įtraukiami į šio tyrimo analizę, nes jie nebuvo išsamūs.

Tyrimo instrumentas – interviu sudarė 7 klausimai. Pusiau struktūruotas interviu truko 40 – 60 minučių. Visas interviu buvo įrašytas į diktofoną, vėliau visa informacija buvo transkribuojama ir perkeliama į atskiras dokumentines bylas. Atliekant teksto analizę gauta informacija buvo grupuojama i kategorijas ir į subkategorijas, pasitelkiant kokybinę tūrinio analizę.

5.2. Kokybinio tyrimo interviu analizės rezultatai

5.2.1. Lietuvos ekspertų nuomonės analizė

Atlikto kokybinio tyrimo rezultatų analizė pradedama nuo demografinių duomenų apžvalgos (žr. 2 lentelę).

2 lentelė. Lietuvos informantų demografiniai duomenys.

Informanto eilės nr.	Darbo stažas	Išsilavinimas	Valstybė
I1	5	Aukštasis universitetinis	LT
I2	7	Aukštasis universitetinis	LT
I3	14,5	Aukštasis universitetinis	LT
I4	6,5	Aukštasis universitetinis	LT
I5	5	Aukštasis universitetinis	LT
I6	7	Aukštasis universitetinis	LT

Iš 2 lentelės matyti, kad iš viso tyrime dalyvavo 6 informantai iš Lietuvos, kurie visi turėjo aukštąjį universitetinį išsilavinimą. Iš kiekvienos valstybės tyrime dalyvavo po 6 informantus. Tyrimo metu nustatyta, kad informantų darbo stažas Lietuvoje svyruoja nuo 5 iki 14,5 metų, kurių bendras vidurkis 7,5 metų.

Pirmuoju klausimu **(„Jūsų manymu, kokie kertiniai reabilitacijos politikos kūrimo principai Lietuvoje“)** prašyta informantų atsakyti, kokie, jų manymu, kertiniai reabilitacijos politikos kūrimo principai Lietuvoje. (žr. 3 lentelę)

3 lentelė. Reabilitacijos politikos kūrimo principai Lietuvoje.

KATEGORIJA	SUBKATEGORIJA	ĮRODANTYS TEIGINIAI
Teisinis reglamentavimas	Teisinės bazės sukūrimas	*„...profesorius Juocevičius ministerijoje: jo didžiulis įdirbis tas, kad jo visa teisinė bazė padėta“;* *„Principine prasme kas yra gerai, kad ir įstatymiškai įtvirtinta vienas iš tų trijų dramblių (aktyvus gydymas, slauga ir reabilitacija) įstatymiškai reabilitacija yra vienas iš didžiulių dramblių“.*
	Teisinio reguliavimo netobulumas	*„Bet yra aišku labai daug dalyku, kurie yra taisytini“;* *“Blogai V50 labai didelis labai griozdiškas, ir vaikų, ir suaugusių viskas viename. 140 lapų imtis yra labai nepatogu. Visi pacientai piktinasi, kad neįmanoma skaityti“;* *„Specialistams lygiai taip pat nepatogu naudotis... FMR gydytojai nežino kai kurių veiklą reglamentuojančių punktų”.*
	Siūlytini pokyčiai, tendencijos	*„... mes norime padaryti - atskirti įstatymą į blokus vaikų ir suaugusių, kad būtų patogiau“.*
Politikos pokyčiai	Sąlygų pasikeitimas	*„Keičiasi daug sąlygų, ne tik politikos“;* *„Dabar mes modernėjam, dėl to atsiranda galimybė taikyti ES patvirtintas reabilitacijos politikas“.*
	Visuomenės požiūrio kaita	*„Keičiasi ir visuomenės požiūris į reabilitaciją.“* *„...gerai tas, kad per tam tikrą nors ir netrumpą laiką visuomenės požiūris keičiasi“.*
Žmogiškieji ištekliai	Personalo pasirinkimas	*„Sudaryta didelė darbo grupė iš specialistų, ligonių kasos, ministerijos atstovų“;* *„Specialistai iš viešųjų ir privačių įstaigų“.*
	Komandinis darbas	*„Komandinis principas lieka - mes jo nekeičiame...“;* *„Pagrindinis principas yra komandinis darbas...“;* *„...reabilitacija nėra rutininė, standartinė - tai dirba visa komanda. Jie diskutuoja lygiomis teisėmis“;* *„ Bendras specialistų darbas“;* *„Mano nuomone, svarbiausia, kad vyktų komandinis darbas net ir kūrimo procese“;* *„Labai svarbu, kad nebūtų nuskriausti kurie nors komandos nariai“.*
	Viršenybės principas	*„...šiuo metu daugiau reabilitacijos politikoje akcentuojama gydytojų valdžia ir vadovavimas, o ne lygiateisis visų komandos narų vienodas valdymas.“* *„Tik vienintelėj įstaigoje mačiau, kad visa komanda dirbtų kaip laikrodukas – tai Santariškėse“.*
	Kompleksiškumas	*„Dirbama kompleksiškai“;*

		„...įtraukti ne tik FMR bet ir kinezi, ergo, socialiniai ir net klinikiniai psichologai“; *„Į paciento ligą žiūrime kompleksiškai“.*
Reabilitacijos politikos modelis	Privalumai, trūkumai	*„Pacientas gauna įvairiapusiškesnę pagalbą“;* *“ galėčiau pasakyt, kad geresnis mūsų modelis nei JK”;* *„Įtraukti visi įmanomi specialistai“.*
	Multidisciplininis reabilitacijos procesas	*„...paslaugas gali lengvai pasiekti ir gauti dauguma pacientų. Svarbu, kad nebūtų užmirštos tam tikros ligų grupės, nes tada ne visi pacientai, kuriems reikia, gauna reabilitacijos paslaugas“.*

Apibendrinimas. Atliktas interviu parodė, kokie yra kertiniai reabilitacijos politikos kūrimo principai Lietuvoje. Vertindami reabilitacijos politiką, esminiais reabilitacijos politiką apibūdinančiais kriterijais, respondentai įvardijo teisinį reglamentavimą, reabilitacijos politikos pokyčius, žmogiškųjų išteklių svarbą bei reabilitacijos politikos modelio privalumus bei trūkumus.

Kalbant apie kertinius reabilitacijos principus, neabejotinai svarbus vaidmuo tenka teisiniam reglamentavimui. Iš kategorijos „Teisinis reglamentavimas“ svarbiausia, informantų manymu, reabilitacijos politikos kūrimą pradėti nuo teisinės bazės sukūrimo. Vieno iš respondento teigimu, visa teisinė bazė yra sukurta profesoriaus Juocevičiaus yra. *„<...>profesorius Juocevičius ministerijoje jo didžiulis įdirbis tas, kad jo visa teisinė bazė padėta“*. Taip pat svarbu atkreipti dėmesį į teisinio reguliavimo netobulumą. Respondentai pasisakydami apie šią subkategoriją teigia, jog yra nemažai dalykų, kuriuos reikia taisyti. Respondentai teigia, jog galioja du poįstatyminiai aktai V50 2008 metų ir V 889 2015 metų. Svarbiausia tai, kad V50 yra labai didelis ir apima dvi sferas – vaikus ir suaugusiuosius. Šio akto apimtis net 140 puslapių ir sukelia pacientų bei gydytojų pasipiktinimą dėl to, kad neįmanoma jo skaityti ir surasti tinkamą ir reikiamą informaciją. Tai sukelia sunkumų ne tik pacientams, bet ir specialistams: *„specialistams lygiai taip pat nepatogu naudotis... FMR gydytojai nežino kai kurių veiklą reglamentuojančių punktų.”* Šia problema buvo pasisakyta subkategorijoje „siūlytini pokyčiai, tendencijos“ , kurioje respondentai teigia, jog yra siekiama atskirti šio poįstatyminio akto dvi sferas – vaikų ir suaugusiųjų – ir padaryti poįstatyminį aktą patogesniu naudoti.

Iš kategorijos „Politikos pokyčiai“, respondentai labiausiai dėmesį atkreipė į subkategorijas „sąlygų pasikeitimas“ ir „visuomenės požiūrio kaita“. Kalbant apie sąlygų pasikeitimą, respondentų teigimų, siekiant atnaujinti reabilitacijos politiką reikia keisti daug sąlygų. Reikalingi ne tik politiniai

pokyčiai bet ir visuomenės požiūrio kaita. Taip pat, respondentų teigimų, visuomenės požiūris į reabilitaciją pradeda keistis.

Iš kategorijos „Žmogiškieji ištekliai“ respondentai išskiria tokias subkategorijas, kuriomis pasisako. Šios subkategorijos yra: personalo pasirinkimas, komandinis darbas, viršenybės principas, kompleksiškumas. Kalbėdami apie personalo pasirinkimą, respondentai pabrėžia, jog jau dabar yra sudaryta darbo grupė, kurios sudėtyje yra specialistai, ligonių kasos, ministerijų atstovai. Čia specialistai yra surinkti iš viešųjų ir privačių įstaigų. Kalbėdami apie komandinį darbą, respondentai, pabrėžia komandinį principą. Tai yra aktualus, pagrindinis ir nekeistinas principas. Reabilitacijoje dirba visa komanda, kurie turėdami lygias teises, tarpusavyje diskutuoja bando išspręsti kilusias problemas. Respondentų teigimų, svarbiausia kad reabilitacijoje vyktų komandinis darbas, nesvarbu ar tai kūrimo procesas ar ne. Deja, bet šiuo metu vietoj lygiateisiškumo principo labiau akcentuojamas viršenybės principas *„...šiuo metu daugiau reabilitacijos politikoje akcentuojama gydytojų valdžia ir vadovavimas, o ne lygiateisis visų komandos narų vienodas valdymas.“*. Respondentų teigimų, darbas reabilitacijose vykdomas kompleksiškai. Respondentai pažymi, jog teikiant reabilitacijos paslaugas naudojami visi įmanomi resursai. *„<...>įtraukti ne tik FMR bet ir kinezi, ergo, socialiniai ir net klinikiniai psichologai.“*.

Iš kategorijos „Reabilitacijos politikos modelis“ išskiriamos dvi subkategorijos. Pirmoji, tai „privalumai, trūkumai“. Apie šią subkategoriją respondentai teigia, jog visi pacientai gauna įvairiapusišką pagalbą. Jie teigia, jog mūsų reabilitacijos modelis yra net geresnis negu JK. Antra subkategorija – Multidisciplininis reabilitacijos modelis. Šiuo modeliu visi pacientai teikiamas paslaugas gali pasiekti lengvai. Respondentai teigia, kad šiuo modeliu svarbiausia neužmiršti tam tikrų ligų grupių, nes tada ne visiems pacientams bus suteiktos reabilitacijos paslaugos.

Antruoju klausimu **(„Kokie reabilitacijos politikos reglamentavimo pliusai ir minusai Jūsų šalyje. Ką siūlytumėte keisti, jog reabilitacijos politika būtų efektyvesnė?“)** siekiama išsiaiškinti reabilitacijos pliusus ir minusus Lietuvoje bei informantų nuomonę apie galimus pokyčius efektyvesniai reabilitacijos politikai. (žr. 4 lentelę)

4 lentelė. Reabilitacijos politikos pliusai ir minusai Lietuvos ekspertų nuomonė.

KATEGORIJA	SUBKATEGORIJA	ĮRODANTYS TEIGINIAI
Pacientų siuntimo/nukreipimo sistemos netobulumas	Galimybė pakliūti pas specialistą	*„Pacientas negali tiesiai pakliūti pas kineziterapeutą iškart po šeimos gydytojo siuntimo“;* *„Jiems reikia išlaukti ir aplankyti net 2 gydytojus prieš gaunant reikiamą pagalbą. Pavyzdžiui, pacientas, kuris turi stuburo problemas ir jau ne*

		pirmą kartą turi tokių nusiskundimu prieš tai eina pas BPG, tada BPG išrašo siuntimą pas reabilitologą ir tik po konsultacijos su juo gauna galimybę patekti pas specialistą“; *„Kartais kiti gydytojai nesusiję su reabilitacija leidžia sau spręsti ar pacientui reikalinga reabilitacija ar ne. Ir tai yra trikdis pacientui patekti pas tinkamą specialistą“.*
	Eilės	*„Taip susidaro eilės ir stringa reabilitacijos procesas“;* *„...mes gi turime kvotas, naturalu, kad eilės susidaro“.*
Kinezeterapeutų licencijavimas	Kvalifikacijos tobulinimo motyvacijos stoka	*„...sunku specialistus suagituoti toliau tęsti mokslus ir tobulintis“;* *„Jų motyvacijos šaltinis dažniausiai yra pinigai“.*
	Reglamentavimas	*„Sudėtingiau reglamentuoti jų veiklą“.*
Sprendimų priėmimas	Darbo grupės netobulumas	*„...dažniausiai priima darbo grupės, kuriose yra tik medicinos gydytojai, o nėra kitų specialistų“* *„Įsivaizduokit priemė formas, kurias mes turime pildyti, tačiau su mumis niekas nesikonsultavo“.*
	Informacijos trūkumas	*„Atliekant specialistų apskaitos formų ruošimą, būtinai dalyvauja gydytojas, nors jis ir nežino visų svarbiausių niuansų, kurie yra svarbūs specialistui ir bando daryti įtaką formų sudaryme“.*
Reabilitacijos politikos tobulinimas	Gerosios patirties panaudojimas	*„Siūlyčiau atkreipti dėmesį į užsienio reabilitacijos sistemą, semtis idėjų, diegti naujoves“;* *„Pažiūrėkit į šalis, kur reabilitacija gyvuoja seniau reikia iš jų pasimokyt“.*
	Finansavimas	*„Skirti daugiau lėšų reabilitacijos sistemos keitimui, jos pertvarkymui“;* *„Norint patobulinti reabilitacijos sistemą reikia padidinti reabilitacijos eilutę, nes iki 2014 metų ji tik mažėjo ir dabar tik pradėjo didėt bet didėjimas nepakankamas“.*
	Išsilavinimo sistemos pertvarkymas	*„Atnaujinti/peržiūrėti specialistų rengimą universitetuose ir kituose mokslo įstaigose“.*

	Paslaugos kokybės gerinimas	*„Tobulinti paslaugų kokybę, prieinamumą“; „...ne tik miestuose ar centruose reabilitacija turi būti gera bet ir mažesniuose miesteliuose“.*

Apibendrinimas. Interviu metu respondentai turėjo galimybę pasisakyti šiais klausimais: pacientų siuntimo/nukreipimo sistemos netobulumas, kineziterapeutų licencijavimas, sprendimų priėmimas, reabilitacijos politikos tobulinimas.

Pirmuoju klausimu „Pacientų siuntimo/nukreipimo sistemos netobulumas“ respondentai pateikė savo nuomonę apie galimybę pakliūti pas specialistą ir apie eiles, laukiant pas tam tikrą specialistą. Jų teigimų, susidaro didžiulės eilės ir reabilitacijos procesas įgyvendinamas nesklandžiai, nes pacientas, po apsilankymo pas šeimos gydytoją, negali pakliūti tiesiai pas kineziterapeutą. Taip pat respondentai atkreipė dėmesį, jog neretai pasitaiko atvejų kuomet kitų sričių specialistai - gydytojai priima sprendimus apie reabilitacijos naudingumą ir taip susidaro trikdis pacientams gauti tinkamą paslaugą.

Kalbėdami apie kineziterapeutų licencijavimą, respondentai pasisakė apie „kvalifikacijos tobulinimo motyvacijos stoką“ ir apie „reglamentavimus“. Jų teigimu, specialistus sunku paskatinti tęsti mokslus ir tobulintis, o visų sunkiausia reglamentuoti jų veiklą.

Iš kategorijos „Sprendimų priėmimas“ išplaukia dvi subkategorijos : darbo grupės netobulumas ir informacijos trūkumas. Pirmuoju aspektu respondentai teigia, jog į sprendimus, kurie priimami reabilitacijos kūrimo ar vykdymo procesuose dalyvauja medicinos gydytojai ir nėra kitų specialistų. Kalbėdami apie informacijos trūkumą, respondentai pasisakė, jog *„atliekant specialistų apskaitos formų ruošimą, būtinai dalyvauja gydytojas, nors jis ir nežino visų svarbiausių niuansų, kurie yra svarbūs specialistui ir bando daryti įtaką formų sudaryme.“*

Šiame interviu dėmesys buvo teikiamas ir vienam iš svarbiausių klausimų „Reabilitacijos politikos tobulinimui“. Ši kategorija buvo suskirstyta į: gerosios patirties panaudojimas, finansavimas, išsilavinimo sistemos pertvarkymas, paslaugos kokybės gerinimas. Kalbėdami apie gerosios patirties panaudojimą, respondentai siūlė atkreipti dėmesį į užsienyje suformuotą reabilitacijos sistemą ir semtis iš jos idėjų bei diegti jas savo šalies reabilitacinėje sistemoje. Respondentai taipogi atsižvelgė į reabilitacijos finansavimą ir siūlė *„skirti daugiau lėšų reabilitacijos sistemos keitimui, jos pertvarkymui“.* Vienas respondentas pažymėjo, jog finansavimas reabilitacijai iki 2014 metų tik mažėjo, nuo 2015 metų pradėjus didinti finansavimą ir skirti daugiau lėšų reabilitacijai piniginis srautas vis vien nėra pakankamas. Siekiant, jog visi specialistai būtų kompetentingi savo srities žinovai, respondentai siūlo *„atnaujinti ar peržiūrėti specialistų rengimą universitetuose ir kituose mokslo įstaigose“,* o kad teikiamos paslaugos būtų prieinamos visiems greitai ir patogiai, būtina tobulinti paslaugų pasiekiamumo kokybę.

