



KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETAS
SOCIALINIŲ, HUMANITARINIŲ MOKSLŲ IR MENŲ FAKULTETAS

Jūratė Mažrimaitė

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS POLITIKOS ĮGYVENDINIMO
PROBLEMOS: REABILITACIJOS PASLAUGŲ TEIKIMO
PROCESAS

Baigiamasis magistro projektas

Vadovas

Lekt. dr. Donata Jovarauskienė

KAUNAS, 2018

KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETAS
SOCIALINIŲ, HUMANITARINIŲ MOKSLŲ IR MENŲ FAKULTETAS

**SVEIKATOS PRIEŽIŪROS POLITIKOS ĮGYVENDINIMO
PROBLEMOS: REABILITACIJOS PASLAUGŲ TEIKIMO
PROCESAS**

Baigiamasis magistro projektas

Viešoji politika (kodas 621L22008)

Vadovas

(parašas) Lekt. dr. Donata Jovarauskienė
2018-05-29

Recenzentas

(parašas) Doc. dr. Rimantas Rauleckas
(data)

Projektą atliko

(parašas) Jūratė Mažrimaitė
2018-05-29

KAUNAS, 2018



KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETAS

Socialinių, humanitarinių mokslų ir menų

(Fakultetas)

Jūratė Mažrimaitė

(Studento vardas, pavardė)

Viešoji politika ir saugumas, 621L22008

(Studijų programa, kodas)

Baigiamojo projekto: „Sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimo problemos: reabilitacijos paslaugų teikimo procesas“

AKADEMINIO SAŽININGUMO DEKLARACIJA

20 18 m. gegužės 29 d.
Kaunas

Patvirtinu, kad mano, **Jūratės Mažrimaitės**, baigiamasis projektas tema „Sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimo problemos: reabilitacijos paslaugų teikimo procesas“ yra parašytas visiškai savarankiškai ir visi pateikti duomenys ar tyrimų rezultatai yra teisingi ir gauti sąžiningai. Šiame darbe nei viena dalis nėra plagijuota nuo jokių spausdintinių ar internetinių šaltinių, visos kitų šaltinių tiesioginės ir netiesioginės citatos nurodytos literatūros nuorodose. Įstatymų nenumatytų piniginių sumų už šį darbą niekam nesu mokėjęs.

Aš suprantu, kad išaiškėjus nesąžiningumo faktui, man bus taikomos nuobaudos, remiantis Kauno technologijos universitete galiojančia tvarka.

(vardą ir pavardę įrašyti ranka)

(parašas)

Mažrimaitė Jūratė “Sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimo problemos: reabilitacijos paslaugų teikimo procesas” *Magistro* baigiamasis projektas / vadovas lekt. dr. Donata Jovarauskienė; Kauno technologijos universitetas, Socialinių, humanitarinių mokslų ir menų fakultetas.

Studijų kryptis ir sritis (studijų krypčių grupė): 02 S

Reikšminiai žodžiai: *Reabilitacija, komandinis darbas, sveikatos politika, procesas, prioritetas.*

Kaunas, 2018. 89 puslapiai.

SANTRAUKA

Galimybė visiems visuomenės nariams gauti aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas yra visų ES šalių pagrindinių socialinės veiklos siekiamybių, šiuo tikslu yra remiamos ir Europos mastu koordinuojamos sveikatos apsaugos nacionalinės politikos, kuriomis siekiama užtikrinti aukštos kokybės sveikatos priežiūros ir gydymo paslaugas, jų veiksmingą valdymą bei sveikatos priežiūros paslaugų vartotojų saugumą (Bubnienė, Ruževičius, 2010). Ilgą laiką prioritetinga medicinos kryptis buvo ūminių ligų diagnostika, gydymas ir profilaktika. Tačiau, ilgėjant gyventojų amžiui, visuomenės senėjimas pasauliniu mastu verčia šalis ypač daug dėmesio skirti esamos SP tobulinimui, prioritetams. Be to, daug lemia medicinos pažanga, nes vis daugiau žmonių išlieka gyvi po sunkių traumų, kai gydytojams tenka susidurti su ligų ir traumų pasekmėmis, kurios sutrikdo pagrindines žmogaus biosocialines funkcijas. Taigi funkcijoms atkurti būtinas kompleksas ne tik medicininių, bet ir socialinių, pedagoginių, profesinių priemonių, todėl sergančiųjų reabilitacijai skiriamas vis didesnis dėmesys (Kriščiūnas, 2005). Tyrimo probleminis klausimas: kokios yra reabilitacijos paslaugų teikimo proceso problemos ir galimybės sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimo kontekste. Tyrimo objektas: reabilitacijos paslaugų teikimo procesas, sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimo problemos kontekste. Tyrimo tikslas: išanalizuoti analizuoti reabilitacijos paslaugų teikimo proceso problemas sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimo kontekste. Tyrimo uždaviniai: išanalizuoti sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimo teikiant reabilitacijos paslaugas teorinius aspektus/problemas. Tirti/nustatyti sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimo teikiant reabilitacijos paslaugas teisinį reglamentavimą ir reguliavimą (galiojantys įstatymai, nuostatos, tvarkos). Įvertinti vartotojų (pacientų) nuomonę apie reabilitacijos paslaugų teikimo procesą, jo problemas ir tobulinimo galimybes. Įvertinti specialistų (personalo) nuomonę apie reabilitacijos paslaugų teikimo procesą, jo problemas ir tobulinimo galimybes Tyrimo metodai: mokslinės literatūros šaltinių analizė ir sisteminimas, kiekybinis tyrimas, apklausa raštu, statistinė duomenų analizė, kokybinis tyrimas, interviu, turinio (kontent) analizė, duomenų lyginamoji analizė. Tyrimo rezultatai. Išvados.

Mažrimaitė, Jūratė. *“Problems in the Implementation of Health Care Policy: the Process of Providing Rehabilitation Services”*. Master’s thesis in Political Science / supervisor Lekt. dr. Donata Jovarauskiene. The Faculty of Social Sciences, Arts and Humanities, Kaunas University of Technology.

Research area and field: 02 S

Key words: rehabilitation, teamwork, health policy, process, priority

Kaunas, 2018. 89 p.

SUMMARY

The opportunity for all members of the public to receive high-quality health care is a key objective of social activity in all European Union countries, to this day, EU supports and coordinates European-wide national health policies aimed at ensuring high-quality healthcare and treatment services, their effective management, the provision of healthcare services and consumer safety (Bubnienė, Ruževičius, 2010). For a long time, the priority direction of medicine was the diagnosis, treatment and prophylaxis of acute diseases. However, aging population in a global context forces the Governments around the globe to devote particular attention to the improvement of existing health policies and priorities. In addition, tremendous progress is made in medical sciences, as more and more people remain alive after serious injuries, when doctors are confronted with the consequences of illness and injury that disrupt basic human biosocial functions. Thus, a complex not only medical, but also social, pedagogical, and professional work, is needed for the restoration of healthy human functions, therefore the attention paid to the rehabilitation of patients is growing constantly (Kriščiūnas, 2005). Research problem: what are the problems and opportunities in the process of rehabilitation services provision in the context of implementation of health care policy. Research subject: the process of providing rehabilitation services in the context of the problem of the implementation of health care policy. The aim of this research is to analyze the problems of the process of rehabilitation services provision in the context of the implementation of health care policy. Research tasks: to analyze theoretical aspects / problems of implementing health care policy in providing rehabilitation services. To investigate/establish the legal regulation and regulation of the implementation of health care policy in providing rehabilitation services (current laws, regulations, procedures). Evaluate the opinion of consumers (patients) about the process of providing rehabilitation services, its problems and opportunities for improvement. Further more, to evaluate the opinion of specialists (personnel) about the process of provision of rehabilitation services, its problems and opportunities for improvement. Research methods: analysis and systematization of scientific literature sources, quantitative research, written survey, statistical analysis of data, qualitative research, interviews, content analysis (content), comparative analysis of data.

TURINYS

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS.....	7
LENTELIŲ SĄRAŠAS	7
PRIEDŲ SĄRAŠAS.....	7
ĮVADAS.....	9
1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS POLITIKOS ĮGYVENDINIMO TEORINIAI ASPEKTAI . 10	
1.1. Sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimo esmė ir specifika	10
1.1.1. Sveikatos priežiūros politikos samprata ir poreikis.....	12
1.1.2. Sveikatos priežiūros politikos formavimas ir efektyvumas.....	15
1.1.3. Sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimo problemos	20
1.2. Sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimo reglamentavimas ir reguliavimas	24
2. REABILITACIJOS PASLAUGŲ TEIKIMO PROCESAS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS POLITIKOS ĮGYVENDINIMO KONTEKSTE	28
2.1.1. Reabilitacijos paslaugų vieta sveikatos priežiūros sistemoje	35
2.1.2. Reabilitacijos paslaugų poreikis.....	38
2.1.3. Reabilitacijos paslaugų organizavimo ir teikimo proceso problemos	41
3. REABILITACIJOS PASLAUGŲ TEIKIMO PROCESO EMPIRINIS TYRIMAS: X ĮSTAIGA.....	47
3.1. Tyrimo metodika	47
3.2. Tyrimo rezultatai	52
3.2.1. Vartotojų (pacientų) nuomonės apie reabilitacijos paslaugų teikimo procesą, jo problemas ir tobulinimo galimybes. Rezultatų analizė	52
3.2.2. Specialistų (personalo) nuomonės apie reabilitacijos paslaugų teikimo procesą, jo problemas ir tobulinimo galimybes. Rezultatų analizė	67
IŠVADOS	77
REKOMENDACIJOS	79
LITERATŪRA	80
ŠALTINIAI	83
PRIEDAI	85

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Paveikslų pavadinimas	Puslapis
1.	Sveikata 2020 bendri prioritetai.	11
2.	Sveikatą sąlygojantys veiksniai (pagal Dahlgren and Whitehead (1997))	13
3.	PSO sveikatos politika (Veronos trikampis)	17
4.	Integruotos sveikatos priežiūros prioritetai	17
5.	Reabilitacijos struktūra	30
6.	Pagrindinės medicininės priežiūros dalys.	36
7.	Įvairių reabilitacijų posistemių bendradarbiavimas.	36
8.	Reabilitacijos sistemos sudėtinės dalys	43
9.	Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal lytį	53
10.	Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal amžių, proc.	53
11.	Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal socialinę padėtį, proc.	54
12.	Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal išsilavinimą, proc.	54
13.	Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą, proc.	55
14.	Respondentams nustatyta ligos diagnozė, proc.	56
15.	Respondentų pasiskirstymas pagal lovodienų skaičių reabilitacijos įstaigoje, proc.	57
16.	Respondentų pasiskirstymas pagal sveikatos būklės pagerėjimą, proc.	57
17.	Respondentų pasiskirstymas pagal nuomonę apie pakartotinį gydymąsi toje pačioje įstaigoje, proc.	58
18.	Respondentų pasiskirstymas pagal norą tęsti reabilitacinį gydymą, proc.	59
19.	Respondentų pasiskirstymas pagal skyriaus personalo vertinimą, proc.	60
20.	Respondentų pasitenkinimas skirtomis procedūromis, proc.	60
21.	Respondentų nuomonė apie aprūpinimą techninėmis pagalbos priemonėmis, proc.	61
22.	Respondentų pasitenkinimas gyvenimo sąlygomis reabilitacijos skyriuje, proc.	62
23.	Respondentų pasitenkinimas informacijos apie reabilitacijos procesą teikimu, proc.	63
24.	Respondentų nuomonė apie finansavimo didinimo būtinybę reabilitacijos paslaugas teikiančioms įstaigoms, proc.	64
25.	Respondentų nuomonė apie procedūrų trukmės ilginimo būtinybę, proc. Respondentų nuomonė apie procedūrų trukmės ilginimo būtinybę, proc.	64
26.	Respondentų nuomonė apie personalo kompetencijos didinimo būtinybę, proc.	65
27.	Respondentų nuomonė apie specialistų kiekio gydymo komandoje didinimo būtinybę, proc.	66
28.	Respondentų nuomonė apie reabilitacijos paslaugų prieinamumą, proc.	67

LENTELIŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Lentelės pavadinimas	Puslapis
1.	Naujasis sveikatos priežiūros politikos prioritetų modelis	15
2.	Integruotos sveikatos priežiūros sėkmės prielaidos	18
3.	Integruotos sveikatos priežiūros komponentų konceptas	19
4.	Kiekybinio tyrimo informacijos grupės	49
5.	Kokybinio tyrimo informacijos grupės	50
6.	Tyrimo proceso etapai	51
7.	Specialistų nuomonė apie reabilitacijos paslaugų teikimo proceso organizavimą ir vykdymą	68
8.	Specialistų nuomonė apie reabilitacijos paslaugų teikimo proceso problemas	71
9.	Specialistų nuomonė apie reabilitacijos paslaugų teikimo proceso tobulinimo galimybes	73

PRIEDŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Priedo pavadinimas	Puslapis
1.	Vartotojų (pacientų) apklausa	86
2.	Specialistų (personalo) interviu	89

IVADAS

Tyrimo aktualumas. Sveikata yra žmogaus vertybė ir gyvenimo pagrindas, kuris turi būti pakankamai tvirtas, kad būtų sėkmingai sprendžiami kasdienio gyvenimo klausimai, įveikiami socialiniai ir ekonominiai iššūkiai. Visuomenės sveikata yra nacionalinis turtas ir kapitalas, kurio saugojimas ir puoselėjimas yra svarbiausias valstybės tikslas, užtikrinantis šalies socialinę ir ekonominę plėtrą (Lietuvos Respublikos seimas, 2014).

Kaip pažymi PSO ekspertai, sveikata – tai ne tik ligų ir fizinių defektų nebuvimas – tai fizinė, dvasinė bei socialinė žmonių gerovė. Visuomenės sveikatą lemia daug veiksnių, tačiau pagrindiniai yra žmonių gyvensena, aplinka bei sveikatos priežiūros kokybė (Staškutė I., 2014). Galimybė visiems visuomenės nariams gauti aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas yra visų ES šalių pagrindinių socialinės veiklos siekiamybių. Šio proceso ir paslaugų veiksmingumą gali užtikrinti tinkama sveikatos priežiūros valdymas (Bubnienė, Ruževičius, 2010).

Sveikatos politika – tai sveikatos ir jos reikalų valstybinio tvarkymo teorija ir praktika, kuri įteisinama kaip bendroji valdymo funkcija, sveikatą pripažįstant socialine ir ekonomine vertybe. Sveikatos politika yra grindžiama šiuolaikinės visuomenės sveikatos samprata, kartu leidžia suformuoti pagrindinius sveikatos politikos principus, žmonių teises ir pareigas sveikatos sistemoje. Sveikatos apsaugos darbuotojai, sveikatos politikos formuotojai ir sveikatos politikos ekspertai praktikoje sveikatos politikos principus naudotų taip, kaip jie apibrėžiami (Jankauskienė, 2010).

Pastaraisiais dešimtmečiais dėmesio susilaukusi sveikatos priežiūros sistemos orientacija į pacientą ir jo poreikius tampa svarbia sveikatos sistemos reformos dalimi ir Lietuvoje. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybę nulemia teikiamų paslaugų įvairovė, medicinos technologijų lygis, medicinos įrangos galimybės bei vadybos priemonių taikymas pacientams aptarnauti – kaip organizuojama sveikatos priežiūra, tinkamas visuomenės informavimas (Štaras, 2013).

Ilgą laiką prioritetinga medicinos kryptis buvo ūminių ligų diagnostika, gydymas ir profilaktika. Tačiau, ilgėjant gyventojų amžiui, pradėjo vyrauti lėtinės ligos, kurių profilaktika ir gydymo veiksmingumas yra daug mažesnis negu ūminių. Be to, daug lemia medicinos pažanga, nes vis daugiau žmonių išlieka gyvi po sunkių traumų, kai gydytojams tenka susidurti su ligų ir traumų pasekmėmis, kurios sutrikdo pagrindines žmogaus biosocialines funkcijas. Taigi funkcijoms atkurti būtinas kompleksas ne tik medicininių, bet ir socialinių, pedagoginių, profesinių priemonių, todėl sergančiųjų reabilitacijai skiriamas vis didesnis dėmesys (Kriščiūnas, 2005).

Tyrimo naujumas. Sveikatos politikos įgyvendinimas yra didžiausia problema visose valstybėse ir todėl yra besitęsiančių tyrinėjimų eigoje (Jankauskienė, 2008). Šiuolaikinės ir modernios sveikatos priežiūros įstaigos turi ne tik nuolat tobulėti organizacijos viduje, vystytis, bet siekti teigiamų pokyčių ir ją supančioje aplinkoje. Sveikatos priežiūros įstaigų veiklos

optimizavimas – ne vienkartinis procesas, jis kaip ir valdymas yra nuolatinis, kasdienis tikslingo poveikio, nukreipto į darbuotojų kolektyvus, procesas, sudarant sąlygas darbuotojų materialiniam bei kultūriniam lygiui kelti. (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2014)

Mokslinėje literatūroje nagrinėjami įvairūs sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimo problematikos aspektai, tačiau praktiniu požiūriu svarbus kompleksinis reabilitacijos paslaugų teikimo proceso tyrimas, analizuojant sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimo problemas.

Baigiamojo darbo problema: reabilitacijos paslaugų teikimo proceso problemos ir jų sprendimo galimybės įgyvendinant sveikatos priežiūros politiką.

Tyrimo objektas: reabilitacijos paslaugų teikimo procesas.

Tyrimo tikslas: išanalizuoti reabilitacijos paslaugų teikimo proceso problemas sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimo kontekste.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išanalizuoti sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimo teikiant reabilitacijos paslaugas teorinius aspektus/problemas.
2. Ištirti sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimo teikiant reabilitacijos paslaugas reglamentavimą ir reguliavimą.
3. Įvertinti vartotojų (pacientų) nuomonę apie reabilitacijos paslaugų teikimo procesą, jo problemas ir tobulinimo galimybes.
4. Įvertinti specialistų (personalo) nuomonę apie reabilitacijos paslaugų teikimo procesą, jo problemas ir tobulinimo galimybes.

Tyrimo metodai: mokslinės literatūros analizė ir sisteminimas, kiekybinis tyrimas – apklausa raštu (anketavimas), statistinė matematinė duomenų analizė, kokybinis tyrimas – interviu, turinio (kontent) analizė, tyrimo rezultatų lyginamoji analizė.

Tyrimo struktūra:

Pirmoje - teorinėje darbo dalyje, vykdant mokslinės literatūros ir šaltinių analizę, analizuojamos sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimo problemos bei reabilitacijos paslaugų teikimo procesas. Antrojoje dalyje vykdant mokslinės literatūros ir šaltinių analizę, analizuojamas reabilitacijos paslaugų teikimo procesas. Trečioje – empirinėje darbo dalyje suformuluojama vykdomo tyrimo metodologija, apibrėžiant tyrimo metodiką, struktūrą bei logiką. Taip pat šioje darbo dalyje aprašomas empirinis tyrimas ir jo rezultatai.

1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS POLITIKOS ĮGYVENDINIMO TEORINIAI ASPEKTAI

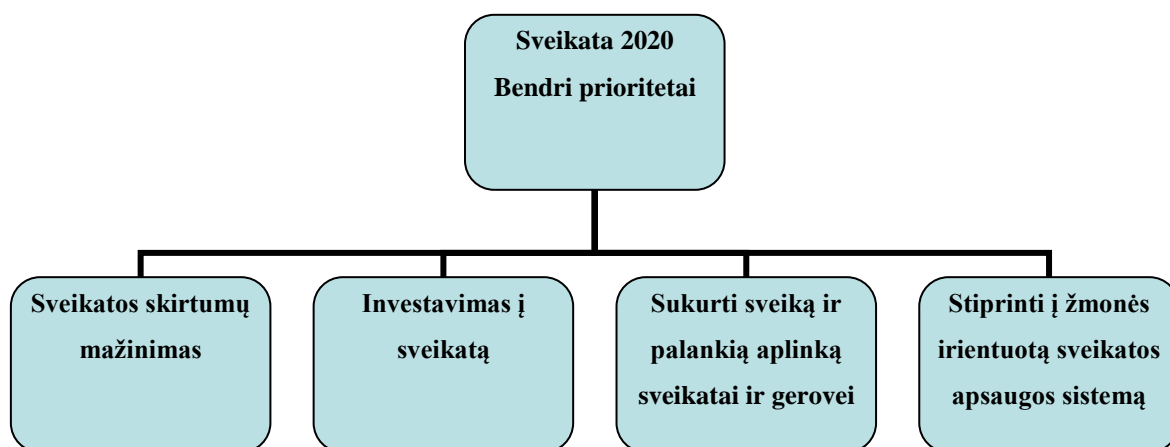
Visi sveikatos paslaugų teikėjai suinteresuoti gerinti teikiamų paslaugų procesą: gerinti kokybę, užtikrinti pacientų saugą, gerinti įstaigos įvaizdį, numatyti veiklos procesų tobulinimo galimybes bei išlaikyti nuoseklų požiūrį. Tačiau pavienis jų naudojimas be reikiamo išankstinio tobulinimo komandos vadybinio pasirengimo ne visada duoda sveikatos priežiūros įstaigai laukiamų rezultatų (Kosinskienė A., Ruževičius J., 2011/1). Terminas "sveikatos politika" labiausiai siejamas su vykdoma vyriausybės politika, apimant visumą veiksmų, susijusių su geros sveikatos palaikymu asmenims ir gyventojams; ligomis ir išgydymas; ir pažeidžiamų ir silpnų žmonių priežiūra. Tačiau tame procese privalo konsolidariai dalyvauti ir kitos valstybės ir visuomenės grupės (Allsop, 2016). Todėl ypatingas dėmesys turi būti skiriamas sveikatos priežiūros politikos analizei bei jos įgyvendinimo problemoms, siekiant numatyti galimas spragas ir tolimesnio tobulinimo galimybes.

1.1. Sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimo esmė ir specifika

Sveikata gali būti apibrėžta dviem būdais. Pagrindinis dėmesys gali būti skiriamas asmeniui praradusiam sveikatą. Sveikata veikia visus gyvenimo aspektus. Mūsų sugebėjimas dirbti, žaisti, mėgautis mūsų šeimos ir socializuotis su draugais, tiesiogiai priklauso nuo mūsų fizinės gerovės ir sveikatos. Rimtos ligos sukelia didžiulį skausmą ir kančią, netgi nedideli trumpalaikiai negalavimai gali būti psichologinio diskomforto priežastimi. Taip pat dėmesys gali būti skiriamas populiacijos sveikatos apsaugai, kadangi gera sveikata yra pagrindinė socialinės pažangos sąlyga. Tačiau abu šie požiūriai vienareikšmiškai nurodo, kodėl vyriausybės privalo vystyti efektyvią sveikatos politiką: nesvarbu ar orientuojantis ir asmens apsaugą, ar orientuojantis į socialinius sveikatos politikos aspektus, leidžiančius vykdyti lygų atsiradinimo prevenciją (Allsop, 2016).

Sisteminės analizės būdu apibendrinant sveikatos politikos dokumentuose (Pasaulio sveikatos organizacijos, Europos Komisijos, taip pat Lietuvos sveikatos politikos pagrindiniuose dokumentuose: „Europa 2020“, „Sveikata 2020“, „Į žmogaus poreikius orientuotų sveikatos apsaugos sistemų stiprinimas Europos regione: veiksmų planas“, Lietuvos sveikatos sistemos plėtros 2011–2015 m. matmenys bei Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. programa) Europos regiono šalims pateikiamas strategines kryptis nustatyta, kad siekiant prisitaikyti prie kintančios demografinės ir epidemiologinės situacijos (visuomenės senėjimas ir su senėjimu susijusių lėtinių ligų bei būklių skaičiaus augimas, socialinių paslaugų poreikio augimas sveikatos priežiūros sektoriuje), šalims siūloma perorientuoti sveikatos priežiūros sistemas (Kudukytė-Gasperė, Jankauskienė, 2014).

Naujos sveikatos politikos ir vadybos priemonės pirmenybę teikiant ligų prevencijai ir sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų nuolatiniam kokybės gerinimui yra siūlomos integruojant paslaugų teikimą bei užtikrinant sveikatos priežiūros tęstinumą, kas turi būti realizuojama skatinant komandinį darbą, vadybos principus visais paslaugų organizavimo ir teikimo lygmenimis bei diegiant bendradarbiavimu grįstą organizacinę kultūrą. Strateginėse tarptautinių dokumentų kryptyse sistemiškai teigiama, kad į žmonių poreikius orientuota sveikatos priežiūros sistema yra ekonomiškai (Kudukytė-Gasperė, Jankauskienė, 2014).



1 pav. Sveikata 2020 bendri prioritetai.

Šaltinis: Petkevičius R. (2013). Sveikata 2020: PSO veikla, prioritetai ir iššūkiai

Esminės sveikatos reformos valstybėje pradedamos vykdyti tada, kai sveikatos sistema pradeda nebetenkinti vartotojų poreikių, kai sistema tampa ekonomiškai neefektyvi dėl per didelių jos sąnaudų, kai sveikatos sistemos valdymas nebeatitinka siekiamų tikslų ir dėl to yra neteisingas, kai sistema nesprendžia esminių jos problemų. Sveikatos sistemos reforma apima visus ir visų rūšių sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjus, visas programas, institucijas ir administracines teritorijas ir vyksta tęstiniame periode visoje šalyje. Tai apgalvotas, suderintas, suplanuotas ilgalaikėje perspektyvoje procesas, užtikrinantis ateities pastovumą, o ne staigus, greitas ir trumpalaikis pasikeitimas. Šis procesas siekia surasti sprendimus pagrindinėse vis naujai išryškėjančiose sveikatos apsaugos problemose visoje šalyje, įtraukiant į problemų sprendimą visus sistemos veikėjus, partnerius, institucijas ir suinteresuotas grupes (Jankauskienė, 2008).

Pastaraisiais dešimtmečiais daugelyje pasaulio šalių dėmesio susilaukusi sveikatos priežiūros sistemos orientacija į pacientą ir jo poreikius tampa vis svarbesne sveikatos sistemos reformos tendencija (Kairys, 2010).

Sveikatos politikos įgyvendinimas yra tiesiogiai susijęs su sveikatos sistemos reformos arba sveikatos sistemos pertvarkos tikslais ir uždaviniais. Sveikatos sistemos reforma- tai nuolatinis procesas, kurio tikslas pasiekti teigiamus pokyčius nacionalinėje sveikatos politikoje ir sistemoje per sveikatos programų vykdymą bei kitus veiksmus, nukreiptus į iškeltų tikslų ir prioritetų, įstatymų ir poįstatyminių teisės aktų vykdymą. Sveikatos reforma yra procesas, nukreiptas į

organizacinių ir valdymo struktūrų keitimą, o taip pat į finansavimo šaltinių, finansavimo mechanizmų ir sveikatos priežiūros resursų keitimą visos šalies mastu tiek prevencinėje, tiek gydomojoje, tiek visuomenės sveikatos srityje valstybiniame ir privačiame sektoriuje, užtikrinant pirminio, antrinio ir tretinio lygio sveikatos priežiūrą. Tai pagrindinai realizuojama per funkcijų, atsakomybės pokyčius, sprendimų priėmimą (Jankauskienė, 2008).

Apibendrinant, galima teigti, kad siekiant gerinti teikiamų sveikatos paslaugų procesą, būtina apimti kokybės gerinimą, pacientų saugos užtikrinimą, analizuoti veiklos procesų spragas ir numatyti to pašalinimo ir būsimojo tobulinimo galimybes bei užtikrinti nuoseklumą itin svarbu visoms sveikatos paslaugų tiekėjų grandims. Tam būtina integruotai pasirūpinti jų kompleksiniu pobūdžiu: dėmesys privalo būti skiriamas tiek komandos sudėčiai ir profesionalumui, tiek techniniam materialiniam aprūpinimui, tiek tinkamam finansavimui, tiek ir sėkmingai vadybai, apimant strateginį planavimą, darbo veiksmingą organizavimą bei atgalinio ryšio ir kontrolės priemonių įgyvendinimą. Tai itin svarbu, įgyvendinant sveikatos politiką, kuri privalo apimti visumą veiksmų, susijusių su geros sveikatos palaikymu asmenims ir gyventojams; ligomis ir jų išgydymą, pažeidžiamų ir silpnų žmonių priežiūrą, ypatingai orientuojantis į pacientą ir jo poreikius.

1.1.1. Sveikatos priežiūros politikos samprata ir poreikis

Galimybė visiems visuomenės nariams gauti aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas yra visų ES šalių viena pagrindinių socialinės veiklos siekiamybių. Šiuo tikslu yra remiamos ir Europos mastu koordinuojamos sveikatos apsaugos nacionalinės politikos, kuriomis siekiama užtikrinti aukštos kokybės sveikatos priežiūros ir gydymo paslaugas, jų veiksmingą valdymą bei sveikatos priežiūros paslaugų vartotojų saugumą pasaulinėje 2008 metų sveikatos ataskaitoje išskirtos pirminės sveikatos priežiūros prioritetinės charakteristikos: veiksmingumas ir saugumas, dėmesys pacientui, priežiūros tęstinumas, profesionalūs ir patikimi medicinos paslaugų teikėjai (Bubnienė, Ruževičius, 2010)

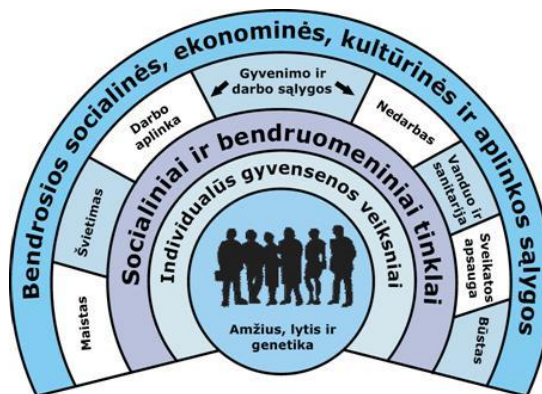
Globalizacijos ir integracijos procesai iš esmės keičia sveikatos sampratą ir vietą visuomenės raidoje. Visuomenės sveikatą dabar suprantame kaip subjekto (individo, visuomenės, populiacijos) atsako į savo ar aplinkos fizines, socialines ir dvasines paskatas galimybę. Jos problemos negali būti išspręstos vien medicinos sektoriuje, nes visuomenės sveikata nėra atskirų ją sudarančių sergamumo, ligotumo, mirtingumo komponentų, kuriuos galima identifikuoti tradiciniais tyrimo modeliais, suma. Ji yra tam tikra sinergetinė visuma, nuolat besikeičiantis procesas (Jurgelėnas ir kt., 2004/1).

Nors vyriausybė turi didžiausią įgaliojimą veikti, kuriant sveikatos priežiūros politiką, tačiau būtina nuolatinė diskusija, siekiant geriausių rezultatų (Allsop, 2016). Todėl, žvelgiant į žmogų, kaip į visumą PSO Europos regiono „Sveikata visiems XXI a.“ politiką sudaro: pagrindinę

nekintančią kryptį – siekį sukurti visapusišką sveikatos potencialą. Du pagrindiniai tikslai, padedantys gerinti sveikatą ir atitinkantys pagrindinę kryptį: žmonių sveikatos priežiūra ir nuolatinis jos saugojimas visą gyvenimą; įvairų ligų, traumų atsiradimo bei sergamumo mažinimas. (Jankauskienė, 2011).

Veiksnius, darančius įtaką sveikatai, galima suskirstyti dvejopai, tai vykstantys šalyje bendri procesai, kurie atsispindi įstatymų leidybos ir vykdymo institucijų sprendimuose, specifiniai, kurie atsižvelgiant į problemos specifiškumą, realizuojami pačiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir be abejo – asmeniniai (bendruomenės), kuriuos priima pats pacientas. Šiuos faktorius sureguliuoti, vystyti veiklą, efektyviai spręsti esamas problemas gali padėti vadybos, ekonomikos ir medicinos žinios, bendradarbiavimas su nevyriausybinėmis pacientų organizacijomis. Šios žinios ir sugebėjimai tampa vertingais tik atliekant tikslią veiklą, kurios tikslas ir paskirtis yra įvairių specialių žinių ir sugebėjimų integravimas bendriems tikslams pasiekti. (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2014)

Gyventojų sveikata – didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė. Kaip pažymi PSO ekspertai, sveikata – tai ne tik ligų, fizinių defektų nebuvimas, tai fizinė, dvasinė ir socialinė žmonių gerovė. Tuo tikslu PSO 2001 m. išleista „Tarptautinė funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacija“. Pagal šią klasifikaciją vertinant sveikatą taip pat rekomenduojama atsižvelgti į tokius asmenybės veiksnius kaip amžius, lytis, išsilavinimas, gyvenimo stilius ir pan. Visuomenės sveikatą lemia daug veiksnių, tačiau pagrindiniai yra žmonių gyvensena, aplinka ir sveikatos priežiūros kokybė (Kriščiūnas ir kt., 2009).



2 pav. Sveikatą sąlygojantys veiksniai (pagal Dahlgren and Whitehead (1997))
Šaltinis: Lenčiauskienė, 2015. Modernioji visuomenės sveikata

Pasaulio sveikatos organizacija moksliskai įrodė nuo ko priklauso sveikata. Įrodymais pagrįsta medicina teigia, kad 20 procentų mūsų sveikatos įtakoja aplinka ir 50 – gyvensena, 20 procentų – genetiniai veiksniai ir tik 10 procentų medicinos pagalba. Pamatinės vertybės yra pagrindiniai sveikatos politikos principai, tokie, kaip visuotinumai, teisingumas, solidarumas, prieinamumas, priimtinumai, lygybė, visapusiškumas (Jankauskienė, 2011).

Pagrindinės sveikatos priežiūros sistemos ilgalaikės raidos strategijos kryptys – sveikatos sistemos reforma, atitinkanti Europos Sąjungos teisės reikalavimus; visuomenės sveikatos stiprinimo, ugdymo ir informacijos sistemų plėtra; ligų prevencijos ir kontrolės įgyvendinimas; profesinio tobulėjimo skatinimas. Todėl sveikatos apsaugos sistema turėtų remtis į šiuos pagrindus: bendrą sveikatos reikalų tvarkymą šalyje, visų sveikatinimo išteklių integravimą į bendrą sistemą, jų planavimą ir naudojimą, atsižvelgiant į sveikatinimo veiklos prioritetus, asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos priežiūros integravimą į bendrą sistemą, socialinio teisingumo užtikrinimą sveikatinimo veikloje, tačiau sisteminio, t. y. visų sektorių integruoto požiūrio, siekiant patenkinti pacientų ir ligonių lūkesčius (vertinant poreikių aspektu), nors tai yra nuolat akcentuojama, kuriant sistemą, apimančią visus sektorius, siekiant kuo ilgiau išlaikyti žmogų sveiką. (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2014)

Pagrindinės sveikatos priežiūros sistemos politikos paskirtis pagerinti sveikatą ekonomiškai efektyviausiu politiškai priimtiniu būdu (Abel-Smith, 2016) Todėl šalių sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijoje akcentuojama kokybės gerinimo priemonių taikymo, kokybės vadybos metodų tobulinimo ir propagavimo, kokybės infrastruktūros kūrimo ir plėtojimo, valdymo struktūros koordinavimo svarba (Ruževičius, Bubnienė, 2010).

Sveikatos priežiūros paslaugomis laikomas itin platus spektras paslaugų. Jos apima esmines visuomenės sveikatos intervencijas bei asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kaip sveikatinimo ir ligų prevencijos paslaugas, ligų diagnostiką ir gydymą, lėtinių ligonių ilgalaikę priežiūrą, reabilitacijos paslaugas ir paliatyviąją pagalbą. Šių paslaugų teikimas priklauso nuo įvairių sričių ir įvairaus lygmens organizacijų tinklų. Todėl siekiant užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumą, būtina koordinuotai organizuoti paslaugas įvairiais lygmenimis – visuomenės ir individo lygmeniu. Pirmiausia svarbu pagrindinę paslaugų organizavimo ir teikimo funkciją nukreipti į pirminės sveikatos priežiūros grandį, kuri toliau turi būti palaikoma specializuota antrinio ir tretinio lygmens specialistų teikiama pagalba, taip pat organizuojant tęstines paslaugas bendruomenėje. Integruotose sveikatos priežiūros sistemose turi būti taikomi konkretūs metodai ir procesai, kuriantys ryšius tarp paslaugų teikėjų ir jų teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų per visą sveikatos priežiūros sistemą. Taikomi paslaugų integracijos metodai ir procesai turėtų padėti perorganizuoti arba pertvarkyti klinikinių paslaugų teikimo grandį, skatinti priežiūros koordinavimą visoje sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų struktūroje (nuo pirminės priežiūros iki paslaugų organizavimo bendruomenėje ar paciento namuose) bei nuolat matuoti sveikatos priežiūros sistemos integracijos lygį (Kudukytė-Gasperė, Jankauskienė, 2014).

Kadangi sveikatos priežiūros įstaigos dalyvauja užtikrinamos ligų prevenciją, gyventojų sveikatos kokybę, visos visuomenės gerovę, tad vis daugiau dėmesio skiriama sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir valdymo kontrolei. (Bubnienė, Ruževičius, 2010).

Apibendrinant, galima teigti, kad pagrindinė sveikatos priežiūros politikos siekiamybių, galimybė visiems visuomenės nariams gauti aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas. Todėl numatoma pagrindinė kryptis - visuomenės sveikatos stiprinimo, ugdymo ir informacijos sistemų plėtra; ligų prevencijos ir kontrolės įgyvendinimas; profesinio tobulėjimo skatinimas. Tam nuolat turi būti akcentuojami kokybės gerinimo priemonių taikymo, infrastruktūros kūrimo ir plėtojimo, valdymo struktūros koordinavimo svarba.

1.1.2. Sveikatos priežiūros politikos formavimas ir efektyvumas

Sveikatos politikos formavimas privalo apimti planavimą, prognozavimą ir finansavimą, nes jie yra glaudžiai susiję tarpusavyje. Todėl pagrindine užduotimi tampta efektyviausių būdų parinkimas, siekiant veiksmingai įgyvendinti sveikatos apsaugos prioritetus ir uždavinius (Abel-Smith, 2016).

Pagrindiniai efektyvios sveikatos sistemos požymiai: aiški ir suprantama sveikatos politika, apibrėžti prioritetai, įtrauktos visos suinteresuotos grupės, pasiektas susitarimas, atliktas politikos ir jos įgyvendinimo vertinimas, sukaupta patirtis, sukurti įstatymai ir programos, sukurtos paskatos per finansavimą perkant paslaugas. Todėl šalyse siekiama sukurti šiuolaikinę ir modernią sveikatos priežiūros sistemą, pagrįstą strateginiu planavimu, reformos proceso pokyčių analize ir valdymu, užtikrinančią sveikatos priežiūros prieinamumą, veiksmingumą, racionalų lėšų naudojimą, sveikos gyvensenos formavimą (Jankauskienė, 2008)

Siekiant veiksmingai organizuoti sveikatos priežiūros politiką, būtina remtis pagrindiniais principais: kompleksine prognozinė analize; įvairių suinteresuotų pusių bendradarbiavimu ir dialogu; nuolatinis politikos koregavimas; palankių sąlygų sudarymas; sprendimų priėmimo decentralizavimas; įvairovės skatinimas, nuolatinis mokymasis ir ugdymas (Слабкий, Астахова, 2014).

Kaip Sveikatos sistemos plėtros 2011–2015 metų tikslas iškeliamas nuoseklios ir sistemingos sveikatos priežiūros plėtros įgyvendinimas, kurios viena prioritetinių krypčių yra paslaugų prieinamumas, tinkamumas ir saugumas (Kudukytė-Gasperė, Jankauskienė, 2014).

Sveikatos politikos formavimas gali remtis skirtingomis pagradigmomis, kadangi valstybės sveikatos politika gali sutelkti dėmesį į ligų gydymą, priežiūros ir gydymo sergantiems asmenims akcentavimą, o gali nukreipti pagrindines pastangas į preventyvias priemones, siekiant išvengti ligų (Allsop, 2016).

1 lentelė: Naujasis sveikatos priežiūros politikos prioritetų modelis

Senasis požiūris	Naujasis požiūris
Liga	Sveikata
Gydymas	Prevencija
Gydymas	Priežiūra
Susirgimas	Elgsena, nulemiantis usirgimo atsiradimą

Individas	Populiacija
Liga kaip medicinos problema	Sveikata, kaip visuotinė problema
Teisė į gydymą	Pareiga, palaikyti sveikatą

Šaltinis: Allsop, (2016). Health Policy and the NHS Towards 2000. p. 20

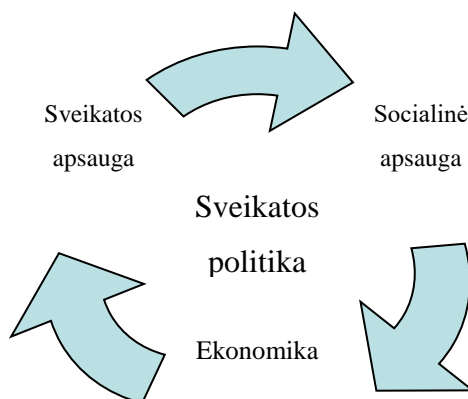
Geroji tarptautinė praktika rodo, kad tvarus šalies gyventojų sveikatos lygio pagerėjimas gali būti pasiektas kompleksiskai naudojant visus pagrindinius sveikatinimo veiksmus, todėl labai svarbu: sukurti saugesnę socialinę aplinką, mažinti sveikatos netolygumus ir socialinę atskirtį; sukurti sveikatai palankią fizinę darbo ir gyvenamąją aplinką; formuoti sveiką gyvenseną ir jos kultūrą; užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius (Lietuvos Respublikos seimas, 2014).

Todėl sistemingai keliami pagrindiniai fundamentalūs sveikatos reformos tikslai: tai aktyvios visuomenės sveikatos politikos įgyvendinimas ir teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, kokybės ir efektyvumo gerinimas, restruktūrizuojant sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Aktyvi visuomenės sveikatos politika reiškia gyventojų atsakomybės už savo sveikatą ugdymą ir gyventojų dalyvavimo priimant sprendimus skatinimą. Norint pasiekti šiuos tikslus reikia padaryti nemažai fundamentalių ir radikalių pertvarkymų – pvz.: sveikatos mokymo srityje – pradedant šeima, lopšeliais darželiais, mokyklomis, studijomis. Būtina mokyti žmogų gyventi sveikai; baigiant visuomenės sveikatos struktūromis ir specialistų rengimu bei sveikatos ugdymo sklaida žiniasklaidoje. Sveikos gyvensenos mokymas reikalauja sisteminių žinių pateikimo atskiroms gyventojų grupėms. Reikia sukurti instrumentus (pvz.: vadovėlius, kuriuose į mokyklų dalykų mokymo programas būtų integruotas ir sveikos gyvensenos mokymas), parengti mokymo specialistus ir sukurti tuo užsiimančias struktūras, suaktyvinti bendruomeninę veiklą ir vietos savivaldos bei įvairių tarpžinybinių struktūrų dėmesį. Be to žmonėms reikia sukurti sveikatinimo ir sveikatos ugdymo priemones (Jankauskienė, 2010).

Sveikatos paslaugų prieinamumo, kokybės ir efektyvumo gerinimas restruktūrizuojant paslaugų teikimą irgi yra susijęs su fundamentaliais pokyčiais. Pokyčiai pirminėje sveikatos priežiūroje pasireiškia įgyvendinant holistinio požiūrio į žmogaus organizmą koncepciją. Pokyčiai stacionarų pertvarkoje – įdiegiant naujas organizacines technologijas, gydant žmones dienos stacionaro, dienos chirurgijos, ambulatorinės reabilitacijos sąlygomis ir perkeltant stacionarinės pagalbos paslaugų dalį ambulatorinės specializuotos pagalbos sričiai. (Jankauskienė, 2010).

Besikeičianti geopolitinė, ekonominė bei demografinė padėtis Europoje kelia naujus iššūkius sveikatos priežiūros sistemai visame regione. Socialinė ir ekonominė aplinka, sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikio augimas lemia pokyčių poreikį asmens priežiūros paslaugų organizavimo ir teikimo srityje. Sveikatos politikos formuotojai ir mokslininkai vis dažniau kalba, kad tik sukūrus vientisą (nefragmentuotą) priežiūros paslaugų teikimo struktūrą,

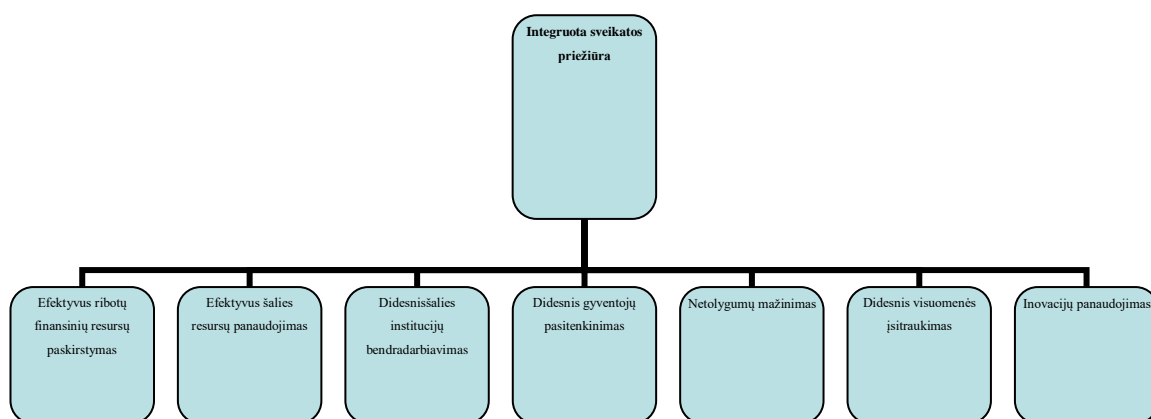
kartu dirbant įvairių sričių specialistams, galima įgyvendinti integruotos sveikatos priežiūros tikslus bei efektyviai tenkinti gyventojų poreikius (Kudukytė-Gasperė, Jankauskienė, 2014).



3 pav. PSO sveikatos politika (Veronos trikampis)

Šaltinis: Petkevičius, 2013. *Sveikata 2020: PSO veikla, prioritetai ir iššūkiai*

Integruota sveikatos priežiūra yra efektyvus kelias gydant sunkias patologijas, padedant žmonėms išvengti neįgalumo, Integruotos medicinos (klasterių) sistema apima vis daugiau sričių. Integruotos sveikatos sistemos efektyviausi metodai: Valdymas visuomenės lygiu; Kompleksinis požiūris; Rizikos faktorių valdymas; Integruotos socialinės paslaugos; Tinkamas vaistų paskirstymas. Geresnė koordinacija taupo pinigus, laiką ir gerina paslaugų kokybę. Nuo koordinacijos trūkumo labiausiai kenčia vargšai, silpni, senyvi visuomenės sluoksniai ir tautinės mažumos, o jų sveikatos būklės blogėjimas, kurio galima išvengti, didina sveikatos priežiūros išlaida (Skorupskas, 2013)



4. pav. Integruotos sveikatos priežiūros prioritetai

Šaltinis: Skorupskas, 2013. *Integruotos sveikatos priežiūros plėtra Lietuvoje. LRS sveikatos apsaugos ministerija*

Todėl šiuolaikinės organizacijos yra priverstos taikytis prie dinamiškų ir neretai komplikotų aplinkos pokyčių. Didėjanti konkurencija verčia keisti teikiamų paslaugų kokybę, gerinti organizacijos įvaizdį, tobulinti vidinę organizacijos struktūrą. Vis dažniau organizacijos sėkmė siejama su sėkmingu valdymu. Lietuvoje per pastaruosius 10–20 metų keitėsi sveikatos

sistemos efektyvumas, tačiau ar Lietuvoje jau sukurta XXI amžiaus pradžios iššūkius atitinkanti sveikatos apsaugos sistema, ar dar tik žvalgomasi kelio, kuriuo derėtų eiti, kokiomis vertybėmis grindžiama Lietuvos sveikatos politika, kokios sveikatos sistemos pertvarkymo kryptys yra perspektyviausios. (Černiauskas, Jankauskienė, 2010).

Todėl neabejotina optimalios sveikatos būklės užtikrinimo strateginė prielaida yra visos sveikatos sistemos darnus plėtojimas, apimantis sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą, ligų profilaktiką, ligų nustatymą laiku, gydymą bei ligonių reabilitaciją. Pagrindinė sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programos vizija -saugi, į paciento ir visuomenės poreikius orientuota, tinkama, veiksminga, efektyvi, savalaikė ir prieinama visiems šalies gyventojams pagal jų poreikius ir lūkesčius sveikatos priežiūra, atitinkanti šiuolaikinio medicinos mokslo ir praktikos pasiekimus, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams ir pacientams bendraujant ir bendradarbiaujant lygiaverte partneryste ir abipuse pagarba pagrįstais principais (Bubnienė, Ruževičius, 2010).

2 lentelė. Integruotos sveikatos priežiūros sėkmės prielaidos

Sistemos lygmuo:	Organizacijos lygmuo	Klinikinis (profesinis) lygmuo	Paslaugos lygmuo
Apimti kuo didesnę visuomenės dalį; Pertvarka pradėti nuo I-nėsgrandies; -Ypatingas dėmesys lėtinėm ligoms ir ilgalaikė jų priežiūrai; Integruotos sveikatos priežiūros teisinės bazės įtvirtinimas; Lanksti integruotos sveikatos priežiūros finansavimo sistema; Personalo bendradarbiavimo ir koordinavimo mokymai	Stipri vadyba; Bendros vertybės ir misija; Valdymo ir finansavimo struktūrų atitikimas; Integruoti elektroniniai registrai; Atsakomybė už tam tikrą visuomenės dalį ir paslaugą; Paslaugų kokybės nuolatinė stebėseną ir gerinimas	Patologijos ir ligonių srautų valdymas; Standartizuoti diagnostikos kriterijai; Kompleksinis vertinimas; Sisteminis pagalbos Planavimas; Bendri gydymo protokolai; Nuotolinio gydymo ir stebėsenos galimybės	Pagalba ir slauga namuose; Vieno langelio principai; Pagalbos koordinavimas ir Koordinatoriai; Į pacientą orientuota atvejo vadyba; Pagalbos omandos; Profesionalų bendradarbiavimas; Bendra atsakomybė Už gydymą; Paciento perdavimas

Šaltinis Skorupskas, 2013.. Integruotos sveikatos priežiūros plėtra Lietuvoje. LRS sveikatos apsaugos ministerija

Sveikatos politika turėtų siekti panaikinti ne visus sveikatos netolygumus, o tik tuos, kuriuos lemia socialiniu požiūriu neteisingais laikomi veiksniai. Remiantis kitų šalių patirtimi, galima prognozuoti, jog šalies sveikatos rodikliai ims ženkliai gerėti tuomet, kai mažės sveikatos netolygumai. Esant sudėtingai ekonominei situacijai, šaliai reiktų orientotis į palankų socialinių ir ekonominių sąlygų sukūrimą gyventojams. Moksliskai pagrįstų profilaktikos strategijų yra sukurta nemažai, tačiau jos sunkiai įgyvendinamos dėl visuomenės sveikatos priežiūros sistemos nepakankamo veiksmingumo. Pažymėtina, kad stinga paskatinimo visuomenės nariams sveikai gyventi ir aktyviai dalyvauti sveikatinimo veikloje. Rengiant sveikatos priežiūros programas reiktų

teikti prioritetą ligų profilaktikai, o ne sergančiųjų sveikatos priežiūros infrastruktūros gerinimo priemonėms, kaip buvo daroma iki šiol (Jankauskienė, 2011).

3 lentelė. Integruotos sveikatos priežiūros komponentų konceptas

Integruotos sveikatos priežiūros paslaugos	Priežiūros tęstinumas	Į žmonių poreikius orientuota sveikatos priežiūra	Integruotos sveikatos priežiūros tinkla
Sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas ir teikimas, atsižvelgiant į žmonių poreikius, užtikrinant paslaugų tęstinumą visoje sveikatos priežiūros sistemoje, per įvairių lygių ir grandžių sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikėjus, organizuojamos ir teikiamos sveikatinamo paslaugos, diagnostikos, gydymo, ilgalaikės priežiūros, reabilitacijos ir paliatyvosios pagalbos paslaugos, atsižvelgiant į žmonių poreikius tam tikrame gyvenimo etape (PA HO, 2 011)	Rodiklis, kuris atspindi atskirus sveikatos priežiūros įvykius, patirtus žmogaus, kaip nuoseklius ir tarpusavyje susijusius veiksmus per tam tikrą laiko tarpą bei jų atitiktį konkrečioms poreikiams ir pageidavimams	Priežiūra, kuri yra orientuota ir organizuota, atsižvelgiant į žmonių ir bendruomenių sveikatos priežiūros paslaugų poreikius ir lūkesčius, o ne vien tik į ligų gydymą (PSO, 2010)	Organizacijų, kurios teikia arba imasi priemonių užtikrinti tinkamas, visapusiškas ir integruotas sveikatos priežiūros paslaugas tam tikrai populiacijai ir yra atsakingos už savo klinikinius ir ekonominius gyventojų sveikatos būklės rezultatus, tinklai

Šaltinis: Kudukytė-Gasperė R., Jankauskienė, 2014. Integruotos sveikatos priežiūros paslaugos – į žmonių poreikius orientuotos sveikatos priežiūros sistemos skatinimas Europos regione.

Sveikatos priežiūros kokybei, saugai užtikrinti ir gerinti naudojami įvairūs kokybės vadybos principai ir metodai. Būdus, kaip galima gerinti ir užtikrinti sveikatos priežiūros kokybę, galima suskirstyti į išorinius ir vidinius. Lietuvoje vyrauja išoriniai reguliavimo metodai, o kokybė užtikrinama „gaisrų gesinimo“ būdu. Taikant šį būdą nubaudžiamas klaidą padaręs asmuo, pacientui atlyginama žala, tačiau neįsigilinama į tikrąsias nepageidaujamų įvykių (neatitikčių) priežastis. Šios priežastys neanalizuojamos ir neįgyvendinamos reikiamos prevencinės priemonės. Reikia pripažinti, kad kokybės sistemos veiksmingumą sveikatos priežiūros įstaigose lemia ir vidiniai įstaigos veiksniai, tokie kaip administracijos reiklumas ir sugebėjimas įdiegti sistemą personalui nepriverstiniu būdu. Kokybės vadybos sistemos diegimas yra būtinas, jeigu medicinos įstaiga dirba tose medicinos srityse, kur pagrindinis įstaigų savininkas yra valstybė. Šiuo atveju kokybės vadybos sistema diegiama siekiant gerinti paslaugų kokybę ir racionaliai naudoti lėšas. Tose medicinos srityse, kur paslaugas teikia valstybinės ir privataus sektoriaus įstaigos, kokybės vadybos sistemos diegimas, be minėtų tikslų, turi ir konkurencingumo išlaikymo tikslą. O aukšta sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, atitinkanti ne tik europinius, bet ir tarptautinius standartus, padeda sveikatos priežiūros įstaigai išlikti, nuolat tobulėti, vystytis, išlaikyti esamus ir pritraukti naujų pacientų. Nuolatinis profesionalių medicinos darbuotojų kvalifikacijos kėlimas, harmoningas komandinis darbas, pareiginių instrukcijų laikymasis, sveikatos priežiūros paslaugų teikimo algoritmai ir standartai, procesų aprašymai, nuolatiniai sisteminiai, nustatantys kokybės veiklos rezultatyvumą vidaus auditai leidžia gerinti prevenciją nuo nelaimingų atsitikimų, sumažinti nepageidautinų įvykių riziką ir komplikacijų skaičių, taip pat mažesnėmis sąnaudomis geriau

patenkinti pacientų poreikius ir interesus reabilitacijos ligoninėje bei kitose sveikatos priežiūros įstaigose (Glamba, Jerešiūnienė, Jerešiūnas, 2010).

Apibendrinant, galima teigti, kad siekiant suformuoti veiksmingą sveikatos politiką būtina apimti visus glaudžiai susijusius tarpusavyje faktorius: planavimą, prognozavimą ir finansavimą. Todėl neimanomas efektyvus sveikatos politikos formavimas be efektyviausių būdų parinkimo ir pritaikymo, įgyvendinant sveikatos apsaugos prioritetus ir uždavinius. Nuoseklios ir sistemingos sveikatos priežiūros plėtros įgyvendinimas užtikrintų paslaugų prieinamumą, tinkamumą ir saugumą. Tad kuriant šiuolaikinę sveikatos priežiūros sistemą, užtikrinančią sveikatos priežiūros prieinamumą, veiksmingumą, racionalų lėšų naudojimą, sveikos gyvensenos formavimą, ji privalo būti grindžiama nuosekliu strateginiu planavimu, proceso pokyčių analize ir valdymu.

1.1.3. Sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimo problemos

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, jos valdymas tampa vienu iš sveikatos priežiūros tobulinimo prioritetų tiek Lietuvoje, tiek ir kitose Europos bei pasaulio. Besikeičianti sveikatos priežiūros sistemos aplinka (augantys visuomenės reikalavimai medicininių paslaugų kokybei, kintantys pacientų lūkesčiai, didėjantis finansinis spaudimas viešajame sektoriuje, stiprėjanti vidaus ir net tarptautinė konkurencija tarp gydymo įstaigų, tarp jų ir valstybinių bei privačių, sveikatos priežiūros paslaugų teikimo internacionalizacijos ir globalizacijos procesai, tarptautinio medicininio „turizmo“ plėtra ir kt.) skatina ieškoti naujų sisteminių priemonių šios srities institucijų bendrajai veiklai ir teikiamų paslaugų kokybei gerinti bei valdyti. (Kosinskienė, Ruževičius, 2011/2).

Sveikatos priežiūros organizacija turi keistis kartu su sistema arba inicijuoti sveikatos priežiūros sistemos pokyčius. Būtina vertinti tai kas vyko (patirtis), vyksta dabar ir kokios ateities tendencijos vyraus tiek pačiose sveikatos priežiūros įstaigose, tiek sveikatos priežiūros sistemoje (pokyčiai). Jie turi būti koncentruoti dabartyje ir orientuoti į ateitį. (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2014)

Sudėtinga bendra ekonominė situacija Europos regione lemia sveikatos priežiūros sistemų pertvarką. Dabartinės finansų krizės kontekste visos taupymo priemonės yra prioritetinga sritis, todėl kritiškai vertinamos sveikatos priežiūros sistemos reformų išlaidos. Pateikiamos prieštaringos nuomonės dėl reformų finansavimo galimybių, dažniausiai siūlant ir vertinant trumpalaikes investicijas į sveikatos priežiūros paslaugų integravimo procesą, neįvertinant ilgalaikio integruotų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir teikimo ekonominio efektyvumo (Kudukytė-Gasperė, Jankauskienė, 2014).

Svarbus yra pats požiūris į sveikatos priežiūros įstaigos valdymą. Ir šis požiūris turi būti integralus, apibrėžiantis nepriekaištingos veiklos formulę, kuri apjungia kokybės vadybos, vadybos ir sveikatos mokslo teorijas, ko pasėkoje sukuriama vis didesnė vertė pacientams ir kitiems

klientams, gerėja sveikatos priežiūros kokybė, daug dėmesio skiriama asmeniniam tobulinimuisi, nes pati pažangiausia organizacija yra besimokanti organizacija. Sveikatos priežiūros įstaigų valdymas turi būti orientuotas į jai iškeliamus rezultatus ir veiklos efektyvumą visame valdymo procese; (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2014)

Atsižvelgiant į besikeičiančius Europos regiono žmonių poreikius, pradedamos skatinti sveikatos priežiūros sistemų kaitos iniciatyvas, kuriomis pabrėžiama į žmonių poreikius orientuota, integruota sveikatos priežiūra. Europos Komisijos parengtame, politikos gaires Europos Sąjungoje formuojančiame dokumente „Europa 2020“ (*Europe 2020. A strategy for smart, sustainable and inclusive growth*) skatinama inovatyvi partnerystė, siekiant transformuoti ir stiprinti sveikatos sistemas visose Europos Sąjungos šalyse. Moksliniai tyrimai ir inovacijos, plėtojant integruotą požiūrį į sveikatos priežiūrą, skatinami Europos Komisijos parengtoje programoje „Horizontas 2020“³. Dokumente pateikiamos priemonės, kuriomis siekiama padėti Europos Sąjungos valstybėms narėms sustiprinti savo sveikatos priežiūros sistemas. Komisija, atsižvelgdama į besikeičiančius Europos regiono žmonių poreikius, pradėjo skatinti sveikatos priežiūros sistemų kaitos iniciatyvas, kuriomis pabrėžiama į žmonių poreikius orientuota, integruota sveikatos priežiūra. Vis dažniau pabrėžiama integruotų sveikatos priežiūros paslaugų naudą, todėl regiono valstybėse narėse daugėja iniciatyvų bandant pertvarkyti sveikatos priežiūros sistemas ar bent jau jų dalį, integruojant paslaugų teikimą taip, kad būtų tenkinami žmonių poreikiai bei pasiektas paslaugų efektyvumas, mažinantis paslaugų kaštus (Kudukytė-Gasperė, Jankauskienė, 2014).

Įvertinus tai, kad valdymas remiasi integruotu ir besikeičiančiu medikų ir pačių sveikatos priežiūros įstaigų vaidmeniu, vystantis į pacientą orientuotai sveikatos priežiūrai, todėl siekiant gydymo efektyvumo ir paslaugų kokybės, sveikatos priežiūros įstaigose būtina diegti kokybės vadybos sistemą. Tai sistema, skirta struktūros, procesų, reikiamų išteklių ir veiklos integravimui, kuria siekiama užtikrinti kokybės politiką bei kokybės tikslus, tenkinant pacientų / vartotojų poreikius. (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2014)

Tačiau, siekiant sistemos efektyvumo ir veiksmingumo atkreipiamas dėmesys į kylančius iššūkius: Finansinių, žmogiškųjų resursų, sveikatos politikos formuotojų tinkamo požiūrio trūkumas, palaikant konkrečias integruotos sveikatos priežiūros iniciatyvas. Pabrėžiama, kad integruotos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo iniciatyvos dažniausiai yra vietinio, lokalaus lygmens, inicijuojamos vietinio lygmens sveikatos priežiūros specialistų ir paslaugų teikėjų reaguojant į specifinius tam tikros grupės žmonių (pvz., tam tikra lėtine liga sergančių pacientų) poreikius ar tam tikroje teritorijoje gyvenančių gyventojų poreikius. Pripažįstama, kad šie pokyčiai dažnai yra pažangūs, tačiau trūksta tinkamo vadovavimo ir valdymo, tinkamo politikos formuotojų požiūrio į šių iniciatyvų palaikymą ir plėtrą (Kudukytė-Gasperė, Jankauskienė, 2014).

Visuomenės sveikatos politikai vystyti ir ryšiams bendruomenėje skatinti sukurtos savivaldybėse bendruomenių sveikatos tarybos, atsakingos už vietos visuomenės sveikatos programų koordinavimą savivaldybėje. Sukurtas ir bendruomenės sveikatos fondas, iš kurio buvo finansuojamos sveikatos programos. Tačiau ilgainiui buvo nuspręsta fondo atsisakyti, paliekant tik Specialiąją savivaldybės visuomenės sveikatos programą. Taigi, dėmesys sveikatinimo veiklai bendruomenėse ir savivaldybėse tebėra ganėtinai nepakankamas. Savivaldos galimybės tvarkyti sveikatos reikalus vietiniame lygmenyje dėl daugelio priežasčių, užprogramuotų pačiame savivaldos organizavime, yra ribotos. Pastaruoju metu besikuriantiems savivaldybėse visuomenės sveikatos biurams keliamas uždavinys kompensuoti šias spragas (Jankauskienė, 2008).

Valstybėse narėse esamos pačios sveikatos priežiūros sistemos kliūtys, trukdančios perorganizuoti teikiamas paslaugas orientuojantis į integruotos sveikatos priežiūros koncepciją. Todėl vietinio, lokalaus lygmens pokyčiai neišsprendžia visos sveikatos priežiūros sistemos iškeliamų kliūčių – paslaugų fragmentacijos ir paslaugų teikimo koordinavimo stokos. Pavienės iniciatyvos nebūtinai sukuria prielaidas ir priemones, reikalingas bendram sveikatos priežiūros sistemos pokyčiui. Paslaugų integracija visose sveikatos priežiūros sistemos grandyse įmanoma tik reformuojant visą sveikatos priežiūros sistemą, o tam reikalingas sisteminis mąstymas, pritaikant informacines technologijas, kurios leistų komunikuoti skirtingų priežiūros lygių, skirtingose vietovėse dirbantiems teikėjams, taip pat padėtų užtikrinti sveikatos priežiūros koordinavimą ir paslaugų teikėjų bendradarbiavimą (Kudukytė-Gasperė, Jankauskienė, 2014).

Sveikatos politikos veiksmingumas dažniausiai siejamas su pagrindiniais šalies gyventojų sveikatos rodikliais, ir juos metodiškai vertinant, kuriamos atitinkamos sveikatos politikos strategijos bei priemonės. Be abejonės, didelę įtaką šiems procesams turi ir ekonominė šalies padėtis. Pasiekus aukštesnį ekonominio išsivystymo lygį, įvairių socialinių ekonominių grupių gyventojų sveikatos skirtumai turėtų pradėti mažėti. Į tai turi būti prioritetiškai atsižvelgta ir įgyvendinant nacionalinę sveikatos bei socialinę politiką bei skatinant tarpžinybinį bendradarbiavimą. Tam būtini strateginiai pokyčiai. Pirmasis etapas – struktūriniai pokyčiai, vykdomi administracinėmis priemonėmis (mažinant gydytojų, ligoninių, lovų ligoninėse skaičių). Antrasis etapas – maksimalių biudžetų nustatymas, t. y. nustatomos finansinės „lubos“, kurias pasiekusi, sveikatos priežiūros įstaiga nebegauna apmokėjimo už vėliau suteiktas paslaugas. Trečiasis etapas – sąnaudų pasidalijimas, t. y. užtikrinant fizinių ir juridinių asmenų papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo funkcionavimą, įteisinant pacientams priemokas už dalį sveikatos priežiūros paslaugų, diegiant sąžiningos konkurencijos ir efektyvios vadybos principus sveikatos sektoriuose“ (Jankauskienė, 2008).