Trečiuoju klausimus **(„Kaip vertintumėte reabilitacijos politikos formavime dalyvaujančių institucijų veiklą Lietuvoje? Ar jūsų šalyje yra užtikrinamos pacientų teisės gauti reabilitacijos paslaugas laiku ir kokybiškai**?“), kuriuo siekiama išsiaiškinti kokios yra pacientų teisės gauti reabilitacijos paslaugas laiku ir kokybiškai. (žr. 5 lentelę)

5 lentelė. Pacientų teisės gauti reabilitacijos paslaugas laiku ir kokybiškai užtikrinimas Lietuvoje.

KATEGORIJA	SUBKATEGORIJA	ĮRODANTYS TEIGINIAI
Reabilitacijos modelis	Specialistų profesinės organizacijos	*„Lietuvoje kol kas ne visoje reabilitacijos politikoje dalyvauja visų specialistų profesinės organizacijos, kas turėtų būti būtina. Tik taip prieitume prie vienodo ir tikslaus reabilitacijos modelio, atsižvelgiant į visų specialistų poreikius“.*
	Kvotų trūkumas	*„...nesąmonė turėti kvotas kažkokios ligos reabilitacijai, jeigu vienais metais tų susirgimų daugiau, tai ir turėtume reabilituoti daugiau“;* *„Dirbdami pagal kvotas mes nepadedame visiems“.*
	Siuntimo skaidrumas	*„Tik siuntimo ir tikrinimo tvarka turėtų būti skaidresnė“;* *„Aš žinau tokių atvejų, kuomet man skambina pacientai ir klausia manęs kodėl tokioj ir tokioj poliklinikoje jie negauna reabilitacijos siuntimo, aš siūlau jiems skambinti į ligonių kasas ir klausti ar tikrai visos kvotos išnaudotos, nes kartais įstaigos administracija pasilieka keletą siuntimų „geresniems“ arba sau“;* *„Padarius, kad visos kvotos būtų viešos pacientams būtų daug geriau ir siuntimas taptų skaidresnis bei efektyvesnis“.*
	Pacientų vertinimas	*„Turėtų būti sudaryta bendra pacientų vertinimo ir analizavimo skalė arba bendra elektroninė pacientų byla“;* *„Visas vertinimas turėtų būti pasiekiamas elektroninėje erdvėje štai kaip turėtų veikti E. sveikata“.*
Paslaugų kokybė	Pacientų srautai	*„Pacientų srautas yra labai didelis“;* *„Ligoniai laiku negauna reikiamos pagalbos arba gauna ją nekokybiškai“;* *„...pacientų per daug, o specialistų per mažai“.*
	Specialistų trūkumas	*„Specialistų skaičius labai mažas“;* *„Specialistai emigruoja ten kur reabilitacija vertinama labiau“.*

	Paslaugų prieinamumas	*„Manau, Lietuvoje viena didžiausių problemų reabilitacijos sistemoje - paslaugų prieinamumas ir kokybė“.* *„Kokybiškos paslaugos prienamos tik centruose ir didmiesčiuose gyvenantiems pacientams“.*
Finansavimas	Reabilitacijos įkainis	*„Tokios aplinkybės susidaro dėl to, kad reabilitacijos procedūrų įkainis yra labai mažas, dėl to ir susidaro tokia situacija“;* *„Ar žinojote, kad TLK už reabilitacijos paslaugas moka mažiausiai, taigi apie kokia kokybę mes galim šnekėt?“;* *„Įstaigos administracija skaičiuoja savo pajamas dėl to, mėnesiui jie skiria tam tikrą kvotą kiek FMR gali aptarnauti pacientų ir patikėkit manim dėl esamo finansavimo už reabilitacijos paslaugas didesnes kvotas gauna kitų sričių specialistai“.*
	Lėšų trūkumas	*„Mažai dėmesio ir lėšų yra skiriama reabilitacijai, todėl nukenčia kokybė“.*

Apibendrinimas. Šios interviu dalies metu respondentai turėjo galimybę pasisakyti apie reabilitacijos modelius, paslaugų kokybę ir finansavimą. Kalbant apie reabilitacijos modelį, išskiriamos šios subkategorijos:

- specialistų profesinės organizacijos;
- kvotų trūkumas;
- siuntimo skaidrumas;
- pacientų vertinimas.

Kalbant apie specialistų profesines organizacijas, respondentai teigė, jog ne visoje Lietuvoje egzistuojančioje reabilitacijos politikoje dalyvauja visų specialistų profesinės sąjungos. O taip neturėtų būti. Jeigu reabilitacijos politikoje dalyvautų visų specialistų profesinės organizacijos, taip būtų pasiektas vienodas ir tikslus reabilitacijos modelis ir būtų atsižvelgta į visų specialistų poreikius. Taip pat respondentai teigė, jog negalima skirti daugiau dėmesio vienai problemai, o kitai mažiau. Respondentų teigimu visa reabilitacija turėtų vykti kompleksiškai neišskiriant kažkurios grupės. Informantai pabrėžia, jog kvotos reabilitacijos sistemoje turėtų būti didinamos. Taip pat skiriant kvotas turėtų būti atsižvelgta ir į ligų paplitimą- *„<...> jeigu vienais metais tam tikrų ligų bus daugiau, tai automatiškai joms ir turėtų būti skiriamas didesnis dėmesys.“* Taip pat, turėtų būti atkreipiamas dėmesys siuntimo skaidrumui. Čia respondentų teigimu siuntimo ir tikrinimo tvarka turėtų būti skaidresnė. Ekspertai pasisako ir apie tai, jog esant dabartinei sistemai įstaigų administracija gali lengvai nuslėpti siuntimų kvotų likučius ir pasilikti kelis siuntimus

privilegijuotiems pacientas. Respondentai pažymėjo, jog pacientų vertinimas turėtų būti bendras, remiantis atitinkama skale, arba informacija turėtų būti talpinama elektroninėje pacientų byloje. Elektroninė sveikata turėtų būti diegiama ir reabilitacijos srityje.

Kalbant apie paslaugų kokybę, interviu metu buvo akcentuojamos tokios problemos:

- pacientų srautai;
- specialistų trūkumas;
- paslaugų prieinamumas.

Respondentai, kalbėdami apie pacientų srautą teigė, jog jis yra labai didelis ir dėl to ligoniai nesulaukia reikalingos pagalbos laiku arba sulaukia nekokybiškos pagalbos. O ir gerų, kvalifikuotų, savo sritį išmanančių specialistų skaičius labai mažas. Respondentų teigimu, Lietuvoje paslaugų prieinamumas reabilitacijos srityje yra neišplėtotas ir nekokybiškas.

Kategorijoje „finansavimas“ išskiriamos dvi subkategorijos: reabilitacijos įkainis ir lėšų trūkumas. Interviu metu, respondentai pasisakydami apie reabilitacijos įkainius teigė, jog *„tokios aplinkybės susidaro dėl to, kad reabilitacijos procedūrų įkainis yra labai mažas dėl to ir susidaro tokia situacija.“* O reabilitacijos kokybė yra prasta, dėl to, kad yra skiriama mažai dėmesio ir lėšų reabilitacijos sistemos tobulinimui.

Ketvirtuoju klausimu **(„Kaip vertinate reabilitacijos paslaugų kokybę ir prieinamumą?“)** siekiama išanalizuoti reabilitacijos paslaugų kokybę ir prieinamumą. (žr. 6 lentelę)

6 lentelė. Reabilitacijos paslaugų kokybė ir prieinamumas Lietuvoje.

KATEGORIJA	SUBKATEGORIJA	ĮRODANTYS TEIGINIAI
Finansavimas	Europos Sąjungos struktūrinė parama	*„Geroji dalis buvo ES struktūrinių fondų lėšos kur buvo plėtra medicininės reabilitacijos“;* *„ES lėšos buvo įsisavintos, poagerėjo infrastruktūra“.*
	Regionų plėtra	*„Prieinamumas rajonuose padidėjo“;* *„Lyginant su situacija, kuri buvo prieš 10 metų prieinamumas regionuose tikrai padidėjo, tai ES nuopelnas“.*
	Lėšų trūkumas, kvotos	*„... į biudžetą reabilitacija ir pastoviai raudona eilutė, kad trūksta lėšų reabilitacijai ...“;* *„...taip, iš tikrųjų, lėšų trūksta, nes saugo visa laiką tas lėšas ortopedinei technikai. Juokinga, nes jei skiri daugiau pinigų reabilitacijai, tai tikėtina, kad ortopedinei technikai mažiau reikės“;* *„...dėl kvotų paskirstymo nukenčia paslaugų prieinamumas, pailgėja laukimo laikas“.*

	Finansavimas paskui pacientą	*„Reabilitacija - vienintelė medicinos sritis, kur pinigai eina paskui pacientą. Tai yra, kur benuvažiuotų pacientas, pinigai iš siuntusios įstaigos nukeliauja paskui jį“.*
	Reabilitacijos finansavimo kaita (mažinimas, didinimas)	*„Užtektų bent to, kad jos nebūtų mažinamos tiktai“;* *„...nuo 2015 metų pradėjo didinti lėšas reabilitacijai, o iki tol laiko jis buvo tik mažinamas“.*
	Paciento finansinė padėtis	*„Dauguma geriau uždirbančių žmonių labai dažnai renkasi privačias reabilitacijos klinikas ar sveikatingumo centrus...“.*
Paslaugų kokybė	Antireklama	*„Tie, kurie iš tikrųjų nori gydymo, jie renkasi savo mieste nebent jeigu būna anti reklama iš lūpų į lūpas, kad tam tikroj vietoj blogos paslaugos dėl to žmonės patys neįsitikinę tuo bando ieškot kažkur kitur“;* *„... kai pradeda vienas šnekėt, kad ten logai važiuok į Gintarą taip ir susidaro nuomonė“.*
	Pasitikėjimas didžiųjų miestų specialistais	*„...žmones važiuoja į kitą miestą gaut ambulatorines paslaugas“;* *„...paimkim kokių Elektrėnų reabilitacijos įstaigą, ten žmonių mažiau nei Vilniuj, nes yra nuomonė jog Vilniuj geriausi specialistai“.*
	Eilės laukiant paslaugos	*„...žinoma tuomet atsiranda eilės. Nebūtų prieinamumo problemų, jeigu būtų lėšų“* *„...nes jiems nereikia laukti eilėse ir laukti pačių procedūrų“;* *„Prieinamumas visiems pacientams yra vidutiniškas, nes ir esant sunkiai ligai dažniausiai reabilitacija yra skiriama tik pirmaisiais metais ir nedidelį dienų skaičių, kas kartais apriboja galimybes maksimaliam paciento atsigavimui po susirgimo“.*
	Mokamų paslaugų prieinamumas, pranašumas	*„Viskas atliekama iškart, nereikia laukti savaitės ar mėnesio“;* *„Dauguma geriau uždirbančių žmonių, labai dažnai renkasi privačias reabilitacijos klinikas ar sveikatingumo centrus...“.*
	Specialistų kvalifikacija	*„Mažai skiria dėmesio į specialistų tobulinimuisi“;* *„Mano vadovui labiau apsimoka, kad aš dirbčiau, o ne eičiau į kursus“.*
	Pasenusi sistema	*„Reabilitacijos sistema Lietuvoje yra pasenusi ir nėra tobulinama“;*

		„Dirbdamas jau daugiau negu 5 metus negaliu pasakyt, kad reabilitacijos sistema pagerėjusi“; *„Taip problemų yra, tačiau dabar yra suburta nauja grupė, kurią sudaro specialistai iš įvairių sričių ir bus siekiam atnaujinti sistemą“.*
Naujovių diegimas	Nauji gydymo būdai	*„Pasaulyje vis atsiranda naujovių, naujų praktikų, gydymo būdų, teorijų ir t.t. Tačiau Lietuvoje jų nenagrinėja, neįgyvendina“;* *„Gyvenam tokioje šalyje, kur naujovės yra įgyvendinamos tik pelningose srityse“.*
	Infrastruktūros tobulinimas	*„Reikėtų vystyti infrastruktūrą, didinti finansavimą jos platinimui. Plėsti skyrius, steigti centrus su atitinkančios sąlygom“;* *„Jeigu SAM skirtų daugiau lėšų ir skatintų reabilitacija rajonuose sumažėtų mūsų krūvis“.*
Verslumas	Verslumo perspektyvų nenumatymas atskiriant vaikų reabilitaciją	*„nėra nei vienos komercinės vaikų reabilitacijos įstaigos, nes tai yra nepopuliaru, nepatrauklu“;* *„ užsieniečius iš trečiųjų šalių jie veža, jie žino, kad paslaugų kokybė aukšta, jie gaus ko tikisi ir t.t.“* *„Lietuvoje deja verslas nemato nišų, jie iš dalies teisūs“;* *„Tėvai neskiria šitam gydymui lėšų. Pagrinde tai yra jaunos šeimos, kurios neturi tiek pinigų. Ir čia komercija nutrūksta“.*

Apibendrinimas. Interviu metu buvo aptariamos tokios problemos: finansavimas, paslaugų kokybė, naujovių diegimas, verslumas. Kalbant apie finansavimą, respondentai aptaria šiuos aspektus: ES struktūrinė parama, regionų plėtra, lėšų trūkumas, kvotos, finansavimas paskui pacientą, reabilitacijos finansavimo kaita (mažinimas, didinimas), paciento finansinė padėtis. Aptardami ES struktūrinę paramą respondentai teigė, jog, tobulinant reabilitacijos paslaugų kokybę, didelį indelį davė ES struktūrinių fondų lėšos. Taip pat reabilitacijos kokybė sustiprėjo padidinus prieinamumą rajonuose. Kalbėdami apie lėšų trūkumą ir kvotas, respondentai teigė, jog lėšų reabilitacijai trūksta, nes tos turimos lėšos yra saugomos ortopedinei technikai. Respondentai puikiai supranta, kad taip neturėtų būti, nes jeigu būtų skiriama daugiau lėšų reabilitacijai tuomet mažiau jų reikėtų skirti ortopedinei technikai. Respondentu teigimu, kvotų paskirstymas sukelia ilgas laukimo eiles ir taip pat nukenčia paslaugų prieinamumas. Kalbant apie reabilitacijos finansavimo kaitą (mažinimą ir didnimą) svarbu paminėti, jog nuo 2015 metų lėšos reabilitacijai pradėjo didėti. Iki tol jos buvo tik mažinamos. Respondentų teigimu svarbu, jog būtų stabilus lėšų dydis, t.y. svarbu, jog jos nebūtų mažinamos. Visgi, pacientų finansinė padėtis leidžia jiems rinktis privačias reabilitacijos klinikas ir nesinaudoti valstybinėmis.

Kalbant apie paslaugų kokybę, buvo aptariami šie aspektai: antireklama, pasitikėjimas didžiųjų miestų specialistais, eilės laukiant paslaugos, mokamų paslaugų prienamumas ir jų pranašumas, specialistų kvalifikacija, pasenusi sistema. Interviu metu kalbant apie antireklamą, respondentai paminėjo, jog žmonės siekiantys gydymo dažniausiai renkasi reabilitacijos centrus savo mieste. Tačiau labai dažnai jie sulaukia neigiamos nuomonės iš kitų žmonių, jog tam tikroje klinikoje yra suteikiamos netinkamos paslaugos. Dėl šios priežasties žmonės atsisako teikiamų paslaugų savo mieste neįsitikinę dėl jų kokybės ir bando ieškoti kitų reabilitacijos centrų kituose miestuose dažniausiai didmiesčiuose, ko pasekoje susidaro didesnis krūvis didelių miestų reabilitacijos centruose. Taip pat vyrauja didesnis pasitikėjimas kitų miestų specialistais, dėl to, respondentų teigimu, dauguma žmonių važiuoja į kitus miestus tinkamam gydymui gauti. Žinoma, jog siekiant sulaukti pagalbos reikia išlaukti dideles eiles. Respondentų nuomone, eiles sumažinti galima suteikus tinkamą finansavimą reabilitacijai. Jų žodžiais, *„prieinamumas visiems pacientams yra vidutiniškas, nes ir esant sunkiai ligai dažniausiai reabilitacija yra skiriama tik pirmaisiais metais ir nedidelį dienų skaičių, kas kartais apriboja galimybes maksimaliam paciento atsigavimui po susirgimo.“* Kalbant apie mokamų paslaugų prieinamumą ir jų pranašumą, respondentai interviu metu pamini tai, jog šių paslaugų metų viskas atliekama iš karto ir nereikia laukti eilėse savaites ar mėnesius. Šias reabilitacijos paslaugas renkasi gerai uždirbantys žmonės ir kartu išvengia ilgai trunkančių eilių. Respondentų teigimu, reabilitacijos sistema Lietuvoje yra pasenusi ir netobula, tačiau vieno eksperto teigimu šiuo metu yra sudaryta ekspertų darbo grupė, kuri pasistengs atnaujinti reabilitacijos sistemą.

Interviu metu, kalbant apie naujovių diegimą, buvo išskirtos šios subkategorijos:

- nauji gydymo būdai;
- infrastruktūros tobulinimas.

Pirmuoju atveju, respondentai teigia, jog pasaulyje apstu naujovių, naujų praktikų, gydymo būdų. Tačiau Lietuvoje jos neįgyvendintos, pažymėtina ir tai, jog dažniausiai naujovės diegiamos didesnį pelną nešančioms medicinos sritims. Lietuvoje turėtų būti tobulinama infrastruktūra, didinamas finansavimas reabilitacijos sričiai, jos platinimui. Taip pat turėtų būti plėčiami skyriai, steigiami centrai, kurie turėtų visas būtinas sąlygas suteikti kokybiškai reabilitacijos paslaugai.