Dar viena problema, tai yra sveikatos ir socialiniai-ekonominiai netolygumai bei sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo sąvoka yra labai

kompleksinė. Jis susideda iš daugelio dalykų. Prieinamumas yra tam tikros teritorijos gyventojų realizuotos galimybės gauti vienas ar kitokias sveikatos priežiūros paslaugas. Vadinasi, jas matuoti ir lyginti galima tik atskirose teritorijose. Kitas probleminis dalykas - vidinė sektoriaus darbo kultūra ir vidiniai darbo ir pokyčių valdymo gebėjimai. Tai yra susiję su darbu komandoje bei bendraisiais vadybiniais gebėjimais. Paciento gydyme visą laiką dalyvauja medikų komanda, dirbanti registratūroje, gydytojo kabinete, laboratorijoje, pagalbinių tyrimų kabinetuose, vaistinėje ir t.t. Ji turi dirbti labai darniai. Tačiau medikų vadybinės žinios yra gana ribotos. Dar viena labai silpna grandis - ryšiai su visuomene, kur dirbama aiškiai nepakankamai. Sveikatos sektorius ryšių su visuomene politikos atžvilgiu yra pasyvus stebėtojas, atakuojamas žiniasklaidos ir pasirodantis akiratyje tik tuomet, kai reikia gintis nuo pacientų skundų bei padarytos žalos. Sveikatos paslaugų marketingas, pradėtas nuo elementarios pozityvios informacijos teikimo visuomenėje apie teikiamas paslaugas ir jų rezultatus, yra labai menkas (Jankauskienė, 2008).

Puoselėjant gerą sveikatą senėjančioje Europoje siūloma imtis tokių veiksmų: stiprinti senų žmonių ir dirbančiųjų, vaikų ir paauglių sveikatą; plėtoti veiklas, kovojant su sveikatą lemiančiais veiksniais, kaip antai: tabakas, alkoholis, mityba, psichinė sveikata, bei plačiąja prasme sveikatą nulemiančiais aplinkos ir socioekonominiais veiksniais; parengti naujas rekomendacijas vėžio patikroms ir stiprinti bendradarbiavimą tarp Europos šalių, kovojant su retomis ligomis; įgyvendinti susitarimus dėl organų donorystės ir transplantacijos (Misevičienė, 2011).

Todėl labai svarbu: gerinti gyventojų sveikatingumo rodiklius įgyvendinant specialiuosius šios programos tikslus; gerinti sveikatos priežiūros įstaigų veiklą ir jose teikiamų paslaugų kokybę ir efektyvumą. Didinti teikiamų paslaugų asortimentą (sukurti nacionalinius standartus), periodiškai akredituoti gydymo įstaigas; įgyvendinti Valstybinės ir savivaldybių sveikatos programas; įgyvendinti pirminę asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos priežiūros reformą; tobulinti sveikatos draudimo sistemą; mokyti sveikatos priežiūros darbuotojams ir kelti jų kvalifikaciją. Galima išskirti du sveikatos sistemos pertvarkos etapus – sveikatos politikos formavimo ir jos įgyvendinimo (Jankauskienė, 2010).

Taip pat siekiant užtikrinti veiksmingą sveikatos sistemos funkcionavimą, būtina tobulinti šiuos komponentus: gera sveikatos priežiūra – tokia, kuri teikia veiksmingą, saugią, kokybišką asmens ir visuomenės priežiūrą tiems, kuriems jos reikia ir kada reikia, minimaliai eikvojant lėšas; gerai dirbantis sveikatos personalas – toks, kuris atsižvelgia į poreikius, yra sąžiningas, siekiantis geriausių galimų rezultatų su turimais ištekliais ir esamomis aplinkybėmis (t. y. pakanka personalo, jis teisingai paskirstytas, kompetentingas, rūpestingas ir produktyvus); gerai funkcionuojanti sveikatos informacijos sistema – tokia, kuri užtikrina laiku pateikiamas ir patikimas informacijos apie sveikatą lemiančius veiksnius produktyvumą, analizę, sklaidą ir panaudojimą, sveikatos sistemos veiklą ir gyventojų sveikatą; būtini medicinos produktai, vakcinos ir

technologijos – jų gamyba, analizė, sklaida su užtikrinta kokybe, saugumu, efektu ir veiksmingumu bei mokslu pagrįstomis žiniomis apie jų efektyvumą; geras sveikatos finansavimas – gero sveikatos finansavimo sistema pritraukia tinkamas lėšas, lemiančias galimybę žmonėms naudotis reikalingomis paslaugomis, juos apsaugančiomis nuo finansinių nelaimių ar nuskurdimo dėl būtino mokėjimo už sveikatos paslaugas. Tokia sistema skatina ir paslaugų teikėjus, ir gavėjus elgtis atsakingai; lyderystė ir vadyba – apima strateginės politikos valdymo struktūrą ir yra susieta su veiksmingu vadovavimu, kuriamomis koalicijomis, įstatymine baze, kartu atsižvelgiant į sistemos struktūrą bei atskaitomybę (Misevičienė, 2011).

Todėl būtina efektyvinti paslaugų teikimą – didinti teikiamų paslaugų kiekį geriau išnaudojant turimus sveikatos sistemos pajėgumus ir finansinius išteklius, mažinti nebūtinų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, ribojant finansinius ir organizacinius stimulus dirbtinai skatinančius tokių paslaugų kiekio augimą; šalinti medikų klaidų ar hospitalinių infekcijų priežastis. (Buivydas, 2010).

Apibendrinant, galima teigti, kad sparčiai kintant sveikatos priežiūros sistemos aplinkai (augantys visuomenės reikalavimai medicininių paslaugų kokybei, kintantys pacientų lūkesčiai, didėjantis finansinis spaudimas viešajame sektoriuje, stiprėjanti vidaus ir net tarptautinė konkurencija tarp gydymo įstaigų, tarp jų ir valstybinių bei privačių, sveikatos priežiūros paslaugų teikimo internacionalizacijos ir globalizacijos procesai, tarptautinio medicininio „turizmo“ plėtra ir kt.) labai svarbu ieškoti naujų sisteminių priemonių šios srities institucijų bendrajai veiklai ir teikiamų paslaugų kokybei gerinti bei valdyti. Esamos sveikatos priežiūros sistemos kliūtys, paslaugų fragmentacija, menkas tarpžinybinis bendradarbiavimas ir paslaugų teikimo koordinavimo stoka, socialiniai-ekonominiai netolygumai bei sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, vidinė sektoriaus darbo kultūra ir vidiniai darbo ir pokyčių valdymo gebėjimai. Taip pat ir sisteminio mąstymo stoka, pritaikant informacines technologijas, kurios leistų komunikuoti skirtingų priežiūros lygių, skirtingose vietovėse dirbantiems teikėjams, taip pat padėtų užtikrinti sveikatos priežiūros koordinavimą ir paslaugų teikėjų bendradarbiavimą.

Todėl yra skatinamos sveikatos priežiūros sistemų kaitos iniciatyvos, kuriomis pabrėžiama į žmonių poreikius orientuota, integruota sveikatos priežiūra.

1.2. Sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimo reglamentavimas ir reguliavimas

Sveikatos priežiūra Europos Sąjungoje (ES) ir kitose Europos šalyse nuolat yra politinių institucijų ir politikų akirtyje, nes visuomenės ir jos narių sveikata – tai ne tik medicininė ir socialinė, bet ekonominė bei politinė problema. Daugelyje Europos šalių vyksta sveikatos priežiūros sistemų reformos. Jos vyksta dėl to, kad tų šalių gyventojų, politikų ir sveikatos priežiūros sistemos bei jos organizacijų vadovų netenkina esama padėtis sveikatos priežiūros finansavimo, organizavimo bei paslaugų teikimo prasme. Pagrindinis sėkmingų sveikatos priežiūros

sistemų reformų rodiklis yra ne trumpalaikis biudžeto išlaidų sveikatos priežiūrai sumažinimas, bet teigiami gyventojų sveikatos pokyčiai (Janušonis, 2004).

Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) strateginiame sveikatos politiką formuojančiame leidinyje „Sveikata 2020“ kaip pagrindinį tikslą iškelia sveikatos ir gerovės žymų pagerinimą, mažinant nelygybę sveikatos priežiūros sektoriuje, stiprinant visuomenės sveikatos veiklas ir užtikrinant prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas, kurios būtų universalios, teisingos, tvarios bei aukštos kokybės. Įgyvendinat šį tikslą Europos regione, viena pagrindinių prioritetinių sričių yra aukštos kokybės sveikatos priežiūros sistemos skatinimas. PSO Europos regiono biuro strateginiuose dokumentuose teigiama, kad, norint įgyvendinti prioritetines sritis bei pasiekti geresnių sveikatos rodiklių rezultatų, būtina užtikrinti ir skatinti sveikatos priežiūros sistemų finansinį gyvybingumą, į žmonių poreikius orientuotas ir įrodymais pagrįstas, tinkamas ir savalaikes sveikatos priežiūros paslaugas (Kudukytė-Gasperė, Jankauskienė, 2014).

Konstituciniai sveikatos apsaugos pagrindai yra įtvirtinti Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnio pirmojoje dalyje: „Valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. Įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką.“ Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo (toliau – Konstitucinis Teismas) doktrinoje pabrėžiama, kad „žmogaus ir visuomenės sveikata yra viena svarbiausių visuomenės vertybių Programos teisinis pagrindas yra Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo (toliau – Sveikatos sistemos įstatymas) 46 straipsnis, kuriame nustatyta, kad Lietuvos sveikatos programą Vyriausybės teikimu tvirtina Lietuvos Respublikos Seimas (Lietuvos Respublikos seimas, 2014).

Kaip apibrėžia Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. programa, šio laikotarpio pagrindinis strateginis tikslas – pasiekti, kad šalies gyventojai būtų sveikesni ir gyventų ilgiau, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai.

2010 metais baigė galioti 1998 m. parengta ir patvirtinta Lietuvos sveikatos programa, kuri atitiko to laikotarpio realijas, tačiau Lietuvai sunkiai sekėsi užtikrinti programos siekinių realizavimą. 2009 m. pasiekta vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė atitinka rodiklį, numatytą LSP programoje 2010 m. Tačiau būtina užtikrinti, kad 2011–2020 m. Lietuva artėtų prie ES senųjų šalių gyventojų sveikatos lygio, mažintų atotrūkį išvengiamo mirtingumo, sergamumo ir invalidumo srityje. Numatyta būtinybė modernizuoti sveikatos apsaugos sistemą, prioritetine tvarka plėtojant įrodymais pagrįstų medicininių technologijų plėtrą, riboti (ar bent jau neskatinti) tokių paslaugų ar medikamentinio gydymo, kurių medicininis efektyvumas nėra įrodytas, teikimą, suformuoti sveikatai žalingų socialinių veiksnių, įskaitant žalą sveikatai padaromą dėl nukrypimų nuo optimalių gydymo algoritmų. Naujojoje rengiamoje Lietuvos sveikatos programoje iki 2020 m.

tikslinga daugiau dėmesio skirti bendradarbiavimui su kitais šalies ūkio sektoriais, siekiant, kad Lietuvos gyventojų sveikata taptų visų šalies sektorių prioritetu (Jankauskienė, 2011).

Nuo Nepriklausomybės paskelbimo Lietuvos sveikatos politikoje ir valdyme įvyko didelių pokyčių kuriant naują sveikatos sistemos valdymo modelį. Sveikatos sektorius, lyginant su ES šalimis kol kas turi nedidelius finansinius resursus. Kiti sektoriai: socialinės apsaugos, švietimo ir mokslo, kelių transporto saugos, aplinkosaugos ir kt. kol kas nepakankamai aktyviai dalyvauja sveikatos politikoje. Ryškių teigiamų pokyčių dėl daugelio priežasčių sveikatos rodikliuose kol kas nestebima. Tačiau sparčiai mažėjantis kūdikių mirtingumas, kaip jautriausias socialinio ekonominio vystymosi rodiklis, ir piliečių dalyvavimas priimant sprendimus bei pastangos restruktūrizuoti sveikatos priežiūros sistemą, teikia vilčių, jog Lietuvos sveikatos sistema taps žymiai efektyvesnė ir draugiškesnė pacientam (Jankauskienė, 2008).

Lietuvos sveikatos sistemos valdymo pertvarka yra aprašyta pagrindiniuose sveikatos politiką reglamentuojančiuose dokumentuose: Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos 1991 m. spalio 30 d. nutarimu Nr. I–1939 (Žin., 1991, Nr. 33–893); Lietuvos sveikatos programoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimu Nr. VIII–833 (Žin., 1998, Nr. 64–1842); Valstybės ilgalaikės raidos strategijoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Seimo 2002 m. lapkričio 12 d. nutarimu Nr. IX-1187 (Žin., 2002, Nr. 113–5029); Sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategijoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. spalio 15 d. įsakymu Nr. V–718 (Žin., 2004, Nr. 160–5860). Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. nutarimu Nr. 335 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“ (Žin., 2003, Nr. 28–1147; Nr. 114–5132) (Jankauskienė, 2010).

Nors Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 6 straipsnis nustato sveikatos apsaugos sistemos pagrindus: bendrą sveikatos reikalų tvarkymą Lietuvoje, visų sveikatinimo išteklių integravimą į bendrą sistemą, jų planavimą ir naudojimą, atsižvelgiant į sveikatinimo veiklos prioritetus, asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos priežiūros integravimą į bendrą sistemą, socialinio teisingumo užtikrinimą sveikatinimo veikloje, tačiau sisteminio, t. y. visų sektorių integruoto požiūrio, siekiant patenkinti pacientų ir ligonių lūkesčius (vertinant poreikių aspektu), nors tai yra nuolat akcentuojama, kuriant sistemą, apimančią visus sektorius, siekiant kuo ilgiau išlaikyti žmogų sveiką, dar trūksta. (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2014)

Sveikatos sistemos plėtros 2011–2015 matmenyse yra įvardijamos dabartinės sveikatos sistemos problemos, t. y. nepakankamai nuosekli sveikatos politika ir jos įgyvendinimas, nepakankamai efektyvi sveikatos priežiūros organizavimo sistema, nepakankama gyventojų

atsakomybė už savo sveikatą, nepakankami sveikatos sistemos reguliavimo principai ir metodai. Visoms šioms problemoms spręsti yra siūlomos priemonės. Kai kurios iš jų yra pakankamai išdiskutuotos ir aiškios, pagrįstos įrodymais; kitos priemonės suformuluotos tik kaip kryptys ir reikalauja dar detalesnės analizės ir mokslo pagrįstų sprendimų. Rengiant Lietuvos sveikatos programą iki 2020 m. teks atsižvelgti į šiame dokumente siūlomas nuostatas sveikatos sistemai vystyti. Tačiau būtina pabrėžti, kad sveikatos priežiūros sistema lemia gana nedidelę dalį žmogaus sveikatos. Didžioji jos dalis priklauso nuo sveikos gyvensenos, aplinkos bei genetikos. Taigi, šių veiksnių poveikį ir turės atspindėti Lietuvos sveikatos programa (Jankauskienė, 2011).

Jau 1998–2010 m. Lietuvos sveikatos programoje teigiama, kad „gyvenimo kokybė turi būti sistemingai stebima ne tik visoje visuomenėje, bet ir nepalankiomis ekonominėmis ir socialinėmis sąlygomis gyvenančių žmonių grupėse“ „Pagal PSO „Sveikata visiems XXI amžiuje“ politiką, Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybę galima pagerinti, jeigu: bus pradėtas bei nuolat vykdomas gyvenimo kokybės monitoringas; suaktyvės individų dalyvavimas visuomenės gyvenime ir sveikatos politikos formavime; sveikatą lemiantys veiksniai, tokie, kaip išsilavinimas, taps visiems labiau prieinami; sveika gyvensena bus pripažinta socialine norma; pirminė, antrinė ir tretinė sveikatos priežiūra daugiau dėmesio skirs gyvenimo kokybei pagerinti“ (Staškutė, 2014).

Sveikatos sistemos plėtros 2011–2015 matmenyse nurodoma, kad Lietuvoje siekiama sukurti sveikatos sistemą, kuri, orientuojama į sveikatos ugdymą, sveikatos stiprinimą, ligų prevenciją, sveikatos priežiūros paslaugų rinkos plėtrą, skatintų racionalų ir efektyvų sveikatos priežiūros išteklių naudojimą. Todėl siekiama sukurti tokią sveikatos sistemą, kuri skatintų sveikatos ugdymą ir stiprinimą bei ligų prevenciją, sveikatos priežiūros paslaugų rinkos plėtrą sąžiningos konkurencijos sąlygomis didintų sveikatos sistemos dalyvių paskatas veikti skaidriai, vadovaujantis šiuolaikiniais sveikatos ekonomikos, etikos ir mokslo įrodymais pagrįstos medicinos ir vadybos principais, siektų užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę ir saugą, skatintų racionalų ir efektyvų sveikatos priežiūros išteklių naudojimą (Jankauskienė, 2011).

Medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo paslaugų išlaidų kompensavimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis patvirtinimo tvarkos aprašas nustato asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų medicininės apskaitos formų, kuriose numatyta skirti apdraustajam privalomuoju sveikatos draudimu medicininę reabilitaciją ar sanatorinį (antirecidyvinį) gydymą, teikimo tvarką, taip pat teritorinių ligonių kasų pildomų medicininės apskaitos formų, patvirtinančių arba nepatvirtinančių medicininės reabilitacijos ar sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo paslaugų išlaidų kompensavimą Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšomis, išdavimo tvarką VLK (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2008).

Nors Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 6 straipsnis nustatė sveikatos apsaugos sistemos šiuos pagrindus: bendrą sveikatos reikalų tvarkymą Lietuvos Respublikoje, visų sveikatinimo išteklių integravimą į bendrą sistemą, jų planavimą ir naudojimą, atsižvelgiant į sveikatinimo veiklos prioritetus, asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos priežiūros integravimą į bendrą sistemą, socialinio teisingumo užtikrinimą sveikatinimo veikloje, tačiau sisteminiu, t. y. visų sektorių integruoto požiūrio, siekiant patenkinti pacientų ir ligonių lūkesčius (vertinant poreikių aspektu), nors tai yra nuolat akcentuojama, kuriant sistemą, apimančią visus sektorius, siekiant kuo ilgiau išlaikyti žmogų sveiką, dar trūksta (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2014).

Apibendrinant, galima teigti, kad kadangi visuomenės ir jos narių sveikata – tai ne tik medicininė ir socialinė, bet ir ekonominė bei politinė problema, todėl sveikatos priežiūra nuolat yra politinių institucijų veiklos sferoje. Nepriklausomai nuo šalies, sveikatos politikos pagrindinis tikslas apima sveikatos ir gerovės žymų pagerinimą, mažinant nelygybę sveikatos priežiūros sektoriuje, stiprinant visuomenės sveikatos veiklas ir užtikrinant prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas, kurios būtų universalios, teisingos, tvarios bei aukštos kokybės. Lietuvos sveikatos politika taip pat orientuojasi į šiuos tikslus ir uždavinius. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas nustato sveikatos apsaugos sistemos pagrindus: bendrą sveikatos reikalų tvarkymą, visų sveikatinimo išteklių integravimą į bendrą sistemą, jų planavimą ir naudojimą, atsižvelgiant į sveikatinimo veiklos prioritetus, asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos priežiūros integravimą į bendrą sistemą, socialinio teisingumo užtikrinimą sveikatinimo veikloje.

2. REABILITACIJOS PASLAUGŲ TEIKIMO PROCESAS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS POLITIKOS ĮGYVENDINIMO KONTEKSTE

Sveikatos priežiūros procesą sudaro subprocesai: sveikatos palaikymas, stiprinimas ir formavimas; sveikatos diagnostika; gydymas; slauga; rehabilitacija; nemedicininės paslaugos; valdymas (Janušonis, 2004).

Terminas "rehabilitacija" vartojamas teisinėje praktikoje jau nuo seno minint asmenis, kuriems atkurta teisė. Medicinoje, rehabilitacijoje (lotynų *rehabilitatio* - reformavimas) naudojamas kaip veiklų kompleksas pedagoginėmis, profesinėmis priemonėmis, grąžinant sutrikdytas organizmo funkcijas ir darbingumą pacientui. Medicinos praktikoje sąvoka "rehabilitacija" buvo pirmą kartą oficialiai taikomas tuberkulioziniam pacientams 1946 m. Vašingtone, kongreso metu (Shachlina L., 2012).

PSO ekspertai 1969 m. rehabilitaciją apibrėžė kaip „koordinuotą medicininių, socialinių, pedagoginių, profesinių priemonių naudojimą siekiant didžiausio reabilitacinio funkcinio

aktyvumo“. Norėdami pasiekti šį tikslą, reabilitacijos komandos specialistai turi naudoti mokliškai pagrįstus metodus, technologijas, priemones neįgalumui įvertinti ir jam mažinti. Paskutiniu metu nepaprastai išaugo dėmesys reabilitacijai, jos metodų ir priemonių veiksmingumo vertinimui (Kriščiūnas, 2009).

Medicinoje ilgą laiką šis terminas buvo sutapatinamas su darbingumo po sunkios ligos ar traumos grąžinimu. Todėl dažnai sunkūs ligoniai, kuriems perspektyvos grįžti į darbą po sunkios ligos ar traumos pasekmių nėra, reabilitacijos požiūriu buvo „nurašomi“. 1969 metais Pasaulinės sveikatos organizacijos ekspertai reabilitaciją apibrėžė kaip kompleksinį, koordinuotą juridinių, medicininių, profesinių, socialinių priemonių taikymą žmogaus funkciniam aktyvumui atgauti. Grįžimo į darbą galimybė jau nebeakcentuojama. Svarbiausia – žmogaus savarankiškumas, jo gyvenimo visavertiškumas (Kriščiūnas, 2005).

Pasaulio sveikatos apsaugos organizacija (PSO), jungianti 193 šalis, pasiūlė įdiegti biopsichosocialinį sveikatos priežiūros modelį, pagal kurį teikiant pagalbą ligoniams įvertinamos ne tik sveikatos sutrikimų priežastys, bet ir ligų pasekmės, kurias galima sumažinti pritaikant ligoniui aplinką, naudojant technines reabilitacijos priemones, stengiantis paveikti ligonių elgseną. Tuo tikslu PSO 2001 m. išleista „Tarptautinė funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacija“. Šios klasifikacijos tikslai yra: mokliškai pagrįsti sveikatos padarinių supratimą ir tyrimus; padėti surasti bendrą kalbą įvairių sričių specialistams, sveikatos priežiūros darbuotojams ir neįgaliesiems aprašant sveikatos būklių padarinius padėti suprasti neįgalumo reiškinių įtaką asmenų gyvenimui ir dalyvumui visuomenėje; kaupti duomenis apie egzistuojančius ir neįgaliųjų dalyvavimą skatinančius arba slopinančius veiksnius (Kriščiūnas, 2008).

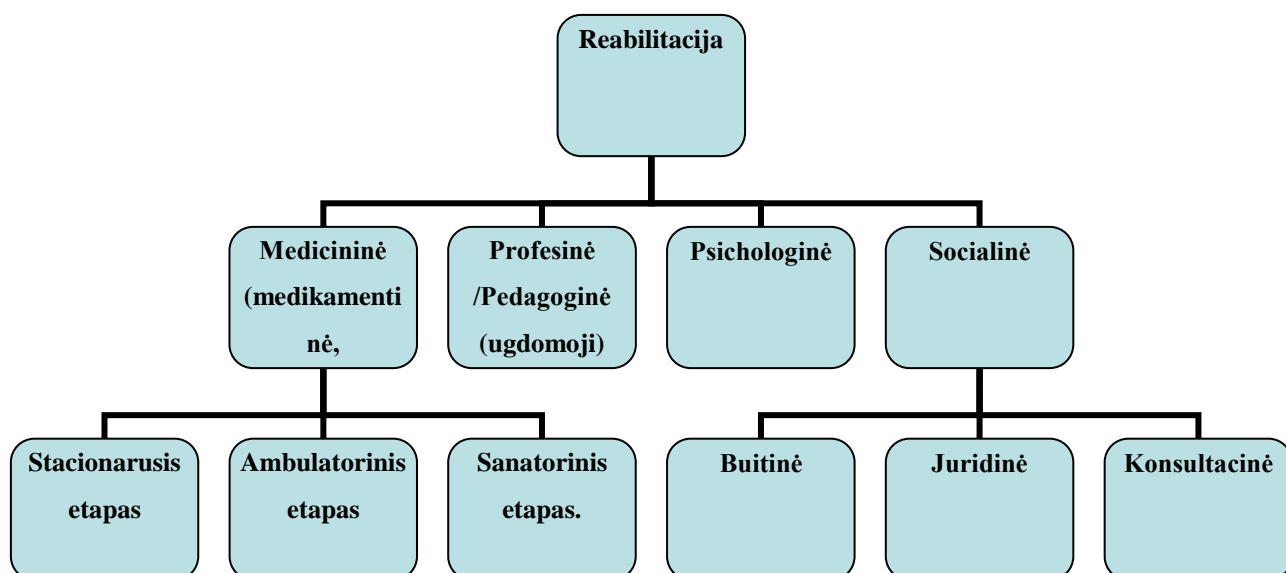
Šiuolaikiniame visuomenės raidos etape vis daugiau dėmesio skiriama gyventojų sveikatai. Sveikatai ar visuomenės sveikatos apsauga yra viena iš sveikatos priežiūros (įskaitant prevenciją), viešosios valdžios institucijų, vietos valdžios institucijų, organizacijų ir piliečių užduočių. Ja siekiama įgyvendinti sveikatinimą, užkirsti kelią ligoms, išsaugoti ir stiprinti fizinę ir psichinę mokslo, socialinių, ekonominių, politinių ir teisinių priemonių sistemą kiekvieno asmens sveikatos, jo sveikatos priežiūros. Palaikyti ilgesnį ir kokybiškesnį gyvenimą. Ši sistema apima ir piliečių sveikatos medicininės reabilitacijos priežiūrą, kuria siekiama visiško ar dalinio pažeistų ar prarastų funkcijų organizme atkūrimo, taip pat ankstyvos diagnostikos, siekiant sumažinti kiek įmanoma negalią, ir pagerinti paciento gyvenimo kokybę ir integraciją (Morozkina, 2015).

Papildyta Tarptautinė funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacija formuoja naują požiūrį į ligų ir traumų pasekmes, kurios vertinamos trimis aspektais, atsižvelgiant į aplinkos ir asmenybės veiksmu. Vertinama, kokie yra: kūno funkcijos ir struktūros sutrikimai (sutrunka širdies, galvos smegenų veikla ir t. t.), individo veiklos sutrikimai (negali eiti, nešti, kelti, savęs apsitarnauti ir t. t.), individo dalyvumo sutrikimai (negali dirbti, dalyvauti visuomenės gyvenime ir t. t.). Ši

klasifikacija pabrėžia sergančio asmens ir jo aplinkos individualumą, išryškina ne tik ligos simptomus, bet ir sutrikdytas žmogaus veiklas, socialinius gebėjimus. Pagal šią klasifikaciją taip pat rekomenduojama atsižvelgti į asmenybės veiksnius kaip amžius, lytis, išsilavinimas, gyvenimo stilius ir t. t. Šioje klasifikacijoje akcentuojamas biopsichosocialinis požiūris teikiant pagalbą sunkiems ligoniams. Biopsichosocialinio požiūrio įgyvendinimas praktikoje galimas tik sukūrus efektyvią sunkių ligonių ir neįgaliųjų reabilitacijos sistemą (Kriščiūnas, 2008).

Kita pacientų grupė, kuriems funkciją galima kompensuoti. Trečia pacientų grupė, kuriai prarastą funkciją galima tik dalinai kompensuoti medicininėmis priemonėmis, reikia daug socialinių priemonių, pavyzdžiui, kai yra nugaros smegenų pažeidimas ir žmogus visiškai nevaldo kojų, reikia iš pradžių mediciniškai išvengti komplikacijų, kurios gali kilti (Ausėnaitė, 2013).

Todėl reabilitacija apima tiek psichologinį, tiek edukacinį, tiek socialinį poveikį, siekiant maksimalios paciento adaptacijos (Morozkina, 2015).



5. pav. Reabilitacijos stuktūra

Šaltinis: Мозокина, 2015. Медицинская реабилитация ир санаторно курортное лечение

Sveikatos priežiūros tikslams įgyvendinti visuose sveikatos priežiūros lygiuose vykdoma ligonių reabilitacija, tik skiriasi jų metodai. Greta medicininių reabilitacijos paslaugų, taikomos socialinės pagalbos priemonės, leidžiančios į žmogų žvelgti kaip į visumą, o problemos sprendžiamos, pasitelkus visą reabilitacijos komandą (Varžinskienė, Rudzevičiūtė, 2009).

Medicininė reabilitacija – kompleksinis medicininių reabilitacijos priemonių (kineziterapijos, ergoterapijos, logoterapijos, ortopedinių ir techninės pagalbos priemonių, psichologinės ir socialinės pagalbos, fiziooterapijos, gydymo vaistais ir dieta, pacientų ir jų artimųjų mokymo) taikymas, siekiant atkurti sutrikusias paciento biopsichosocialines funkcijas arba, esant negrįžtamiems organizmo pakitimams, jas kompensuoti, arba palaikyti pasiektą paciento

biopsichosocialinio funkcinio pajėgumo lygį. Kompleksinė rehabilitacija – suderintas medicininių, psichologinių, socialinių, pedagoginių, profesinių priemonių taikymas pacientams, turintiems biopsichosocialinių funkcijų sutrikimų, didesnam fiziniam, psichiniam, socialiniam savarankiškumui pasiekti, siekiant visavertės integracijos į visuomenę (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2015).

Medicinos rehabilitacija skirta atstatyti sveikatai. Visos medicinos priemonės privalo būti taikomos jau nustatčius diagnozę ir turi apimti visas reikalingas priemones, prisidedant prie funkcionalumo didinimo, organizmo galimybės atstatyti. Chirurginės, medikamentinės ir sanatorinio gydymo fizinė rehabilitacija visuose gydymo etapuose. Todėl medicininė rehabilitacija yra viso reabilitacijos proceso pagrindas. Nuo jos efektyvumo priklauso tolimesnių reabilitacijos priemonių ir etapų veiksmingumas ir efektyvumas, siekiant paciento maksimalaus grąžinimo į visuomenę ir pilnos adaptacijos (Shachlina, 2012).

Medicininė rehabilitacija taikoma asmenims po sunkių operacijų ir traumų ar sergantiesiems lėtinėmis ligomis. Apie reabilitacijos reikalingumą sprendžia gydantysis gydytojas, remdamasis fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo rekomendacijomis. Kokia reabilitacinio gydymo rūšis ir gydymo trukmė bus pasirinkta, priklauso nuo paciento būklės ir ligos sunkumo (Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, 2016).

Medicininės reabilitacijos įstaigos pasižymi poreikiu dirbti komandomis, kompetentingomis spręsti sudėtingas ir kompleksines klientų problemas. Vienas svarbių šių komandų narių turėtų būti socialiniai darbuotojai, atliekantys daugelį išskiriamų socialinio darbo profesinių bei komandinių vaidmenų. Tyrimas atskleidė, kad socialinio darbuotojo dalyvavimas medicininės reabilitacijos komandoje jos nariams nėra aiškus, jis nepakankamai įtraukiamas į komandinį darbą, dažnai dirba individualiai. Medicinos specialistai labiausiai pastebi socialinio darbuotojo profesinį konsultanto vaidmenį (Varžinskienė, Rudzevičiūtė, 2009)

Medicininės reabilitacijos paslaugos teikiamos:

- Vaikams – specializuotuose 12-os profilių reabilitacijos ir sveikatos grąžinamojo gydymo skyriuose: turintiems judamojo-atramos aparato pažeidimų (po traumų, ligų, ortopedinių operacijų), sergantiems nervų, kraujotakos, kvėpavimo, virškinimo sistemų (skyriuose turi būti ne mažiau kaip 10 vieno profilio lovų), psichikos ir elgesio sutrikimų, akių, ausų-nosies-gerklės, endokrininėmis, odos, inkstų, kraujo ligomis (skyriuose turi būti ne mažiau kaip 5 vieno profilio lovos). Daugiaprofilinių ligoninių ir mokslinio tyrimo institutų reabilitacijos skyriuose turi būti ne mažiau kaip 5 vieno profilio lovos;

- Suaugusiesiems – 13-os profilių reabilitacijos skyriuose: turintiems judamojo-atramos aparato pažeidimų (po traumų, ligų, ortopedinių operacijų), sergantiems nervų, kraujotakos, kvėpavimo, virškinimo sistemų, endokrininėmis, inkstų, ginekologinėmis ligomis (skyriuose turi

būti ne mažiau kaip 30 vieno profilio lovų), akių, ausų-nosies-gerklės (skyriuose turi būti ne mažiau kaip 10 vieno profilio lovų), odos, psichikos ir elgesio sutrikimų, patyrusiems jonizuojančios spinduliuotės poveikį. Daugiaprofilinių ligoninių bei mokslinio tyrimo institutų reabilitacijos skyriuose turi būti ne mažiau kaip 10 vieno profilio lovų; Esant indikacijų ir neišnykus biosocialinių funkcijų sutrikimams, po antrojo reabilitacijos etapo teikiamos trečiojo etapo ambulatorinės medicininės reabilitacijos paslaugos. Po retų, ypač sunkių ligų ar traumų, kai reikalinga kompleksinė reabilitacija, paslaugos teikiamos tretinio lygio medicininės reabilitacijos paslaugas teikiančiose įstaigose (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2008).