Kalbant apie verslumą, respondentai aptarė verslumo perspektyvų numatymą atskiriant vaikų reabilitaciją. Jų teigimu, Lietuvoj nėra nei vienos komercinės vaikų reabilitacijos įstaigos. Tai yra nepopuliaru ir nepatrauklu. Užsienyje vaikų reabilitacijos kokybė yra aukšta, todėl užseniečiai jomis ir naudojasi. Lietuvoje nėra matoma tokia niša. Tėvai neskiria pinigų tokiam gydymui, nes dažniausiai vaikų, kuriems reikalinga reabilitacija tėvai yra jauni ir neturi tiek pinigų. Respondentai pažymi, jopg esant tokiomis sąlygomis komercija nutrūksta, nes nėra perspektyvu kurti verslą, kuris neatneš pelno.

Penktuoju interviu klausimu **(„Kokius pagrindinius žmogiškųjų išteklių valdymo trūkumus galėtumėte įvardinti ?“)** siekiama išanalizuoti žmogiškųjų išteklių valdymo trūkumus. (žr. 7 lentelę)

7 lentelė. Žmogiškųjų išteklių valdymo trūkumai Lietuvoje.

KATEGORIJA	SUBKATEGORIJA	ĮRODANTYS TEIGINIAI
Žmogiškųjų išteklių trūkumai	Eilės	*„Eilės tikros, rimtos dviem atvejais gauti ambulatorinę konsultaciją FMR“;* *„... tvarka (BPG tada FMR gydytojas ir tik tada kineziterapeutas ar kitas specialistas), tokia tvarka ilgina eiles visose įstaigose ir užkemša visus kabinetus“.*
	Darbo krūvis, darbų planavimas/ pacientų srautų valdymas	*„Yra sudaromos sutartys, nes čia pinigai jau yra ne iš reabilitacijos eilutės, o iš bendro paslaugų rato, tai natūralu, kad įstaigoje planuoja konsultacijų spektrą...“* *„Įmonės vadovas turi suplanuot, koks yra kiekis jų, abejoju, jog įmonės vadovas daugiau skirs reabilitacijai konsultacijų nei kardio ar dar kitiems labiau paklausiems“;* *„Tikslesnis pacientų srautų valdymas padėtų spręsti šią problemą“.*
	Specialistų trūkumas	*„Problema dvipusė: vienas dalykas - trūksta specialistų...“;* *„Didesnis dirbančių specialistų kiekis padėtų spręsti šią problemą“;* *„Gerai parengtų specialistų trūkumas“.*
	Išsilavinimo netolygumai	*„Mūsų mokslų netolygumai: universiteto kokybė yra vienokia, o kolegijų kitokia“;* *„Kolegijiniai studentai ateina su daug praktikos, tačiau mažai teorijos, o universitetiniai atvirkščiai. Aš manau, kad kolegijinis išsilavinimas netgi yra geresnis, nes specialistai paruošti tinkamai“;* *„Yra didelis skirtumas tarp specialistų kurie ateina iš kolegijos ir universiteto“.*
	Funkcijų dubliavimasis	*„Funkcijos taip pat dubliuojas“;* *„...mūsų darbo specifika susijusi tad naturalų, jog kartais dubliuojasi ir mūsų atliekamas darbas“.*
	Informacijos, žinių stoka	*„Konferencijų, kursų, seminarų stoka ir jų kokybė“;* *„Įstaiga labiau suinteresuota, kad mes dirbtume ir priimtume pacientus, tad nelabai išleidžia į kursus“.*

Finansavimas	Paslaugų įkainis	*„...dėl mažo įkainio gaunamas specialistų atlyginimas tampa labai mažas“;*
	Nelegalus darbas/šešėlis	*„Dėl to daugumai specialistų tenka ... nelegaliai pas pacientus namuose, siekiant pasididinti uždirbamo atlyginimo dydį“;* *„Aš pati dirbu namuose arba važiuoju pas pacientą“.*
Naujovės, tobulintinos sritys	Geroji patirtis	*„Nediegiamos naujovės, naujos praktikos iš užsienio“.*
	Išsilavinimo sistemos, reabilitacijos sistemos pertvarkymas	*„Pasenus sistema ruošiant specialistus“;* *„Pasenus fizinės medicinos ir reabilitacijos sistema apskritai“;* *„Pagaliau VU MF pradėjo keisti edukacinę sistemą, siauro profilio specialistai, tokie kaip ergoterapeutai, kineziterapeutai mokomi pagrindu, tačiau didesnis dėmesys skiriamas profesiniems dalykams, kai aš mokiausi turėjau beveik visus dalykus kaip ir gydytojai“.*

Apibendrinimas. Interviu metu buvo aptariami tokie klausimai: žmogiškųjų išteklių trūkumai, finansavimas ir naujovės, tobulintinos sritys. Kalbant apie žmogiškųjų išteklių sritis, buvo išskirtos tokios subkategorijos:

- eilės;
- darbo krūvis, darbų planavimas/ pacientų srautų valdymas;
- specialistų trūkumas;
- išsilavinimo netolygumai;
- funkcijų dubliavimasis;
- informacijos, žinių stoka.

Kalbėdami apie eiles, respondentai iškėlė didelių eilių klausimą. Tai lemia netobula tvarka. *„... tvarka (BPG tada FMR gydytojas ir tik tada kineziterapeutas ar kitas specialistas), tokia tvarka ilgina eiles visose įstaigose ir užkemša visus kabinetus“*. Taip pat susiduriama su darbo krūvio, darbų planavimo, pacientų srautų valdymo problema. Be kita ko, egzistuoja ir specialistų trūkumo problema. Respondentų teigimu, šią problema spręsti būtų galima priimant dirbti didesnį specialistų kiekį. Šie specialistai turėtų būti gerai parengti ir kvalifikuoti. Dauguma dirbančiųjų yra įgyję tik kolegijinį išsilavinimą. Dėl šios priežasties atsiranda išsilavinimo netolygumai ir suprastėja teikiamų paslaugų kokybė.

Kalbant apie finansavimą, interviu metu buvo aptariamos tokios problemos kaip: paslaugų įkainis ir nelegalus darbas/ šešėlis. Apie paslaugų įkainį respondentų pasisakymas buvo konkretus: *„dėl mažo įkainio gaunamas specialistų atlyginimas tampa labai mažas“*. Ši priežastis labai dažnai

lemia nelegalų darbą/ šešėlį. Daugumai specialistų, dėl mažo atlyginimo, tenka dirbti nelegaliai namuose pas pacientą arba priimti juos pas save. Tokį darbo būdą pasirenka daugumą specialistų, kurie nori gyventi oriai.

Interviu metu buvo analizuojama kategorija „Naujovės, tobulintinos sritys“. Čia respondentai turėjo galimybę pasisakyti klausimais tokiais kaip: geroji patirtis, išsilavinimo sistemos, reabilitacijos sisitemos pertvarkymas. Respondentai, kalbėdami apie gerąją patirtį teigė, jog *„nediegiamos naujovės, naujos praktikos iš užsienio“*. Apie išsilavinimo sistemos, reabilitacijos sistemos pertvarkymą buvo pasakyta tai, jog Lietuvoje egzistuoja pasenusi specialistų ruošimo sistema. Taip pat pasenusios fizinės medicinos ir reabilitacijos sistemos. Vienas respondentas pabrėžė, kad Vilniaus Universiteto medicinos fakulteto švietimo sistema pradėjo tobulėti ruošiant siaurojo profilio specialistus.

Šeštuoju interviu klausimu **(„Įvardinkite pagrindines kliūtis, kurios labiausiai įtakoja efektyvų ir skaidrų reabilitacijos sistemos veikimą?“)** siekiama išsiaiškinti, kokios yra pagrindinės kliūtys, kurios labiausiai įtakoja efektyvų ir skaidrų reabilitacijos sistemos veikimą. (žr. 8 lentelę)

8 lentelė. Pagrindinės kliūtys, kurios labiausiai įtakoja efektyvų ir skaidrų reabilitacijos sistemos veikimą Lietuvoje.

KATEGORIJA	SUBKATEGORIJA	ĮRODANTYS TEIGINIAI
Žmogiškieji ištekliai	Specialistų kvalifikacijos stoka	*„...blogoji dalis, kai kitos kvalifikacijos specialistas leidžia sau spręsti ne jam priklausančius dalykus“* *„Kartais kiti gydytojai nesusiję su reabilitacija leidžia sau spręsti ar pacientui reikalinga reabilitacija ar ne. Ir tai yra trikdis pacientui patekti pas tinkamą specialistą“;* *„Kardiologai ar neurologai nusprendžia ar reikia pacientui reabilitacijos ar ne“.*
	Paslaugos nesuteikimas	*„Dėl to tam tikra dalis pacientų negauna paslaugos, nes nenusiunčiamas pas tinkamą specialistą“.*
	Komandinis darbas	*„Gydytojas ir specialistai jau nuo pirmos traumos ar patalogijos dienos turėtų lygiagrečiai dirbti su kitais gydytojais“;* *„Vienas iš pagrindinių reabilitacijos principų yra komandinis darbas, kuris kartais nėra pasomas“;* *„Pagrinde komandiškai dirba ergoterapeutai, kineziterapeutai, socialiniai darbuotojai ir psichologai, tačiau gydytojai atsiriboja nuo šių specialistų“.*

Korupcija	Kvotų reabilitacijai nuslėpimas	*„Po konsultacijos po praeito pirmo etapo, kuris yra paruošiamasis būsimai reabilitacijai, jei ji reikalinga, grįžta pas šeimos gydytoją, kuris turėtų techniškai užpildyti elektroninėje erdvėje į TLK tada prasideda kad nėra kvotų. Dažnai būna melas“;* *„Aš žinau tokių atvejų, kuomet man skambina pacientai ir klausia manęs kodėl tokioj ir tokioj poliklinikoje jie negauna reabilitacijos siuntimo, aš siūlau jiems skambinti į ligonių kasas ir klausti ar tikrai visos kvotos išnaudotos, nes kartais įstaigos administracija pasilieka keletą siuntimų „geresniems“ arba sau“.*
	Skaidrumas viešinat kvotas	*„Pacientas tiesiog matytų, ar įstaiga išnaudojo ar ne. Ir niekas negalėtų manipuliuoti. Nes administratoriai pasilieka kaip rezervą, o to neturi būt“.*
Informacijos stoka	Visuomenės žinių trūkumas	*„Didžiausia kliūtis yra visuomenės nesupratimas apie reabilitaciją ir jos svarbą“;* *„Vis dar vyrauja nuomonė, jog reabilitacija tai kurortas o ne tikras rimtas gydymas“;* *„Dauguma žmonių žiūri į reabilitaciją atsainiai...“;* *„Net mano draugai klausia, o kas tai yra?“.*
Institucinė veikla	Abejingumas, atsakomybės nebuvimas	*„Reabilitacijos politikos formavime dalyvaujančių institucijų nepakankama veikla“;* *„...toks jausmas, kad reabilitacija yra palikta likimo valiai“;* *„Kiek kartų buvo kreiptąsi į SAM ir vis tas pats abejingumas“.*

Apibendrinimas. Interviu metu buvo aptariamos tokios problemos: žmogiškieji ištekliai, korupcija, informacijos stoka, institucinė veikla. Kalbėdami apie žmogiškuosius ištėklius, respondentai aptarė šias problemas:

- specialistų kvalifikacijos stoka;
- paslaugų nesuteikimas;
- komandinis darbas.

Jų teigimu, viena iš didžiausių problemų, atspindinčių specialistų kvalifikacijos trūkumus, yra ta, jog dauguma klausimų yra sprendžiami tų specialistų, kurių kompetencijai šie klausimai neaktualūs. Dėl šios priežasties atsirandą paslaugų nesuteikimas, nes pacientas nenusiunčiamas pas tinkamą specialistą. Kartais pacientus imasi konsultuoti ne reabilitacijos srities gydytojas, kuris nėra kompetetingas teikti informaciją apie reabilitacijos būtinumą. Akivaizdu, jog reabilitacijos politikoje viena iš didžiausių problemų yra komandinis darbas. Juk gydytojai ir specialistai turėtų dirbti lygiagrečiai nuo pat pirmos traumos ar patologijos dienos. Respondentas pabrėžia, jog komandinio darbo stiliumi dažniausiai dirba visi specialistai, tačiau gydytojai į komandinį darbą įsitraukia rėčiau.

Iš kategorijos korupcija, buvo išskirtos dvi esminės problemos:

- kvotų reabilitacijai nuslėpimas;
- skaidrumas viešinant kvotas.

Pasisakydami apie pirmąją problemą, respondentai interviu metu teigė, jog po jau praeito pirmojo reabilitacijos etapo, kuriame pacientas buvo konsultuojamas ir paruoštas reabilitacijai, pacientas turi grįžti pas šeimos gydytoją, kuris turėtų tik užpildyti duomenis elektroninėje erdvėje, kurie patenka į TLK ir pacientas būtų nukreipiamas į reabilitaciją. Deja, bet dažniausia taip nevyksta, pacientui yra teigiama, jog visos kvotos yra išnaudotos ir pacientas gali likti negavęs paslaugos. Vienas iš ekspertų pažymi, kad tokie atvejai pasitaiko dažnai ir vienintelis šios problemos sprendimo būdas yra kvotų viešinimas, tuomet pacientas matytų ar įstaiga išnaudojo kvotas ar ne. Tuomet niekas negalėtų manipuliuoti esama padėtimi.

Toliau interviu metu buvo aptariama informacijos stokos problema. Tiksliau buvo kalbama apie visuomenės žinių trūkumus. Čia respondentai paminėjo tai, jog didžiausia problema – visuomenės žinių trūkumas apie reabilitaciją ir jos teikiamą svarbą. Daugumą ekspertų pažymėjo, jog visuomenės požiūris į reabilitaciją yra ne kaip į gydymo dalį, bet kaip į rekreacinę veiklą. Taip pat buvo aptariama institucinė veikla ir jos pagrindinė problema „abejingumas, atsakomybės nebūvimas“. Šiuo klausimu, respondentų teigimu, egzistuoja dalyvaujančių institucijų nepakankama veikla kalbant apie reabilitacijos politikos formavimą.

Septintuoju interviu klausimu („**Kurios šalies reabilitacijos politikos gaires laikytumėte pavyzdinėmis? Kodėl taip manote? Ko galima pasimokyti iš gerosios patirties?“)** siekiama išsiaiškinti, kokia yra reabilitacijos politikos geroji patirtis. (žr. 9 lentelę)

9 lentelė. Reabilitacijos politikos geroji patirtis Lietuvos ekspertų nuomonė.

KATEGORIJA	SUBKATEGORIJA	ĮRODANTYS TEIGINIAI

Geroji reabilitacijos praktika užsienio valstybėse	Paslauga į namus	*„Šveicarija labai daug dirba su pacientais namuose.“ „Šito mums trūksta. Kartais nereikia, kad pacientas eitų į reabilitacijos įstaigą, užtektų tik, kad pas juos užsuktų“;* *„Vokietijoje lbai ištobulintos paslaugos namuose“.*
	Pavyzdinės šalys	*„Vokietija, Šveicarija, Danija“;* *„Vakarų šalys“;* *„Vokietija galėtų pasididžiuoti savo reabilitacijos sistema“;* *„Vokietija“;* *„Šveicarija“;* *„Danija, mūsų sistema turi panašumų“.*
	Reabilitacijos paslaugų paskirstymas į valstybinėms ir privačioms įstaigoms	*„Tai mažina srautus ir leidžia koncentruotis vyriausybei į sunkiausių ligonių reabilitaciją“.*
	Kokybiška paslauga	*„Paslaugų prieinamumas bei kokybė, komandos darbas, tobulėjimas“.*
	Specialistams keliami reikalavimai ir darbo sąlygų sudarymas	*„Specialistams yra keliami dideli reikalavimai (kvalifikacijos kėlimai, vertinimai bei įgūdžių tikrinimai, ataskaitos), bet yra sudaromos sąlygos tiems reikalavimams atlikti“.*
	Nuolatinis kvalifikacijos tobulinimas	*„Darbuotojai nuolat tobulinasi, semiasi patirties iš užsienio praktikų, diegia naujoves pagrįstas tyrimais“.*
Finansavimas	Reabilitacijos sistemos tinkamas finansinis aprūpinimas	*„finansavimas, skirtas reabilitacijos sistemai ir reabilitacijai apskritai“*
Reabilitacijos paslaugos	Privačios klinikos	*„Daugumoje vakarų šalių yra labai nemažai reabilitacijos paslaugų atliekama privačiose klinikose“.*
	Valstybinės įstaigos	*„Ligoninėse pasiliekama tik III lygio pacientų reabilitacija“.*

Apibendrinimas. Interviu metu buvo aptariamos tokios problemos, kaip: geroji reabilitacijos praktika užsienio valstybėse; finansavimas; reabilitacijos paslaugos. Kalbant apie gerąją reabilitacijos praktiką užsienio valstybėse, respondnetai turėjo progą pasisakyti šiais klausimais: paslaugos į namus; pavyzdinės šalys; reabilitacijos paslaugų paskirstymas valstybinėms ir privačioms įstaigoms; kokybiška paslauga; specialistams keliami reikalavimai ir darbo sąlygų sudarymas; nuolatinis kvalifikacijos tobulinimas.

Kalbant apie reabilitacijos praktiką užsienio valstybėse, respondentai išskiria tokias šalis, kuriose gerai išplėtota reabilitacijos sistema. Šios šalys yra: Vokietija, Šveicarija, Danija, Vakarų šalys. Minėtina, jog Šveicarijoje specialistai nemažai dirba priimdami pacientus namuose. Tokių pavyzdžių Lietuvoje trūksta, nes kartais nebūtina pacientui eiti į reabilitacijos įstaigą. Pilnai užtektų, jog pacientas ateitų pas specialistą į namus. Respondentai, nagrinėdami klausimą apie reabilitacijos paslaugų paskirstymą valstybinėms ir privačioms įstaigoms pabrėžia, jog *„tai mažintų srautus ir leistų koncentruotis vyriausybei į sunkiausių ligonių reabilitaciją.“*. Taip pat turi būti suteikiama kokybiška pagalba, reabilitacijos sistema turi būti tobula ir remtis komandiniu darbu. Specialistams, užsienio valstybėse, keliami dideli reikalavimai ir yra sudaromos sąlygos tiems reikalavimas įgyvendinti. Čia darbuotojai nuolat tobulinasi, semiasi patirties iš užsienio praktikų bei siekia įgyvendinti naujoves, grįstas tyrimais.

Interviu metu buvo aptarta ir finansavimo problematika. Čia respondentai plačiau pasisakė apie tinkamą reabilitacijos sistemos finansinį aprūpinimą. Respondentai teigė, jog „finansavimas, skirtas reabilitacijos sistemai ir reabilitacijai apskritai“. Taip pat buvo aptartos reabilitacijos paslaugos privačiose klinikose ir valstybinėse įstaigose. Čia respondentai pasisakė, jog daugumoje vakarų šalių yra nemažai paslaugų, suteikiamų privačiose klinikose, o ligoninėse suteikiama reabilitacija tik III lygio pacientams.

5.2.2. Jungtinės Karalystės ekspertų nuomonės analizė

Atlikto kokybinio tyrimo rezultatų analizė pradedama nuo JK respondentų demografinių duomenų apžvalgos (žr. 10 lentelę).

10 lentelė. Jungtinės Karalystės informantų demografiniai duomenys

Informanto eilės nr.	Darbo stažas	Išsilavinimas	Valstybė
I1	11	Aukštasis universitetinis	JK
I2	7	Aukštasis universitetinis	JK
I3	7	Aukštasis universitetinis	JK
I4	3,5	Aukštasis universitetinis	JK
I5	14	Aukštasis universitetinis	JK
I6	9	Aukštasis universitetinis	JK

Iš 10 lentelės matyti, kad iš viso tyrime dalyvavo 6 informantai, turintys aukštąjį universitetinį išsilavinimą. Tyrimo metu nustatyta, kad informantų darbo stažas Jungtinėje Karalystėje svyruoja nuo 7 iki 14 metų, kurių bendras vidurkis 8,58 metų. Taigi, bendrai vertinant informantų demografinius duomenis, galima daryti išvadą, kad respondentai turi tinkamą išsilavinimą,

kvalifikaciją bei pakankamai darbo reabilitacijos srityje patirties, kad galėtų atsakyti į jiems pateiktus kokybinio interviu klausimus.

Pažymėtina, kad tiek Lietuvos, tiek JK ekspertams buvo pateiktas tas pats klausimynas. Gauti atsakymai išversti į lietuvių kalbą ir darbe analizuojami lietuvių kalba.

Pirmuoju klausimu **(„Jūsų manymu, kokie kertiniai reabilitacijos politikos kūrimo principai Jungtinėje Karalystėje“)** prašyta informantų atsakyti, kokie, jų manymu, kertiniai reabilitacijos politikos kūrimo principai Lietuvoje.. (žr. 11 lentelę)

11 lentelė. Reabilitacijos politikos kūrimo principai Jungtinėje Karalystėje.

KATEGORIJA	SUBKATEGORIJA	ĮRODANTYS TEIGINIAI
Teisinis reglamentavimas	Reabilitacijos priežiūros aktas	*„Prieš 2 metus buvo išleistas priežiūros reabilitacijos aktas, kuriame sakoma, kad visi pacientai turi teises į reabilitaciją“;* *„2015 buvo išleistas pagrindinis mūsų reabilitacijos specialistų almanachas – reabilitacijos aktas“;* *„Vyriausybė remia reabilitacijos politiką, buvo inicijuotas reabilitacijos akto sukūrimas“.*
	Informacijos susisteminimas, vadovų parengimas	*„Turime vadovus, pvz. skirtą insulto reabilitacijai, kuriame aiškiai nurodomas visas procesas“;* *„Iš politikos perspektyvos mes turime NICE - Nacionalinį sveikatos priežiūros kompetencijos institutą, kuriame pateikiamos visos gairės, jums tiesiog reikia įvesti išsamią informaciją ir parengtos oficialios gairės atsiras“;* *„NICE mūsų pagalbininkas, visa informacija yra susisteminta ir bet kada gali pasižiūrėti gaires į rūpimus klausimus“.*
Reabilitacijos politikos pokyčiai	Sąlygų pasikeitimas – atskiri centrai	*„Vyriausybė nusprendė sukurti tokius centrus, kaip, pavyzdžiui, traumos, insulto ir t.t.“;* *„...anksčiau visi pacientai buvo pristatyti į artimiausią ligoninę, dabar mes turime, jei tai yra insultas, mes juos pristatome į insulto centrą, jei tai yra trauma, kurią mes pristatome traumos centrą“;* *„Įsteigti centrai, kurie panašūs į FAST centrus“;* *„...sukūrus centrus yra didesnė tikimybė pacientams greičiau atgauti savo funkcijas“.*
	Visuomenės požiūrio kaita	*„Atsakingas visuomenės požiūris į reabilitaciją“;* *„Dauguma žmonių supranta ir vertina reabilitacijos teikiamą naudą“.*
Žmogiškieji ištekliai	Personalo pasirinkimas	*„Iš vienos perspektyvos tai labai gerai, nes mes turime geriausius šių centrų specialistus“;*

		„Specialistai profesionalai, kiekviename centre atlieka tik savo žinias atitinkantį darbą“; *„Įsivaizduokit, jeigu pristatom pacientą po insulto, į įstaigą, kuriame nėra tinkamų specialistų tai reabilitacija automatiškai tampa nebe efektyvi“.*
	Komandinis darbas	*„Bendradarbiavimas būtinas siekiant greitai ir į reikiamą centrą nukreipti pacientą“;* *„Bendradarbiauja visi, ir dispečeriai ir felčeriai ir gydytojai...“.*
Reabilitacijos politikos finansavimas	Privalumai, trūkumai	*„Ši institucija nusprendžia, kokios reabilitacijos pacientui reikia. Jie negauna finansavimo tiek, kiek mes, ir tai yra problema, nes mes parengiame gana gerai pacientą, o po ligonines patys turi sumokėti už tam tikras procedūras, o jei jie neturi pinigų, tai yra didelė problema, nes mūsų pažanga gali būti sugadinta.“;* *„Trūksta reabilitacijos finansavimo po ligoninės“;* *„...po ligoninės, rūpybos padalinys nesudaro vertinimų, kaip mes darome, ir jie negali nuspręsti, ko tikrai reikia pacientams“;* *„Aš kaip ergoterapeutas sudarau planą, kuriuo turi vadovautis pacientas po reabilitacijos, tačiau reabilitacija namuose yra pilka zona, niekas nevyksta taip kaip turėtų“;* *„...socialinė rūpyba turi užtikrinti 3 lygį tai yra namų reabilitacija, bet jie neturi tokio finansavimo kaip ligoninė“.*
	Multidisciplininis reabilitacijos procesas	*„...paslaugas gali lengvai pasiekti pacientai pagal atskirus centrus“.*

Apibendrinimas. Interviu metu, vertindami reabilitacijos politiką, esminiais reabilitacijos politiką apibūdinančiais kriterijais, respondentai įvardijo teisinį reglamentavimą, reabilitacijos politikos pokyčius, žmogiškųjų išteklių svarbą bei reabilitacijos politikos finansavimą.

Kalbant apie kertinius reabilitacijos principus, neabejotinai svarbus vaidmuo tenka teisiniam reglamentavimui. Iš kategorijos „Teisinis reglamentavimas“, svarbiausia, informantų manymu, reabilitacijos politikos kūrimą pradėti reabilitacijos priežiūros akto išleidimo ir informacijos susisteminimo, vadovų parengimo. Respondentai, kalbėdami apie reabilitacijos priežiūros akto išleidimą konstatavo, jog JK prieš 2 metus buvo išleistas reabilitacijos priežiūros aktas. Jame teigiama, jog visi pacientai turi teisę į reabilitacinį gydymą. Šią reabilitacijos politiką JK remia

Vyriausybė. Paklausti apie informacijos susisteminimą ir vadovų parengimą respondentai atsakė, jog informacija išsami ir susisteminta bei parengtos oficialios gairės, kurios padeda jiems kokybiškai atlikti savo darbą. Ši informacija pateikta vyriausybės sukurtoje institucijoje NICE, kuri į Lietuvių kalbą išvertus reiškia Nacionalinį sveikatos priežiūros ir kompetencijos institutą. Taip pat respondentu teigimu, JK turi vadovus, pvz. *„insulto reabilitacijai, kuriame aiškiai nurodomas visas procesas.“* Visi respondentai pažymėjo, jog NICE sukūrtos gairės ir vadovai tampa neatsiejama jų darbo dalimi.

Interviu metu respondentai turėjo galimybę pasisakyti apie reabilitacijos politikos pokyčius JK. Šia tema jie tiksliau analizavo dvi problemas:

- sąlygų pasikeitimas – atskiri centrai;
- visuomenės požiūrio kaita.

Kalbėdami apie sąlygų pasikeitimą ir atskirus centrus, respondentai teigė, jog anksčiau pacientai būdavo pristatomi į artimiausią ligoninę, kuriose nebūtinai buvo tinkamas specialistas. Dėl to vyriausybė nusprendė sukurti atskirus centrus, tokius kaip traumos, insulto, kardiologinius ir t.t. Toks atskirų centrų sukūrimas lėmė tai, kad pacientai dabar yra pristatomi į atskirus centrus: jeigu pacientui insultas, tai jis bus pristatomas į insulto centrą, o jeigu trauma – tai į traumos centrą. Šie pokyčiai lėmė tai, kad šiuo metu reabilitacijos suteikimas tampa efektyvesnis, nes pristsatant pacientą į specialų centrą yra didesnė tikimybė greitesniam jo funkcijų atstatymui. Ekspertai pabrėžė, jog visuomenė į reabilitaciją žiūri atsakingai, žmonės yra informuoti apie reabilitacijos svarbą.

Aptardami žmogiškųjų išteklių svarbą, respondentai labiausiai atkreipė dėmesį į šias dvi problemas:

- personalo pasirinkimą;
- komandinį darbą.

Kalbėdami apie personalo pasirinkimą, respondentai teigė, jog tai yra labai gerai, nes šių atskirų reabilitacijos centrų specialistai yra geriausi. Jie puikiai išmano tam tikros ligos specifiką, dėl to gali suteikti tinkamą pagalbą. Šie specialistai yra savo srities žinovai - profesionalai, kurie atlieka tik savo kompetencijas atitinkantį darbą. Komandinis darbas respondentų nuomone yra būtinas, nes tik bendradarbiavimu galima greitai, objektyviai nukreipti pacientą į reikiamą centrą bei suteikti geriausią pagalbą.

Kita šio interviu tema, kurią aptarė respondentai, yra „Reabilitacijos politikos finansavimas.“ Šios temos metu buvo gvildenamos dvi pagrindinės problemos:

- reabilitacijos politikos finansavimo privalumai ir trūkumai;
- multidisciplininis reabilitacijos procesas.

Kalbėdami apie reabilitacijos politikos finansavimo privalumus ir trūkumus, respondentai teigė, jog *„sveikatos departamentas taip pat kontroliuoja sveikatos ir socialinės rūpybos padalinį, kuris*

atsakingas už reabilitaciją po ligonines <...>. Ši institucija nusprendžia, kokios reabilitacijos pacientui reikia. Jie negauna finansavimo tiek, kiek mes, ir tai yra problema, nes mes parengiame gana gerai pacientą, o po ligonines patys turi sumokėti už tam tikras procedūras, o jei jie neturi pinigų, tai yra didelė problema, nes mūsų pažanga gali būti sugadinta.“ Taigi šiuo aspektu respondentai daro išvadą ir teigia, jog trūksta finansavimo reabilitacijos politikai po ligoninėje suteiktų paslaugų. 4 respondentai pabrėžė, jog sveikatos ir socialinės rūpybos padaliniuose trūksta kompetetingų darbuotojų ir finansavimo siekiant išlaikyti atstatytą paciento funkcinį lygį. Kalbėdami apie multidisciplininį reabilitacijos procesą respondentai teigė, jog *„...paslaugas gali lengvai pasiekti pacientai pagal atskirus centrus.“*

Antruoju klausimu **(„Kokie reabilitacijos politikos reglamentavimo pliusai ir minusai Jūsų šalyje. Ką siūlytumėte keisti, jog reabilitacijos politika būtų efektyvesnė?“)** siekiama išsiaiškinti reabilitacijos pliusus ir minusus Jungtinėje Karalystėje bei informantų nuomonę apie galimus pokyčius efektyvesniai reabilitacijos politikai. (žr. 12 lentelę)

12 lentelė. Reabilitacijos politikos pliusai ir minusai Jungtinėje Karalystėje.

KATEGORIJA	SUBKATEGORIJA	ĮRODANTYS TEIGINIAI
Žmogiškieji ištekliai	Kvalifikuoti specialistai	*„Reabilitacinę mokslinę visuomenę ir kitą mokslinę visuomenę, kurią sudaro 200 narių, ir visi jie yra tyrėjai, kurie yra atsakingi už reabilitaciją“;* *„Mes turime iš viso pasaulio puikius specialistus“;* *„Tiek OT tiek fiziniai terapeutai yra labai kvalifikuoti“;* *„Netgi atvykstantiems iš užsienio privalu gauti naują JK licenziją“.*
	Reikiamas kiekis specialistų	*„Reabilitacijos centruose dirba skirtingą kvalifikaciją turintys specialistai“;* *„Geras dalykas yra tai, kad turime daug žmonių, kurie dirba prie reabilitacijos“.*
Informacija	Greitas apsikeitimas informacija	*„Jei jiems reikia tam tikrų vadovavimo linijų, jie gali tiesiogiai susisiekti su NICE ir gaus nuorodas į jų prašymą“;* *„Visada nukreipiama tinkama linkme“;* *„Kas yra gerai su NICE, kad viskas yra paremta faktais ir informaciją galima gauti greitai“;* *„E.sveikatos dėka, visa informacija apie pacientą yra duomenų bazėje“.*

Sprendimų priėmimas	Darbo grupės netobulumas	*„Sąžiningai, aš tikriausiai niekada nemačiau nieko iš Sveikatos ir socialinės rūpybos darbuotojo šiose konsultacijose, o tai, ką mes turime, kad ši pusė yra didžiulė problema Jungtinėje Karalystėje“;* *„Aš norėčiau pakeisti, kad abiejų grupių sveikatos ir socialinės rūpybos įstaigos ir CCG būtų labiau įtrauktos į reabilitacijos procesą“;* *„NHS konsultacijos rengiamos reguliariai ir įtraukia visus specialistus, tačiau nevisi juose dalyvauja ir taip priimami sprendimai, kuriuose nedalyvauja visos grupės“.*
Reabilitacijos politikos tobulinimas	Socialinė priežiūra namuose	*„Blogas dalykas yra tai, kad nieko nėra padaryta socialinei ir namų priežiūrai“;* *„... ir po puikios reabilitacijosa ligoninėje, pacientas grįžta į namus, kur jo laukia ne tokia puiki reabilitacija“.*
	Finansavimas	*„...jie iš esmės suteikia pinigų tiems, kurie šaukia labiausiai. Jei persekiosite juos, jūs gausite pinigų reabilitacijai“;* *„Lėšų reabilitacijai gauna ne visi“.*
	Paslaugos kokybės gerinimas sutrumpinant reabilitacijos laukimo laiką	*Trūkumas yra tai, kad kartais pacientas turi laukti specialių reabilitacijos centrų 3 mėnesius ir, pavyzdžiui, po stuburo sužalojimo šis laikas yra per ilgas, taigi šie pacientai vis dar lieka intensyvios reabilitacijos skyriuje“;* *„Kartais reabilitacijos tenka palaukti ilgiau negu reikia, tačiau čia yra nebe skubi reabilitaciją ir jie ją gauną“.*

Apibendrinimas. Šio interviu metu buvo siekiama išsiaiškinti reabilitacijos politikos UK pliusus ir minusus. Kad tai atlikti, respondentai nagrinėjo tris temas ir sprendė jų problemas. Nagrinėdami pirmąją temą „Žmogiškieji ištekliai“ respondentai iškėlė šias problemas:

- kvalifikuoti specialistai;
- reikiamas kiekis specialistų.

Kalbėdami apie kvalifikuotus specialistus, respondentai teigė, jog reabilitacijos mokslinę visuomenę sudaro 200 narių ir visi jie yra tyrėjai, atsakingi už reabilitacijos vystimą bei formavimą. Respondentų teigimu, reabilitacijos centruose dirba įvairių kvalifikacijų specialistai. *„Gerai tai, jog yra daug žmonių, dirbančių prie reabilitacijos.“* Respondentai pažymi, jog siekiant gauti reabilitacijos licenziją privalu išlaikyti atestaciją tai turi padaryti visi tike JK piliečiai tike ir užsieniečiai.

Kitas klausimas, kuris buvo aptartas interviu metu yra informacija. Respondentai įvardijo jog, greitas apsikeitimas informacija yra vienas iš privalumų JK reabilitacijos politikoje. Jų teigimu, tyrėjai, sapecialistai, gydytojai, kuriems reikia atitinkamų vadovavimo linijų, visada gali kreiptis į NICE, kuri pateiks nuorodas į jų prašymus. Specialistai visada gali gauti faktais paremtą informaciją greitai. Taip pat informantai pabrėžė, jog įdiegta elektroninė sveikata veikia puikiai ir informacija apie jų būklę pasiekiama visoje JK teritorijoje.