Medicininės reabilitacijos etapai

1. Pirmasis etapas. Medicininės reabilitacijos paslaugos teikiamos ambulatorinio arba stacionarinio gydymo metu.

- Medicininės reabilitacijos paslaugos vaikams, turintiems biosocialinių funkcijų sutrikimų, pradedamos teikti ambulatorinio arba stacionarinio gydymo metu. Dėl paslaugų poreikio pacientą gydantį gydytoją konsultuoja fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas, kuris paskiria atitinkamas paslaugas. Šias paslaugas teikia reabilitacijos specialistai: fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas, kineziterapeutas, ergoterapeutas, psichologas, fizinės medicinos ir reabilitacijos slaugytojas, socialinis darbuotojas ir kt. (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2008).

- Asmenims, kuriems pirmuoju reabilitacijos etapu medicininės reabilitacijos priemonių kompleksas nebūtinai, turi būti pagal indikacijas skiriamos pavienės medicininės reabilitacijos paslaugos (kineziterapija, ergoterapija, psichoterapija, logopedo užsiėmimai, mokymas naudotis ortopedinėmis priemonėmis, fizioterapija, masažas ir kt.). Pasibaigus ūmiam ligos periodui ir įvykdžius pirmojo reabilitacijos etapo programą, paciento biosocialinių funkcijų sutrikimo laipsnį turi įvertinti fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas.

- Biosocialinių funkcijų sutrikimams neišnykus, pacientui skiriamas antrasis reabilitacijos etapas specializuotame stacionarinės reabilitacijos skyriuje, vadovaujantis specialiaisiais reikalavimais.

- Vaikams, kuriems po pirmojo reabilitacijos etapo nebūtina stacionarinė reabilitacija (antrasis etapas), skiriama ambulatorinė reabilitacija (trečiasis etapas).

- Vaikams, kuriems nėra galimybių suteikti pirmojo etapo paslaugas, antrojo ar trečiojo medicininės reabilitacijos etapų paslaugos skiriamos po fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo konsultacijos, kurios metu įvertinami vaiko biosocialinių funkcijų sutrikimai ir rekomenduojama atitinkamo lygio medicininės reabilitacijos paslauga (antrasis ir (ar) trečiasis etapas)

2. Antrasis etapas. Specializuotos stacionarinės reabilitacijos paslaugos.

- Specializuotos stacionarinės reabilitacijos paslaugos skiriamos po pirmojo reabilitacijos etapo, kai fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo konsultacijos metu pacientui nustatomi biosocialinių funkcijų sutrikimai ir reikia tęsti atitinkamo lygio medicininės reabilitacijos paslaugas (Reabilitaciją II, Reabilitaciją III, sveikatą grąžinamąjį gydymą).

- Specializuotos vaikų stacionarinės reabilitacijos paslaugos teikiamos asmens sveikatos priežiūros įstaigų stacionarinės reabilitacijos skyriuose.

3. Trečiasis etapas. Ambulatorinės reabilitacijos paslaugos. Ambulatorinės reabilitacijos paslaugos skiriamos, kai:

- biosocialinės funkcijos neatsistato po antrojo stacionarinės reabilitacijos etapo ir paciento būklė atitinka trečiojo etapo ambulatorinės reabilitacijos reikalavimus;

- po pirmojo medicininės reabilitacijos etapo fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas konsultacijos metu nustato biosocialinių funkcijų sutrikimus, tačiau jie yra mažesnio laipsnio, nei biosocialinių funkcijų sutrikimai, kuriems esant pacientui skiriama stacionarinė reabilitacija.

- Jei biosocialinės funkcijos atsistato greičiau nei per nustatytą antrojo reabilitacijos etapo normatyvinę trukmę ir paciento būklė atitinka trečiojo reabilitacijos etapo reikalavimus, stacionarinė reabilitacija nutraukiama ir reabilitacija tęsiama pagal trečiojo etapo reikalavimus.

- Šio etapo paslaugos teikiamos asmens sveikatos priežiūros įstaigų, kuriose teikiamos vaikų ligų specialistų paslaugos, ambulatorinės reabilitacijos skyriuose.

- Pakartotinė, palaikomoji reabilitacija ir palaikomoji reabilitacija namuose (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2008).

Biopsichosocialinio požiūrio įgyvendinimas praktikoje galimas tik sukūrus efektyvią sunkių ligonių ir neįgaliųjų reabilitacijos sistemą, kuri apima:

- Teisinė dalis (juridiniai aktai, reglamentuojantys šios sistemos veikimą);

- Medicininė reabilitacija. Ji turi būti vystoma daugiaprofiliniuose stacionaruose, ambulatorijose, sanatorijose, namuose.

- Profesinė reabilitacija. Pprofesinės reabilitacijos centrai turi būti pajėgūs suteikti profesinės reabilitacijos paslaugas, kurios užtikrintų prarastų darbinių įgūdžių atgavimą, lavinimą ar mokymą tik nedaugeliui neįgaliųjų.

- Ugdymas. Sergantys asmenys prasminga veikla, adekvačia jų būklei, teigiamai veikia savo sveikatą, tobulėja, integruojasi į visuomenę.

- Techninės reabilitacijos priemonės. Civilizuotose šalyse apie 40 proc. Gyventojų naudoja technines reabilitacijos priemones.

- Aplinkos pritaikymas. Tai ypač aktualu vyresnio amžiaus asmenims. Tokia prevencija apima tinkamą gatvių, patalpų apšvietimą, grindų dangą, laiptų eliminavimą, sanitarinių mazgų įrengimą ir t. t.
- Rekreacija. Neįgaliųjų rekreacija, t. y. jėgų, sveikatos, gyvenimo džiaugsmo, prasmės atgavimas ir malonumo gyventi suvokimas yra svarbi reabilitacijos sistemos dalis. Tai veikla, „išvaduojanti“ žmogų nuo stigmatizacijos ir skatinanti jo asmens kūrybiškumą.
- Informacijos teikimas. Nemažai daliai sergančių žmonių, kaip minėjome, sutrinka regėjimas, klausa, dėmesys, suvokimas. Todėl jiems teikiant bet kokią informaciją būtina į tai atsižvelgti.
- Transporto sistemos paslaugas. Labai svarbu, kad būtų pritaikytas transportas, ypač visuomeninis (žemos grindys, laikikliai ir pan.), asmenims, kurių sutrikęs judėjimas, koordinacija).
- Socialinė globa ir socialinės paslaugos. Svarbu nustatyti sergančio asmens specialiuosius buitines, asmeninio gyvenimo, ugdymo, darbinės veiklos, visuomeninio gyvenimo poreikius ir juos užtikrinti.
- Prarastų pajamų kompensavimas. Turi būti skiriama finansinė parama, kuri užtikrintų asmens materialinės padėties garantijas (socialinė pašalpa, būsto, šildymo, karšto ir šalto vandens kompensacijos ir pan., išlaidos slaugai, priežiūrai ir pagalbai, transportui ir pan.).
- Specialistų rengimas. Siekdami parinkti tinkamas įvairiapusės reabilitacijos priemones šioje srityje dirbantys specialistai privalo turėti ne tik išsamių biomedicinos mokslo žinių, bet ir pedagogikos, psichologijos, sociologijos dalykinių žinių ir darbo su neįgaliaisiais praktinių įgūdžių (Kriščiūnas, 2008).

Todėl labai svarbu skatinti tarpžinybinį ir valstybės institucijų bei NVO kompleksinį bendradarbiavimą, ypač didinti socialinės, kultūrinės ir sveikatos sričių sanglaudą, panaudojant kultūros ir meno sričių potencialą, skatinti veiklas, kurios prisideda prie teigiamo poveikio žmogaus psichikos bei fizinei sveikatai ir socialinės gerovės stiprinimo; didinti valdžios sektoriaus išlaidų dalį tarp visų išlaidų sveikatos priežiūrai; didinti investicijas į sveikatos priežiūros sektorių; didinti sveikatingumo programų, skaičių, taip pat pritraukti ES struktūrinių fondų lėšas šioms programoms finansuoti; diegti įrodymais pagrįstas sveikatos technologijas, modernizuojant medicinos prietaisus, teikiant valstybės paramą sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacijos kėlimui: atspindėti sąnaudas rengiant viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kainodarą ir biudžetinių įstaigų finansavimo normatyvus; plėtoti sveikatos priežiūros paslaugas, atitinkančias šiuolaikinius medicinos mokslo teorijos ir praktikos laimėjimus; teikti pagalbą rengiant ir diegiant į sveikatos priežiūros praktiką sveikatos technologijų vertinimo rezultatais pagrįstas metodikas ir klinikinius

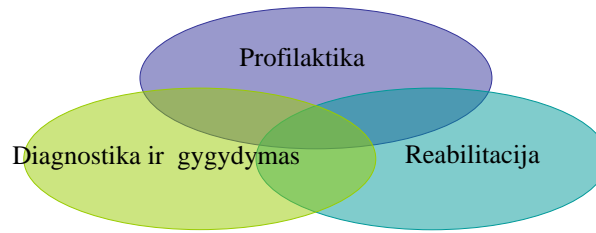
protokolus; patvirtinti ir įdiegti šalies mastu sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės bei efektyvumo vertinimo kriterijus ir rodiklių sistemą, reguliariai atlikti sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės ir efektyvumo lyginamąją analizę, sveikatos priežiūros įstaigų finansavimą labiau sieti su jų veiklos kokybe, efektyvumu ir rezultatyvumu (Lietuvos Respublikos seimas, 2014).

Apibendrinant, nustatyta, kad reabilitacija yra vienas iš sveikatos priežiūros proceso subprocesų (sveikatos palaikymas, stiprinimas ir formavimas; sveikatos diagnostika; gydymas; slauga; reabilitacija; nemedicininės paslaugos; valdymas). Ji gali būti apibrėžiama kaip kompleksinis, koordinuotas juridinių, medicininių, profesinių, socialinių priemonių taikymas žmogaus funkciniam aktyvumui atgauti. Todėl labai svarbu sukūrti efektyvią sunkių ligonių ir neįgaliųjų reabilitacijos sistemą, apimančią teisinę dalį, medicininę reabilitaciją, profesinę reabilitaciją, ugdymą, technines reabilitacijos priemones, aplinkos pritaikymą, rekreaciją, informacijos teikimą, transporto sistemos paslaugas, socialinę globą ir socialines paslaugas, prarastų pajamų kompensavimą ir specialistų rengimą. Todėl labai svarbu skatinti tarpžinybinį ir valstybės institucijų bei NVO kompleksinį bendradarbiavimą, siekiant maksimalaus proceso veiksmingumo ir efektyvumo.

2.1.1. Reabilitacijos paslaugų vieta sveikatos priežiūros sistemoje

Reabilitacijos įstaigų darbo specifika pasižymi socialinių ir sveikatos problemų kompleksiskumu ir sudėtingumu, o tokiems sudėtingiems socialiniams ir sveikatos klausimams spręsti reikalingos tarpdisciplininės komandos. Jose dirbantys specialistai gali apimti daug veiklos sričių ir, papildydami vienas kitą, suteikdami vieni kitiems naujų žinių, reikalingų šiandienos problemoms spręsti, praplėsti savo sugebėjimų ribas (Varžinskienė, Rudzevičiūtė, 2009).

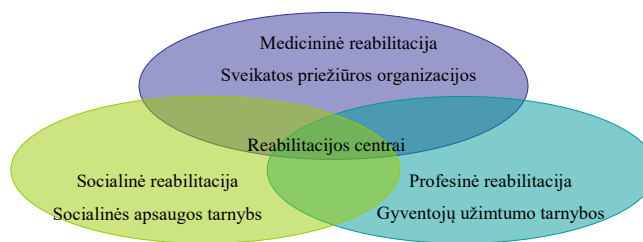
Tradiciškai akcentuojamos trys medicinos priežiūros dalys: profilaktika, ligų diagnostika ir gydymas, reabilitacija. Šios dalys tarpusavyje yra susijusios, tačiau jų reikšmė atskirų ligų atvejais ir skirtingo amžiaus asmenims yra nevienoda. Naujagimiams, kūdikiams, vaikams, jauno amžiaus asmenims, be abejo, pabrėžiama ligų profilaktikos, brandos amžiuje – ankstyvosios ligų diagnostikos ir gydymo, vyresniems ir pagyvenusiems asmenims – reabilitacijos reikšmė. (Kriščiūnas, 2008).



6. pav. Pagrindinės medicininės priežiūros dalys

Šaltinis: Kriščiūnas, 2008. Ligonių, sergančių lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, reabilitacijos ir gyvenimo visavertiškumo užtikrinimas. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2008, p. 41

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 „Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“). Tačiau sveikatos priežiūros medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo įstaigos pagrindinis tikslas vis dėlto išlieka medicininės pagalbos besigydančiajam teikimas. Greta teikiama socialinė ir psichologinė pagalba sudaro kompleksinį gydymą. Taikant koordinuotas kompleksines gydymo priemones neišvengiamas skirtingų specialistų bendradarbiavimas siekiant vieno tikslo, kas ir sudaro komandinį darbą (Varžinskienė, Rudzevičiūtė, 2009).



7 pav. Įvairių reabilitacijų posistemių bendradarbiavimas

Šaltinis: Балабуха, 2010.. Качество жизни как основа программ реабилитации онкологических больных

Medicininės reabilitacijos paslaugas gali teikti ASP įstaiga, turinti tokių paslaugų teikimo licenciją. Medicininės reabilitacijos paslaugos pradamos teikti nuo pat susirgimo ar traumos gydymo pradžios (pirmasis etapas). Pirmojo medicininės reabilitacijos etapo paslaugas teikia ASP įstaigos fizinės medicinos ir reabilitacijos (toliau – FMR) padaliniai. Jei po pirmojo medicininės reabilitacijos etapo lieka biopsichosocialinių funkcijų sutrikimų, antrojo (reabilitacija II,

reabilitacija III, sveikatos grąžinamasis ir sanatorinis (antirecidyvnis) gydymas) ir trečiojo (ambulatorinė reabilitacija I ir ambulatorinė reabilitacija II) etapo medicininės reabilitacijos paslaugos teikiamos tų pačių arba kitų ASP įstaigų FMR padaliniuose. Neįgaliesiems medicininės reabilitacijos paslaugos teikiamos pakartotinės ar palaikomosios reabilitacijos ciklą metu. Medicininės reabilitacijos indikacijas, pacientų siuntimo tvarką, paslaugų teikimo bendruosius ir specialiuosius reikalavimus, paslaugų mastą įsakymu nustato sveikatos apsaugos ministras. Vaikams stacionarinė reabilitacija teikiama ASP įstaigose, užtikrinančiose ugdymo proceso tęstinumą. Medicininės reabilitacijos paslaugas teikiančių ASP įstaigų veiklos kokybę reglamentuoja ASP įstaigos vadovo patvirtinta vidaus kokybės sistema (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2015).

Pasiekti stacionariojo etapo rezultatai reikalauja privalomo tęstinumo ir konsolidavimo vėlesniuose gydymo ir reabilitacijos etapuose – poliklinikoje ir daugelyje pacientų - kurorte. Ši sistema praėjusio amžiaus 60-80-aisiais leido 70 proc. atvejų išsaugoti ligonių profesinę ir buitinę veiklą 5 ar daugiau metų nuo ligos pradžios (Pavlov ir kt., 2009).

Už asmenų medicininės reabilitacijos, po sunkių ligų ir traumų paslaugas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokama asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, kurios yra licencijuotos užsiimti šia veikla ir atitinka šio įsakymo bendruosius medicininės reabilitacijos paslaugų vaikams teikimo reikalavimus, bendruosius medicininės reabilitacijos paslaugų suaugusiesiems teikimo reikalavimus, specialiuosius medicininės reabilitacijos paslaugų vaikams teikimo reikalavimus, specialiuosius medicininės reabilitacijos paslaugų suaugusiesiems teikimo reikalavimus ir yra sudariusios sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis. Asmens sveikatos priežiūros įstaigose, siekiant išvengti komplikacijų, sutrumpinti laikinojo nedarbingumo (gydymo stacionare ir ambulatoriškai) trukmę bei sumažinti neįgalumą, asmenims nuo pat gydymo pradžios pradedamos teikti medicininės reabilitacijos, t. y. pirmojo reabilitacijos etapo, paslaugos. Šios paslaugos teikiamos iš lėšų, skirtų atitinkamo profilio stacionariniam arba ambulatoriniam gydymui. Asmens sveikatos priežiūros įstaigai, teikiančiai antrinio lygio fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo paslaugas, pirmojo reabilitacijos etapo paslaugos apmokamos iš konsultacinei pagalbai skirtų lėšų kaip konsultacijos arba už jas pagal įstaigų sutartinius įsipareigojimus sumoka pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikianti įstaiga iš lėšų, skirtų už prirašytą gyventoją. Jeigu negalima suteikti šio etapo medicininės reabilitacijos paslaugų, pacientas gali būti iš karto siunčiamas į antrojo arba trečiojo etapo paslaugas teikiančią asmens sveikatos priežiūros įstaigą, medicinos dokumentuose nurodant priežastį. Jei biosocialinių funkcijų sutrikimai neišnyksta, medicininė reabilitacija tęsiama antruoju arba trečiuoju reabilitacijos etapu. Antrojo etapo medicininės reabilitacijos paslaugos teikiamos specializuotuose stacionariniuose reabilitacijos

skyriuose, kurie veikia daugiaprofilinėse ligoninėse, reabilitacijos ligoninėse, sanatorijose (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2008).

Reabilitacijos II ir Pakartotinės reabilitacijos paslaugos teikiamos asmens sveikatos priežiūros įstaigose, atitinkančiose šiuos reikalavimus: visą parą teikiamos paslaugos: būtiniosios medicinos pagalbos; vaikų slaugytojo ir vaikų ligų gydytojo. Ne visą parą teikiamos paslaugos: kineziterapijos; ergoterapijos; fizioterapijos; socialinio darbuotojo; psichologinės pagalbos; laboratorinės diagnostikos (klinikinės, biocheminės) arba turi būti sudaryta sutartis su šias paslaugas teikiančia asmens sveikatos priežiūros įstaiga, užtikrinant tyrimo atlikimą per 1 parą; funkcinės būklės įvertinimo; dietinio gydymo; ligonio ir jo artimųjų mokymo. Radiologijos ir sudėtingos klinikinės fiziologijos tyrimai, ortopedinės ir kompensacinės technikos pritaikymo paslaugos bei atitinkamų specialistų konsultacijos gali būti užtikrintos pagal sutartį su kitomis įstaigomis (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2008).

Stacionarinės reabilitacijos (Reabilitacijos II ir Pakartotinės reabilitacijos) paslaugas teikia specialistai: fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas; vaikų ligų gydytojas; bendrosios praktikos slaugytojas, turintis sertifikatą fizinės medicinos ir reabilitacijos slaugos paslaugoms teikti ar vaikų slaugytojas, turintis sertifikatą fizinės medicinos ir reabilitacijos slaugos paslaugoms teikti; kineziterapeutas; vaikų slaugytojas; ergoterapeutas; psichologas (psichoterapeutas); socialinis darbuotojas; logopedas (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2008).

Į reabilitaciją pradedama žvelgti vis plačiau, stengiamasi sujungti pagrindines reabilitacijos sistemos dalis: teisinę, medicininę reabilitaciją, profesinę reabilitaciją, ugdymą, kompensacinę techniką, protezavimą, ortopediją, aplinkos pritaikymą, kultūrą, sportą, laisvalaikį, religiją, informacijos teikimą, transporto sistemos paslaugas, socialinę globą ir kitas socialines paslaugas, prarastų pajamų kompensavimą, specialistų rengimą, medicininę socialinę ekspertizę (Kriščiūnas, 2005).

Apibendrinant, nustatyta, kad trys tarpusavyje tarpusavyje susijusios dalys medicinos priežiūros yra profilaktika, ligų diagnostika ir gydymas, reabilitacija. Reabilitacijos įstaigų darbo specifikos problemų kompleksiškesniam ir sudėtingumui spręsti reikalingos tarpdisciplininės komandos, kas garantuotų proceso veiksmingumą ir efektyvumą.

2.1.2. Reabilitacijos paslaugų poreikis

Neįgalųjų skaičiaus augimas rodo poreikį pagalbos, kurią šie žmonės turėtų gauti iš visuomenės. Viena tokios pagalbos formų yra reabilitacijos paslaugos, teikiamos neįgaliesiems žmonėms. Ją vykdo taip pat ir socialinis darbuotojas, dirbantis reabilitacijos specialistų komandoje drauge su reabilitologais, slaugytojais, kineziterapijos specialistais, psichologais ir kitais pagal ligos pobūdį reikalingais specialistais. Socialinio darbuotojo darbo paskirtis yra sustiprinti žmogaus

prisitaikymo prie aplinkos sugebėjimus, atkurti ryšius su bendruomene padedant jam integruotis į visuomenę ir skatinant visavertiškesnį žmogaus socialinį funkcionavimą. Tiek Europos Sąjungos („Europa 2020“ ir lydinčiuose dokumentuose), tiek PSO („Sveikata 2020“) strateginių dokumentų nuostatos sutampa ir logiškai papildo viena kitą, kad valstybės narės galėtų šias nuostatas prisitaikyti savo poreikiams perorganizuojant sveikatos priežiūros sistemas taip, kad jos tenkintų piliečių lūkesčius (Kudukytė-Gasperė, Jankauskienė, 2014).

Jau 1975 m. JT Generalinė Asamblėja priėmė Deklaraciją dėl neįgaliųjų teisių, kurią ratifikavo daugelis šalių. Viena iš pagrindinių deklaracijos nuostatų yra rehabilitacija, profesinis mokymas, psichologinis, medicininis ir socialinė parama, darbas, kuris pagreitintų neįgaliųjų pritaikymas visuomenėje procesą. Siekiant įgyvendinti Deklaracijos nuostatas, būtina imtis teisinių, organizacinių, kolektyvinių ir individualių priemonių (Ivanov, 2012.).

Ilgą laiką prioritetinga medicinos kryptis buvo ūminių ligų diagnostika, gydymas ir profilaktika. Tačiau, ilgėjant gyventojų amžiui, pradėjo vyrėti lėtinės ligos, kurių profilaktika ir gydymo veiksmingumas yra daug mažesnis negu ūminių. Be to, daug lemia medicinos pažanga, nes vis daugiau žmonių išlieka gyvi po sunkių traumų, kai gydytojams tenka susidurti su ligų ir traumų pasekmėmis, kurios sutrikdo pagrindines žmogaus biosocialines funkcijas. Taigi funkcijoms atkurti būtinas kompleksas ne tik medicininių, bet ir socialinių, pedagoginių, profesinių priemonių, todėl sergančiųjų rehabilitacijai skiriamas vis didesnis dėmesys (Kriščiūnas, 2005)

Pasaulio sveikatos apsaugos organizacija (PSO), jungianti 193 šalis, pasiūlė įdiegti biopsichosocialinį sveikatos priežiūros modelį, pagal kurį teikiant pagalbą sergantiesiems įvertinamos ne tik sveikatos sutrikimo priežastys, bet ir ligų pasekmės, kurias galima sumažinti pritaikant ligoniui aplinką, technines rehabilitacijos priemones, paveikiant sergančiojo elgseną. Tuo tikslu PSO 2001 m. išleista „Tarptautinė funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacija“. Pagal šią klasifikaciją vertinant sveikatą taip pat rekomenduojama atsižvelgti į tokius asmenybės veiksmus kaip amžius, lytis, išsilavinimas, gyvenimo stilius ir pan. Šioje klasifikacijoje akcentuojamas biopsichosocialinis požiūris teikiant pagalbą sunkiems ligoniams. Biopsichosocialinio požiūrio įgyvendinimas praktikoje galimas tik sukūrus veiksmingą sunkių ligonių ir neįgaliųjų rehabilitacijos sistemą (Kriščiūnas A. ir kt., 2009).

Rehabilitacijos specialistų komandos, suformuotos įvairiose sveikatos sistemos organizacijose, teikia rehabilitacijos paslaugas neįgaliems žmonėms (po insulto, infarkto arba traumų – po stuburo smegenų pažeidimo, paralyžiaus ir kt.). Rehabilitacijos specialistų komandose sprendžiamos ypač aktualios senyvo amžiaus žmonių, sergančių keliomis ligomis, taip pat darbingo amžiaus, kuriems nustatyta visiška negalia, rehabilitacijos ir integracijos į visuomenę problemos. (Lietuvos statistikos metraštis, 2001).

Svarbų vaidmenį reabilitacijos komandoje atlieka jos sudėtis. Kliento sveikatos problemų pobūdis lemia, kurios srities specialistai sudarys sveikatos priežiūros įstaigos komandą. Siekiant svarbiausio medicininės reabilitacijos tikslo - pagrindinės ligos gydymo, sveikatos ir darbingumo su(si)gražinimo - vienas iš labiausiai kompetentingų specialistų yra fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas. Svarbu pastebėti, kad įprastas asmens funkcionavimas aplinkoje sutrinka ne tik dėl fizinio negalavimo, bet ir dėl to, kad dalį laiko jis praleidžia reabilitacijos įstaigoje sveikdamas arba prisitaikydamas prie esamos sveikatos būklės. Be fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo, adaptacijos procesą gali įtakoti ir socialinis darbuotojas, ir kiti specialistai, dar asmeniui gydantis medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo įstaigoje (Varžinskienė, Rudzevičiūtė, 2009).

Medicininės reabilitacijos paslaugas teikiančių įstaigų uždaviniai: sutrumpinti gydymo trukmę, greitinti pasveikimą ir darbingumo sugrąžinimą; kompensuoti sutrikusias paciento funkcijas ir sugrąžinti darbingumą, kai įgimtas defektas, liga ar trauma yra sukėlę kompensuojamus funkcijų sutrikimus; iš dalies sugrąžinti sutrikusį darbingumą ir (ar) užtikrinti didžiausią savarankiškumą buityje, kai įgimtas defektas, liga ar trauma yra sukėlę biopsichosocialines funkcijas sutrikdančių negrįžtamų funkcijų sutrikimų; išlaikyti pasiektą funkcinį pajėgumą ir savarankiškumą; saugoti ir stiprinti sveikatą (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2015).

Suteikti galimybę asmenims, sergantiems ilgalaikę ir sunkią ligą, gyventi normalų gyvenimą bendruomenėje tampa pokyčių priežastimi, vedančia nuo pagalbos specialistų (medikų, socialinių darbuotojų, psichologų) susitelkimo ties tradiciniu medicininės reabilitacijos/ligos modeliu prie funkcinės negalios modelio. Siekiama padėti asmenims, sergantiems psichikos ligomis, plėtoti emocinius, socialinius ir intelektualinius įgūdžius, reikalingus, kad tokie žmonės gyventų, mokytųsi ir dirbtų bendruomenėje (Petrauskienė, Daunoraitė, 2009).

Reabilitacijos įgyvendinimas, siejamas su lūkesčiais gerinti asmens/kliento gyvenimo kokybę, nukreipiamas apriboti turimą negatyvią patirtį, susijusią su psichosocialiniu pažeidžiamumu, bei kurti palankią (paremiančią, kūrybišką, panaudojančią socialinį tinklą ir kitus bendruomenės išteklius) aplinką. Šiame procese jungiamos skirtingos profesinės veiklos (gydymas, psichoterapija, socialinė parama) (Petrauskienė, Daunoraitė, 2009).

Tačiau, pažymėtina, kad pacientai savo poreikius ir lūkesčius sveikatos priežiūrai sieja ne tik su atskirais gydytojais, bet ir su sveikatos priežiūros įstaiga – jos aplinka, technologijomis, personalo komunikabilumu, buitimi, t. y. į tai, kaip organizuotas valdymas. Sveikatos priežiūros valdymas turi vykti sisteminių pokyčių fone ir turi būti orientuotas į sisteminius pokyčius. Sveikatos priežiūros organizacija turi keistis kartu su sistema arba inicijuoti sveikatos priežiūros sistemos pokyčius. Būtina vertinti tai kas vyko (patirtis), vyksta dabar ir kokios ateities tendencijos vyraus tiek pačiose sveikatos priežiūros įstaigose, tiek sveikatos priežiūros sistemoje (pokyčiai). Jie

turi būti koncentruoti dabartyje ir orientuoti į ateitį. Pirmas vaidmuo – gerinti gyventojų sveikatą. Tai reiškia ne tik gydyti ligas ir jų pasekmes. Antras vaidmuo – atsakyti į žmonių teisėtus poreikius ir ginti jų teises sveikatos priežiūros įstaigose. Trečias vaidmuo – būti finansuojamomis taip, kad patenkinti gyventojų poreikius (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2014).

Todėl šiuolaikinės ir modernios sveikatos priežiūros įstaigos turi ne tik nuolat tobulėti organizacijos viduje, vystytis, bet siekti teigiamų pokyčių ir ją supančioje aplinkoje. Sveikatos priežiūros įstaigoje turi būti sistemingai dirbama trimis kryptimis: pastoviai tobulinama viskas, ką daro organizacija; mokytis, panaudojant savo turimas žinias ir sugebėjimus naujoms galimybėms kurti, vystant savo stipriąsias puses, mokytis sisteminio novatoriškumo – inovacijų kūrimo ir diegimo ne fragmentiškai, o sistemoje su visais organizacijos parametrais. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (2014).

Apibendrinant, nustatyta, kad reabilitacijos paslaugos, teikiamos neįgaliesiems žmonėms nulemtas neįgalųjų skaičiaus augimo, kuris ir rodo poreikį pagalbos, kurią šie žmonės turėtų gauti iš visuomenės. Sėkmingam reabilitacijos proceso įgyvendinimui, reabilitaciją vykdo dirbanti reabilitacijos specialistų komanda: socialinis darbuotojas, drauge su reabilitologais, slaugytojais, kineziterapijos specialistais, psichologais ir kitais pagal ligos pobūdį reikalingais specialistais. Tam būtina apjungti kompleksą ne tik medicininių, socialinių, pedagoginių, profesinių bet ir teisinių, organizacinių, kolektyvinių ir individualių priemonių.

2.1.3. Reabilitacijos paslaugų organizavimo ir teikimo proceso problemos

PSO Europos regiono biuras koordinuotą bei integruotą sveikatos priežiūros paslaugų teikimą apibrėžia kaip sveikatos priežiūros paslaugų teikimo, organizavimo ir valdymo sistemą, atsižvelgiant į žmonių poreikius, sveikatos priežiūros sistemoje per įvairių lygių ir grandžių sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikėjus, organizuojamos ir teikiamos sveikos gyvensenos, sveikatinimo paslaugos, sveikatos apsaugos ir ligų profilaktikos paslaugos, taip pat diagnostikos, gydymo tęstinumo, ilgalaikės priežiūros, reabilitacijos ir paliatyviosios pagalbos paslaugos. Į šių sveikatos priežiūros paslaugų integruotą organizavimą ir teikimą žiūrima kaip į tęstinį procesą ar priemones, kurios naudojamos, siekiant užtikrinti paslaugų kokybę, efektyvumą ir priežiūros tęstinumą ir kurių rezultatas – pagerėjusi asmens ir visuomenės būklė (Kudukytė-Gasperė, Jankauskienė, 2014).

Reabilitacija iki šiol dažniausiai įvardinama kaip viena iš trijų glaudžiai susijusių medicinos sričių: profilaktika, ligų diagnostika ir gydymas bei reabilitacija. Pasaulinio reabilitologų kongreso metu buvo teigiama: „Pasakyk, kokia šalyje yra reabilitacija, o aš pasakysiu, koks šalies medicinos lygis“. Reabilitacija suprantama kaip baigiamasis medicinos sistemos etapas. Kuriant reabilitacijos strategiją, vis labiau akcentuojama, kad reabilitacija apima ne tik medicinos sritį, bet ir visas

žmogaus veiklos sritis – tai yra šeimą, gyvenamąją aplinką, profesinę veiklą, laisvalaikį, kultūrą, sportą, religiją, bendruomeninius santykius. Pabrėžiama, kad žmogaus egzistencija yra socialinis procesas, kiekvienam žmogui būtina veikla. Taip žmogus įsitvirtina jį supančiame pasaulyje. Veikla padaro įmanomą socialinių, ekonominių žmogaus poreikių patenkinimą (Kriščiūnas, 2005).

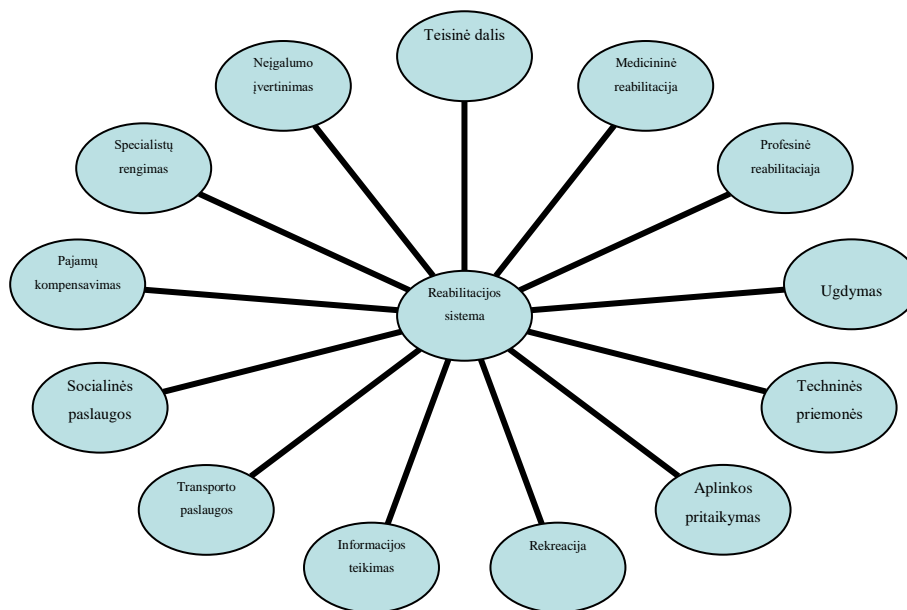
Reabilitacijos sistema įvairiose šalyse organizuojama priklausomai nuo tos šalies ekonominių sąlygų, sveikatos apsaugos sistemos, socialinio draudimo, nacionalinių ir vietos tradicijų. Pagrindiniai šios sistemos uždaviniai: neįgalumo profilaktika, neįgaliųjų integracija į visuomenę. Lietuvoje reabilitacijos sistemos kūrimą galima suskirstyti į tris laikotarpius: pirmasis – pavienių gydomosios fizinės kultūros, fizioterapijos priemonių taikymas; antrasis – daugiaprofilinės reabilitacijos plėtra; trečiasis – kompleksinis reabilitacijos sistemos kūrimas (Kriščiūnas, 2005).