Kalbėdami apie sprendimų priėmimą respondentai pasisakė apie darbo grupės netobulumą. Jie teigė, jog Sveikatos ir socialinės rūpybos darbuotojai beveik nesilanko konsultacijose. Jų manymų, reikia imtis kokių veiksmų, kad sveikatos ir socialinės rūpybos įstaigos ir CCG būtų labiau įtrauktos į reabilitacijos procesą, kaip teigia ekspertai visos grupės labai svarbios priimant tam tikrus reabilitacijos sprendimus, jų nedalyvavimas sukelia didelę problemą.

Taip pat respondentai turėjo galimybę pasisakyti apie reabilitacijos politikos tobulinimą UK. Šiuo klausimu jie išreiškia savo nuomonę kalbėdami apie:

- socialinę priežiūrą namuose;
- finansavimą;
- paslaugos kokybės gerinimą sutrumpinant reabilitacijos laukimo laiką.

Kalbėdami apie socialinę priežiūrą namuose, respondentai nedaugžodžiavo. Jie teigė, jog nieko nėra padaryta, jog būtų užtikrinta ir įgyvendinta socialinė ir namų priežiūra. Apie finansavimą respondentai pasisakė trumpai. Jų teigimu, reabilitacijai pinigų gauna tie, kurie geba to išsireikalauti *„<...>šaukia labiausiai<...>“*, o reabilitacijai lėšų gauna tikrai ne visi. Siekiant pagerinti teikiamų paslaugų kokybę reikia sutrumpinti reabilitacijos laukimo laiką. Labai dažnai pacientai turi laukti specialių reabilitacijos centrų 3 mėnesius ir neretai po itin sudėtingų traumų, tokių kaip stuburo sužalojimas, šis laikas tampa per ilgas ir pacientai vis dar lieka intensyvios reabilitacijos skyriuje. Kai kurių respondentų nuomone 3 mėnesių laukimo laikas nedaro įtakos reabilitacijos kokybei, nes pastarieji centrai yra skirti neskubiai reabilitacijai. Visą reikiamą ir pirminę reabilitaciją pacientai gauna laiku ligoninėse.

Trečiuoju klausimus **(„Kaip vertintumėte reabilitacijos politikos formavime dalyvaujančių institucijų veiklą Jungtinėje Karalystėje? Ar jūsų šalyje yra užtikrinamos pacientų teisės gauti reabilitacijos paslaugas laiku ir kokybiškai**?“), kuriuo siekiama išsiaiškinti kokios yra pacientų teisės gauti reabilitacijos paslaugas laiku ir kokybiškai. (žr. 13 lentelę).

13 lentelė. Pacientų teisės gauti reabilitacijos paslaugas laiku ir kokybiškai užtikrinimas Jungtinėje Karalystėje.

KATEGORIJA	SUBKATEGORIJA	ĮRODANTYS TEIGINIAI
Reabilitacijos modelis	Reabilitacijos taikymas reglamentuotas įstatymu	*„Reabilitacijos aktas yra vienas dalykas, jame reglamentuota, kad žmonės turi teisę į reabilitaciją“;* *„Viskas yra pasakyta 2015 reabilitacijos aktu. Visi gyventojai turi teisę į reabilitacijos paslaugas“.*
	Kvotų trūkumas	*„Apie kvotas, eiles, todėl mes turime pagal NHS specialistų paslaugas, mes turime specialiąją reabilitaciją, ir visi pagal NHS jie turi standartus“;* *„Kvotos nors ir nėra labai mažos, kartais jų neužtenka, nors tai būna retai. Skubiąją reabilitaciją gauna visi“;* *„...NHS kvotas nustato tik reabilitacijos centrams“.*
	3 lygių reabilitacijos procesas	*„...turime lygį 1 abc 2 lygis ab lygį ir 3 lygį“;* *„Pirmasis lygis 1a yra labai sudėtingas, 1b ne toks sudėtingas c turės psichiatrijos. 2 lygis a yra labiau nepriklausomas tačiau dar reikia priežiūros. 2 lygio b ir 3 lygio namų reabilitacija“;* *„...kaip ir sakiau pagal sudėtingumą pacientai gauna reabilitacijos paslaugas. 1 abc – kvotų nėra, 2ab ir 3 kvotos yra...“.*
Paslaugų kokybė	Pagal diagnozę, traumas suskirstyti centrai	*„Pacientai ligoninėje turi eiti į reabilitacijos centrus - tai yra sudėtingi pacientai“;* *„Jei insultas, tai insulto centras, jei trauma – tai traumų centras ir pan.“.*
	Aukšta specialistų kvalifikacija	*„Reabilitacijos kokybė: tai labai gera, nes daugelis specialistų dirba prie vieno paciento Ergoterapeutas, kinzeiterapuetas ir t.t.“;* *„dirba tik aukštos kvalifikacijos specialistai...“;* *„Norėdami dirbti šį darbą turime nuolat atnaujinti savo kvalifikaciją“.*
	Paslaugų prieinamumas	*„Jie turi būti priimami į reabilitacijos padalinį ligoninėje per 10 dienų“;* *„NHS turi kriterijus, pagal kuriuos tam tikram lygiui yra priskiriamas laukimo laikas ir trukmė, todėl 1 lygio a ir b pacientų trukmė gali būti iki 190 dienų laukimas iki 10 dienų“;* *„Šiuo metu diegiame naują sistema ir norime dirbti su pacientais praėjus ne daugiau kaip 72 val.“.*
Finansavimas	Reabilitacijos įkainis	*„Kartais žmonės turi mokėti už reabilitaciją, jei jie nuspręstų naudotis privačiu centru - ligoninės reabilitacijoje yra visiškai nemokami“;* *„Jei pacientas pasirenka vyriausybinę reabilitaciją, viskas yra nemokama, net priežiūra yra nemokama“;*

		„Kas gerai su reabilitacija, jeigu pacientui reikia vežimėlio – jis jį gaus, jei reikia vaikštynės – bus parūpinta...“.
	Galimybė taikyti naujausias technikas ir technologijas	*„Mes turime naujas technologijas“;* *„Kas man patinka, kad mes galim turėt viską ko reikia pacientui- akių skaitytuvai, vamzdeliu valdomos kėdės“;* *„Viską suteikiame, net aplinkos kontrolę“;* *„...jei pacientui yra smegenų sužalojimas ir jis gali judinti tik akis, mes galime gauti akių skaitytuvą, kad jis galėtų bendrauti“;* *„Mes net siūlome specialias kėdes, specialią vonią“;* *„Po cervikalinių pažeidimų pacientam sunkiai sekasi judinti galūnes, mes turime vamzdeliais valdomus vežimėlius, kompiuterius“.*

Apibendrinimas. Interviu metu respondentai aptarė šias kategorijas: reabilitacijos modelis, paslaugų kokybė, finansavimas. Kalbant apie reabilitacijos modelį, buvo analizuojamos šios dvi problemos:

- reabilitacijos taikymas reglamentuotas įstatymu;
- kvotų trūkumas;
- 3 lygių reabilitacijos procesas.

Reabilitacijos akte yra nustatyta, jog žmogus turi teisę į reabilitaciją. Apie kvotas respondentai pasisakė, jog „<...>*mes turime pagal NHS specialistų paslaugas, mes turime specialiąją reabilitaciją, ir visi pagal NHS jie turi standartus*“. JK yra trys reabilitacijos lygiai:

- lygis 1 abc;
- lygis 2 ab;
- lygis 3.

Lygis 1a yra labai sudėtingas, tačiau 1b nelabai. 1c lygis susijęs su psichiatrija. Lygis 2a labiau nepriklausomas, tačiau vis tiek reikalauja priežiūros. Lygis 2b ir 3 lygis yra laikoma namų reabilitacijos lygiu. Respondentai taip pat pasisakė, jog kvotos taikomos tik neskubiajai reabilitacijai. Pacientams, kurių sudėtingumo lygis yra 1abc ar 2a – kvotos neegzistuoja ir maksimalus laukimo terminas yra 10 dienų.

Kalbėdami apie paslaugų kokybę, respondentai aptarė šias subkategorijas:

- pagal diagnozę, traumas suskirstyti centrai;
- aukšta specialistų kvalifikacija;
- paslaugų prieinamumas.

Respondentų teigimu pacientai ligoninėse turi lankyti reabilitacijos centrus. Tokie pacientai yra sudėtingi. Pagal ligos pobūdį ar savo asmenines ligas pacientai eina į atitinkamus reabilitacijos centrus. Jeigu pacientui insultas, tai jis paskirtas į insulto centrą, o jeigu trauma – tai į traumų centrą. Reabilitacijos kokybė yra labai gera, nes daug specialistų dirba prie vieno paciento. Taip pat čia dirba tik aukštos kvalifikacijos specialistai. Paslaugų kokybei itin didelę reikšmę suteikia paslaugų prieinamumas. Apie šią problemą respondentai pasisakė konkrečiai. Jų teigimu, pacientai į reabilitacijos padalinį turi būti priimami per 10 dienų terminą. Tačiau NHS (institucija, finansuojanti ligonines) turi tam tikrus kriterijus, kuriais remiantis yra tam tikram lygiui priskiriamas atitinkamas laukimo terminas ir trukmė. Dėl šios priežastis 1 lygio a ir b pacientai gali laukti reabilitacijos tik iki 10 dienų, o jų maksimali reabilitacijos trukmė iki 190 dienų.

Interviu metu buvo aptariamas ir finansavimo klausimas. Čia labiausiai atsižvelgta į reabilitacijos įkainius ir galimybę taikyti naujausias technikas ir technologijas. Kalbant apie reabilitacijos įkainius, svarbu tai, jog labai dažnai žmonės turi mokėti už reabilitaciją, jeigu jie nuspręstų naudotis privačiu centru. Tačiau reabilitacija ligoninėse yra visiškai nemokama. Jeigu pacientas renkasi reabilitaciją, kuri yra valstybinė, tai visos reabilitacinės paslaugos, priežiūra bei kompensacinė technika yra nemokama. Taip pat labai svarbu tai, jog JK reabilitacijos sistemoje labai išvystyta galimybė taikyti naujausias technikas ir technologijas. Pacientui suteikiama galimybė naudotis geriausiomis bei pažangiausiomis technikomis. Kai kurios technologijos yra labai pažangios, tokios kaip: akių skaitytuvai, aplinkos kontrolė ir vamzdeliu valdomi vežimėliai.

Ketvirtuoju klausimu **(„Kaip vertinate reabilitacijos paslaugų kokybę ir prieinamumą?“)** siekiama išanalizuoti reabilitacijos paslaugų kokybę ir prieinamumą. (žr. 14 lentelę)

14 lentelė. Reabilitacijos paslaugų kokybė ir prieinamumas Jungtinėje Karalystėje.

KATEGORIJA	SUBKATEGORIJA	ĮRODANTYS TEIGINIAI
Paslaugų kokybė ir prieinamumas	Reabilitacijos centrai	*„Kalbant apie prieinamumą beveik visur, reabilitacija yra ta pati“.*
	Regionų plėtra	*„Galbūt regionuose kur centrai yra labiau nutolę susiduriame su problema“;* *„Nedirbau su regionais, tačiau sutikčiau, kad juose reabilitacijos centrų mažiau“;* *„Jeigu kalbam apie regionus tokius kaip Anglija, Velsas, Škotija, Šiaurės Airija tai NHS reguliuoja visus šituos regionus ir reabilitacija yra tikrai prieinama. Tačiau, žinoma, rebilitacija Londone bus geriau išvystyta negu Jorke“.*

	Kokybiška paslauga	*„Kaip ir kalbėta ankstesniuose klausimuose, mūsų reabilitacija labai aukšto lygio“;* *„Paslaugos tikrai kokybiškos“;* *„Paslaugos kokybę užtikrina kvalifikuotų specialistų gausa“;* *„Taip taip taip, aš pats esu iš Afrikos tad galiu drąsiai teigti, jog reabilitacija čia yra aukščiausio lygio“.*
Reabilitacijos tobulinimas	Patekimo reabilitacijai termino trumpinimas	*„Reabilitacijos modelis keičiasi, mes bandome pradėti reabilitaciją kuo anksčiau“;* *„Bandome suteikti reabilitaciją po 72 valandų hospitalizavimo o ne po 10 dienų ar 1 mėnesio“.*
	Teisinių reikalavimų kaita	*„Šiek tiek keičiame sistema, ir tai yra gairės, kurias gavome iš NCEPOD“;* *„Ruošiamas naujas aktas, kuriame bus susitiprintos tam tikros gairės, labai tikiuosi, jog bus įtraukti ne tik reabilitacijos specialistai bet ir CCG ir socialinė priežiūros tarnyba“.*

Apibendrinimas. Interviu metu buvo aptartos šios dvi kategorijos:

- paslaugų kokybė ir prieinamumas;
- reabilitacijos tobulinimas.

Kalbėdami apie paslaugų kokybę ir prienamumą respondentai interviu metu aptarė šias tris problemas:

- reabilitacijos centrai;
- regionų plėtra;
- kokybiška paslauga.

Reabilitacijos centrų yra apstu, o ir prieinamumas yra panašus, reabilitacija beveik visur yra tokia pati. Teigiama, kad regionuose reabilitacijos centrų yra mažiau, problema kyla tada, kai pacientas gyvena atokesniame regione ir reabilitacijos centro paslaugos yra nepakankamos. Respondentas taip pat pažymėjo, jog vertinant JK regionus, kuriuos kontroliuoja NHS (Anglija, Škotija, Šiaurės Airija, Velsas) paslaugų prieinamumas panašus. Didesnę įtaką reabilitacijai turi jeigu pacientas gyvena regiono regione. Tačiau, dauguma respondentų teigė, jog nepaisant to ar centrai yra nutolę ar ne, reabilitacijos kokybė išlieka gera.

Kvalifikuotų specialistų gausa užtikrina tinkamą bei kokybišką paslaugą. Nors respondentai nedaugžodžiavo, visi pritarė, jog paslaugos, kurios yra suteikiamos atitinka aukščiausius standartus.

Interviu metu buvo aptariamas reabilitacijos tobulinimo klausimas. Čia didžiausias dėmesys buvo skiriamas patekimo reabilitacijai termino trumpinimui ir teisinių reikalavimų kaitai. Kalbant apie termino trumpinimą patekimui į reabilitacija respondentai teigia, jog reabilitacijos modelis

keičiasi ir yra bandoma reabilitaciją pradėti kaip galima anksčiau. Siekiama sutrumpinti patekimo į reabilitaciją termina nuo 1 mėnesio iki 72 valandų. Būtent toks pokytis, pasak respondentų, padės pasiekti geriausiu rezultatu. O visa reabilitacijos politikos sistema yra keičiama iš dalies, yra planuojami įstatyminiai pakeitimai bei naujo reabilitacijos akto išleidimas. Šiuo siekiama įtvirtintos atsakomybes bei įtraukti visas reeabilitacijoje dalyvaujančias institucijas. Taip pat respondentai pažymėjo, jog politikos keitime dalyvauja ir NCEPOD (Nacionalinė konfidenciali pacientų gydymo rezultatų ir mirties informacijos tarnyba), kuri yra tiesiogiai atsakinga už naujų metodų pritaikymą reabilitacijoje bei jų finansavimą.

Penktuoju interviu klausimu **(„Kokius pagrindinius žmogiškųjų išteklių valdymo trūkumus galėtumėte įvardinti ?“)** siekiama išanalizuoti žmogiškųjų išteklių valdymo trūkumus. (žr. 7 lentelę)

15 lentelė. Žmogiškųjų išteklių valdymo trūkumai Jungtinėje Karalystėje.

KATEGORIJA	SUBKATEGORIJA	ĮRODANTYS TEIGINIAI
Žmogiškųjų išteklių trūkumai	Slaugos specialistų ir socialinių darbuotojų stoka	*„mes neturime reabilitacijos slaugytojų, paprastai slaugės yra iš kitų departamentų“;* *„...būtent slaugos specialistų galėtų būti daugiau“;* *„Dar vienas dalykas, kad mes neturime pakankamai socialinių darbuotojų“;* *„Dažnai ergoterapeutas atlieka savo darbą ir dar privalo atlikti socialinių darbuotojų darbą“;* *„Socialiniai darbuotojai tiesiog pradėjo nykti“.*
	Darbuotojų kaita	*„Sudėtinga slauga iš dalies lemia slaugytojų kaitą, pas mus ji pastebima, nors oficialių duomenų ir nežinau...“;* *„...nes mes pradedame reabilitaciją gana anksti, ir jiems tai yra per sunku. Ir šis modelis daro įtaka darbuotojų kaitai“;* *„Reabilitaciniai ligoniai dažniausiai yra sunkūs, žinoma ne visi ištveria“.*
	Funkcijų pasidalijimas	*„Taigi mes stengiamės maišyti slaugytojus, ūmios priežiūros ir reabilitacijos slaugytojus, kad jie turėtų įgūdžių, jeigu reikėtų persikelti į reabilitacijos skyrių“;* *„Kalbant apie funkcijų dubliavimą, tai yra problema“;* *„Fizioterapeutai ir OT daro kartais tą patį darbą“;*

		„OT, fizioterapeutas ir socialinė rūpyba užduoda tuos pačius klausimus, ir taip trijų darbuotoju laikai yra sugadinami, nes informacija gauname tokią pat“.
	Informacijos, žinių stoka	*„slaugės yra iš kitų departamentų ir jos nežino, kaip elgtis su reabilitacijos ligoniais“;* *„Nes mes pradedame reabilitaciją gana anksti, ir jiems tai yra per sunku“.*
Švietimas	Kokybiška šveitimo sistema	*„Švietimas nėra problema“;* *„Galima gauti gerą išsilavinimą“;* *„Mūsų mokslo institucijos ruošia tikrai kokybiškus specialistus“;* *„...labai daug kompetetingų specialistų atvyko iš kitų šalių“.*

Apibendrinimas. Šios interviu dalies metu buvo analizuojami šie du klausimai: žmogiškųjų išteklių trūkumai ir švietimas. Kalbėdami apie žmogiškųjų išteklių trūkumus, respondnetai pasisakė apie:

- slaugos specialistų ir socialinių darbuotojų stoką;
- darbuotojų kaitą;
- funkcijų pasidalijimą;
- informacijos, žinių stoką;
- kokybišką švietimo sistemą.

Kalbėdami apie slaugos specialistų ir socialinių darbuotojų stoką respondentai teigė, jog labai trūksta reabilitacijos slaugytojų, o slaugės paprastai ateina iš kitų departamentų, dėl šios priežasties jos nežino visos specifikos, kurias taikome reabilituojant ligonius. Dauguma respondentų teigė, jog slaugos specialistų galėtų būti daugiau, tačiau jie įvertina tai, jog darbas reabilitacijos skyriuje yra labai sudėtingas. Tokia sudėtinga slauga dažnai lemia slaugytojų kaitą ypatingai tuomet kai reabilitacija pradedama kaip įmanoma anksčiau. Respondentų teigimų, reabilitacijos centruose ir ligoninėse stengiamasi maišyti slaugytojus iš įvairių skyrių, jog šie įgautų įgūdžių esant reikalui persikelti į reabilitacijos skyrių. Ekspertai taip pat pabrėžė, kad labai trūksta socialinių darbuotojų, dėl tos priežasties įvyksta funkcijų dubliavimas, pavyzdžiui, ergoterapeutas, atlikdamas savo srities darbą, kartu atlieka ir socialinių darbuotojų darbą. Taip pat labai dažnai pasitaikanti problema yra funkcijų dubliavimasis. Informantai labai tiksliai apibūdino funkcijų dubliavima taip: *„Fizioterapeutai ir OT daro kartais tą patį darbą“, „OT, fizioterapeutas ir socialinė rūpyba užduoda tuos pačius klausimus, ir taip trijų darbuotoju laikai yra sugadinami, nes informacija gauname tokią pat.“* Viena iš pagrindinių problemų, kurių neturėtų būti dirbant reabilitacijos srityje yra ta, jog *„slaugės yra iš kitų departamentų ir jos nežino, kaip elgtis su reabilitacijos ligoniais“.*

Šeštuoju interviu klausimu **(„Įvardinkite pagrindines kliūtis, kurios labiausiai įtakoja efektyvų ir skaidrų reabilitacijos sistemos veikimą?“)** siekiama išsiaiškinti, kokios yra pagrindinės kliūtys, kurios labiausiai įtakoja efektyvų ir skaidrų reabilitacijos sistemos veikimą. (žr. 16 lentelę)

16 lentelė. Pagrindinės kliūtys, kurios labiausiai įtakoja efektyvų ir skaidrų reabilitacijos sistemos veikimą Jungtinėje Karalystėje.

KATEGORIJA	SUBKATEGORIJA	ĮRODANTYS TEIGINIAI
Žmogiškieji ištekliai	Specialistų stoka	*„Mes neturime reabilitacijos slaugytojų, paprastai slaugės yra iš kitų departamentų“;* *„...būtent slaugos specialistų galėtų būti daugiau“;* *„Dar vienas dalykas, kad mes neturime pakankamai socialinių darbuotojų“;* *„...dažnai ergoterapeutas atlieka savo darbą ir dar privalo atlikti socialinių darbuotojų darbą“.*
Įstatyminė bazė	Aiškus teisinis reglamentavimas	*„Sveikatos ir socialinės rūpybos tarnyba, nes neturi tinkamu įstatymų, kad viskas veiktų puikiai“;* *„Apleista Sveikatos ir socialinės rūpyubos tarnyba, nėra sukurta normali teisinė bazė“.*

Apibendrinimas. Interviu metu, respondentai turėjo galimybę pasisakyti apie žmogiškuosius išteklius ir įstatyminę bazę. Kalbėdami apie žmogiškuosius išteklius respondentai konkretizavosi į specialistų stokos problemą. Čia jie teigė, jog reabilitacijos srityje labai trūksta slaugytojų, o slaugės paprastai ateina iš kitų departamentų. Slaugos specialistų ir socialinių darbuotojų galėtų būti daugiau, tuomet nereikėtų savo srities specialistui (pvz. ergoterapeutui) atlikti socialinio darbuotojo darbo.

Aptardami įstatyminės bazės kategoriją, respondnetai konkretizavo aiškų teisinį reglamentavimą. Jų teigimu Sveikatos ir socialinės rūpybos tarnyba negali užtikrinti efektyvaus ir skaidraus reabilitacijos veikimo, nes neturi tinkamų įstatymų, kurie galėtų užtikrinti, kad viskas veiktų puikiai.

Septintuoju interviu klausimu („**Kurios šalies reabilitacijos politikos gaires laikytumėte pavyzdinėmis? Kodėl taip manote? Ko galima pasimokyti iš gerosios patirties?“)** siekiama išsiaiškinti, kokia yra reabilitacijos politikos geroji patirtis. (žr. 9 lentelę)

17 lentelė. Reabilitacijos politikos geroji patirtis Jungtinėje Karalystėje.

KATEGORIJA	SUBKATEGORIJA	ĮRODANTYS TEIGINIAI

Geroji reabilitacijos praktika užsienio valstybėse	Pavyzdinės šalys	*„Amerika ar Vokietija“;* *„Amerika“;* *„Sakyčiau Vokietija“;* *„Vokietija arba Norvegija“;* *„Danija ir Vokietija“;* *„Tikrai Vokietija“.*
	Reabilitacijos paslaugų apmokėjimas	*„Amerikos problema yra ta, kad jūs turite sumokėti ir tai yra gana brangu“;* *„Vokietijos efektyvumas yra nuostabus“;* *„Amerikoj reabilitacija yra labai aukšto lygio, tačiau labai brangi“.*
	Reabilitacijos paslaugos vertinimas	*„Jie turi daugybę matavimų ir konsultacijų ir labai gerą infrastruktūrą“;* *„Vokietija pirmoji įvedė E.sveikata savo šalyje, ir manau kol kas priekyje“.*
	Infrastruktūra	*„Vokietija turi labai gerą infrastruktūrą“;* *„Kiek teko domėtis Vokietijos regioninis pasiekiamumas yra labai aukštas“;* *„Paslaugos į namus“.*

Apibendrinimas. Paskutiniuoju klausimu buvo siekiama įvertinti, ką mano Jungtinės Karalystės ekspertai apie užsienio valstybių reabilitacijos politikos gerąją patirtį. Pažymėtina, kad JK dauguma ekspertų pavyzdinėmis valstybėmis įvardino Vokietiją ir Ameriką. Kalbėdami apie Ameriką, respondentai pažymėjo esminį trūkumą – tai reabilitacijos finansavimą: „*Amerikos problema yra ta, kad jūs turite sumokėti ir tai yra gana brangu*.“ Tai yra, kai pacientui nėra sudaryta galimybė gauti reabilitacijos paslaugą nemokamai, tarsi pažeidžiamas visų piliečių lygybės principas, t.y. jei žmogus finansiškai negali sau užtikrinti sveikatos gerovės, vadinasi jis negali būti pilnai išgydytas.

Tačiau, visgi didžioji dauguma respondentų dažniau kalbėjo apie tai, kad Vokietijos reabilitacijos politika yra pranašesnė. Kai kurie ekspertai savo nuomonę pagrindė argumentais: „*Vokietijos efektyvumas yra nuostabus*“. Tai yra labai trumpa frazė, tačiau labai informatyvi. Galima daryti prielaidą, kad reabilitacijos politikos procesas Vokietijoje yra tinkamai teisiškai sureguliuotas, pacientas gauna laiku, greitai, kokybišką paslaugą, kuri jam yra nemokama, finansuojama iš valstybės biudžeto. Vokietija puikiai sprendžia ir kvalifikuotų specialistų klausimą, didelį dėmesį skirdama mokymams ir finansavimui. Pask ekspertų Vokietijos reabilitacijos sistema „*turi daugybę matavimų ir konsultacijų ir labai gerą infrastruktūrą.*“ ir tai, tikėtina, lemia kokybišką paslaugos suteikimą ir viso proceso veikimą.

5.2.3. Lietuvos ir Jungtinės Karalystės ekspertų nuomonės palyginamoji analizė

Atlikus interviu analizę, šiame skyriuje lyginami Lietuvos ir Jungtinės Karalystės ekspertų pasisakymai apie reabilitacijos politiką, jos ypatumus, trūkumus, privalumas, tobulintinas sritis, vertinama geroji patirtis. (žr. 18 lentelę).

18 lentelė. Lietuvos ir Jungtinės Karalystės ekspertų nuomonės palyginimas.

Klausimai /vertinimo aspektai	Lietuva	Jungtinė Karalystė
I. Reabilitacijos politikos kūrimo principai Lietuvoje/UK	1.Teisinis reglamentavimas: teisinės bazės sukūrimas, teisinio reguliavimo netobulumas, siūlytini pokyčiai, tendencijos. 2.Politikos pokyčiai: sąlygų pasikeitimas, visuomenės požiūrio kaita. 3. Žmogiškieji ištekliai: personalo pasirinkimas, komandinis darbas, viršenybės principas, kompleksiškumas 4. Reabilitacijos politikos modelis: privalumai, trūkumai, multidisciplininis reabilitacijos procesas	1. Teisinis reglamentavimas: reabilitacijos priežiūros aktas Informacijos susisteminimas, vadovų parengimas. 2. Reabilitacijos politikos pokyčiai: sąlygų pasikeitimas – atskiri centrai, visuomenės požiūrio kaita 3. Žmogiškieji ištekliai: personalo pasirinkimas, komandinis darbas 4. Reabilitacijos politikos finansavimas: privalumai, trūkumai, multidisciplininis reabilitacijos procesas
II. Reabilitacijos politikos pliusai ir minusai	1. Pacientų siuntimo/nukreipimo sistemos netobulumas: galimybė pakliūti pas specialistą, eilės. 2. Kineziterapeutų licencijavimas: kvalifikacijos tobulinimo motyvacijos stoka, reglamentavimas. 3. Sprendimų priėmimas: darbo grupės netobulumas, informacijos trūkumas. 4. Reabilitacijos politikos tobulinimas: gerosios patirties panaudojimas, finansavimas, išsilavinimo sistemos pertvarkymas, paslaugos kokybės gerinimas.	1. Žmogiškieji ištekliai: kvalifikuoti specialistai, reikiamas kiekis specialistų. 2. Informacija: greitas apsikeitimas informacija. 3. Sprendimų priėmimas: darbo grupės netobulumas. 4. Reabilitacijos politikos tobulinimas: socialinė priežiūra namuose, finansavimas, paslaugos kokybės gerinimas sutrumpinant reabilitacijos laukimo laiką.
III. Pacientų teisės gauti reabilitacijos paslaugas laiku ir kokybiškai užtikrinimas.	1. Reabilitacijos modelis: specialistų profesinės organizacijos, kvotų trūkumas, siuntimo skaidrumas, pacientų vertinimas. 2. Paslaugų kokybė: pacientų srautai, specialistų trūkumas, paslaugų prieinamumas. 3. Finansavimas: reabilitacijos įkainis,	1. Reabilitacijos modelis: reabilitacijos taikymas reglamentuotas įstatymu, kvotų trūkumas, 3 lygių reabilitacijos procesas. 2. Paslaugų kokybė: pagal diagnozę traumas suskirstyti centrai, aukšta specialistų

	lėšų trūkumas.	kvalifikacija, paslaugų prieinamumas. 3. Finansavimas: reabilitacijos įkainis, galimybė taikyti naujausias technikas ir technologijas.
IV. Reabilitacijos paslaugų kokybė ir prieinamumas	1. Finansavimas: Europos Sąjungos struktūrinė parama, regionų plėtra, lėšų trūkumas, kvotos, finansavimas paskui pacientą, reabilitacijos finansavimo kaita (mažinimas, didinimas), paciento finansinė padėtis. 2. Paslaugų kokybė: antireklama, pasitikėjimas didžiųjų miestų specialistais, eilės laukiant paslaugos, mokamų paslaugų prieinamumas, pranašumas, specialistų kvalifikacija, pasenusi sistema. 3. Naujovių diegimas: nauji gydymo būdai, infrastruktūros tobulinimas. 4. Verslumas: verslumo perspektyvų nenumatymas atskiriant vaikų reabilitaciją.	1. Paslaugų kokybė ir prieinamumas: reabilitacijos centrai, regionų plėtra, kokybiška paslauga. 2. Reabilitacijos tobulinimas: patekimo reabilitacijai termino trumpinimas, teisnių reikalavimų kaita.
V. Žmogiškųjų išteklių valdymo trūkumai.	1. Žmogiškųjų išteklių trūkumai: eilės, darbo krūvis, darbų planavimas/ pacientų srautų valdymas, specialistų trūkumas, išsilavinimo netolygumai, funkcijų dubliavimasis, informacijos, žinių stoka. 2. Finansavimas: paslaugų įkainis, nelegalus darbas/šešėlis. 3. Naujovės, tobulintinos sritys: geroji patirtis, išsilavinimo sistemos, reabilitacijos sistemos pertvarkymas.	1. Žmogiškųjų išteklių trūkumai: slaugos specialistų ir socialinių darbuotojų stoka, darbuotojų kaita, funkcijų pasidalijimas, informacijos, žinių stoka. 2. Švietimas: kokybiška šveitimo sistema.
VI. Pagrindinės kliūtys, kurios labiausiai įtakoja efektyvų ir skaidrų reabilitacijos sistemos veikimą.	1. Žmogiškieji ištekliai: specialistų kvalifikacijos stoka, paslaugos nesuteikimas, komandinis darbas. 2. Korupcija: kvotų reabilitacijai nuslėpimas, skaidrumas viešinat kvotas. 3. Informacijos stoka: visuomenės žinių trūkumas. 4. Institucinė veikla: abejingumas, atsakomybės nebuvimas.	1. Žmogiškieji ištekliai: specialistų stoka. 2. Įstatyminė bazė: aiškus teisinis reglamentavimas;

VII. Reabilitacijos politikos geroji patirtis	1. Geroji reabilitacijos praktika užsienio valstybėse: paslauga į namus, pavyzdinės šalys, reabilitacijos paslaugų paskirstymas į valstybinėms ir privačioms įstaigoms, kokybiška paslauga, specialistams keliami reikalavimai ir darbo sąlygų sudarymas, nuolatinis kvalifikacijos tobulinimas. 2. Finansavimas: reabilitacijos sistemos tinkamas finansinis aprūpinimas. 3. Reabilitacijos paslaugos: privačios klinikos, valstybinės įstaigos.	1. Geroji reabilitacijos praktika užsienio valstybėse: pavyzdinės šalys, reabilitacijos paslaugų apmokėjimas, reabilitacijos paslaugos vertinimas, infrastruktūra.

Lietuvos ir Jungtinės Karalystės reabilitacijos politika atitinkamose kategorijose turi panašumų, tačiau taip pat matomi ir skirtumai. Trumpai aptariama, kokiomis subkategorijomis supanašėja ir kokiomis išsiskiria reabilitacijos politika šiose skirtingose valstybėse.

Kategorijoje „Reabilitacijos politikos kūrimo principai Lietuvoje/JK“ Lietuvos ir JK reabilitacijos politika panašėja šiais aspektais: politikos pokyčiai ir žmogiškieji ištekliai. Tiek Lietuva, tiek JK politikos pokyčiuose atkreipia dėmesį į sąlygų pasikeitimą, visuomenės požiūrio kaitą. Žmogiškųjų išteklių klausimu abi šalys aptaria personalo pasirinkimą ir komandinį darbą. Lietuva šioje subkategorijoje yra detalesnė. Ji kartu su personalo pasirinkimo ir komandinio darbo problemomis įvardyja ir viršenybės principą bei kompleksiškumą. Taip pat Lietuva ir JK apibūdina Reabilitacijos politikos modelį. Ši modelį JK ekspertai aptaria per reabilitacijos politikos finansavimą. Abiejų šalių ekspertai šioje subkategorijoje aptaria reabilitacijos politikos privalumus, trūkumus, multidisciplininį reabilitacijos procesą.

Kategorijoje „Reabilitacijos politikos pliusai ir minusai“ Lietuvos ir JK respondentų aptariamos subkategorijos labai skiriasi. Lietuva įvardija pacientų siuntimo/nukreipimo sistemos netobulumą ir kineziterapeutų licencijavimą, o JK aptaria žmogiškuosius išteklius ir informacijos apsikeitimo greitumą. Žinoma, šioje kategorijoje šios šalys aptaria ir tas pačias subkategorijas tik kitais aspektais. Štai Lietuvos respondentai pasisakydami apie sprendimų priėmimą nusako darbo grupės netobulumus ir informacijos trūkumus, o JK tuo pačiu klausimu aptaria tik darbo grupės netobulumus. Klausime apie reabilitacijos politikos tobulinimą Lietuva aptaria gerosios patirties panaudojimą, finansavimą, išsilavinimo sistemos pertvarkymą ir paslaugos kokybės gerinimą. O JK tuo pačiu klausimu įvardyja tik vieną tokį pat aspektą – finansavimą, daugiau reabilitacijos politikos tobulinimo problemą JK aptaria socialinės priežiūros namuose, paslaugos kokybės gerinimo sutrumpinant reabilitacijos laukimo laiką aspektais.