Reabilitacijos teorija, praktika orientuojama į tam tikros grupės neįgaliuosius, specialų servisą jiems, specialiomis sąlygomis izoliuojant juos nuo visuomenės. Naujas neįgaliųjų požiūris į reabilitaciją, žvelgiant iš neįgaliųjų pozicijų, yra: laisvė gyventi, pasirinkti, galimybė gyventi su visais (Kriščiūnas, 2005).

Vykdamas reabilitacijos procesą, labai didelę reikšmę turi dirbanti komanda. Apibrėžiama reabilitacijos specialistų komandos sudėtis: fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas, kineziterapeutas, slaugytoja, ligonis, įėimos narys, psichologas, ergoterapeutas, socialinis darbuotojas, ortozijų specialistas, gydytojai konsultantai (neurologai, traumatologai, pulmonologai, kardiologai ir kiti specialistai) (Kriščiūnas, 2005).

Medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo įstaigose, be medicininių, sprendžiamos aktualios socialinės pacientų problemos, nes sutrikus fizinei sveikatai, sutrinka sėkmingas asmens funkcionavimas supančioje aplinkoje. Asmens įprastas funkcionavimas aplinkoje su trinka ne tik dėl fizinio negalavimo, bet ir dėl to, kad asmuo dalį laiko praleidžia reabilitacijos įstaigoje sveikdamas arba prisitaikdamas prie esamos sveikatos būklės. Dėl pastarosios priežasties savarankiškas kylančių socialinių problemų sprendimas naujoje ir nepažįstamoje aplinkoje tampa dar sudėtingesnis (Varžinskienė, Rudzevičiūtė, 2009).

Medicininė reabilitacija turi būti plėtojama daugiaprofiliniuose stacionaruose, ambulatorijose, sanatorijose, namie. Labai svarbu, siekiant sėkmingai užtikrinti reabilitacijos procesą, veikti kompleksiskai, apimant įvairias jo sritis. Reabilitacijos sistemos sudėtinės dalys: neįgalumo, darbingumo įvertinimas, specialistų rengimas, pajamų kompensavimas, socialinės paslaugos, transporto paslaugos, informacijos teikimas, rekreacija, aplinkos pritaikymas, techninės priemonės, ugdymas, profesinė reabilitacija, medicininė reabilitacija (Kriščiūnas ir kt., 2009).



8. pav. Reabilitacijos sistemos sudėtinės dalys

Šaltinis: Kriščiūnas, Mingaila, Petruševičienė., Rapolienė., Bikutė, 2009. Ergoterapijos paradigma reabilitacijos srityje ir jos profesinis reglamentavimas. p .11

Reabilitacija pacientams po gydymo šiuolaikinėje medicinoje yra sudėtinė gydymo proceso dalis. Tai yra veiklos kompleksas, įskaitant įvairių specialybių gydytojų dalyvavimą, apimant paciento fizinį atstatymą, psichologinę ir socialinę adaptaciją socialinė adaptacija (Namazova-Baranova, 2012).

Medicininės reabilitacijos paslaugas teikiančių ASP įstaigų patalpos turi atitikti Aprašo reikalavimus. Patalpos, kurios turi būti įrengtos medicininės reabilitacijos paslaugas teikiančiose ASP įstaigose, nurodytos Aprašo 1 priede. Reikalavimai ASP įstaigoms pagal teikiamų stacionariųjų ir (ar) ambulatorinių paslaugų lygius išdėstyti Aprašo 2 priede. Medicininės reabilitacijos paslaugas gali teikti specialistai, turintys šios veiklos licencijas, o kineziterapeuto, ergoterapeuto, logoterapeuto, masažuotojo, medicinos psichologo paslaugas – specialistai, turintys Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos suteiktą numerį spaudui. ASP įstaigų personalas, teikdamas medicininės reabilitacijos paslaugas, privalo vadovautis šiuo Aprašu ir kitais teisės aktais, reglamentuojančiais jų veiklą. Medicininės reabilitacijos, sveikatos grąžinamojo, sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo ir palaikomosios reabilitacijos paslaugas teikiančių stacionariųjų Vidutinis darbo krūvis apskaičiuojamas vieno etato krūviu dirbančio specialisto paslaugą per mėnesį gavusių pacientų skaičių padalijus iš darbo dienų skaičiaus. Vidutinis darbo krūvis turi atitikti nurodytą specialisto dienos darbo krūvį (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2015).

Ugdymas, sergantieji lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis per prasmingą veiklą, adekvačią jų būklei, teigiamai veikia savo sveikatą, tobulėja, integruojasi visuomenėje. Jų specifinius poreikius

lemia ne tik neįgalumo pobūdis, bet ir jų socialinė grupė, t. y. vaikai, vyresnio amžiaus asmenys, moterys, socialiai remtini asmenys ir kt. Vaikų, sergančių lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, ugdymas (abilitacija), mokymas – svarbi reabilitacijos sistemos dalis. Techninės reabilitacijos priemonės. Būtina plėsti tiek individualias technines reabilitacijos (savitarnos, judėjimo ir kt.), tiek visuomeninio naudojimo priemones, tokias kaip specialus transportas, specialios kėdės, atramos, turėklai ir kiti įrenginiai sunkiai judantiems, specialūs telefonai, garsinės, šviesos signalizacijos. Aplinkos pritaikymas. Tai ypač aktualu vyresnio amžiaus asmenims, kurie gali kristi, griūti dėl sutrikusios galvos smegenų kraujotakos. Tokia prevencija apima tinkamą gatvių, patalpų apšvietimą, grindų dangą, laiptų eliminavimą, sanitarinių mazgų įrengimą ir pan. Rekreacija. Neįgaliųjų rekreacija, t. y. jėgų, sveikatos, gyvenimo džiaugsmo, prasmės atgavimas ir malonumo gyventi suvokimas yra svarbi reabilitacijos (Kriščiūnas ir kt., 2009).

Specialistų rengimas. Tinkamas įvairiapusių reabilitacijos priemonių parinkimas iš šioje srityje dirbančių specialistų reikalauja išsamių ne tik biomedicinos mokslo, bet ir pedagogikos, psichologijos, sociologijos dalykinių žinių, darbo su neįgaliaisiais praktinių įgūdžių. Darbui su neįgaliaisiais rengiami fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojai, slaugytojai (bakalaurai, magistrai), socialiniai darbuotojai (bakalaurai, magistrai), kineziterapeutai (bakalaurai, magistrai), logopedai, taikomosios fizinės veiklos specialistai (bakalaurai, magistrai), ortozijų specialistai, visuomenės sveikatos (bakalaurai, magistrai). Visgi tenka apgailestauti, kad šių specialistų Lietuvoje kelis kartus mažiau negu kitose Europos šalyse (Kriščiūnas ir kt., 2009).

Nepaprastai svarbu – reabilitacijos specialistų rengimo klausimai. Reabilitacijos specialistų Lietuvoje nepakanka, taigi pagrindiniai uždaviniai: organizuoti trūkstamų reabilitacijos specialistų rengimą ir perkvalifikavimą pagal Europos Sąjungos specialistų rengimo programas. Jau yra pereita prie trejų metų fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojų rengimo programos, rengiami kineziterapijos, ergoterapijos bakalaurai bei magistrai. Praplėsti reabilitacijos kurso dėstymą medicinos fakulteto studentams įtraukiant naujas disciplinas, pvz., kineziterapiją, ergoterapiją. Taikyti Tarptautinės funkcijos sutrikimų, negalios ir sveikatos klasifikacijos nuostatas, skatinti mokslinius ir tiriamuosius reabilitacijos srities darbus (Kriščiūnas, 2005).

Reabilitacijos sistema sistemos dalis, žmogus turi būti įtraukiamas į aktyvią veiklą, jam turi būti sukurama aplinka, kurioje jis galėtų pailsėti, atsipalaiduoti, o kartais pabūti ir vienas. Tai galima vykdyti per kultūrą, sportą, religiją. Informacijos teikimas. Nemažai daliai sergančių lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, sutrinka regėjimas, klausa, dėmesys, suvokimas. Dėl to jiems teikiant bet kokią informaciją būtina į tai atsižvelgti. Labai svarbu, kad sutrikusio judėjimo, koordinacijos asmenims būtų pritaikytas transportas, ypač visuomeninis (žemas įlipimas, laikikliai ir pan.). Socialinė globa ir socialinės paslaugos (Kriščiūnas ir kt., 2009).

Todėl būtina sukurti efektyvią kompleksinę ligonių ir neįgalųjų reabilitacijos sistemą, atitinkančią tarptautinius standartus, įgalinančią pradėti reabilitaciją jau pirmomis sunkios ligos ar traumos dienomis ir tęsti iki maksimalaus funkcinio aktyvumo atgavimo. Siekiant šio tikslo, būtina medicininę reabilitaciją plėtoti (Kriščiūnas, 2005).

Naujas požiūris į reabilitaciją – tai suvokimas, kad žmogus yra socialinė būtybė, ir kiekvienas turi turėti ne tik lygias teises, bet ir galimybes realizuoti save tiek lokaliame, tiek globaliame pasaulyje. Holistinis požiūris į žmogų apima visas jo gyvenimo sritis, todėl, sprendžiant neįgalųjų problemas, turi dalyvauti politikai, priimančios teisės aktus, valdžios atstovai, įgyvendinantys juos, visuomenė, sveikatos apsaugos, socialinės apsaugos organizatoriai, o svarbiausia – patys neįgalieji. Svarbu, kad neįgalusis žinotų, jog „jis pats yra savo laivo kapitonas“, kad visi piliečiai turi lygias teises. Teiginys „lygios teisės“ nieko nereiškia, turi būti užtikrintos ir galimybės joms įgyvendinti. Jei aplinka nepritaikyta, individualios pagalbos neįgaliajam reikšmė didėja, jei yra neįgalumo stigmatizacija – nepriklausomumas ir dalyvumas neįgaliojo mažėja. Neįgaliajam ypač svarbu viltis ir motyvacija. Ir tai ne tik dvasinė būklė, bet susiję su žmogaus patyrimu, galimybėmis realizuoti tikslus, kurie asmeniui atrodo svarbūs. Akcentuojama, kad būti realistu dar nereiškia, kad nereikia turėti svajonių. Naujas požiūris į reabilitaciją – tai supratimas, kad reabilitacija yra veiklos sritis, kur būtinos profesinės (gydytojai, ergoterapeutai, kineziterapeutai, socialiniai darbuotojai ir kt.), darbo reabilitacijos specialistų komandoje, institucijų veiklos, darbo su ligoniu ir jo šeimos nariais žinios (Kriščiūnas, 2005).

Pasaulio sveikatos organizacija vienu reikšmingu sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimo rodikliu pripažįsta paciento lūkesčių įgyvendinimą. Paciento lūkesčiai svarbūs ne tik kaip jo nuomonės išraiška, jų įgyvendinimas turi įtakos paciento pasitenkinimui sveikatos priežiūros paslaugomis, paslaugų vartojimui (Kairys, 2010).

Todėl, neabejotinai kompleksinės reabilitacijos sistemos sukūrimas yra didelis iššūkis medikams, visuomenei, politikams. Ji turi būti suvokiama kaip sudėtinga ir įvairiapusė teisinių, organizacinių, ekonominių priemonių sistema, padedanti žmonėms, sutrikus biosocialinėms funkcijoms, atgauti jas, kompensuoti ir adaptuotis visuomenėje (Kriščiūnas, 2005).

Pripažinta, kad yra sveikatos priežiūros paslaugų netolygumai tarp didžiųjų miestų, rajonų centrų ir kaimo vietovių (Kairys, 2010). Problema yra ta, kad ne visi, kuriems reikia tokių paslaugos, laiku ją gauna. Daug kas priklauso nuo žmonių, ne tik nuo žinių. Yra tam tikri netolygumai, nulemti įvairių faktorių. Deja, vyresnių gydytojų, vyresnių žmonių karta savo atmintyje turi tą sovietinį suvokimą apie reabilitaciją (Ausėnaitė, 2013).

Kitas svarbus uždavinys – plėtoti sveikatos infrastruktūrą ir gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, saugą, prieinamumą ir į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą. Siekiant mažinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo skirtumus šalyje, sudaryti galimybes gauti

paslaugas arčiau gyvenamosios vietos, reikia gerinti pirminės sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrą, stiprinti specializuotą ambulatorinę pagalbą, reabilitaciją ir skubią pagalbą (Lietuvos Respublikos seimas, 2014).

Siekiant didinti sveikatos infrastruktūros plėtrą, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir gerinti pacientų saugą, būtinas bendradarbiavimas, užtikrinant efektyvų viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimą ir pacientų srautų valdymą. Tai leistų efektyviau panaudoti žmogiškuosius išteklius, užtikrinti tolygesnį ir racionalesnį įrangos ir laboratorijų panaudojimą, sudarant galimybes rajonų gyventojams gauti platesnio spektro ir aukštesnio lygio medicinos pagalbą; didinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą labiausiai pažeidžiamoms gyventojų grupėms. (Lietuvos Respublikos seimas, 2014).

Tad, vykdant reabilitaciją, būtina tobulinti ligonių funkcinės būklės vertinimo metodikas, diegti naujas reabilitacijos technologijas. Svarbu skatinti techninių reabilitacijos priemonių gamybą. Nustatyti vieningą tvarką ir sąlygas, pagal kurias neįgalūs žmonės bus aprūpinami reikiama technika: asmenų kategorijas, kurie turi teisę į kompensacijas, prioritetai, laikotarpis, reikiami dokumentai, ginčų sprendimo tvarka ir t. t. (Kriščiūnas, 2005).

Apibendrinant, nustatyta, kad reabilitacija tai baigiamasis medicinos sistemos etapas. Kuriant reabilitacijos strategiją, vis labiau akcentuojama, kad reabilitacija apima ne tik medicinos sritį, bet ir visas žmogaus veiklos sritis tai yra šeimą, gyvenamąją aplinką, profesinę veiklą, laisvalaikį, kultūrą, sportą, religiją, bendruomeninius santykius. Kadangi sutrikus fizinei sveikatai, sutrinka sėkmingas asmens funkcionavimas supančioje, reabilitacijos procese be medicininių, sprendžiamos kitos aktualios pacientų problemos. Tad, siekiant sėkmingai užtikrinti reabilitacijos procesą, būtina veikti kompleksiskai. Reabilitacijos sistemos sudėtinės dalys: neįgalumo, darbingumo įvertinimas, specialistų rengimas, pajamų kompensavimas, socialinės paslaugos, transporto paslaugos, informacijos teikimas, rekreacija, aplinkos pritaikymas, techninės priemonės, ugdymas, profesinė reabilitacija, medicininė reabilitacija. Vykdant reabilitacijos procesą, labai didelę reikšmę turi dirbanti komanda, tad labai svarbus yra specialistų rengimas. Būtina spresti informacijos teikimo ir paslaugų netolygumo problemas, sudarant galimybes gauti paslaugas arčiau gyvenamosios vietos. Todėl svarbu plėtoti sveikatos infrastruktūrą ir gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, saugą, prieinamumą ir į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą, užtikrinant efektyvų viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimą ir pacientų srautų valdymą. Svarbu sukurti efektyvią kompleksinę reabilitacijos sistemą, įgalinančią pradėti reabilitaciją jau pirmomis sunkios ligos ar traumos dienomis ir tęsti iki maksimalaus funkcinio aktyvumo atgavimo. Siekiant šio tikslo, būtina į šių paslaugų organizavimą ir teikimą žiūrėti, kaip į integruotą, tęstinį procesą ar priemones, kurias naudojamos, siekiant užtikrinti paslaugų kokybę, efektyvumą ir priežiūros tęstinumą ir kurių rezultatas – pagerėjusi asmens ir visuomenės būklė.

3. REABILITACIJOS PASLAUGŲ TEIKIMO PROCESO EMPIRINIS TYRIMAS: X ĮSTAIGA

3.1. Tyrimo metodika

Tyrimui atlikti naudotas atlikti **mišrusis tyrimas**, derinant kokybinius ir kiekybinius duomenys. Pradžioje pasirinktas **kiekybinis tyrimo būdas**, kur buvo renkami kiekybiniai duomenys. Kiekybiniai duomenys renkami naudojant tyrimo instrumentą - apklausa raštu (anketavimas, naudojant uždarojo tipo klausimyną) (žiūr. 1 priedą) Tyrimo metu buvo atlikta 50 respondentų anketinė apklausa, siekiant nustatyti ir įvertinti vartotojų (pacientų) nuomonę apie reabilitacijos paslaugų teikimo proceso problemas ir tobulinimo galimybes.

Buvo atliktas ir **kokybinis tyrimas**, vykdant 5 respondentų apklausą žodžiu (interviu), siekiant nustatyti ir įvertinti specialistų (personalo) nuomonę apie reabilitacijos paslaugų teikimo proceso problemas ir tobulinimo galimybes naudojant klausimyną (interviu) (žiūr. 2 priedą).

Tyrimo tikslas: įvertinti reabilitacijos paslaugų teikimo proceso problemas ir tobulinimo galimybes X organizacijoje, įvertinant vartotojų ir personalo nuomonę.

Tyrimo imtis: tyrime dalyvavo tiriamieji, atrinkti pagal kriterinę atranką. Tokia atranka taikoma, kai tyrėjas pasirenka dalyvius pagal konkrečius kriterijus, kurie atitinka darbo temos kontekstą ir tyrimo problemos turinį (Žydžiūnaitė, 2011).

Kiekybinio tyrimo imtis: tyrimo metu buvo atlikta 50 respondentų anketinė apklausa. Tyrimo dalyvių atrankos būdas bus pasirinktas pagal kriterinę atranką, tyrėjas pasirenka tyrimo dalyvius pagal konkrečius kriterijus, kurie atitinka darbo temos kontekstą ir tyrimo problemos turinį. (Žydžiūnaitė, 2011). T.y. atrenkamas žmogus atitinkantis šios kriterijus:

- Pacientai gaunantys reabilitacijos paslaugas įstaigoje X.
- Vieta- Klaipėda;
- Savanoriškai sutikę dalyvauti tyrime;

Kokybinio tyrimo imtis: Tyrime dalyvauja 5 specialistai (personalas), teikiantys reabilitacijos paslaugas, atrenkami atitinkantis šios kriterijus:

- Teikiantys reabilitacijos paslaugas įstaigoje X.
- Vieta- Klaipėda;
- Savanoriškai sutikę dalyvauti tyrime;

Tyrimas bus vykdomas ir tiriamieji bus pasiekiami sveikatos priežiūros įstaigose X, teikiančioje reabilitacijos paslaugas.

Sąvoka „metodologija“ apibrėžiama kaip sistema, kurią sudaro principai, praktikos ir procedūros, taikomos specifinėje žinių šakoje. Metodologija reiškia būdą, kuriuo randama

informacija ar būdą, kuriuo atliekama/padaroma veikla/veiksmas bei gaunamas rezultatas. Metodas yra procedūra, technika arba būdas atlikti konkrečią veiklą pagal apibrėžtą planą. Tyrimuose metodais įvardijami duomenų rinkimo ir analizės metodai. Metodas yra konkretus būdas spręsti specifinę problemą (Žydžiūnaitė, 2011).

Tyrimo metu bus atliekamas mišrusis tyrimas, derinant kokybinius ir kiekybinius metodus. Kadangi kokybiniame ir kiekybiniame tyrime duomenų analizės metodai yra skirtingi. Todėl, rengiant baigiamąjį darbą, buvo atkreipiamas dėmesys į tyrimo problemą, t. y., kas tyrimo objektas – supratimas ir suvokimas, prasmės suteikimas konkrečiam procesui ar veiklai, arba veiksmui, faktų pasiskirstymas, proceso dinamika ir kt. (Žydžiūnaitė, 2011).

Duomenų rinkimo metodai.

- *Literatūros analizė ir sisteminimas*, mokslinės literatūros bei straipsniu paieška, rinkimas ir analizavimas. Tikslas išsiaiškinti mimikos raukšlių formavimosi mechanizmą ir priežastis. Taip pat siekiama išanalizuoti aparatus bei jų poveiki mimikos raukšlių korekcijai.

- *Apklausa raštu* (anketavimas, naudojant uždarojo tipo klausimyną). Tyrimo dalyvių apklausa buvo įvykdyta naudojant tyrimo instrumentas – anketa respondentams (žiūr. 1 priedą). Tyrimui atlikti naudotas kiekybinis tyrimo būdas, kur buvo renkami kiekybiniai duomenis. Respondentams buvo pateikta anketa su iš anksto suformuluotais klausimais ir galimais atsakymais. Anketa sudarė 20 klausimų, kurie buvo suformuluoti taip, kad būtų gauta kuo nuodugnesnė informacija apie vartotojų (pacientų) nuomonę apie reabilitacijos paslaugų teikimo proceso problemas ir tobulinimo galimybes.

- *Apklausa žodžiu* (interviu), taikant atviro tipo klausimyną (žiūr. 2 priedą), kuris sudarytas iš klausimų, kuriais remiantis galima įvertinti specialistų (personalo) nuomonę apie reabilitacijos paslaugų teikimo proceso problemas ir tobulinimo galimybes.

Duomenų analizės metodai.

- Apklausas raštu (anketa) buvo analizuojama *Matematinė statistinė analizė*, metodus tyrimo duomenims apdoroti bei nagrinėjama reiškiniui aprašyti. Surinkus duomenis, analizuojama tyrimo metu gauta informacija, pateikiamas rezultatų nagrinėjimas, išdėstomas tyrimo rezultatų apibendrinimas, pateikiamas duomenų įvertinimas

- Gauti kiekybinio tyrimo duomenys apdoroti taikant kompiuterinę programą *Microsoft Office Excel*.

- *Apklausa žodžiu* (interviu) buvo analizuojama *kokybinę turinio/kontentinę (turinio) analizę* bei turinio duomenų interpretavimas (persidengimo elementų nagrinėjimas įvairiais pjūviais, duomenų interpretavimas)

- *Duomenų lyginamoji analizė*.

Tyrimo instrumentas skirtas kiekybinių ir (ar) kokybinių duomenų rinkimui. Darbo autoriui pasirinkus kokybinio tyrimo strategiją, instrumentais yra: interviu klausimai; analizės temų matrica. Jei baigiamojo darbo autorius pasirinko kiekybinio tyrimo strategiją, tuomet instrumentu gali būti: uždaro tipo klausimynas, struktūruotas interviu, stebėjimo matrica, vertinimo matrica (Žydzžiūnaitė, 2011).

Pasirinktas **kiekybinio tyrimo instrumentas** - anketa (vykdant kiekybinio tyrimo strategiją). (žiūr. 1 priedą) su uždarojo tipo klausimais, kurių dėka bus siekiama išsiaiškinti apie reabilitacijos proceso problemas ir tobulinimo kelius ir galimybes. Apklausos atveju, taikomas uždaro tipo klausimynas, kurį sudaro 20 klausimų. Klausimyno klausimai buvo suformuluoti taip, kad būtų gauta kuo nuodugnesnė informacija apie tiriamą objektą. Tokiu būdu siekiama gauti ir kuo objektyvesnę informaciją. Anketos turinys nagrinėtas taikant kiekybinės analizės metodą. Rezultatų pagrindimas remiasi kiekybine analize. Surinkus duomenis, analizuojama tyrimo metu gauta informacija, pateikiamas rezultatų nagrinėjimas, išdėstomas tyrimo rezultatų apibendrinimas, pateikiamas duomenų įvertinimas.

Pateiktus anketos klausimus galima suskirstyti į šias 4 pagrindines grupes, kurių kiekviena yra siekiama gauti/surinkti informaciją išsikeltiems tyrimo uždaviniams atskleisti. Šios 4 grupės pateikiamos žemiau lentelėje Informacijos grupės.

4 lentelė. Kiekybinio tyrimo informacijos grupės

Nr.	Informacijos pobūdis	Anketos klausimai
1	Įvadinė demografinė dalis	Kokią Jūsų lytis?
		Koks Jūsų amžius?
		Kokia Jūsų šeimyninė padėtis?
		Koks Jūsų išsilavinimas?
		Kokia Jūsų gyvenamoji vieta?
2	Bendroji informacija (sveikatos būklė, reabilitacijos paslaugų poreikio įvertinimas)	Kokia Jums nustatyta ligos diagnozė?
		Kiek lovadienių praleidote reabilitacijos skyriuje?
		Ar jaučiate sveikatos būklės pagerėjimą?
		Ar gydytumėtės šioje ligoninėje dar kartą?
		Ar manote, kad Jums dar reikėtų tęsti reabilitacinį gydymą?
3	Teikiamų reabilitacijos paslaugų proceso problemos	Kaip vertinate reabilitacijos skyriaus personalą?
		Ar esate patenkinta(s) Jums skirtomis procedūromis?
		Ar Jums buvo skirtos techninės pagalbos priemonės judėjimui?
		Ar esate patenkintas gyvenimo sąlygomis reabilitacijos skyriuje?
		Ar Jums buvo teikiama informacija apie reabilitacijos procesą?
4	Teikiamų reabilitacijos paslaugų proceso tobulinimo galimybės	Ar manote, kad reikėtų didinti finansavimą reabilitacijos paslaugas teikiančioms įstaigoms?
		Ar manote, kad reikėtų ilginti procedūrų trukmę?
		Ar manote, kad reabilitacijos personalui reikėtų didinti savo kompetenciją?
		Ar reikėtų didinti reabilitacijos specialistų kiekį gydymo komandoje?
		Ar manote, kad reabilitacijos paslaugos yra prieinamos visiems, kam jos yra reikalingos?

Klausimynas yra skirtas surinkti duomenis, kurie toliau analizuojami darbe. Anketoje užfiksuoti duomenys ir tyrimo metu atlikta šių duomenų analizė suteikia galimybę įvertinti vartotojų (pacientų) nuomonę apie reabilitacijos paslaugų teikimo proceso problemas ir tobulinimo galimybes. Tyrimo metu surinktų duomenų rezultatai pateikiami lentelėse bei schemose. Gauti kiekybinio tyrimo duomenys apdoroti taikant kompiuterinę programą *Microsoft Office Excel*. Visi surinkti duomenys, taikant matematinės analizės metodą, sistematizuojami ir analizuojami, pateikiant galutinio darbo išvadas bei rekomendacijas

Pasirinktas **kokybinio tyrimo instrumentas** - klausimynas (interviu), vykdamas kokybinio tyrimo tyrimo strategiją (žiūr. 2 priedą).

Tyrimo taikytas kokybinio tyrimo instrumentas – klausimynas (interviu) sudaryta iš atviro tipo klausimų, apimantis 7 klausimus. Klausimyną sudarė septyni klausimai, kurie buvo suformuluoti taip, kad būtų gauta informacija apie tiriamą objektą. Tokiu būdu siekiama gauti kuo objektyvesnę informaciją. Interviu turinys nagrinėtas taikant kokybines turinio (content) analizės metodą. Rezultatų pagrindimas remiasi tiriamojo teksto turiniu ir interpretacija. Interviu klausimai suskirstyti į šiuos 3 pagrindinius blokus (grupes), kurių kiekviena yra siekiama gauti/surinkti informaciją išsikeltiems tyrimo uždaviniams atskleisti. Šios 3 grupės pateikiamos žemiau lentelėje Informacijos grupės.

5 lentelė: Kokybinio tyrimo informacijos grupės

Nr.	Informacijos pobūdis	Interviu klausimai
1	Reabilitacijos paslaugų teikimo proceso organizavimas ir vykdymas	Kokia Jūsų profesija?
		Kokia Jūsų kaip specialisto darbo praktika?
		Kaip vyksta ligonio būklės įvertinimas?
		Kokios pagrindinės Jūsų funkcijos?
		Papasakokite apie pagrindinę savo darbo veiklą.
2	Reabilitacijos paslaugų teikimo proceso problemos	Kokios Jūsų nuomone yra pagrindinės reabilitacijos paslaugų teikimo problemos?
3	Reabilitacijos paslaugų teikimo proceso tobulinimo galimybės	Kaip Jūs asmeniškai siūlytumėte tobulinti reabilitacijos paslaugų teikimo procesą?

Interviu atsakymai apdorojami turinio analizės metodu ir pateikiami lentelėse. Atlikus tyrimą, duomenis bus susisteminti, išanalizuoti ir pateikti tyrimo rezultatų analizės dalyje.

Pasak V. Žydžiūnaitės (2011), atliekant tyrimą yra svarbu susidaryti tyrimo planą, kuriuo remiantis yra rengiamas baigiamasis darbas. Vykdomo tyrimo procesas suskirstytas etapais (žiūr. lentelę). Procesas yra taisyklių ir nuorodų rinkinys, kuriomis vadovaujasi organizuojama veikla bet kurioje veikloje. Tyrimo procesu vadiname tyrimo etapus ir juos sudarančius žingsnius.

6 lentelė: Tyrimo proceso etapai

Tyrimo eiga	Tyrimo veiksmas
Temos teorinis pagrindimas	<ul style="list-style-type: none"> • Šaltinių atranka, susipažinimas su turiniu ir analizė; • Šaltinių analizės apibendrinimas ir teorinės dalies parengimas;
Metodologinis tyrimo pagrindimas	<ul style="list-style-type: none"> • Tyrimo instrumento sudarymas bei pagrindimas • Baigiamojo darbo tyrimo parametrų tikslinimas
Empirinio tyrimo atlikimas ir rezultatų pateikimas	<ul style="list-style-type: none"> • Tyrimo duomenų rinkimas: • Tyrimo duomenų analizė • Empirinės baigiamojo darbo dalies parengimas

Analizuojant pasirinktą problemą, siekiant įgyvendinti išsikeltą tikslą, bus nustatyti šie tyrimo eigos etapai:

1. Baigiamojo darbo tyrimo parametrų suformulavimas. Temos pasirinkimas, objekto ir tikslų, uždavinių ir nusistatymas. Planuojamas tyrimas, siekiant atskleisti išsikeltus tikslus.
2. Mokslo šaltinių atranka ir susipažinimas su jų turiniu. Remiantis nusistatyta ir apibrėžta problema, pradedama susipažinti su moksline literatūra ir tyrimais šia tema.
3. Mokslo šaltinių analizės apibendrinimas bei teorinės dalies pagrindimas. Susipažinus su moksline literatūra ir šaltiniais, atliekama jų analizė, kuo remiantis rengiama teorinė darbo dalis.
4. Tyrimo instrumento (anketos) parengimas. Susiformulavus tyrimo problematiką, tikslą, objektą ir uždavinius ir susipažinus su teorine medžiaga, palapsniui rengiamas instrumentas (anketa, interviu) kurie padėtų empiriškai patikrinti teorines prielaidas.
5. Tyrimo duomenų rinkimas ir analizė. Remiantis tyrimo instrumentu ir jame suformuluotais klausimais renkami respondentų atsakymai ir kaupiami empiriniai duomenys ir vėliau jie analizuojami.
6. Tyrimo duomenų sisteminimas ir analizė. Sukaupus ir surinkus visus duomenis, jie sisteminami ir analizuojami, atliekant statistinę analizę ir vertinimą.
7. Tyrimo duomenų pateikimas, empirinės baigiamojo darbo dalies parengimas. Remiantis visos sukauptos empirinės informacijos analize, parengiama empirinė darbo dalis, nustatant koreliacijas ir dėsningumus.
8. Išvadų ir rekomendacijų parengimas. Remiantis tiek surinkta teorine medžiaga, tiek empirinės dalies sukaupta informacija, rengiamos darbo galutinės išvados ir rekomendacijos.

Atlikus tyrimą duomenys susisteminti, išanalizuoti ir pateikti baigiamojo darbo tyrimo rezultatų analizės dalyje.

Tyrimo eigoje tiriamosioms buvo užtikrinti visi tyrimo etikos principai: geranoriškumo, pagarbos asmens orumui, teisingumo bei teisės gauti tikslią informaciją principas. Tyrime nedalyvavo neapsaugotų tiriamųjų grupės, tad šie tyrimo etikos principai nebuvo taikyti.

Pagarbos asmens orumui principas. Tyrimo metu nebuvo daroma įtaka tiriamiesiems joms apsisprendžiant dalyvauti ar nedalyvauti tyrime. *Geranoriškumo principas.* Tiriamiesiems buvo užtikrinta aplinka, kurioje jie nejautė nerimo ar baimės. Tyrimo instrumente nebuvo įžeidžiančių, asmens orumą žeminančių klausimų ar teiginių. *Teisės gauti tikslią informaciją principas.* Tiriamiesiems suteikta informacija, kodėl būtent jos pakviestos dalyvauti tyrime, ir dėl kokių priežasčių nustatyti tam tikri atrankos kriterijai bei koks šio tyrimo tikslas. *Teisingumo principas.* Tiriamieji buvo parinktos pagal konkrečius kriterijus, susijusius su pagrindinėmis baigiamojo darbo temos sąvokomis, tyrimo objektu ir tyrimo problema.