Kategorijoje „Pacientų teisės gauti reabilitacijos paslaugas laiku ir kokybiškai užtikrinimas.“ Tiek Lietuva tiek JK iškelia tas pačias problemas: reabilitacijos modelį, paslaugų kokybę ir finansavimą. Tačiau šias problemas šių šalių respondentai nusako iš esmės skirtingais aspektais. Lietuva reabilitacijos modelį pateikia šiais aspektais: specialistų profesinės organizacijos, kvotų trūkumas, siuntimo skaidrumas, pacientų vertinimas. JK tą pačia problemą aptaria šiais atžvilgiais: reabilitacijos taikymas reglamentuotas įstatymu, kvotų trūkumas, 3 lygių reabilitacijos procesas. Šios kategorijos subkategorijoje „finansavimas“ galime įžvelgti viena bendrą abiejų šalių nagrinėjamą aspektą – tai reabilitacijos įkainis. Daugiau Lietuva apie finansavimą nepasako nieko, tuo metu JK kartu su reabilitacijos įkainiu aptaria ir galimybę taikyti naujausias technikas ir technologijas.

Pavyzdinės medicininės reabilitacijos šalimis, tiek Lietuva, tiek JK laiko JAV, Vokietiją. Vokietijoje reabilitacijai skiriama 170 dienų, o Lietuvoje tik 85. Lovadienių kainos skirtumai yra labai dideli, ir skiriasi beveik 10 kartų – Lietuvoje viena diena kainuoja maždaug nuo 32 eur iki 80 eur (priklausomai nuo diagnozės), Vokietijoje - apie 380 eurų. Tačiau abiejose šalyse darbą atlieka vienodas specialistų skaičius. Galima sutikti, kad Lietuva ir Vokietija nėra ekonomiškai tapačios šalys, tačiau, manytina, kad esantys skirtumai visgi yra pernelyg ženklūs.

Taigi, atsižvelgiant į šias ir kitas kategorijas bei jų subkategorijas, kurias pateikia tiek Lietuva tiek JK, galima teigti, jog Lietuvos ir JK reabilitacijos politikos sistema tarpusavyje labai skiriasi. JK reabilitacijos politika yra išplėtota, o Lietuvos ne, dėl to labai skiriasi šių šalių aptariamų kategorijų subkategorijų aspektai.

IŠVADOS

1. Medicininė reabilitacija - tai neabejotinai svarbi sveikatos politikos dalis, kai sėkmingas jos vykdymas prisideda prie visuomenės gerovės, pagerina žmonių, sergančių lėtinėmis ligomis, patyrusių operacijas, sunkias traumas, ekonominę padėtį, emocinę būklę ir socialinę integraciją. Nustatyta, kad sistemingas politikų darbas, komunikacija su įvairiomis organizacijomis, medicinos atstovais, prisideda prie sėkmingos reabilitacijos vykdymo net ir besivystančiose šalyse, kur žmonių pajamos ir ištekliai, galimybės, palyginus su Vakarų pasaulio šalimis, yra žymiai mažesės.
2. Medicininės reabilitacijos teisinis reglamentavimas Lietuvoje patobulėjo: Lietuvoje institucijos, siekdamos sėkmingai įvykdyti išsikeltus reabilitacijos politikos tikslus, privalėjo sukurti tarptautinius standartus atitinkančią sistemą, reabilitacija turėjo būti plėtojama įvairiuose lygmenyse ir vietose, įstatymų leidžiamoji valdžia privalėjo parengti ir tobulinti teisės aktus. Medicininės reabilitacijos kūrimosi Jungtinėje Karalystėje istorija rodo, kad ši šalis turėjo visai kitokią patirtį, požiūrį ir lūkesčius nei Lietuva. JK reabilitacijos sistema egzistuoja žymiai ilgesnį laiką, todėl turėjo daugiau progų adaptuotis, prisiderinti prie pacientų ir visuomenės poreikių. Šie veiksniai turėjo ir tebeturi įtakos reabilitacijos politikai, jos krypčių formavimuisi. Nustatyta, kad Jungtinės Karalystės reabilitacijos politika pagrįsta požiūriu į pacientą, kaip individą su tik jam būdingais sutrikimais, o reabilitacijos sistema skatina individualią reabilitacijos programą, kurioje ligonis yra aktyvus dalyvis ir netgi gali prisidėti prie plano sudarymo, pasirinkti jam reikalingiausias paslaugas ir kontroliuoti jam paskirtą reabilitacijos biudžetą.
3. Prieita išvados, kad reabilitacijos politiką reglamentuojančių teisės aktų pritaikymas praktikoje, politikos įgyvendinimas priklauso ne tik nuo teisės normų, bet ir nuo tinkamo jų įgyvendinimo, t.y. nuo įstaigų, institucijų aktyvumo, žmogiškųjų išteklių potencialo, finansavimo, tarpinstitucinio bendradarbiavimo ir kt. Medicininės reabilitacijos politikos privalumai Jungtinėje Karalystėje pasižymi vykdomos reabilitacijos politikos naudingumu, t.y. sukurta gerai veikianti reabilitacijos sistema, kurioje kreipiamas individualus dėmesys į pacientą. Pagrindinės medicininės reabilitacijos problemos Jungtinėje Karalystėje – NHS institucijos, kuri koordinuoja ir planuoja reabilitacijos ir sveikatos apsaugos politiką bei gaires, patiriami sunkumai: didžiausi iš jų yra didelis biudžeto deficitas ir darbuotojų trūkumas. Taipogi nustatyta tai, kad pacientams po sunkių traumų, operacijų tenka gana ilgai laukti eilėje, norint apsilankyti pas kineziterapeutą ir pradėti fizioterapiją ar gauti fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo konsultacijas.

4. Lietuvos ir Jungtinės Karalystės reabilitacijos politika atitinkamais reabilitacijos politikos vertintais kriterijais turi panašumų, tačiau taip pat matomi ir skirtumai. Panašumai nustatyti tame, kad tiek Lietuva, tiek UK reabilitacijos politikos pokyčiuose atkreipia dėmesį į reabilitacijos paslaugų suteikimo sąlygų pasikeitimą, visuomenės požiūrio kaitą. Lietuvos ekspertai trūkumu išskyrė pacientų siuntimo/nukreipimo sistemos netobulumą ir kineziterapeutų licencijavimą, o JK specialistai išskyrė žmogiškuosius išteklius ir informacijos apsikeitimo greitumą. Galima teigti, jog Lietuvos ir JK reabilitacijos politikos sistema ekspertų vertinimu tarpusavyje labai skiriasi. JK reabilitacijos politika yra labiau išplėtota nei Lietuvos, dėl to labai skiriasi šių šalių aptariamų reabilitacijos politikos įgyvendinimo klausimų aspektai.

REKOMENDACIJOS

Pateikus išvadas, darbo autorius siūlo šiuos reabilitacijos politikos gerinimo būdus.

Rekomendacijos SAM:

1. Įvertinti valstybiniu lygiu dabartines problemas, o būtent nepakankamą reabilitacijos finansavimą, kuris didele dalimi įtakoja žemesnę reabilitacijos paslaugų kokybę. Esant galimybei reabilitacijos ir sveikatos grąžinamojo gydymo paslaugų suaugusiems ir vaikams bazines kainas padidinti 10 proc.
2. Apmokėti vaikų medicininės reabilitacijos paslaugas, užtikrininat šių paslaugų teikimą pagal poreikį (š.m. kompensuojama vaikų reabilitacijai ~20 proc. nuo bendros medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui skirtos sumos).
3. Teisės aktuose nustatyti sumos dalį vaikų reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui, padidinant ją nuo 20 iki 25 proc., aiškiai apibrėžiant, kad vaikų reabilitacijos paslaugos ir sanatorinis gydymas negali būti kvotuojamos ir vaikams skirtos lėšos negali būti panaudojamos (perkeliamos) suaugusiųjų reabilitacijai.
4. Skirti papildomą finansavimą, t.y. tiek Lietuvoje, tiek Jungtinėje Karalystėje siūloma gerinti reabilitacijos įstaigų infrastruktūrą, kad ir regionuose pacientams ji būtų lengvai pasiekiama, o paslauga būtų suteikiama tos pačios kokybės, kaip ir didžiųjų miestų įstaigose, centruose.
5. Padidinti kvotų skaičių, kad visiems pacientams reabilitacija taptų prieinama.
6. Daugiaprofiliniame stacionare į lovadienio kainą atskira eilute būtina išskirti pirmo etapo reabilitacijos paslaugų kainą. Ji turėtų sudaryti 3-4 proc. lovadienio kainos lėšų. Tai užtikrintų pirmojo reabilitacijos etapo vykdymą, tačiau kol kas tai nėra padaryta.

Rekomendacijos pacientų organizacijoms:

7. Įvertinti reabilitacijos vietų trūkumą ir socialines–ekonomines priežastis, kurios gali sutrukdyti vaikams dalyvauti reabilitacijos procese.
8. Įvertinti apklausų, stebėjimo metodais reabilitacijos paslaugų poreikius vaikų ir suaugusiųjų amžiaus grupėse.

Rekomendacijos sveikatos priežiūros įstaigoms:

9. Sudaryti vienodas galimybes asmenims gauti reabilitacinę pagalbą;
10. Organizuoti nepageidaujamų situacijų ištyrimą bei pasiremti užsienio valstybių gerąją patirtimi (pvz. Danijos, Vokietijos, JAV).

11. Taikyti naujoves (pvz. specialias kėdės, vonias, akių skaitytuvus ar pan.).
12. Skatinti tarpdisciplininį bendradarbiavimą, komandinį darbą.
13. Medicininės reabilitacijos ir sanatorinės įstaigoms bendrai profesionalų komandos pagalba priimti sprendimus paciento atžvilgiu.
14. Siekiant užtikrinti būtinąsias ir geros kokybės medicininės reabilitacijos paslaugas, būtina nuolat tobulinti medicininės reabilitacijos paslaugų teikimo ir kompensavimo už suteiktas paslaugas tvarką.
15. Siekti, kad šeimos gydytojo komanda bendradarbiautų su ligoninėmis, reabilitacijos centrais ir kitomis įstaigomis, siųsdama ten pacientus ir sekdama jų apsilankymus kitose įstaigose.

Rekomendacijos švietimo organizacijoms:

16. Tiek Lietuvoje, tiek Jungtinėje Karalystėje siūloma peržiūrėti švietimo programą, kad nesiskirtų specialistų parengimas universitete ar žemesnės pakopos įstaigose – pvz.kolegijose, koledžuose.
17. Didesnę dalį finasavimo skirti specialistų kvalifikacijos kėlimui arba persikvalifikavimui (pvz. JK trūksta socialinių darbuotojų).

Informacinės visuomenės priemonėms:

18. Spaudoje atkreipti dėmesį į reabilitacijos problemas tiek vaikų, tiek suaugusiųjų, senų žmonių grupėms.
19. Visuomenės švietimui panaudoti dalį reklamos laiko kalbant apie reabilitacijos paslaugų svarbą;
20. Prisidėti prie teigiamo požiūrio apie reabilitacijos politiką formavimo.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

Mokslinės publikacijos:

1. Andre, den Exter. *Health Care Law-making in Central and Eastern Europe– Review of a Legal Theortical Model. UK*. Oxford: Intersentia, 2002.
2. Armstrong, Jo ir Alastair Ager. "Physiotherapy in Afghanistan: an analysis of current challenges." *Disability and Rehabilitation* 28 (2006): 315-322.
3. Barbui, Corrado ir Michelle Tansella."Thirtieth birthday of the Italian psychiatric reform: research for identifying its active ingredients is urgently needed." *Journal of Epidemiology and Community Health* 62 (2008): 1021.
4. Būblaitytė, Simona. ir Ramūnė Mazaliauskienė. „Kineziterapija – stebuklas, kurį gali atlikti pats." Žiūrėta 2016 m. lapkričio 30 d. http://www.neuromedicina.lt/kineziterapija-—-stebuklas-kuri-gali-atlikti-pats/
5. Fransen M, McConnell S, Bell M. 2003. Exercise for osteoarthritis of the hip or knee. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 8 (2003)
6. Gutenbrunner, Christoph, Anthony B Ward ir M Anne Chamberlain."White book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe." *Journal of Rehabilitation Medicine: o cial journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine* 45 (2007): 6- 47.
7. Heiligers, Phill JM, Judith de Jong, Peter P Groenewegen, Lammert Hingstman, Beate Völker ir Peter Spreeuwenberg. "Is networking different with doctors working part-time? Differences in social networks of part-time and full-time doctors." *BMC Health Serv Res* 8 (2008):204. doi: 10.1186/1472-6963-8-204.
8. Hibbard, Judith ir Helen Gilburt. *Supporting people to manage their health: An introduction to patient activation*. London: The King's Fund, 2014.
9. Juocevičius, Alvydas. „Medicininės reabilitacijos sistemos vystymasis 1991-2001 metais." *Sveikatos mokslai* 1, 24 (2003): 2-8. http://elibrary.lt/resursai/Ziniasklaida/SAM/Sveikatos%20mokslai/sm_2003_01.pdf
10. Juocevičius, Alvydas. „Pacientų su nugaros smegenų pažeidimais fizinės treniruotės efektyvumas." *Sveikatos mokslai* 1, 32 (2004): 15-19.
11. Juocevičius, Alvydas, Rūta Dadelienė, Aušra Adomavičienė, Alma Cirtautas ir Ieva Jamontaitė. „Ergoterapijos įtakos po nugaros smegenų pažeidimų kaklo srityje smulkiai motorikai ir savarankiškumo įvertinimas." *Sveikatos mokslai* 1, 24 (2003): 31-34.
12. Juocevičius, Alvydas ir Ieva Slivovskaja. „Pirmojo reabilitacijos etapo bei siuntimo antrąjam etapui paslaugų Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikose 2003 metais analizė." *Sveikatos mokslai* 1, 32 (2004): 47-50.

13. Juocevičius, Alvydas, I. Jasiulionienė ir M. Kurilionok. „Pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, emocinės būklės tyrimai.“ *Sveikatos mokslai* 1, 24 (2003): 24-27.
14. Juocevičius, Alvydas ir Daiva Jurgelevičienė. „Papildomų aerobinio poveikio treniruočių taikymo asmenims, patyrusiems nugaros smegenų pažeidimą kaklo srityje, efektyvumas.“ *Sveikatos mokslai* 1, 24 (2003): 37-41.
15. Juocevičius, Alvydas, I. Zigmantavičiūtė ir Dainė Janonienė. “A comparison of comprehensive rehabilitation and comprehensive rehabilitation with feed-back balance training for acute stroke patients. “*Journal of Vibroengineering* 9 (2007): 55-58.
16. Kardelis, Kęstutis. *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. Kaunas: JUDEX, 2002.
17. „Kaip vykdoma onkologinė sveikatos priežiūra.“ *Valstybinė audito ataskaita*, 2014 m. kovo 14 d. Nr. VA-P-10-4-3, p. 4
18. Kriščiūnas, Aleksandras. „Reabilitacijos sistema Lietuvoje (praeitis, dabartis, ateitis).“ *Medicina* 41, 3 (2005): 246 – 250.
19. Kriščiūnas, Aleksandras. *Reabilitacijos pagrindai*. Kaunas: Vitae Litera, 2014 http://ebooks.vitaelitera.lt/eb/1424/reabilitacijos-pagrindai/.
20. Krutulytė, Gražina., Algimantas Kimtys ir Aleksandras Kriščiūnas. „Kineziterapijos metodų Bobath ir judesių mokymo programos efektyvumas reabilituojant ligonius, sirgusius galvos smegenų insultu.“ *Medicina* 39, 9 (2003): 889-894.
21. McCaughey, Deirdre ir Nealia S. Bruning. 2010. “Rationality versus reality: the challenges of evidence-based decision making for health policy makers.“ I*mplementation Science* 5 (2010): 39. http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-5-39.
22. Mock, Charles, Nguyen Thanh Son, Robert Quansah ir Manjul Joshipura. “Evaluation of trauma care capabilities in four countries using the WHO-IATSIC Guidelines for Essential Trauma Care. “ *World Journal of Surgery* 30 (2006): 946-956.
23. Shakespeare, Tom, Lisa I Iezzoni ir Nora E Groce. “Disability and the training of health professionals.“ *Lancet* 374 (2009): 1815-1816**.**
24. Starkutė, Evelina. 2008. „Reabilitacijos paslaugų administravimas Lietuvoje.“ Magistro darbas, Vytauto Didžiojo universitetas. https://vb.vdu.lt/object/elaba:1725837/
25. Steiner, Werner A, Liliane Ryser, Erika Huber, Daniel Uebelhart, Andre Aeschlimann ir Gerold Stucki. “Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Physical Therapy* 82 (2002): 1098-1107.
26. Špokienė, Indrė. „Lietuvos teisės aktuose asmeniui ir valstybei adresuotų pareigų „rūpintis sveikata“ teisinis vertinimas.“ *Sveikatos politika ir valdymas* 1, 4 (2012): 7.

27. Varžinskienė, Laura ir Jolita Rudzevičiūtė. „Medikų požiūris į socialinio darbuotojo vaidmenis reabilitacijos specialistų komandoje.“ *Socialinis darbas. Patirtis ir metodai* 4, 2 (2009): 69-70.
28. Veitienė, Dalia, Marija Tamulaitienė ir Alvydas Juocevičius. „Namuose ir ambulatoriškai atliekamų fizinių pratimų poveikis sergančiųjų reumatoidiniu artritu funkciniam aktyvumui.“ *Sveikatos mokslai* 1, 32 (2004): 8-10.
29. Velema, Johan P., Bassey Ebenso ir P. L.Fuzikawa. “Evidence for the efectiveness of rehabilitation-in-the-community programmes.“ *Leprosy Review* 79 (2008): 65-82.
30. Williams, Gareth.“Social inequalities in health: Notes in the margins.“ *Social Theory & Health* 11, 2 (2013): 117-132.
31. Williams, Larry R, Mitzi A. Ekers, Paul Steven Collins ir John F. Lee. “Vascular rehabilitation: Benefits of a structured exercise/risk program.“ *Journal of vascular surgery* 14 (1991): 320 – 326.
32. Žigienė, Kristina. *Reabilitacijos ir fizioterapijos pagrindai*. Kaunas: Kauno kolegijos Leidybos centras, 2008.

Internetiniai šaltiniai:

33. „The 2015 Rehabilitation act.“ CMS. Žiūrėta 2017 m. spalio 20 d. https://www.cmsuk.org/files/CMSUK%20General/REHAB%20CODE%20in%20full.pdf
34. Feinmann, Jane. “Why hip replacement patients are told to be less cautious: lack of movement and physiotherapy after surgery leave many patients unable to recover.“ *Dailymail,* lapkričio 26, 2016. http://www.dailymail.co.uk/health/article-3980316/Why-hip-replacement-patients-told-CAUTIOUS-Lack-movement-physiotherapy-surgery-leave-patients-unable-recover.html.
35. “Global Early Intervention Network.“ Žiūrėta 2016 m. lapkričio 30 d. http://www.atsweb.neu.edu/cp/ei/.
36. “Rehabilitation History.“ Historic England. Žiūrėta 2016 m. lapkričio 30 d. https://historicengland.org.uk/research/inclusive-heritage/disability-history/1945-to-the-present-day/disability-rehabilitation-and-work/.
37. “International Classification of Functioning, Disability and Health.“ ICF. Žiūrėta 2016 m. lapkričio 30 d. http://www.who.int/classifications/icf/en/.
38. Juocevičius, Alvydas. „Reabilitacija Lietuvoje: problemos ir iššūkiai.“ *Vaistai*, gruodžio 11, 2013. http://www.vaistai.lt/Reabilitacija-Lietuvoje-problemos-ir-issukiai-2616.html.
39. Kriščiūnas, Aleksandras. „Profesorius Aleksandras Kriščiūnas moka džiaugtis gyvenimu.“ *Skausmo medicina* Žiūrėta 2016 m. lapkričio 30 d.

http://www.emedicina.lt/site/files/skausmo_medicina/2005_02/Prof_Krisciunas_moka_dziaugtis_gyvenimu.pdf.

40. Lietuvos ergoterapeutų draugija. Žiūrėta 2016 m. lapkričio 30 d. http://www.ergoterapija.lt/index.asp
41. NHS. Žiūrėta 2016 m. lapkričio 30 d. http://www.nhs.uk/pages/home.aspx
42. "Commissioning guidance for rehabilitation." NHS England. Žiūrėta 2016 m. lapkričio 30 d.https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/04/rehabilitation-comms-guid-16-17.pdf
43. "In sight and In Mind. A toolkit to reduce the use of out of area mental health services." National Mental Health Development Unit. Žiūrėta 2016 m. lapkričio 30 d. https://www.google.com/url?q=http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/insightandinmind.pdf&sa=U&ved=0ahUKEwiat87px9bKAhUGfhoKHat_DlsQFggEMAA&client=internal-uds-cse&usg=AFQjCNH88ovikN_ELQ0QpA-co485WEX-MQ.
44. "NHS Improving Quality.Unbundling recovery: Recovery, rehabilitation and reablement national audit report." NHS. Žiūrėta 2016 m. lapkričio 30 d. http://www.nhsiq.nhs.uk/improvement-programmes/long-term-conditions-and-integrated-care/ltc-year-of-care-commissioning-model/long-term-conditions-year-of-care-commissioning-unbundling-recovery-simulation-model.aspx.
45. "NHS England Improving Quality. 2014. Improving adult rehabilitation service in England: Sharing best practice in acute and community care." NHS. Žiūrėta 2016 m. lapkričio 30 d. http://www.nhsiq.nhs.uk/resource-search/publications/improving-adult-rehabilitation-services-in-england.aspx.
46. "Rehabilitation, reablement, recovery. Quality guidance document. Wessex Strategic Clinical Networks." NHS. Žiūrėta 2016 m. lapkričio 30 d. http://www.wessexscn.nhs.uk/about-us/latest-news/rehabilitation-reablement-and-recovery-quality-guidance-document-now-published.
47. "Improving the quality of orthotics services in England." NHS. Žiūrėta 2016 m. lapkričio 30 d. http://www.england.nhs.uk.
48. Pociūnas, Saulenis. „Reabilitacija: kai medikų ir pacientų norai nesutampa." *Lsveikata,* lapkričio 17, 2014 http://lsveikata.lt/aktualijos/reabilitacija-kai-mediku-ir-pacientu-norai-nesutampa-1725
49. „Vykdomi projektai." Socialinių inovacijų centras. Žiūrėta 2016 m. lapkričio 30 d. http://www.socin.lt/index.php?option=com_content&view=article&id=160&Itemid=70
50. „Socialinės reabilitacijos paslaugos neįgaliesiems bendruomenėje," Socialinių inovacijų centras. Žiūrėta 2016 m. lapkričio 30 d.

http://www.socin.lt/index.php?option=com_content&view=article&id=160Itemid=70

51. "Global survey of government actions on the implementation of the standard rules of the equalisation of opportunities for persons with disabilities." South-North Centre for Dialogue and Development. Žiūrėta 2016 m. lapkričio 30 d. https://goo.gl/a3VrCz.
52. Spencer, Ben. "Stroke patients' at risk in the NHS: Major studies find staffing levels and use of effective surgery need improvement." *Dailymail,* lapkričio 29, 2016. http://www.dailymail.co.uk/news/article-3980724/Stroke-patients-risk-NHS-Major-studies-staffing-levels-use-effective-surgery-need-improvement.html
53. "Deficits in the NHS 2016." *The Kings Fund*, liepos 11, 2016. https://www.kingsfund.org.uk/publications/deficits-nhs-2016.
54. "United Spinal Association." Žiūrėta 2016 m. lapkričio 30 d. http://www.spinalcord.org/resource-center/askus/index.php?pg=kb.page&id=368.
55. „2006 metų veiklos ataskaita." *Valstybinė ligonių kasa,* kovo 01, 2007 http://www.vlk.lt/vlk/pr/?page=item&kat_id=1&date=2007-03-01&item_id=1545.
56. „Trumpai apie medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo paslaugas." *Valstybinė ligonių kasa*. Žiūrėta 2016 m. lapkričio 30 d. http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/sveikatos-prieziuros-paslaugos/medicinine-reabilitacija/Puslapiai/Trumpai-apie-medicininės-reabilitacijos-ir-sanatorinio-gydymo-paslaugas.aspx.
57. "International report (rehabilitation)" *WHO.* Žiūrėta 2016 m. lapkričio 30 d. http://www.who.int/disabilities/care/en/.

Teisės aktai:

58. „Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos 2005 m. gegužės 31 d. įsakymas Nr. A1-159 „Dėl reikalavimų profesinės reabilitacijos paslaugas teikiančioms įstaigoms aprašo patvirtinimo." *Valstybės žinios* 70, 2543 (2005)
59. „Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 1996 10 03, Nr. I-1562, Žin., 1996, Nr. 102- 2317." https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.C6E4170DB704/nebExFytrA.
60. „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo." *Valstybės žinios* 12, 407 (2008).
61. „Lietuvos Respublikos invalidų socialinės integracijos įstatymas. Reabilitacija." 1996.
62. „Nacionalinė neįgalių žmonių socialinės integracijos 2003– 2012 metams programa. (The National Social Integration Programme of the Disabled)." *Valstybės žinios* 57 (2002):74-92.
63. „Lietuvos Respublikos invalidų socialinės integracijos įstatymas. 2014-05-11, Nr. 83-2983" https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.199156E4E004/OzxwpqisAN.

64. „Lietuvos Respublikos Seimo sveikatos reikalo komiteto įsakymas „Dėl vaikų reabilitacijos problemų Lietuvoje" Nr. 111-S-15." *LRS*. http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=7693&p_k=1.
65. „Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas "Dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos patvirtinimo. Nr. XII-964" *TAR*. https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/85dc93d000df11e4bfca9cc6968de163

Černel V. *Medicininės reabilitacijos politikos analizė Lietuvoje ir Jungtinėje Karalystėje* / Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas. Vadovė prof. dr. D. Jankauskienė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2017.

SANTRAUKA

Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamajame darbe nagrinėta viena iš aktualiausių temų sveikatos priežiūros sektoriaus veikloje – reabilitacijos politika. Atsižvelgiant į tokių ligų kaip širdies ir kraujagyslių ligos, onkologinės ligos paplitimą tiek visame pasaulyje, tiek Lietuvoje, taip pat į trumpą vidutinę gyvenimo trukmę, didelį traumų skaičių, apsinuodijimų skaičių ir savižudybių skaičių Lietuvoje, sveikatos priežiūros, reabilitacijos klausimai yra neabejotinai labai svarbūs. Šią temą paskatino pasirinkti tai, kad moksliniame lygmenyje reabilitacijos politikos kūrimas, formavimasis ir įgyvendinimas praktiškai nenagrinėtas, išskyrus tam tikras sritis (pvz. nuteistųjų ar bedarbių reabilitacija), todėl galima sutikti, kad reabilitacijos politika yra aktuali tema Lietuvos moksle.

Šio darbo tikslas – išanalizuoti reabilitacijos politiką Lietuvoje bei Jungtinėje Karalystėje ir pateikti pasiūlymus jos gerinimui. Darbo uždaviniai: 1) Aptarti reabilitacijos sampratą bei svarbą sveikatos politikoje; 2) Išanalizuoti bei įvertinti šiuo metu vykdomą reabilitacijos politiką ir jos reglamentavimą Lietuvoje bei Jungtinėje Karalystėje; 3) Ištirti bei identifikuoti pagrindines reabilitacijos politikos problemas; 4) Atlikti lyginamąją Lietuvos bei Jungtinės Karalystės reabilitacijos politikos analizę; 5) Pasiūlyti reabilitacijos politikos gerinimo būdus. Mokslinio darbo tyrimo objektas: reabilitacijos politika Lietuvoje ir Jungtinėje Karalystėje. Darbe taikyti tyrimo metodai: literatūros ir dokumentų analizė, turinio (angl. content) analizė, sociologinis kokybinis tyrimas – pusiau struktūrizuotas giluminis interviu, lyginimas.

Tyrimo metu gauti rezultatai byloja, kad reabilitacijos kūrimosi Jungtinėje Karalystėje istorija rodo, kad ši šalis turėjo visai kitokią patirtį, požiūrį ir lūkesčius nei Lietuva. Be to, jos reabilitacijos sistema egzistuoja jau žymiai ilgesnį laiką, todėl turėjo daugiau progų adaptuotis, prisiderinti prie pacientų ir visuomenės poreikių. Ištyrus bei identifikavus pagrindines reabilitacijos politikos problemas, prieita išvados, kad reabilitacijos politiką reglamentuojančių teisės aktų pritaikymas praktikoje, politikos įgyvendinimas priklauso ne tik nuo teisės normų, bet ir nuo tinkamo jų įgyvendinimo, t.y. nuo įstaigų, institucijų aktyvumo, žmogiškųjų išteklių potencialo, finansavimo, tarpinstitucinio bendradarbiavimo ir kt. Nustatyta, kad Lietuvos ir UK reabilitacijos politikos sistema ekspertų vertinimu tarpusavyje labai skiriasi. UK reabilitacijos politika yra labiau išplėtota nei Lietuvos, dėl to labai skiriasi šių šalių aptariamų reabilitacijos politikos įgyvendinimo klausimų aspektai.

Magistrinio darbo struktūrą sudaro: 17 lentelių; 2 paveikslai; išnagrinėta: 8 teisės aktai; 57 moksliniai šaltiniai; 103 psl.

Raktiniai žodžiai: reabilitacijos politika, formavimas, įgyvendinimas, vertinimas, pacientas.

Černel V. *Analysis of medical rehabilitation policy in Lithuania and the United Kingdom* / Health politics and management master thesis. Supervisor prof. dr. D. Jankauskienė. – Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, 2017.

SUMMARY

The final Master's degree paper on health policy and management analyzes one of most relevant topics in the healthcare sector, i.e. rehabilitation policy. In respect to the prevalance and distribution of circulatory and oncological diseases both worldwide and in Lithuania, as well as a short average life span, the great number of traumas, cases of poisoning and suicide in Lithuania, healthcare and rehabilitation issues are inevitably important. The incentive to choose this topic was the lack of scientifiic interest in the creation of rehabilitation policy, formation and implementation of the latter has been virtually unresearched, except for certain areas, such as rehabilitation of the convicted and the unemployed. It is therefore possible to claim that the topic of rehabilitation policy is a relevant one in the science of Lithuania.

The objective of this paper is to analyse the rehabilitation policy in Lithuania and the United Kingdom and present suggestions for improvement. Tasks of the thesis: 1) present an overview of the concept of rehabilitation and it's importance in health policy; 2) analyse and assess the current rehabilitation policy and its legislation in Lithuania and the United Kingdom; 3) research and identify the main issues in rehabilitation policy; 4) carry out a comparative analysis of rehabilitation policy in Lithuania and the United Kingdom; 5) suggest methods of improving rehabilitation policy.

Object of research of the scientific study: rehabilitation policy in Lithuania and the United Kingdom. The following methods were applied in the thesis: literature and documentation analysis, content analysis, sociological qualitative survey - semi-structured in-depth survey, comparison.

Research data suggest that the history of establishing rehabilitation in the United Kingdom was affected by completely different attitudes and expectations in comparison with Lithuania. In addition, the rehabilitation system in the UK has been around for a much longer period of time, therefore it has many more opportunities to adapt and adjust to the needs of patients and society. Upon researching and identifying the main issues in rehabilitation policy, it was concluded that the legislation and legal acts behind rehabilitation policy and their application in practice, as well as the implementation of policy depend not only on legal standards but also on the appropriate manner of implementation, i.e. the initiative of institutions and offices, the potential of human resources, funding, inter-institutional relations etc. It was identified by expert consensus that the rehabilitation policies in Lithuania and the UK are very different in between. The rehabilitation policy in the UK is much more developed than in Lithuania, therefore the issues concerned regarding the implementation of rehabilitation policy are very different.

The structure of the Master's degree thesis: 17 tables; 2 illustrations; the following have been analysed: 8 legal acts; 57 scientific sources; 103 pages.

Keywords: rehabilitation policy, formation, implementation, assessment, patient.

Vitalij Černel. Medicininės reabilitacijos politikos analizė Lietuvoje ir Jungtinėje Karalystėje / Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas. Vadovė prof. dr. D. Jankauskienė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2017.

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe išanalizuotas reabilitacijos politikos formavimas, įgyvendinimas ir vertinimas Lietuvoje ir Jungtinėje Karalystėje. Nustatyta, kad reabilitacijos politikos įgyvendinimas Lietuvoje ir Jungtinėje Karalystėje yra skirtingame lygmenyje. Atlikta reabilitacijos politikos kūrimo principų, finansavimo, teisinio reguliavimo, privalumų ir trūkumų palyginamoji analizė, pasitelkiant mokslo darbų, ataskaitų, užsienio šalių mokslininkų darbų publikacijų, teisės aktų apžvalgas. Apibendrinus gautus rezultatus, nustatyta, kad reabilitacijos kūrimosi Jungtinėje Karalystėje istorija rodo, kad ši šalis turėjo visai kitokią patirtį, požiūrį ir lūkesčius nei Lietuva. Be to, jos reabilitacijos sistema egzistuoja jau žymiai ilgesnį laiką, todėl turėjo daugiau progų adaptuotis, prisiderinti prie pacientų ir visuomenės poreikių. Vykdyto empirinio sociologinio kokybinio tyrimo Lietuvoje ir Jungtinėje Karalystėje tikslas buvo įvertinti bei palyginti reabilitacijos politiką Lietuvoje bei Jungtinėje Karalystėje. Atlikus sisteminę gautų duomenų analizę, pateiktos išvados bei rekomendacijos apie reabilitacijos politikos formavimą, įgyvendinimą ir vertinimą Lietuvoje ir Jungtinėje Karalystėje.

Raktiniai žodžiai: reabilitacijos politika, formavimas, įgyvendinimas, vertinimas, pacientas.

Černel V. *Analysis of medical rehabilitation policy in Lithuania and United Kingdom* / Health politics and management master thesis. Supervisor prof. dr. D. Jankauskienė. – Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, 2017.

ANOTATION

The master's thesis examines the shaping, implementation and assessment of rehabilitation policy in Lithuania and in the United Kingdom. It has been established that the implementation of rehabilitation policies in Lithuania and in the United Kingdom occurs at different levels. A comparative analysis of the principles behind rehabilitation policy development, financing and legal regulation and of their advantages and disadvantages has been carried out through reviewing legislation, scientific papers, reports and publications by foreign scholars. A summary of the findings regarding the history of rehabilitation in the United Kingdom has shown that the country's experience, attitude and expectations in this respect are completely different from those of Lithuania. In addition, the rehabilitation system in the United Kingdom has been in place for a considerable time and has therefore had more opportunities to adapt, to adjust to the needs of the patients and of society. The objective of the empirical qualitative sociological study in Lithuania and the United Kingdom was to evaluate and compare rehabilitation policies in Lithuania and in the United Kingdom. Conclusions and recommendations on the shaping, implementation and evaluation of rehabilitation policy in Lithuania and the United Kingdom have been provided on the basis of a systematic analysis of the data.

Keywords: rehabilitation policy, shaping, implementation, assessment, patient.

MEDICININĖS REABILITACIJOS POLITIKOS ANALIZĖ LIETUVOJE IR JUNGTINĖJE KARALYSTĖJE

ANALYSIS OF MEDICAL REHABILITATION POLICY IN LITHUANIA AND THE UNITED KINGDOM

Darbas baigtas
2017 m. lapkričio 16 d.
Vitalij Černel
Vitalijus.cernel@gmail.com