3.2. Tyrimo rezultatai

Siekiant įvertinti vartotojų (pacientų) nuomonę apie reabilitacijos paslaugų teikimo procesą, jo problemas ir tobulinimo galimybes, atlikta jų anketinė apklausa (žiūr 1 priedą). Kiekybiniame tyrime dalyvavo 50 respondentų.

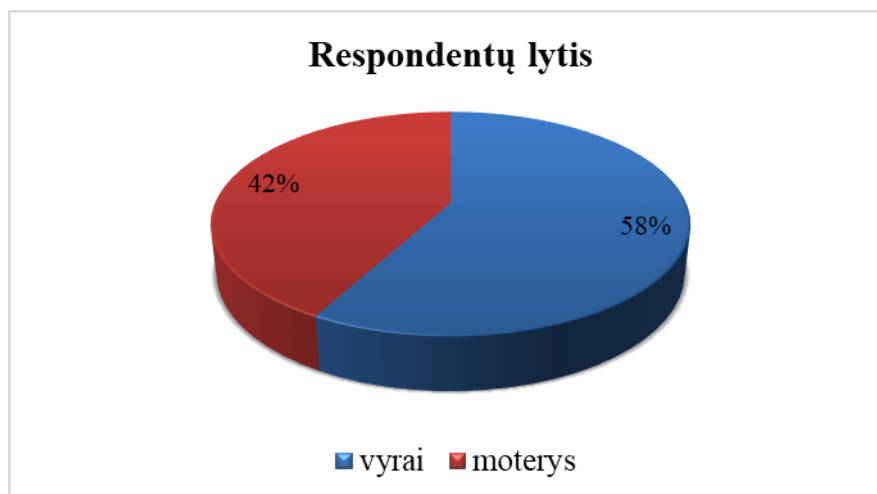
Taip pat siekiant įvertinti specialistų (personalo) nuomonę apie reabilitacijos paslaugų teikimo procesą, jo problemas ir tobulinimo galimybes, atliktas 5 respondentų apklausą žodžiu - interviu (žiūr. 2 priedą) su iš anksto suformuluotais klausimais.

Siekiant įvertinti vartotojų nuomonę, klausimyną sudarė klausimai, kurie buvo suformuluoti taip, kad būtų gauta informacija apie tiriamą objektą. Tokiu būdu siekiama gauti kuo objektyvesnę informaciją. Anketa nagrinėta taikant matematinės statistinės duomenų analizės metodą. Surinkus duomenis, analizuojama tyrimo metu gauta informacija, pateikiamas rezultatų nagrinėjimas, išdėstomas tyrimo rezultatų apibendrinimas, pateikiamas duomenų įvertinimas.

3.2.1. Vartotojų (pacientų) nuomonės apie reabilitacijos paslaugų teikimo procesą, jo problemas ir tobulinimo galimybes. Rezultatų analizė

Pirmieji vartotojų anketinio tyrimo klausimai buvo suformuluoti siekiant išsiaiškinti pagrindines apklausoje dalyvavusių respondentų demografines charakteristikas. Siekiant detaliau įvertinti tyrimo imtį, buvo renkami duomenys apie respondentų demografinę situaciją: lytį (žiūr. 9 pav.), amžių (žiūr. 10 pav.), socialinę padėtį (žiūr. 11 pav.), išsilavinimą (žiūr. 12 pav.) bei gyvenamąją vietą (žiūr. 13 pav.).

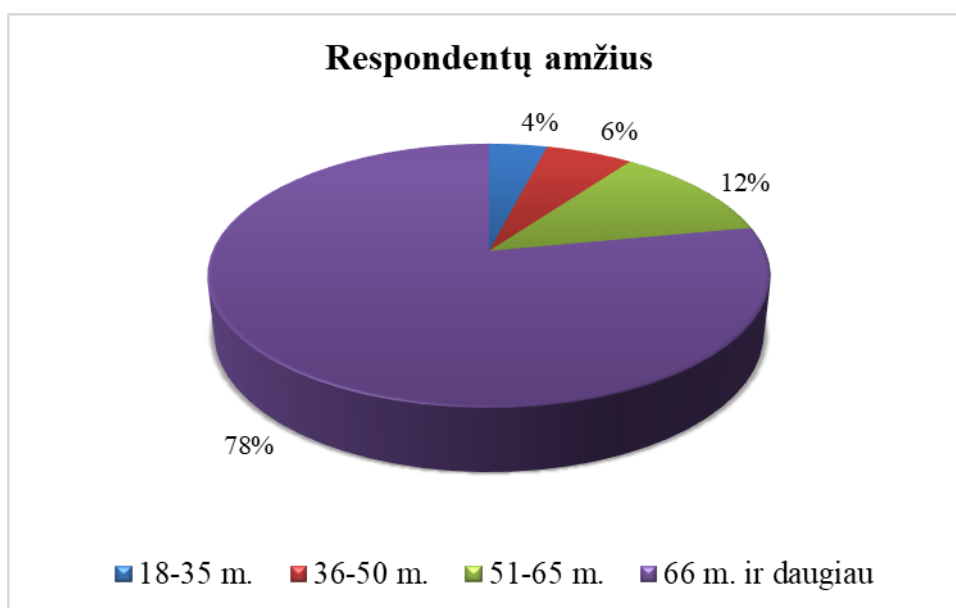
Analizuojant tyrimo dalyvių pasiskirstymą pagal lytį, buvo gauti tokie rezultatai (žiūr. 9 pav.):



9 pav. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal lytį, proc.

Atsižvelgiant į atlikto tyrimo rezultatus, kaip matyti iš duomenų, pateiktų 9 pav. moterys sudarė 58 proc. vyrai 42 proc. taigi galima daryti išvada, kad reabilitacijos paslaugomis naudojasi tiek moterys, tiek vyrai ir reabilitacijos poreikis nepriklauso nuo lyties.

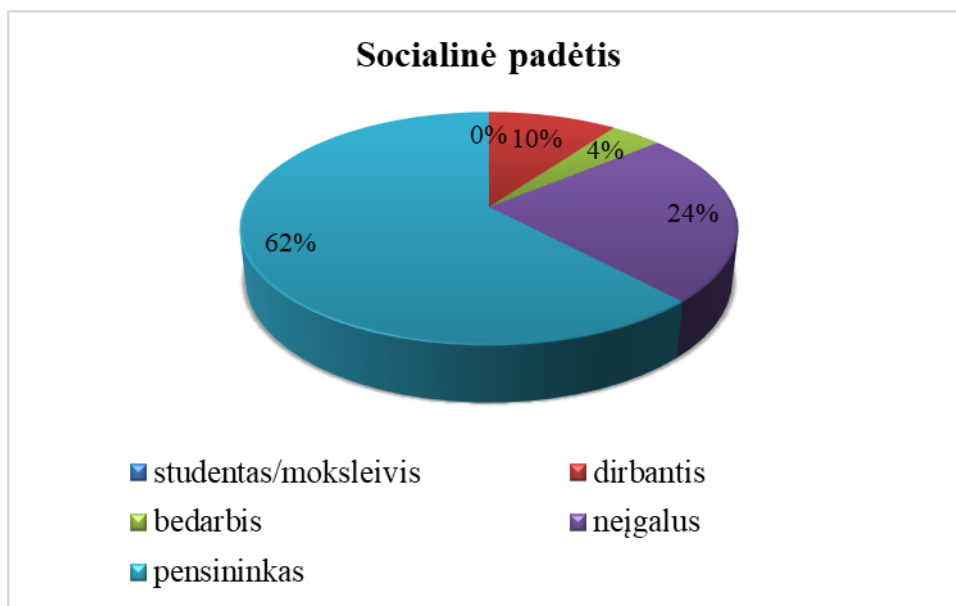
Analizuojant tyrimo dalyvių pasiskirstymą pagal amžių, buvo gauti tokie rezultatai (žiūr.10 pav.):



10 pav. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal amžių, proc.

Atsižvelgiant į atlikto tyrimo rezultatus, kaip matome 10 pav. daugiausiai tyrime dalyvavo 66 m. ir daugiau amžiaus respondentų, jie sudarė net 78 proc. 18–25 m. respondentų sudarė tik 4 proc., 36–50 m. grupei priklausė 6 proc. apklaustųjų, 51- 65 metų amžiaus respondentai sudarė 12 proc. apklaustųjų. Taigi didžiausias tiriamųjų skaičius priklauso amžiaus grupei, kas yra dėsninga, kadangi pagyvenę ir seni žmonės patenka į didesnę rizikos zoną dėl tokiam amžiui būdingo ligotumo ar neįgalumo, tad jiems dažniausiai yra būtinos ir reabilitacijos paslaugos.

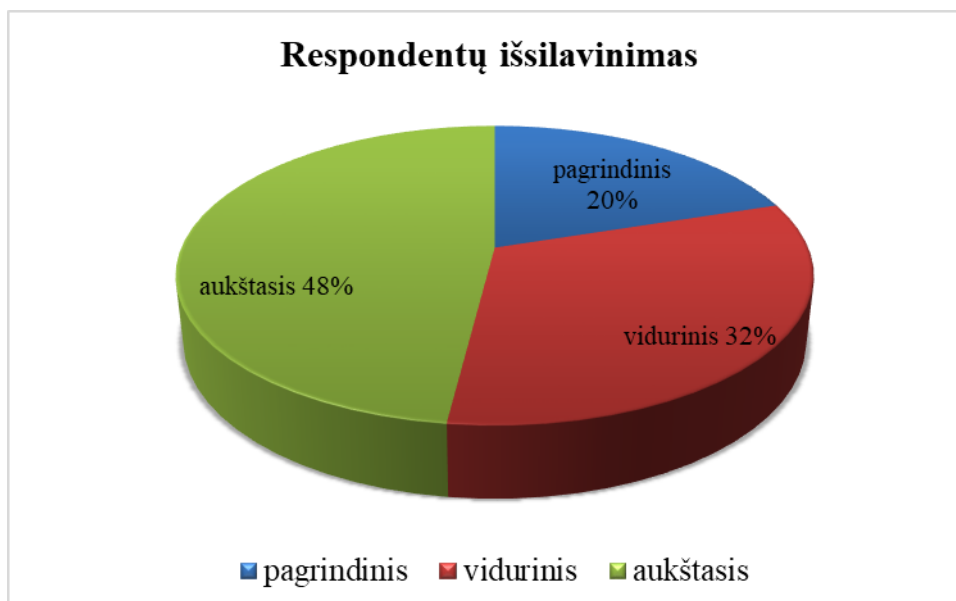
Analizuojant tyrimo dalyvių pasiskirstymą pagal socialinę padėtį, buvo stebimi tokie rezultatai ir pokyčiai (žiūr. 11 pav.):



11 pav. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal socialinę padėtį, proc.

Atsižvelgiant į atlikto tyrimo rezultatus, analizuojant 11 pav. pateiktus duomenis matyti, kad didžioji dalis respondentų net 62 proc. yra pensininkai, dirbančių respondentų dalis sudarė 10 proc., 4 proc. respondentų nurodė, kad jie bedarbiai, 24 proc. respondentai buvo neįgalieji. Tai dar kartą patvirtina ankstesnes įvadas (10 pav.), kad pagyvenusiu ir senyvo amžiaus asmenų – pensininkų grupė pasižymi didžiausiais ligotumo rodikliais ir neįgalieji ir jiems būtinos reabilitacijos paslaugos. Taip pat ir neįgalieji

Analizuojant tyrimo dalyvių pasiskirstymą pagal išsilavinimą, buvo stebimi tokie rezultatai (žiūr. 12 pav.):



12 pav. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal išsilavinimą, proc.

Atsižvelgiant į atlikto tyrimo rezultatus, remiantis 12 paveiksle pateiktais duomenimis apie respondentų išsilavinimą, pastebima, jog tyrime dalyvavo 48 proc. respondentų, turinčių aukštąjį išsilavinimą, 32 proc. – vidurinį, 20 proc. – pagrindinį. Taigi galima daryti išvadą, kad daugiausiai tyrime dalyvavo moterų, turinčių aukštąjį koleginių ir aukštesnįjį išsilavinimą. Tad didžioji dalis respondentų turi aukštąjį išsilavinimą, kas galėtų nulemti jų didesnę socialinę atsakomybę, pasižymintis geresne savirefleksija, kas turėtų įtakoti jų objektyvesnę nuomonę apie reabilitacijos procesą, remiantis turimų žinių ir sukauptos patirties kiekiu.

Apklauso dalyvių pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą reprezentuojamas 13 paveiksle.



13 pav. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą, proc.

Atsižvelgiant į atlikto tyrimo rezultatus, analizuojant 13 pav. pateiktus duomenis matyti, kad didžioji dalis respondentų 56 proc. respondentų nurodė, kad gyvena mieste, 44 proc. – užmiestyje. Kadangi mieste gyvenantys žmonės turi didesnę ir prieinamesnę srautą mokymų, seminarų ir paskaitų (bet kitokio tipo informacinių srautų) apie atsakingesnę požiūrį į savo sveikatos tausojimą ir atstatymą, jie turėtų pasižymėti objektyvesniu požiūriu į teikiamų paslaugų kokybę. Paminėtina ir tai, kad sveikatos priežiūros paslaugų prienamumas, gyvenant mieste yra yra palankesnis.

Siekiant detaliau įvertinti šios grupės iškeltas užduotis, buvo renkami duomenys (bendroji informacija) apie respondentų: nustatytą ligos diagnozę (žiūr. 14 pav.), lovadienių skaičių reabilitacijos įstaigoje (žiūr. 15 pav.), sveikatos būklės pagerėjimą (žiūr. 16 pav.), nuomonę apie pakartotinį gydymąsi toje pačioje įstaigoje (žiūr. 17 pav.), nuomonę apie svarbiausius veiksnius, norą tęsti reabilitacinį gydymą (žiūr. 18 pav.)

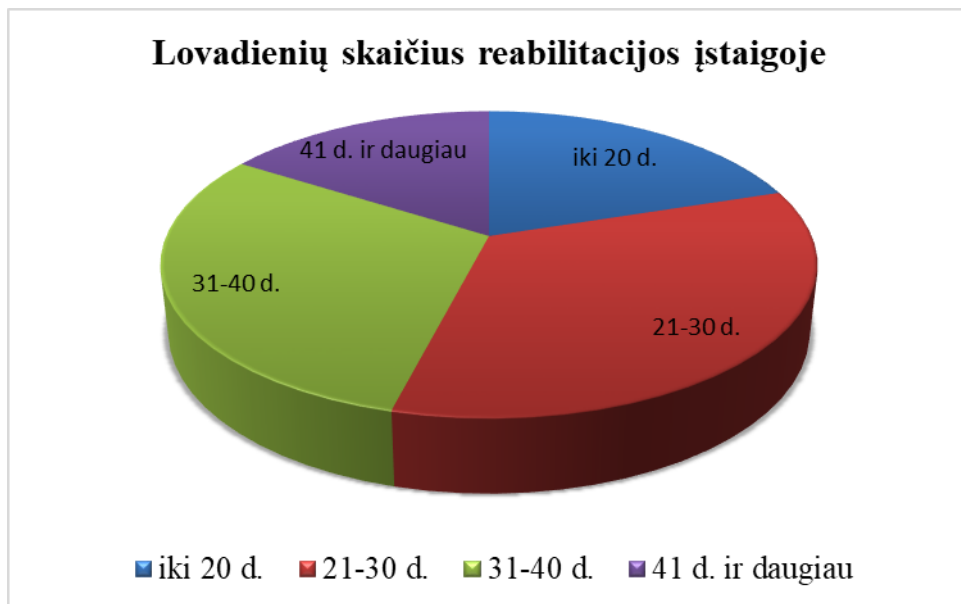
Tyrimo dalyvių pasiskirstymo pagal nustatytos ligos diagnozę duomenys pateikiami 14 paveiksle.



14 pav. Respondentams nustatyta ligos diagnozė, proc.

Atsižvelgiant į atlikto tyrimo rezultatus, analizuojant 14 pav. pateiktus duomenis matyti, kad didžioji dalis respondentų 52 proc. respondentų ligos diagnozė – širdies ir kraujagyslių ligos, 32 proc. – nervų sistemos ligos, galūnių amputacija – 16 proc. Tad galima teigti, kad pasiskirstymas pagal apklaustųjų respondentų diagnozė yra dėsninga, kadangi širdies ir kraujagyslių ligos (kartu su onkologiniais susirgimais, lėtinėmis kvėpavimo takų ligos, bei psichikos sutrikimais tapo pagrindine problema išsivysčiusių šalių gyventojams, o augantis sergamumas lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis tampa vis didesne našta sveikatos priežiūros sistemai, socialinės priežiūros sferai. Tad tokiems žmonėms būtinos reabilitacijos paslaugos, vienu atveju situacijos pagerinimui ir korekcijai bet nuolatinei pagalbai kitu (galūnių netekimo) atveju.

Tyrimo dalyvių pasiskirstymo pagal lovdienų skaičių reabilitacijos įstaigoje duomenys pateikiami 15 paveiksle.



15 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lovadienių skaičių rehabilitacijos įstaigoje, proc.

Atsižvelgiant į atlikto tyrimo rezultatus, analizuojant 15 paveiksle pateiktus duomenis, nustatyta, iki 20 dienų nurodė 20 proc. respondentų, 16 proc. nurodė kad praleido įstaigoje 41 dieną ir daugiau, 30 proc. respondentų paminėjo 31-40 dienų trukmę, panašiai - 34 proc. respondentų nurodė 21-30 dienų buvimo rehabilitacijos įstaigoje laiką. Tad galima daryti išvadą, kad dažniausias lovadienių skaičius rehabilitacijos įstaigoje sudaro nuo 21 dienos iki 40 dienų.

Tyrimo dalyvių pasiskirstymo pagal sveikatos būklės pagerėjimą duomenys pateikti 16 paveiksle.

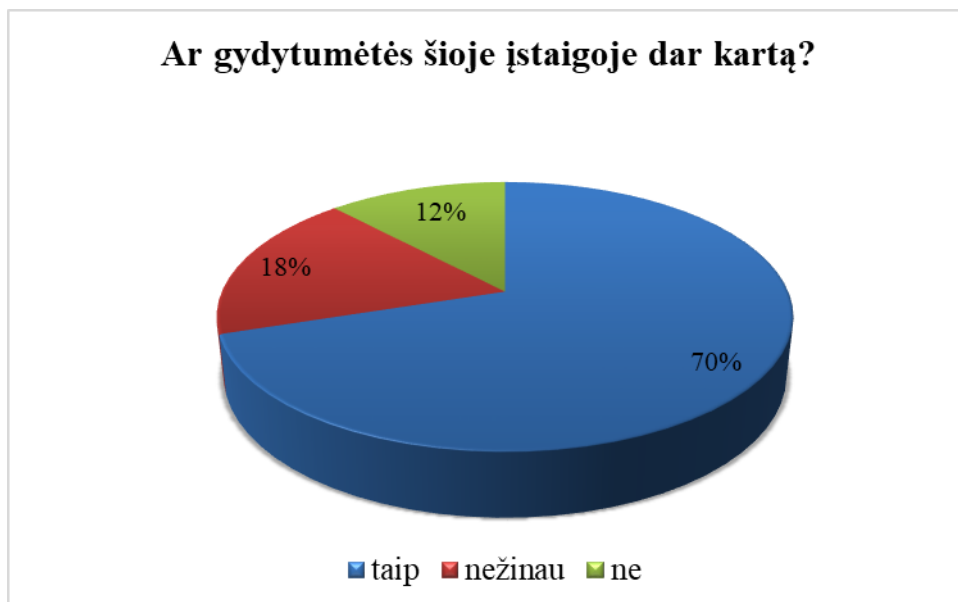


16 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal sveikatos būklės pagerėjimą, proc.

Atsižvelgiant į atlikto tyrimo rezultatus, analizuojant 16 paveiksle pateiktus duomenis apie apklaustųjų sveikatos pagerėjimą, nustatyta, kad 36 proc. respondentų įvertinino savo vaiko sveikatos pagerėjimą, kaip labai ženklų, 32 proc. atsakė, kad sveikata šiek tiek pasitaisė, 14 proc.

atsakė, kad sveikata pasikeitė nelabai, 12 proc. kad nežino ar jų sveikata pagerėjo ir tik 6 proc. nurodė, kad reabilitacijos procese sveikatos pagerėjimo nepastebėjo. Taigi galima daryti išvadą, kad dauguma respondentų vertina savo sveikatos pagerėjimą kaip labai ženklų arba jau dalinai pakitusį. O tai nurodo, kad yra sėkmingai realizuojami reabilitacijos tikslai ir uždaviniai.

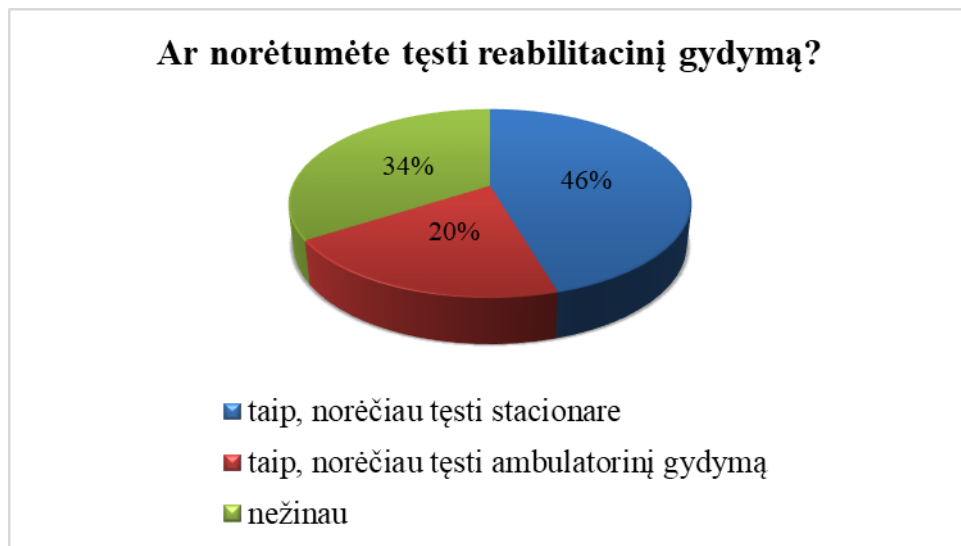
Duomenys apie tyrimo dalyvių nuomonę apie pakartotinį gydymąsi toje pačioje įstaigoje, pateikiami 17 paveiksle.



17 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal nuomonę apie pakartotinį gydymąsi toje pačioje įstaigoje, proc.

Atsižvelgiant į atlikto tyrimo rezultatus, kaip matome 9 pav., kad didžioji dalis respondentų, net 70 proc. nurodė, kad gydytusi toje pačioje įstaigoje dar kartą, 18 proc. – kad nežino ir tik 12 proc. nurodė, kad nesinaudotų tos pačios įstaigos paslaugomis pakartotinai. Taigi galima daryti išvadą, kad didžioji dalis respondentų liko patenkinti suteiktomis paslaugomis ir pakartotinai jomis pasinaudotų, o tai byloja apie teikiamų paslaugų kokybę ir pacientų pasitenkinimą organizuojamu procesu.

Duomenys apie respondentų norą tęsti reabilitacinį gydymą reprezentuojami 18 paveiksle

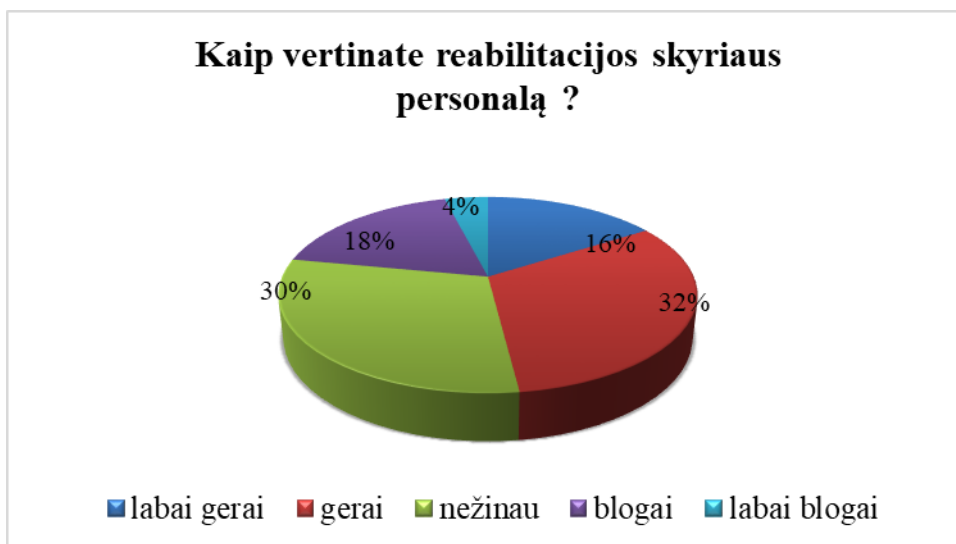


18 pav. Respondenčių pasiskirstymas pagal norą tęsti reabilitacinį gydymą, proc.

Atsižvelgiant į atlikto tyrimo rezultatus, paveiksle 18 parodytas respondentų pasiskirstymas pagal norą tęsti reabilitacinį gydymą. Analizuojant gautus duomenis matyti, kad net 46 proc. nurodo, kad norėtų tęsti stacionare, 20 proc. nurodė, kad norėtų tęsti ambulatorinį gydymą, 34 proc. – nurodė, kad nežino. O tai yra pakankamai geri rodikliai, kurie rodo, jog taip, kad respondentai buvo patenkinti teikiamų paslaugų kokybe, turiniu ir apimtimi. Taip pat tai patvirtina ankstesnes gautas išvadas (9 pav.), kad didžioji dalis respondentų liko patenkinti suteiktomis paslaugomis ir pakartotinai jomis pasinaudotų.

Siekiant detaliau įvertinti šios grupės (teikiamų reabilitacijos paslaugų proceso problemas) iškeltas užduotis, buvo renkami duomenys apie respondentų: skyriaus personalo vertinimą (žiūr. 19 pav.), pasitenkinimą skirtomis procedūromis (žiūr. 20 pav.), apie aprūpinimą techninėmis pagalbos priemonėmis (žiūr. 21 pav.), pasitenkinimą gyvenimo sąlygomis reabilitacijos skyriuje (žiūr. 22 pav.), pasitenkinimą informacijos apie reabilitacijos procesą teikimu (žiūr. 23 pav.)

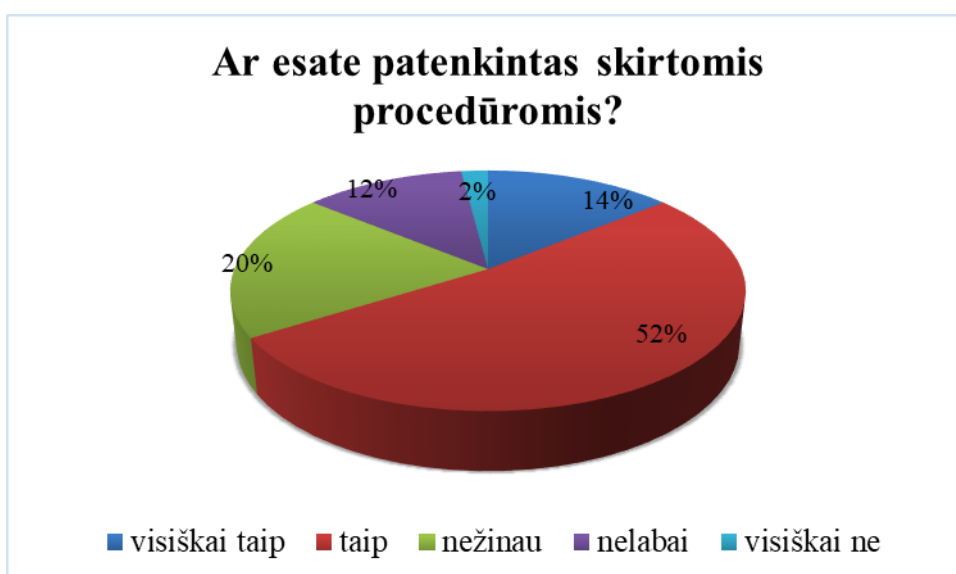
Duomenys, reprezentuojantys respondentų pasiskirstymą pagal skyriaus personalo vertinimą, pateikiami 19 paveiksle.



19 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal skyriaus personalo vertinimą, proc.

Atsižvelgiant į atlikto tyrimo rezultatus, analizuojant paveiksle 19 pateiktus duomenis apie respondentų nuomonę apie personalo darbą, nustatytos tokios tendencijos: labai gerai – nurodė 16 proc., gerai – net 32 proc. respondentų, blogai personalo darbą įvertino – 18 proc., labai blogai – tik 4 proc. respondentų tačiau net 30 proc. respondentų nurodė, kad nežino. Taigi galima daryti išvadą, kad didžioji dalis pacientų liko patenkinti ir buvo linkę įvertinti personalo darbą kaip gerą, tačiau buvo ir tokiu, kurie liko nepatenkinti personalo atliktu darbu arba nežino, kaip jį įvertinti. Tai galėjo būti sąlygota, kaip objektyvių veiksnių (prastas, nekokybiškas darbas, per menka personalo kompetencija, profesionalumas ar bendradarbiavimo įgūdžiai, organizuojant reabilitacijos procesą), taip ir subjektyvių priežasčių- senyvo pacientų amžiaus (jų psichosocialinių charakteristikų specifika), ir būdo suvokti teikiamų paslaugų vertingumą ir kokybę, bei jausti pasitenkinimą suteiktomis paslaugomis.

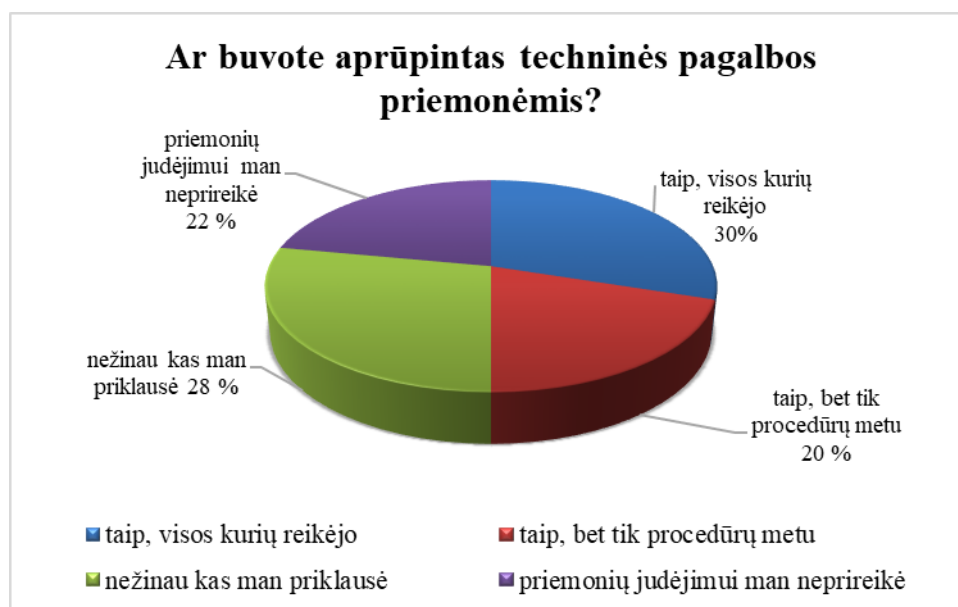
Duomenys, atspindintys respondentų pasitenkinimą skirtomis procedūromis pateikiami 20 paveiksle.



20 pav. Respondentų pasitenkinimas skirtomis procedūromis, proc.

Atsižvelgiant į atlikto tyrimo rezultatus, analizuojami 20 pav. pateikti duomenys apie respondentų pasitenkinimas skirtomis procedūromis, atskleidžia tokias tyrimo dalyvių nuomonės tendencijas. Skirtomis procedūromis buvo patenkinti net 52 proc. respondentų, visiškai patenkinti –14 proc. respondentų, nelabai patenkinti –12 proc., visiškai nepatenkinti– tik 2 proc. respondentų tačiau net 20 proc. respondentų nurodė, kad nežino. Taigi čia galime stebėti beveik analogiškas tendencijas, kaip ir pasitenkinimo personalo darbo aspektu (19 pav.). Įtakos tam galėtų turėti identiškos priežastys: objektyvios- neteisingai parinktos, neveiksmingos priemonės, subjektyvios – senyvo amžiaus psichosocialinių charakteristikų nulemtas požiūris ir reakciją į teikiamų paslaugų procesą.

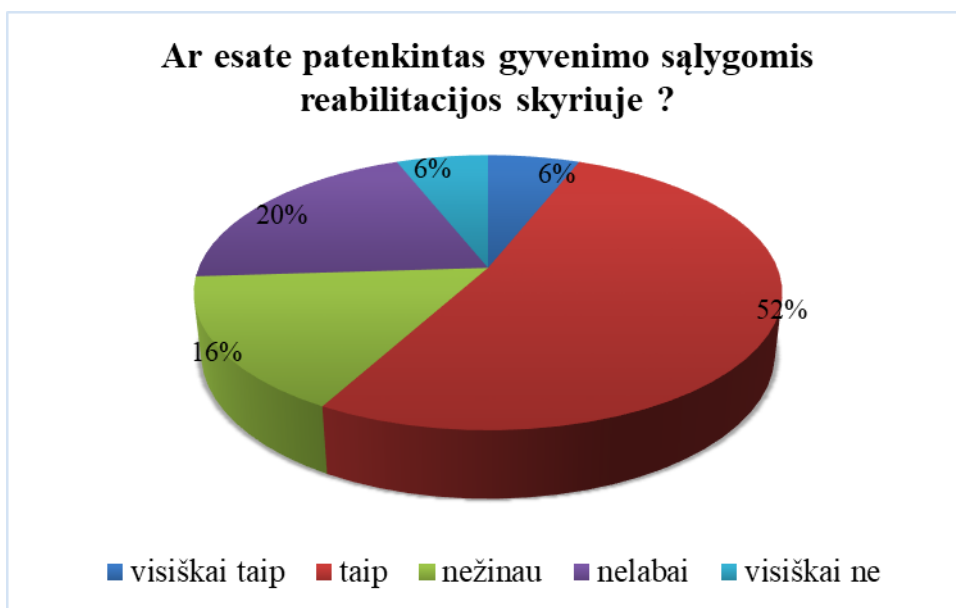
Duomenys, parodantys respondentų nuomonę apie aprūpinimą techninėmis pagalbos priemonėmis, pateikiami 21 paveiksle.



21. pav. Respondentų nuomonė apie aprūpinimą techninėmis pagalbos priemonėmis, proc.

Atsižvelgiant į atlikto tyrimo rezultatus, paveiksle 21 supažindinama su respondentų nuomonė apie jų aprūpinimą techninėmis pagalbos priemonėmis. Analizuojant apklausos metu gautą informaciją, paaiškėjo, jog buvo suteiktos visos būtinosios techninės priemonės taip pažymėjo 30 proc. respondentų, taip, bet tik procedūrų metu nurodė 20 proc. respondentų, 22 proc. tokių priemonių neprireikė ir net 28 proc. proc. respondentų nurodė, kad jų net nežino apie tai, jog jam gali būti suteiktos tokios būtinosios priemonės. Tad galima daryti išvadą, kad organizuojant reabilitacijos procesą, pacientams yra suteikiamos būtinos techninės priemonės, tačiau didelė dalis respondentų beveik trečdalis ne visada jomis pasinaudoja, dėl savo nepakankamo informuotumo apie tokių priemonių suteikimą. Tad derėtų didinti pacientų informatyvumo tokiais klausimais, siekiant veiksmingesnio reabilitacijos proceso organizavimo ir vykdymo.

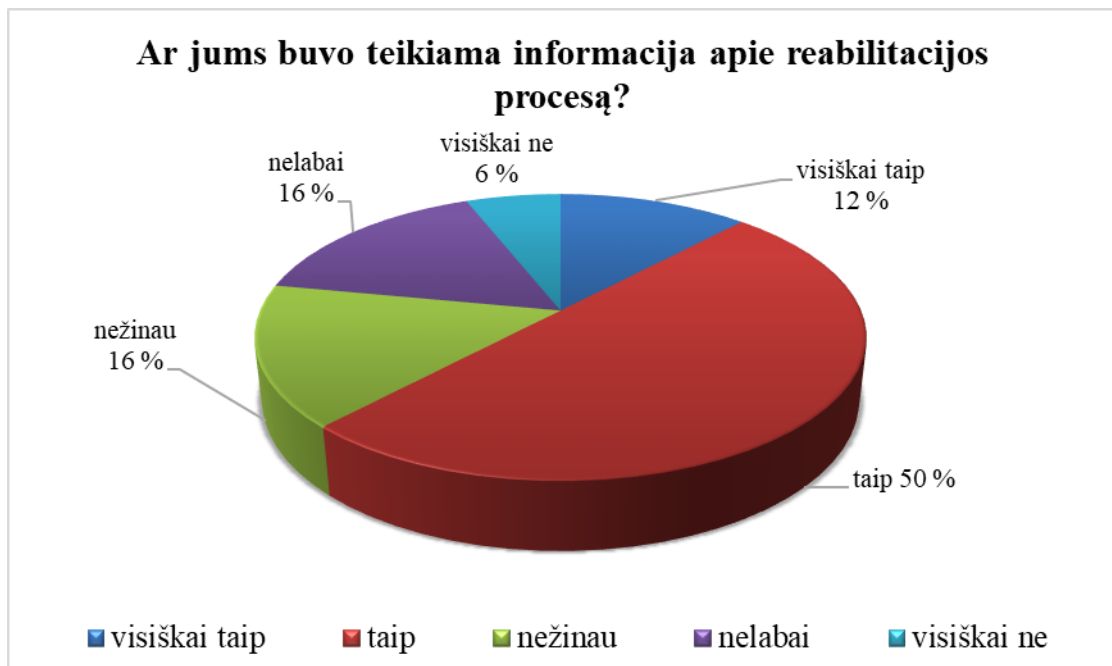
Duomenys, pristatantys respondentų pasitenkinimą gyvenimo sąlygomis reabilitacijos skyriuje pateikiami 22 paveiksle



22 pav. Respondentų pasitenkinimas gyvenimo sąlygomis reabilitacijos skyriuje, proc.

Atsižvelgiant į atlikto tyrimo rezultatus, analizuojant 22 paveiksle pateiktus duomenis apie respondentų pasitenkinimą gyvenimo sąlygomis reabilitacijos skyriuje daugiau negu pusė apklaustųjų nurodė, kad patenkinti suteiktomis gyvenimo sąlygomis, visiškai patenkinti buvo 6 proc. respondentų, nelabai patenkinti liko – 16 proc., visiškai nepatenkinti – 6 procentai. Taigi galima daryti išvadą, kad didžioji dalis pacientų liko patenkinti ir buvo linkę įvertinti gyvenimo sąlygas kaip geras. Tačiau ir vėl stebimos tendencijos kaip ir analizuojant pasitenkinimą personalo darbu (19 pav.) ir pasitenkinimą skirtomis procedūromis (20 pav.) Tai galėjo būti sąlygota, kaip objektyvių veiksnių - nepakankamos/ netinkamos gyvenimo sąlygos reabilitacijos skyriuje (tiek dėl žmogiškųjų priežasčių, tiek dėl materialinių išteklių, tiek dėl techninių specifikacijų) taip ir subjektyvių priežasčių- senyvo pacientų amžiaus psichosocialinių charakteristikų specifikos negatyviai suvokti teikiamų paslaugų vertingumą ir kokybę.

Respondentų pasitenkinimas informacijos apie reabilitacijos procesą teikimu pristatomas 23 paveiksle.

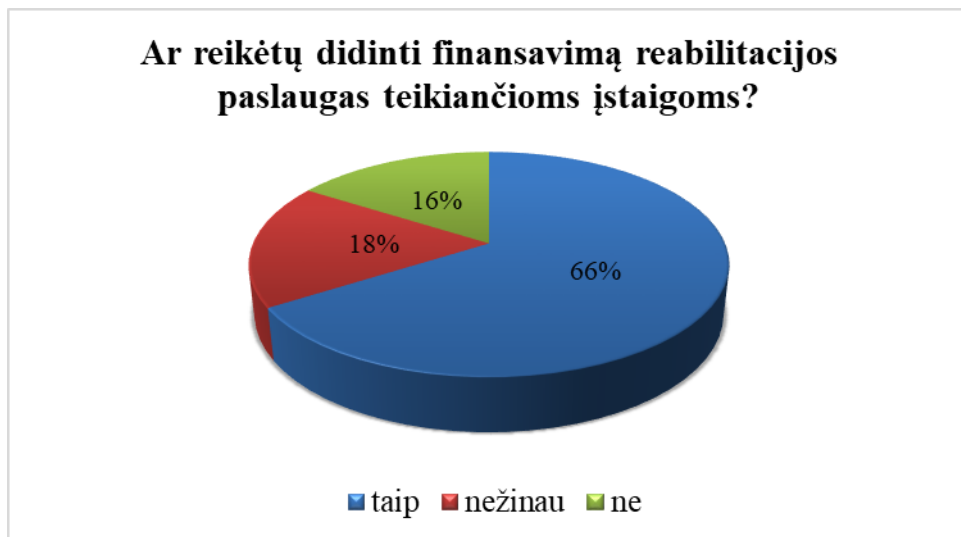


23 pav. Respondentų pasitenkinimas informacijos apie reabilitacijos procesą teikimu, proc.

Atsižvelgiant į atlikto tyrimo rezultatus, analizuojami 23 paveiksle pateiktą informaciją apie tai, koks respondentų pasitenkinimas informacijos apie reabilitacijos procesą teikimu (ar jiems buvo teikiama informacija apie reabilitacijos procesą) matoma, kad didžioji dalis respondentų – 50 proc. nurodo, kad informacijos kiekis ir turinys jos patenkino, visiškai patenkinti 12 proc., nelabai patenkinti 16 proc. ir visiškai nepatenkinti buvo – 6 proc. respondentų. Taigi galima daryti išvadą, kad informacija apie reabilitacijos procesą buvo pakankama ir patenkino didžiąją dalį respondentų. Tačiau buvo ir tokių, kurie nebuvo patenkinti (negavo informacijos apie reabilitacijos procesą), tad į tai derėtų atkreipti dėmesį, tobulinant organizuojamą ir vykdomą reabilitacijos procesą.

Siekiant detaliau įvertinti šios grupės (teikiamų reabilitacijos paslaugų proceso tobulinimo galimybės) iškeltas užduotis, buvo renkami duomenys apie respondentų nuomonę: apie finansavimo didinimo būtinybę reabilitacijos paslaugas teikiančioms įstaigoms (žiūr. 24 pav.), apie procedūrų trukmės ilginimo būtinybę (žiūr. 25 pav.), apie personalo kompetencijos didinimo būtinybę (žiūr. 26 pav.), apie specialistų kiekio gydymo komandoje didinimo būtinybę (žiūr. 27 pav.), apie reabilitacijos paslaugų prieinamumą (žiūr. 28 pav.)

Tyrimo dalyvių nuomonė apie finansavimo didinimo būtinybę reabilitacijos paslaugas teikiančioms įstaigoms pateikiama 24 paveiksle



24 pav. Respondentų nuomonė apie finansavimo didinimo būtinybę reabilitacijos paslaugas teikiančioms įstaigoms, proc.

Atsižvelgiant į atlikto tyrimo rezultatus, analizuojant 24 paveiksle pateiktą informaciją apie respondentų nuomonę ar būtina didinti finansavimą reabilitacijos paslaugas teikiančioms įstaigoms, matoma, kad net 66 proc. respondentų mano, jog taip., 16 proc., jog nebūtina, 18 proc. nežino. Taigi galima daryti išvadas, jog pacientų nuomone, derėtų didinti reabilitacijos paslaugas teikiančių įstaigų finansavimą, kas užtikrintų tiek geresnes darbo sąlygas dirbančiam personalui, kas savo ruožtu padidintu pacietų pasitenkinimą jo darbu (19 pav.) Taip pat tai galėtų padidinti skiriamų procedūrų apimtį, turinį ir kokybę, kas pagerintų ir pacientų nuomonę apie skiriamas procedūras (20 pav.). Taip pat tai garantuotų techninių pagalbos priemonių geresnę kokybę (21 pav.) bei sąlygotų gerėsnias gyvenimo sąlygas reabilitacijos skyriuje ir pacientų pasitenkinimą jomis (22 pav.).

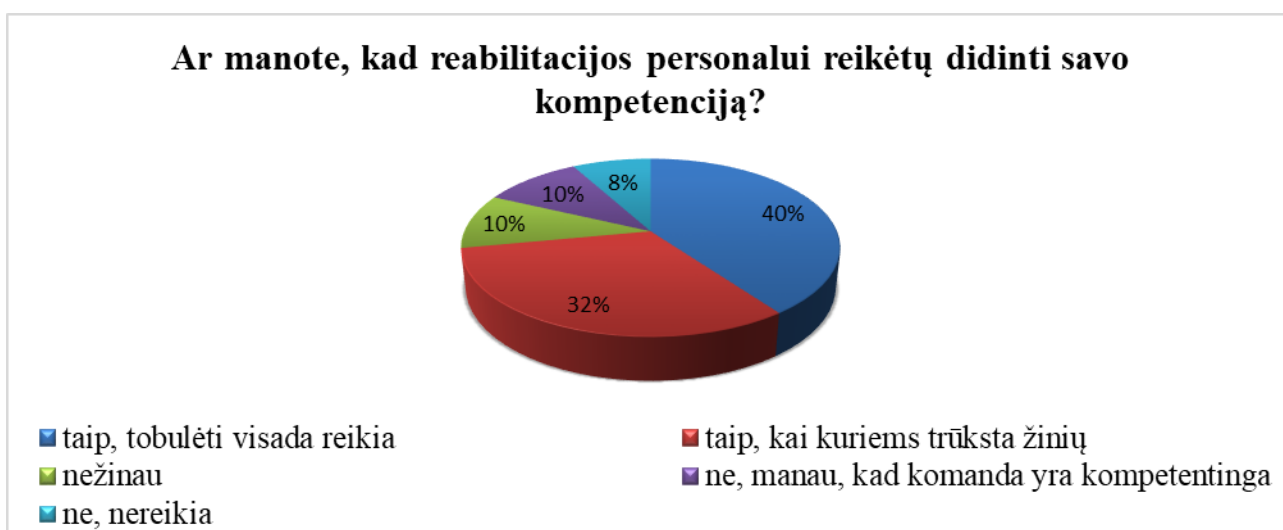
Analizuojant respondentų nuomonę apie procedūrų trukmės ilginimo būtinybę, buvo stebimi tokie rezultatai 25 paveiksle.



25 pav. Respondentų nuomonė apie procedūrų trukmės ilginimo būtinybę, proc.

Atsižvelgiant į atlikto tyrimo rezultatus, paveiksle 25 pristatomos respondentų nuomonės apie procedūrų trukmės ilginimo būtinybę. Didžioji dalis respondentų net 46 proc. nurodo, kad derėtų didinti kai kurių procedūrų trukmę, 22 proc. respondentų ilgintų visų procedūrų trukmę. 20 proc. respondentų visiškai patenkinti esama procedūrų trukme, 6 proc. neturi nuomonės tuo klausimu, o 6 proc. – respondentų nemano, kad procedūrų trukmė per trumpa ir mano, kad jas reikia dar labiau trumpinti. Taigi galima daryti išvadą, kad didžiąja dalimi respondentai pageidautų ilgesnės trukmės procedūrų, kad teigiamai paveiktų tiek reabilitacijos procesą, tiek ir rezultatus- jų pagerėjusią sveikatą ar stabilesnę esamą fizinę ir emocinę būseną.

Analizuojant respondentų nuomonę apie personalo kompetencijos didinimo būtinybę, buvo stebimi tokie rezultatai 26 paveiksle.

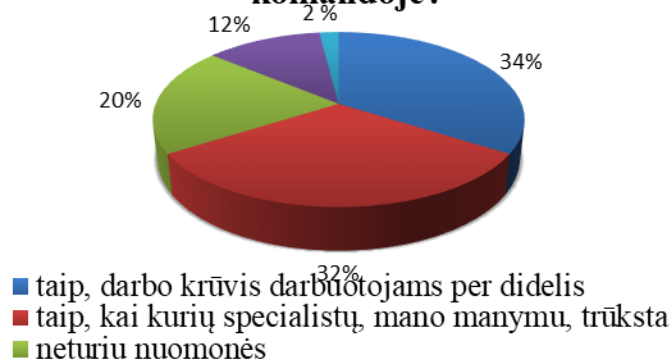


26 pav. Respondentų nuomonė apie personalo kompetencijos didinimo būtinybę, proc.

Atsižvelgiant į atlikto tyrimo rezultatus, paveiksle 26 supažindinama su respondentų nuomone apie personalo kompetencijos didinimo būtinybę. Analizuojant apklausos metu gautą informaciją, paaiškėjo, jog net 40 proc. respondentų pageidautų nuolatinio personalo tobulėjimo, 32 proc. – mano, kad kai kuriems personalo nariams trūksta žinių ir jas derėtų tobulinti, 10 proc. nežino ar tai būtina, 10 proc. mano, kad komanda ir taip pakankamai kompetentinga ir 8 proc. nurodė, kad tikrai nereikia. Galima daryti išvadą, kad didžioji dalis respondentų pasisako už personalo kompetencijos didinimo būtinybę. Tai gali būti sąlygota, tiek nepakankamu pasitenkinimu (19 pav.) personalo atliekamų darbu ir jo kokybe, o taip pat tai suvokiamas paciento noras, kad paslaugas teikiantis specialistas būtų profesionalus ir kompetentingas ir nuolat didintų savo kompetenciją, gebėjimus ir įgūdžius.

Analizuojant respondentų nuomonę apie specialistų kiekio gydymo komandoje didinimo būtinybę, buvo stebimi tokie rezultatai (žiūr. 27 pav.):

Ar reikėtų didinti reabilitacijos specialistų kiekį gydymo komandoje?

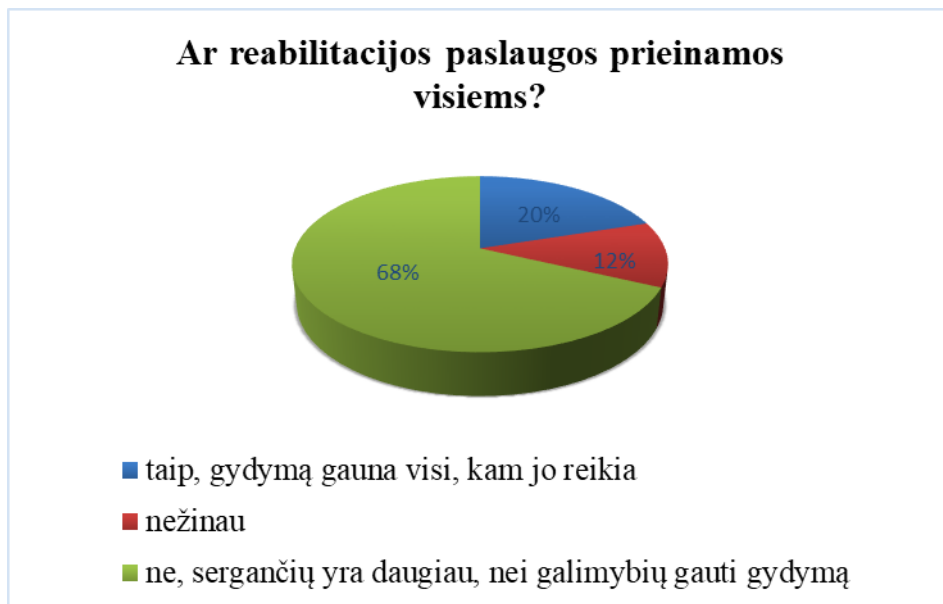


27 pav. Respondentų nuomonė apie specialistų kiekio gydymo komandoje didinimo būtinybę, proc.

Atsižvelgiant į atlikto tyrimo rezultatus, paveiksle 27 analizuojama respondentų nuomonė apie specialistų kiekio gydymo komandoje didinimo būtinybę. Analizuojant gautus rezultatus galima matyti panašias tendencijas (18 pav.), kad dalis respondentų 34 proc. nurodo, kad specialistų komanda privalo būti didinama, kadangi darbo krūvis darbuotojams per didelis, 32 proc. pritaria tam, kad specialistų kiekis turi būti didinamas, tačiau dėl to, kad trūksta kai kurių specialistų, 20 proc. neturi nuomonės šiuo klausimu, 12 proc. respondentų mano, kad specialistų komandoje pakanka, o 2 proc. respondentų mano, kad jų net per daug.

Taigi galime daryt išvadą, jog didžioji dauguma apklaustų siūlytų didinti reabilitacijos specialistų kiekį komandoje dėl įvairių priežasčių (dėl per didelio darbo krūvio, dėl nepakankamo kiekio specialistų). Tai galėtų pasitarnauti reabilitacijos proceso gerinimui. Tai patvirtina ir teorinėje medžiagoje prieitų ivadų, kad vykdant reabilitacijos procesą, labai didelę reikšmę turi dirbanti komanda. Tinkamas įvairiapusių reabilitacijos priemonių parinkimas iš šioje srityje dirbančių specialistų reikalauja išsamių ne tik biomedicinos mokslo, bet ir pedagogikos, psichologijos, sociologijos dalykinių žinių, darbo su neįgaliaisiais praktinių įgūdžių (Kriščiūnas ir kt., 2009).

Analizuojant respondentų nuomonę apie reabilitacijos paslaugų prieinamumą, buvo stebimi tokie rezultatai. (žiūr. 28 pav.):



28 pav. Respondentų nuomonė apie reabilitacijos paslaugų prieinamumą, proc.

Atsižvelgiant į atlikto tyrimo rezultatus, rezultatai pateikti 28 pav. nurodo, kokia yra respondentų apie nuomonė ar reabilitacijos paslaugos yra prieinamos visiems, kam jos yra reikalingos. Didžioji dalis respondentų – 68 proc. nurodo, kad ne, nes sergančiųjų kiekis yra ženkliai didesnis, nei suteikiama galimybių gauti gydymą 20 proc. respondentų nesutinka, ir mano, jog gydymą gauna visi, kam jo reikia, 12 procentų nežino. Tačiau matoma, kad 2 trečdaliai respondentų mano, kad reabilitacijos paslaugų prieinamumas nėra pakankamas. Tad derėtų gerinti šią situaciją, didinant tokių paslaugų prieinamumą, taip garantuojant gerėjanti reabilitacijos procesą. Tad labai svarbus uždavinys – plėtoti sveikatos infrastruktūrą ir gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, saugą, prieinamumą ir į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą. Siekiant mažinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo skirtumus, būtina sudaryti galimybes gauti paslaugas arčiau gyvenamosios vietos, reikia gerinti pirminės sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrą, stiprinti specializuotą ambulatorinę pagalbą, reabilitaciją ir skubią pagalbą (Lietuvos Respublikos seimas, 2014).

3.2.2. Specialistų (personalo) nuomonės apie reabilitacijos paslaugų teikimo procesą, jo problemas ir tobulinimo galimybes. Rezultatų analizė

Siekiant ištirti specialistų (personalo) nuomonė apie reabilitacijos paslaugų teikimo procesą, jo problemas ir tobulinimo galimybes, atlikta X įstaigos specialistų (personalo) apklausa. Apklausos metu gauti duomenys toliau analizuojami remiantis išskirtomis informacijos grupėmis.

Kokybiniame tyrime dalyvavo 5 respondentai – įstaigos X darbuotojai atrinkti pagal kriterinę atranką. Toliau tyrime jie buvo koduojami (A), (B), (C), (D), (E). Respondentams pateiktas standartizuotas atviro tipo klausimynas (žiūr. 2 priedą) su iš anksto suformuluotais klausimais.

Atsakymų turinys nagrinėtas taikant kokybines turinio (content) analizės metodą. Rezultatų pagrindimas remiasi tiriamojo teksto turiniu ir interpretacija. Surinkus duomenis, analizuojama tyrimo metu gauta informacija, pateikiamas rezultatų nagrinėjimas, išdėstomas tyrimo rezultatų apibendrinimas, pateikiamas duomenų įvertinimas.

Interviu metu, buvo pasirinkti 3 pagrindiniai aspektai:

1. Reabilitacijos paslaugų teikimo proceso organizavimas ir vykdymas;
2. Reabilitacijos paslaugų teikimo proceso problemos;
3. Reabilitacijos paslaugų teikimo proceso tobulinimo galimybės

Gauta apklausos metu medžiaga buvo analizuota, grupuojant atsakymus į kategorijas ir subkategorijas, kurios iliustruotos citatomis iš gautų atsakymų.

Vertinant *reabilitacijos paslaugų teikimo proceso organizavimo ir vykdymo* temą, buvo siekiama kuo nuodugniau išsiaiškinti, kokie specialistai dalyvauja šiame procese, kaip vyksta ligonio būklės įvertinimas, kokios pagrindinės jį funkcijos, bei pagrindinę jų darbo veiklą.

7 Lentelė: Specialistų (personalo) nuomonė apie reabilitacijos paslaugų teikimo proceso organizavimą ir vykdymą

Kategorija	Subkategorijos	Ištraukos iš interviu protokolo
PASLAUGŲ TEIKIMO PROCESO ORGANIZAVIMAS IR VYKDYMAS	Specialistų (personalo) profesijos	<i>FMR gydytoja A FMR skyriaus vyresnioji slaugytoja B FMR skyriaus kineziterapeutas C Ergoterapeutė D Logoterapeutė E</i>
	Specialistų (personalo) kaip specialisto darbo praktika	<i>Gydytojo praktika užsiimu jau daugiau kaip dvidešimt metų. A darbo patirtis beveik 20 metų, iš jų 5 metai FMR skyriuje. B Darbo patirtis 8 metai. C Darbo patirtis apie 15 metų. D Darbo patirtis virš 30 metų. E</i>
	Specialistų (personalo) ligonio būklės įvertinimas	<i>Į FMR skyrių pacientas dažniausiai atvyksta iš ligoninės stacionaro skyriaus. Prieš tai jo būklė būna įvertinę gydytojų specialistų komanda. FMR gydytojas atlikus pirminę apžiūrą įvertina kokių procedūrų pacientui reikės ir užpildo užduotis. Vertina būklės pokyčius kiekvieną savaitę, aptarimo metu. A Derinu dokumentus su VLK, skiriu jiems palatą, pagal poreikius (apsitarnavimo lygį, diagnozę, maitinimą, judėjimą). B Atvykus naujam pacientui specialistas įvertina jo fizinę būklę, nustato apsitarnavimo lygį, jėgos, ištvėrmės galimybes. Supildo paciento sveikatos kortelę ir pasitarus su FMR gydytoja yra paskiriamas mankštų grafikas. Kiekvieną savaitę su visa skyriaus komanda patariame paciento sveikatos būklės pokyčius C. Atvykus naujam pacientui pirminės sveikatos būklės įvertinimo metu yra nustatoma ar pacientui yra sutrikusi smulkią motoriką. Įvertinus, kad ergoterapeuto pagalba reikalinga, kartu su FMR gydytoju skiriame procedūrų dažnį ir trukmę. Kiekvieną savaitę vertiname, kaip pasikeitė paciento būklė, ar būtini kažkokie procedūrų, gydymo pokyčiai. D</i>

		<i>Atvykus pacientui FMR gydytoja paskiria pirminę apžiūrą pacientui ir aš, įvertinus sveikatos būklę, įvertinu ar reikalinga mano pagalba. E</i>
	Specialistų (personalo) pagrindinės funkcijos ir darbo veikla	<p><i>FMR specialistų komandai, kuri bendromis jėgomis, viso gydymo metu atlieka ne tik paskirtus veiksmus. FMR gydytojas: gydo, stebi, pacientą, kontroliuoja procedūrų reikmę, kontroliuoja būklę, bendrauja su artimaisiais A.</i></p> <p><i>Aš pagal savo kompetenciją priimu pacientus į FMR skyrių, skiriu jiems palatą, pagal poreikius (apsitarnavimo lygį, diagnozę, maitinimą, judėjimą). B</i></p> <p><i>Kiekvieną rytą ir baigiant pamainą su skyriaus slaugytojomis vykdome vizitaciją, kurios metu aptariamas kiekvienas pacientas individualiai. Žinias apie pacientus perduotu FMR skyriaus vedėjui, gydantiems gydytojams. Betarpiškai kasdien atlieku skyriaus administratoriaus vaidmenį. B</i></p> <p><i>Vykdomas paskiriamų mankštų grafikas. Kiekvieną savaitę su visa skyriaus komanda patariame paciento sveikatos būklės pokyčius. Bendraujame tarpusavyje su kitais specialistais, padedame vieni kitiems, ypač su tais pacientais, kurie nėra savarankiški ir jiems reikalinga apsitarnavimo pagalba. C</i></p> <p><i>Kiekvieną savaitę vertiname, kaip pasikeitė paciento būklė, ar būtini kažkokie procedūrų, gydymo pokyčiai. Dažnai mano darbas pacientams atrodo, kaip žaidimas, nes dirbame su smulkiais daiktais. Čia būtinas geras psichologinis kontaktas D</i></p> <p><i>Dažniausiai užsiėmimai vyksta 2 kartus per savaitę, esant poreikiui, procedūras galima ir tankinti. Kas savaitę bendrame specialistų susirinkime aptariame kiekvieną pacientą. Logoterapeutui reikalinga didelė kantrybė, nes darbas tikrai nėra paprasta. E</i></p>

Paprašius specialistų (personalo) apibūdinti **Reabilitacijos paslaugų teikimo proceso organizavimo ir vykdymo esmę, sudedamąsias dalis ir ypatumus**, iš respondentų tokios nuomonės.

Pirmiausiai buvo siekiama nustatyti, kokios yra specialistų (personalo) reabilitacijos paslaugų teikimo procesui organizuoti ir vykdyti. Atsakymų analizė parodė, jog tai: *FMR gydytoja, FMR skyriaus vyresnioji slaugytoja, FMR skyriaus kineziterapeutas, ergoterapeutė, logoterapeutė.*

Tai patvirtina ir teorinės analizės išvalgas, kad veiksmingam reabilitacijos procesui yra būtina stipri ir bendradarbiaujanti įvairių specialybių personalo komanda, nes tik taip įmanoma suteikti veiksmingą pagalbą pacientui ir realizuoti reabilitacijos proceso pagrindinius tikslus ir uždavinius.

Vertinant specialistų (personalo) kaip specialisto darbo praktiką, nustatyta, kad komanda sudarė tokio darbo stažo specialistai: *Gydytojo praktika užsiimu jau daugiau kaip dvidešimt metų. Darbo patirtis beveik 20 metų, iš jų 5 metai FMR skyriuje. Darbo patirtis 8 metai. Darbo patirtis apie 15 metų. Darbo patirtis virš 30 metų.*

Tad galima daryti išvadą, kad specialistų komanda pasižymi ilgamete darbo patirtimi, kas sąlygoja aukštą profesinę kompetenciją, žinių, gebėjimų ir įgūdžių aukštą lygį, kas garantuoja ir veiksmingesnį reabilitacijos paslaugų teikimo proceso organizavimą ir vykdymą.

Siekiant nustatyti, kaip specialistų (personalo vykdomas) ligonio būklės įvertinimas, išsiaiškinta: *FMR gydytojas atlikus pirminę apžiūrą įvertina kokių procedūrų pacientui reikės ir užpildo užduotis Vertina būklės pokyčius kiekvieną savaitę, aptarimo metu. Pagal savo kompetenciją skiriu jiems palatą, pagal poreikius (apsitarnavimo lygį, diagnozę, maitinimą, judėjimą). Atvykus naujam pacientui specialistas įvertina jo fizinę būklę, nustato apsitarnavimo lygį, jėgos, ištvėrmės galimybes. Supildo paciento sveikatos kortelę ir pasitarus su FMR gydytoja yra paskiriamas mankštų grafikas. Kiekvieną savaitę su visa skyriaus komanda patariame paciento sveikatos būklės pokyčius. Įvertinus, kad ergoterapeuto pagalba reikalinga, kartu su FMR gydytoju skiriame procedūrų dažnį ir trukmę. Kiekvieną savaitę vertiname, kaip pasikeitė paciento būklė, ar būtini kažkokie procedūrų, gydymo pokyčiai.*

Tad stebimas visapusiškas paciento būklės įvertinimas, apimant pirminę apžiūrą, apsitarnavimo lygį, jėgos, ištvėrmės galimybių nustatymą, palatos paskyrimą pagal poreikius (apsitarnavimo lygį, diagnozę, maitinimą, judėjimą), užduočių ir planų parengimas pagal atliktą įvertinimą, procedūrų paskyrimą pagal atliktą įvertinimą (nustatant jų *dažnį ir trukmę*). Taip pat garantuojamas tęstinumas, būklės kontrolė, planų ir procedūrų peržiūrėjimas ir koregavimas.

Vertinant specialistų (personalo) pagrindinės funkcijos ir darbo veikla, buvo nustatyta: *FMR gydytojas: gydo, stebi, pacientą, kontroliuoja procedūrų reikmę, kontroliuoja būklę, bendrauja su artimaisiais. FMR specialistų komandai, kuri bendromis jėgomis, viso gydymo metu atlieka ne tik paskirtus veiksmus. Aš pagal savo kompetenciją priimu pacientus į FMR skyrių, skiriu jiems palatą, pagal poreikius (apsitarnavimo lygį, diagnozę, maitinimą, judėjimą). Kiekvieną rytą ir baigiant pamainą su skyriaus slaugytojomis vykdome vizitaciją, kurios metu aptariamas kiekvienas pacientas individualiai. Žinias apie pacientus perduotu FMR skyriaus vedėjui, gydantiems gydytojams. Betarpiškai kasdien atlieku skyriaus administratoriaus vaidmenį. Vykdomas paskiriamų mankštų grafikas. Kiekvieną savaitę su visa skyriaus komanda patariame paciento sveikatos būklės pokyčius. Bendraujame tarpusavyje su kitais specialistais, padedame vieni kitiems, ypač su tais pacientais, kurie nėra savarankiški ir jiems reikalinga apsitarnavimo pagalba. Kiekvieną savaitę vertiname, kaip pasikeitė paciento būklė, ar būtini kažkokie procedūrų, gydymo pokyčiai. Čia būtinas geras psichologinis kontaktas. Kas savaitę bendrame specialistų susirinkime aptariame kiekvieną pacientą. Logoterapeutui reikalinga didelė kantrybė, nes darbas tikrai nėra paprastas.*

Tad FMR specialistų komanda bendromis jėgomis, viso gydymo metu atlieka jiems paskirtus veiksmus: gydo, stebi, pacientą, kontroliuoja procedūrų reikmę, kontroliuoja būklę, bendrauja su artimaisiais. Taip pat yra užtiktinimas proceso nuolatinė kontrolė ir tęstinumas, nes

nuolat vykdomos vizitacijos, kurios metu kolegialiai aptariamas kiekvienas pacientas ir jo būklė bei pokyčiai individualiai, esant reikalui paskyrimai yra koreguojami.

Labai svarbiu aspektu, organizuojant ir vykdant reabilitacijos teikimo procesą, tampa nuolatinis veiksmingas visų sričių specialistų (personalo) bendradarbiavimas, vieningas komandinis darbas. Taip pat čia itin svarbios ir asmeninės specialisto charakteristikos, apimančios žinias, igūdžius, gebėjimus ir samanines savybes (kantrybė, psichologinio kontakto užmezgimas, draugiškumas ir empatija). Tik derinant visa tai kartu, galimas veiksmingas ir efektyvus reabilitacijos proceso organizavimas ir vykdymas.

8 Lentelė: Specialistų (personalo) nuomonė apie reabilitacijos paslaugų teikimo proceso problemas

Kategorija	Subkategorijos	Ištraukos iš interviu protokolo
REABILITACIJOS PASLAUGŲ TEIKIMO PROCESO PROBLEMOS	Finansavimo užmokesčio problemos	<i>Pirma problema - apmokėjimas už darbą. FMR gydytojai nedaro operacijų, todėl jiems užmokestis už darbą yra lygiai toks pat mažas, kaip ir šeimos gydytojams ar terapeutams, dėl to nemažai gydytojų dirba ne vienoje įstaigoje. A Personalo darbo užmokestis turėtų būti didesnis, nes dabartinė situacija rodo, kad nemaža dalis darbuotojų dirba daugiau nei vienu etatu. B Taip pat mums derėtų kelti atlygį už darbą, nes daugelis dirbame ne vienu etatu ar ne vienoje įstaigoje C Mažai dėmesio kreipiama į darbuotojų užmokestį. D Žinoma, norėčiau didesnių pajamų, tačiau dirbu dvejose įstaigose. E</i>
	Darbo krūvio problemos	<i>Antra problema yra darbo krūvis, FMR gydytojas vienu metu kartais turi net iki 20 pacientų stacionare, kelias valandas per savaitę reikia skirti ambulatorinių pacientų priėmimui, pasitaiko ir budėjimų A Manau, kad mažai dėmesio kreipiama į darbuotojų krūvį. D</i>
	Mokymų/ informacijos/ kvalifikacijos kelimo galimybių stoka	<i>Mums trūkta informacijos apie naujoves. Visame pasaulyje technologijos žengia nenumaldomu žingsniu į priekį ir mes dažnai net nespėjame pasivyti. Yra darbuotojų, kurie dirba pagal metodus išmokus prieš kelis dešimtmečius. C Manau, kad mažai dėmesio kreipiama į darbuotojų mokymus.. Ergoteapeutai labai artimai bendrauja su pacientais, dažnai konsultuojamės su komandos psichologais, tačiau reikia išmokti, efektyviai bendrauti su žmogumi. D</i>
	Techninių priemonių nepakankamumas/ stoka	<i>Gydytojams yra užkrauta per didelė dokumentacijos pildymo našta. Kiekvienas procesas turi būti aprašytas, nuo to kenčia laikas, kuris turėtų būti skirtas bendrauti su pačiu pacientu, labiau įsigilinti į jo poreikius, sveikatos būklės pokyčius, artimųjų informavimą apie gydymą. A Trūksta priemonių: pacientai turi nemažai vaistų, tvarsčių, higienos priemonių pirkti patys, ligoninė neturi tiek lėšų ir dažnai kompensuoja tik pigiausias preparatus. Palatose dažniausiai gydoma po 3-4 pacientus, visi žmonės yra skirtingi, todėl dažnai trukdo vieni kitiems, nuo to kenčia ir gijimo procesas. B</i>

		<i>Manau, kad mažai dėmesio kreipiama į darbo priemones. Mes kartais net iš namų nešame vaikų išaugtas kaladėles, kitokius žaislus, nes trūkta priemonių darbui. D Norėčiau turėti atskirą darbo kabinetą, nes dabar juo dalinuosi su kita logoterapeute. E</i>
	Pacientų informavimo/ motyvacijos stoka	<i>Ketvirta- pacientų motyvacijos stoka, ypač vyresnio amžiaus pacientai, tiesiog nieko nebenori, tik gulėti ir , tarkim, mankšta jiems tampa didžiausiu vargu. A Pacientams dažnai trūksta motyvacijos. Jie nenori eiti į procedūras arba vis bando jas baigti anksčiau, tikisi, kad išgyti galima tik vaistų pagalba B Labai didelė problema yra pačių pacientų fizinės jėgos stoka, žmonės tiesiog negeba „ištempti“ visos treniruotės ir prašosi atgal į palatą. C Dažnai trūksta pacientų motyvacijos. Jie greit pavargsta, nenori eiti į užsiėmimus, atsisakbinėja, kai nesiseka, atsisako mankštintis. D</i>

Paprašius specialistų (personalo) apibūdinti **Kokios Jūsų nuomone yra pagrindinės reabilitacijos paslaugų teikimo problemos**, respondentai pateikė įvairių nuomonių.

Tad reabilitacijos paslaugų teikimo proceso problemų analizė parodė, jog labai svarbiu aspektu tampa finansavimo problemos, ypač aktualios respondentams: *Pirmiausia problema - apmokėjimas už darbą. FMR gydytojai nedaro operacijų, todėl jiems užmokestis už darbą yra lygiai toks pat mažas, kaip ir šeimos gydytojams ar terapeutams, dėl to nemažai gydytojų dirba ne vienoje įstaigoje. Personalo darbo užmokestis turėtų būti didesnis, nes dabartinė situacija rodo, kad nemaža dalis darbuotojų dirba daugiau nei vienu etatu. Taip pat mums derėtų kelti atlygį už darbą, nes daugelis dirbame ne vienu etatu ar ne vienoje įstaigoje. Mažai dėmesio kreipiama į darbuotojų užmokestį. Žinoma, norėčiau didesnių pajamų, tačiau dirbu dvejose įstaigose.*

Todėl galima daryti išvadą, kad tai viena svarbiausių problemų, todėl siekiant tobulinti reabilitacijos paslaugų procesą, jai derėtų skirti išimtinį dėmesį formuojant veiksmingą ir efektyvią sveikatos politiką, didinant finansavimą ir efektyviai jį paskirstant.

Taip pat buvo identifikuota ir netinkamo (perteklinio) darbo krūvio problema: *Antra problema yra darbo krūvis, FMR gydytojas vienu metu kartais turi net iki 20 pacientų stacionare, kelias valandas per savaitę reikia skirti ambulatorinių pacientų priėmimui, pasitaiko ir budėjimų. Manau, kad mažai dėmesio kreipiama į darbuotojų krūvį.*

Taigi, remiantis respondentų nuomone, per daug apkrautas ir neteisingai paskirstytas darbo krūvis, neleidžia efektyviausiai vykdyti savo tiesioginių darbo užduočių. Todėl labai svarbus reabilitacijos proceso veiksmingo formavimo ir įgyvendinimo proceso aspektas, tinkamai parinkti ir garantuoti personalui adekvataus ir efektyvaus darbo krūvio paskirstymas.

Darbuotojų mokymų/ informacijos/ kvalifikacijos kelimo galimybių stoka taip pat įvardijami, kaip itin svarbi proceso problema: *Mums trūkta informacijos apie naujoves. Visame*

pasaulyje technologijos žengia nenumaldomu žingsniu į priekį ir mes dažnai net nespėjame pasivyti. Yra darbuotojų, kurie dirba pagal metodus išmokus prieš kelis dešimtmečius. Manau, kad mažai dėmesio kreipiama į darbuotojų, mokymus. Ergoterapeutai artimai bendrauja su pacientais, dažnai konsultuojamės su komandos psichologais, tačiau reikia išmokti, efektyviai bendrauti su žmogumi.

Tad, remiantis respondentų nuomone, tai itin reikšminga teikiamų reabilitacijos paslaugų proceso tobulintina sritis, kuri garantuotų veiksmingesnį proceso organizavimą ir vykdymą.

Taipogi respondentai pažymėjo, jog labai didelė problema, efektyviam darbo organizavimui, yra tinkamų techninių priemonių darbui ir pacientų reabilitacijos procesui nepakankamumas/ stoka: *Gydytojams yra užkrauta per didelė dokumentacijos pildymo našta. Kiekvienas procesas turi būti aprašytas, nuo to kenčia laikas, kuris turėtų būti skirtas bendrauti su pačiu pacientu, labiau įsigilinti į jo poreikius, sveikatos būklės pokyčius, artimųjų informavimą apie gydymą. Trūksta priemonių: pacientai turi nemažai vaistų, tvarsčių, higienos priemonių pirkti patys, ligoninė neturi tiek lėšų ir dažnai kompensuoja tik pigiausias preparatus. Palatose dažniausiai gydoma po 3-4 pacientus, visi žmonės yra skirtingi, todėl dažnai trukdo vieni kitiems, nuo to kenčia ir gijimo procesas. Manau, kad mažai dėmesio kreipiama į darbo priemones. Mes kartais net iš namų nešame vaikų išaugtas kaladėles, kitokius žaislus, nes trūksta priemonių darbui. Norėčiau turėti atskirą darbo kabinetą, nes dabar juo dalinuosi su kita logoterapeute.*

Identifikuota, kad šiuo metu techninės priemonės: tiek darbo, tiek pacientų aptarnavimui nėra pakankamos ir jas būtina tobulinti, siekiant kuo efektyviaus organizuoti ir pati personalo darbą ir bendrai reabilitacijos proceso efektyvumą.

Kaip labai svarbi problema respondentų buvo išskirtas ir pačių pacientų informavimo/ motyvacijos stoka: *Pacientų motyvacijos stoka, ypač vyresnio amžiaus pacientai, tiesiog nieko nebenori, tik gulėti ir, tarkim, mankšta jiems tampa didžiausiu vargu. Pacientams dažnai trūksta motyvacijos. Jie nenori eiti į procedūras arba vis bando jas baigti anksčiau, tikisi, kad išgyti galima tik vaistų pagalba. Labai didelė problema yra pačių pacientų fizinės jėgos stoka, žmonės tiesiog negeba „ištempti“ visos treniruotės ir prašosi atgal į palatą. Dažnai trūksta pacientų motyvacijos. Jie greit pavargsta, nenori eiti į užsiėmimus, atsikalbinėja, kai nesiseka, atsisako mankštintis.*

Ši problema apibūdinta, kaip labai reikšminga ir jos sprendimas yra itin svarbus, kadangi pacientų mokymai ir švietimas pagerintų tiek paciento būklę, tiek jo suvokimą apie būtinas vykdymo priemones ir metodus, tiek ir jo jo integravimą į reabilitacijos procesą.

7 Lentelė: Specialistų (personalo) nuomonė apie reabilitacijos paslaugų teikimo proceso tobulinimo galimybes

Kategorija	Subkategorijos	Ištraukos iš interviu protokolo
------------	----------------	---------------------------------

REABILITACIJOS PASLAUGŲ TEIKIMO PROCESO TOBULINIMO GALIMYBĖS	Finansavimo tobulinimas	<p><i>Būtina didinti darbo užmokestį specialistams ir gydytojams, kad nereiktų ir toliau dirbti keliais etatais. Pagal poreikį turėti galimybę paprasčiau testuoti gydymo procesą, nes dabar baigus VLK kelialapį nebėra galimybės nemokamai gydytis. A</i></p> <p><i>Pirmiausia pradėčiau nuo darbo užmokesčio didinimo, nes jauni specialistai, atlikę praktiką Lietuvoje, pramokę vokiečių, norvegų ar švedų kalbą emigruoja, čia palikdami tuščias darbo vietas. Reiktų didinti finansavimą pačiam gydymui, kad pacientams nereiktų investuoti savo asmeninių lėšų į gydymą B labai didelį dėmesį skirčiau jaunų specialistų skatinimui likti dirbti Lietuvoje. Reikia kelti darbo užmokestį visiems C. Norėčiau, kad kad uždarbio užtektų dirbant vienoje įstaigoje C.</i></p>
	Darbo krūvių tobulinimas	<p><i>Mažinti krūvius darbuotojams. A</i></p> <p><i>Norėčiau, kad nereiktų dirbi ir privačiai, ir ligoninėje C</i></p> <p><i>Ir svarbiausias dalykas yra darbuotojai turėtų būti energingi ir nepervargę. E</i></p>
	Mokymai/kvalifikacijos kelimas	<p><i>Pacientų nuolat daugėja, išgyvenama vis po sunkesnių susirgimų, tad būtina investuoti į personalo mokymą, nuolatinius kursus, supažindinimą su naujomis gydymo tendencijomis. B</i></p> <p><i>Daugiau dėmesio skirti personalo mokymui, konferencijoms. C</i></p> <p><i>Reiktų susirūpinti naujų logoterapeutų mokymu, nes šių specialistų poreikis nuolat auga, o nauji specialistai ruošiami tik, berods, viename Lietuvos universitete. E</i></p>
	Techninės priemonės darbui ir pacientams	<p><i>Pirmiausia reiktų sparčiau įgyvendinti „elektroninės sveikatos“ programą, kad FRM specialistai „išliptų iš popierių“. A</i></p> <p><i>Būtina investuoti į personalo supažindinimą su naujomis techninėmis priemonėmis ir t.t. B</i></p> <p><i>Nuolat naujinti FMR skyriaus inventorių nuo keltuvų, neįgaliųjų vežimėlių iki funkcinių lovų, juk technika dėvisi. C</i></p> <p><i>Taip pat, kad būtų skiriamas didesnis finansavimas gydymo inventoriui. D</i></p> <p><i>Reiktų gerinti darbo sąlygas specialistams, kad nereiktų, keliese grūstis vienoje sporto salėje ar kabinet E</i></p>
	Pacientų švietimas ir mokymai	<p><i>Taip pat reiktų sveiką visuomenę, nes sunku dirbti su pacientais, kurie neturi fizinės ištvermės. A</i></p> <p><i>Na ir taip pat labai svarbu sveikos gyvensenos skatinimas visuomenėje, nes dabar labai gajus požiūris, kad viskas yra gydoma vaistais, o ne paties paciento jėgomis. C</i></p> <p><i>Svarbu, kad ir pacientai suprastų, kaip jiems svarbu yra smulkioji motorika ir keistūsi nusiteikimas į gydymą, nes dabar kartais susidaro įspūdis, kad jie nori tik vaistų, masažo ir vandens procedūrų. D</i></p> <p><i>Ir svarbiausias dalykas tiek pacientų motyvacija, o pacientai būtų norintys pasveikti E</i></p>

Paprašius specialistų (personalo) apibūdinti **Kaip Jūs asmeniškai siūlytumėte tobulinti reabilitacijos paslaugų teikimo procesą**, respondentai pateikė įvairių nuomonių.

Tad reabilitacijos paslaugų teikimo proceso tobulinimo analizė parodė, jog labai svarbiu koreguotinu ir tobulintinu aspektu tampa finansavimas, kuriams respondentai skyrė ypač daug dėmesio: *Būtina didinti darbo užmokestį specialistams ir gydytojams, kad nereiktų ir toliau dirbti*

keliais etatais. Pagal poreikį turėti galimybę paprasčiau tęsti gydymo procesą, nes dabar baigus VLK kelialapį nebėra galimybės nemokamai gydytis. Pirmiausia pradėčiau nuo darbo užmokesčio didinimo, nes jauni specialistai, atlikę praktiką Lietuvoje, pramokę vokiečių, norvegų ar švedų kalbą emigruoja, čia palikdami tuščias darbo vietas. Reikėtų didinti finansavimą pačiam gydymui, kad pacientams nereikėtų investuoti savo asmeninių lėšų į gydymą. Labai didelį dėmesį skirčiau jaunų specialistų skatinimui likti dirbti Lietuvoje. Reikia kelti darbo užmokestį visiems. Aš norėčiau, kad kad uždarbio užtektų dirbant vienoje įstaigoje.

Todėl galima daryti išvadą, kad tai viena svarbiausių sričių, kurią derėtų gerinti, formuojant veiksmingą ir efektyvią sveikatos politiką, siekiant tobulinti reabilitacijos paslaugų procesą.

Labai svarbiu koreguotinu aspektu buvo respondentų įvardijami ir neadekvatus ir netinkami veiksmingam darbui darbo krūviai: *Būtina mažinti krūvius darbuotojams, Aš norėčiau, kad nereikėtų dirbi ir privačiai, ir ligoninėje. Ir svarbiausias dalykas yra darbuotojai turėtų būti energingi ir nepervargę.*

Todėl labai svarbus reabilitacijos proceso veiksmingo formavimo ir įgyvendinimo proceso aspektas, tinkamai parinkti ir garantuoti personalui adekvataus ir efektyvaus darbo krūvio paskirstymas.

Didelis dėmesys, anot respondentų, turi būti skiriamas ir personalo kvalifikacijos kėlimui, organizuojant ir vykdant, bei nuolat skatinant darbuotojus dalyvaujant mokymuose/ kvalifikacijos kelimo kursuose: *Pacientų nuolat daugėja, išgyvenama vis po sunkesnių susirgimų, tad būtina investuoti į personalo mokymą, nuolatinius kursus, supažindinimą su naujomis gydymo tendencijomis. Daugiau dėmesio skirti personalo mokymui, konferencijoms. Reikėtų susirūpinti naujų logoterapeutų mokymu, nes šių specialistų poreikis nuolat auga, o nauji specialistai ruošiami tik, berods, viename Lietuvos universitete.*

Tad, remiantis informantų nuomone, galima daryti išvadą, jog tai itin reikšminga teikiamų reabilitacijos paslaugų proceso tobulintina sritis, kuri garantuotų veiksmingesnį proceso organizavimą ir vykdymą.

Taipogi respondentai pažymėjo, jog labai svarbus tinkamo darbo aspektas, yra tinkamų techninių priemonių darbui ir pacientų reabilitacijos procesui užtikrinimas: *Pirmiausia reikėtų sparčiau įgyvendinti „elektroninės sveikatos“ programą, kad FRM specialistai „išliptų iš popierių“. Būtina investuoti į personalo supažindinimą su naujomis techninėmis priemonėmis ir t.t. Nuolat naujinti FMR skyriaus inventorių nuo keltuvų, neįgalųjų vežimėlių iki funkcinų lovų, juk technika dėvėsi.*

Taigi galima daryti išvada, kod šiuo metu techninės priemonės: tiek darbo, tiek pacientų aptarnavimui nėra pakankamos ir jas būtina tobulinti, siekiant kuo efektyviau organizuoti ir pati personalo darbą ir bendrai reabilitacijos proceso efektyvumą.

Kaip labai svarbus aspektas respondentų buvo išskirtas ir pačių pacientų tinkamas ir mokymas: *Taip pat reiktų sveikinti visuomenę, nes sunku dirbti su pacientais, kurie neturi fizinės ištvermės. Na ir taip pat labai svarbu sveikos gyvensenos skatinimas visuomenėje, nes dabar labai gajus požiūris, kad viskas yra gydoma vaistais, o ne paties paciento jėgomis. Svarbu, kad ir pacientai suprastų, kaip jiems svarbu yra smulkioji motorika ir keistūsi nusiteikimas į gydymą, nes dabar kartais susidaro įspūdis, kad jie nori tik vaistų, masažo ir vandens procedūrų. Ir svarbiausias dalykas tiek pacientų motyvacija, o pacientai būtų norintys pasveikti.*

Tai labai svarbus aspektas, kadangi orientaciją į paciento švietimą sveikatinimo ir sveikos gyvensenos klausimai ženkliai pagerintų tiek paciento būklę, tiek jo suvokimą apie būtinas vykdymo priemones ir metodus, tiek ir jo integravimą į reabilitacijos procesą.

Apibendrinant, galima teigti, kad stebimas respondentų vieningumas apibūdinant reabilitacijos paslaugų teikimo proceso problemas ir jų galimus sprendimo variantus, tobulinimo būdus. Identifikuojamos tokios pagrindinės problemos kaip nepakankamo, netinkamo finansavimo (ir darbo užmokesčio) sistema ir turinys, darbo krūvio problemos, nepakankamas kiekis mokymų/ informacijos/ kvalifikacijos kelimo galimybių arba jų visiška stoka, akcentuojamas ir techninių priemonių (tiek darbo organizavimui, tiek jo veiksmingam įgyvendinimui) nepakankamumas/ stoka. Labai svarbia problema respondentai laiko ir pačių pacientų motyvacijos ir informuotumo nepakankamumą. Todėl, siekiant tobulinti procesą, rekomenduoja koreguoti šiuos probleminius aspektus, taip užtikrinant veiksmingą reabilitacijos proceso įgyvendinimą.

IŠVADOS

1. Išanalizavus sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimo teikiant reabilitacijos paslaugas teorinius aspektus/problemas, išsiaiškinta, kad sutrikus fizinei sveikatai, sutrinka sėkmingas asmens funkcionavimas supančioje, reabilitacijos procese be medicininių, sprendžiamos kitos aktualios pacientų problemos. Tad, siekiant sėkmingai užtikrinti reabilitacijos procesą, būtina veikti kompleksiskai. Reabilitacijos sistemos sudėtinės dalys: neįgalumo, darbingumo įvertinimas, specialistų rengimas, pajamų kompensavimas, socialinės paslaugos, transporto paslaugos, informacijos teikimas, rekreacija, aplinkos pritaikymas, techninės priemonės, ugdymas, profesinė reabilitacija, medicininė reabilitacija. Todėl svarbu sukurti efektyvią kompleksinę reabilitacijos sistemą, tam reikalingos tarpdisciplininės komandos, kas garantuotų proceso veiksmingumą ir efektyvumą. siekiant suformuoti veiksmingą sveikatos politiką būtina apimti visus glaudžiaia susijusius tarpusavyje faktorius: planavimą, prognozavimą ir finansavimą. Tad kuriant šiuolaikinę sveikatos priežiūros sistemą, ji privalo būti grindžiams nuosekliu strateginiu planavimu, proceso pokyčių analize ir valdymu. Tam būtina skirti dėmesį privalo tiek komandos sudėčiai ir profesionalumui, tiek techniniam materialiniam aprūpinimui, tiek tinkamam finansavimui, tiek ir sėkmingai vadybai, apimant strateginį planavimą, darbo veiksminga organizavimą bei atgalinio ryšio ir kontrolės priemonių įgyvendinimą.

2. Ištyrus sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimo teikiant reabilitacijos paslaugas reglamentavimą ir reguliavimą, nustatyta, jog visuomenės ir jos narių sveikata – tai ne tik medicininė ir socialinė, bet ir ekonominė bei politinė problema, todėl sveikatos priežiūra nuolat yra politinių institucijų veiklos sferoje. Sveikatos politikos pagrindinis tikslas apima sveikatos ir gerovės žymų pagerinimą, mažinant nelygybę sveikatos priežiūros sektoriuje, stiprinant visuomenės sveikatos veiklas ir užtikrinant prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas, kurios būtų universalios, teisingos, tvarios bei aukštos kokybės. Lietuvos sveikatos politika taip pat orientuojasi į šiuos tikslus ir uždavinius, nustatant sveikatos apsaugos sistemos pagrindus: bendrą sveikatos reikalų tvarkymą, visų sveikatinimo išteklių integravimą į bendrą sistemą, jų planavimą ir naudojimą, atsižvelgiant į sveikatinimo veiklos prioritetus, asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos priežiūros integravimą į bendrą sistemą, socialinio teisingumo užtikrinimą sveikatinimo veikloje.

3. Įvertinus vartotojų (pacientų) nuomonę apie reabilitacijos paslaugų teikimo procesą, jo problemas ir tobulinimo galimybes, išsiaiškinta, kad po reabilitacijos proceso dauguma - 36 proc. respondentų savo sveikatos pagerėjimą vertina kaip labai ženklų arba jau dalinai pakitusi bei liko patenkinti suteiktomis paslaugomis ir pakartotinai jomis pasinaudotų O tai nurodo, kad sėkmingai realizuojami reabilitacijos tikslai ir uždaviniai, byloja apie teikiamų paslaugų kokybę ir pacientų pasitenkinimą procesu. Didžioji dalis - 48 proc. (labai gerai –16 proc., gerai –32 proc) pacientų liko

patenkinti ir buvo linkę personalo darbą įvertinti gerai ir buvo patenkinti skirtomis procedūromis, organizuojant reabilitacijos procesą. Pacientai buvo patenkinti gyvenimo sąlygomis ir jiems buvo suteikiamos būtinos techninės priemonės, tačiau didelė dalis respondentų beveik trečdalis - 28 proc. ne visada jomis pasinaudoja, dėl savo nepakankamo informuotumo apie tokių priemonių suteikimą. Tad derėtų didinti pacientų informatyvumo tokiais klausimais, siekiant veiksmingesnio reabilitacijos proceso organizavimo ir vykdymo. Informacija apie reabilitacijos procesą patenkino didžiąją dalį respondentų - 50 proc., tačiau buvo ir tokių, kurie nebuvo patenkinti (negavo informacijos apie reabilitacijos procesą), tad į tai derėtų atkreipti dėmesį, tobulinant organizuojamą ir vykdomą reabilitacijos procesą. Pacientų nuomone - 66 proc, derėtų didinti reabilitacijos paslaugas teikiančių įstaigų finansavimą, kas užtikrintų tiek geresnes darbo sąlygas dirbančiam personalui, galėtų padidinti skiriamų procedūrų apimtį, turinį ir kokybę, garantuotų techninių pagalbos priemonių geresnę kokybę. Taip pat didžioji dalis respondentų pasisako už personalo kompetencijos didinimo būtinybę, kad paslaugas teikiantis specialistas būtų profesionalus ir kompetentingas ir nuolat didintų savo kompetenciją, gebėjimus ir įgūdžius. Tai galėtų pasitarnauti reabilitacijos proceso gerinimui.

4. Įvertinus specialistų (personalo) nuomonę apie reabilitacijos paslaugų teikimo procesą, jo problemas ir tobulinimo galimybes, nustatyta, kad specialistų komanda bendromis jėgomis, viso gydymo metu atlieka jiems paskirtus veiksmus, gydo, stebi, pacientą, kontroliuoja procedūrų reikmę, kontroliuoja būklę, bendrauja su artimaisiais. Taip pat yra užtikrinimas proceso nuolatinė kontrolė ir tęstinumas, esant reikalui paskyrimai yra koreguojami. Labai svarbiu aspektu, organizuojant ir vykdant reabilitacijos teikimo procesą, tampa nuolatinis veiksmingas visų sričių specialistų bendradarbiavimas, vieningas komandinis darbas. Taip pat čia itin svarbios ir asmeninės specialisto charakteristikos, apimančios žinias, įgūdžius, gebėjimus ir samanines savybes. Tik derinant visa tai kartu, galimas veiksmingas ir efektyvus reabilitacijos proceso organizavimas ir vykdymas. Stebimas respondentų vieningumas apibūdinant reabilitacijos paslaugų teikimo proceso problemas ir jų galimus sprendimo variantus, tobulinimo būdus. Identifikuojamos tokios pagrindinės problemos kaip nepakankamo, netinkamo finansavimo (ir darbo užmokesčio) sistema ir turinys, darbo krūvio problemos, nepakankamas kiekis mokymų/ informacijos/ kvalifikacijos kelimo galimybių arba jų visiška stoka, akcentuojamas ir techninių priemonių (tiek darbo organizavimui, tiek jo veiksmingam įgyvendinimui) nepakankamumas/stoka. Labai svarbia problema respondentai laiko ir pačių pacientų motyvacijos ir informuotumo nepakankamumą. Todėl, siekiant tobulinti procesą, rekomenduoja koreguoti šiuos probleminius aspektus, taip užtikrinant veiksmingą reabilitacijos proceso įgyvendinimą.

REKOMENDACIJOS

Specialisto vertinimu, siekiant pagerinti reabilitacijos paslaugų teikimo procesą, visų pirma, rekomenduojama išanalizuoti kiekvienos įstaigos teikiamų sveikatos paslaugų kompleksinę veiklą. Dėmesys privalo būti skiriamas komandos sudėčiai ir profesionalumui, techniniam materialiniam aprūpinimui, tinkamam finansavimui ir sėkmingai vadybai. Vystant kompleksinį požiūrį į strateginį planavimą, darbo veiksmingą organizavimą bei grįžtamojo ryšio ir kontrolės priemonių įgyvendinimą tikėtina, jog būtų pasiekti geresni rezultatai.

Augantys visuomenės reikalavimai medicininų paslaugų kokybei bei kintantys pacientų lūkesčiai sąlygoja tai, kad didėja konkurencija tarp gydymo įstaigų. Rekomenduojama skirti dėmesį į gydymo įstaigų biudžetą ir persikirstyti lėšas pagal prioritetus. Šiuo metu pastebima paslaugų teikimo koordinavimo stoka, socialiniai-ekonominiai netolygumai bei sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo trūkumai, kurie sudaro sąlygas tarptautinio medicininio „turizmo“ plėtrai ir mažina sveikatos priežiūros įstaigų galimybę gauti didesnę pelną. Šių problemų sprendėjai tiesiogiai turėtų būti sveikatos priežiūros įstaigų administratoriai.

Visuomenės sveikatos biurams rekomenduojama plėtoti sveikatos infrastruktūrą, kurti ir tobulinti visuomenės sveikatos gerinimo programas, gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, saugą, prieinamumą. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą, užtikrinant efektyvų viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimą ir pacientų srautų valdymą. Lietuvos Respublikos Sveikatos ministerijai svarbu sukurti efektyvią kompleksinę reabilitacijos sistemą, įgalinančią pradėti reabilitaciją jau pirmomis sunkios ligos ar traumos dienomis ir tęsti iki maksimalaus funkcinio aktyvumo atgavimo. Siekiant šio tikslo, būtina į šių paslaugų organizavimą ir teikimą žiūrėti, kaip į integruotą, tęstinį procesą ar priemones, kurios naudojamos, siekiant užtikrinti paslaugų kokybę, efektyvumą ir priežiūros tęstinumą, kurių rezultatas – pagerėjusi asmens ir visuomenės būklė.

LITERATŪRA

1. Abel-Smith B. (2016). An introduction to health: policy, planning and financing. Routledge Taylor & Francis
2. Allsop J. (2016). Health Policy and the NHS Towards 2000. Second edition. Routledge London
3. Bubnienė D., Ruževičius J. (2010). Kokybės valdymo sveikatos priežiūros institucijose ypatumai. Verslo ir teisės aktualijos. T. 5
4. Buivydas R. (2010). Lietuvos sveikatos sistema. Sveikatos politika ir valdymas. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje“ 1 (2). Sveikatos ekonomikos centras. Lietuvos sveikatos mokslų Universitetas. Mykolo Riomerio Universitetas. Vilnius
5. Glamba V., Jerešiūnienė O., Jerešiūnas A. (2010). Kokybės vadybos sistemos įtakos analizė reabilitacijos ligoninėje pacientų požiūriu. Medicinos Teorija ir praktika. Moksliniai tyrimai. T. 16 (Nr. 1) 69–74 p.
6. Černiauskas G., Jankauskienė D. (2010). Antrasis sveikatos reformos dešimtmetis. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje 1 (2). Vilnius. P. 4
7. Janušonis, V. (2012). Sveikatos apsaugos sistemos organizacijų valdymas. Klaipėda
8. Janušonis, V. (2004). Sveikatos priežiūros organizacijų kokybės sistemų valdymas. Visuomenės sveikata. Medicina. Slauga. Sveikatos mokslai. T.14 Nr. 1. P. 69-73
9. Jankauskienė D. (2010). Sveikatos politikos ir valdymo raida bei pagrindiniai dabarties iššūkiai. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje“1 (2). Sveikatos ekonomikos centras. Lietuvos sveikatos mokslų Universitetas. Mykolo Riomerio Universitetas. Vilnius
10. Jankauskienė, D. (2011). Sveikatos politikos vertybės ir iššūkiai artimiausiame dešimtmetyje. Sveikatos politika ir valdymas,. 1 (3): 7–26.
11. Jurgelėnas A., Juozulynas A., Norvaišas S., Šurkienė G. (2004/1). Visuomenės sveikatos plėtros integruotas tyrimas. Sveikatos mokslai. Visuomenės sveikata, Medicina, slauga. Nr.3 Vilniaus universiteto Eksperimentinės ir klinikinės medicinos institutas, Vilnius
12. Jurgelėnas A., Juozulynas A., Norvaišas S., Šurkienė G. (2004/2). Visuomenės sveikatos plėtros valdymas . Sveikatos mokslai. Visuomenės sveikata, Medicina, slauga. Nr.3 Vilniaus universiteto Eksperimentinės ir klinikinės medicinos institutas, Vilnius
13. Kairys J. (2010). Sveikatos priežiūros paslaugos Lietuvos gyventojų ir medikų akimis. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje“ 1 (2). Sveikatos ekonomikos centras. Lietuvos sveikatos mokslų Universitetas. Mykolo Riomerio Universitetas. Vilnius
14. Kosinskienė A., Ruževičius J. (2011). Sveikatos priežiūros valdymas ligoninėje. Medicinos teorija ir praktika. T. 17 (Nr.1)

15. Kosinskienė A., Ruževičius J. (2011). Kokybės vadybos priemonių poveikis sveikatos priežiūros įstaigų veiklos veiksmingumui. *Visuomenės sveikata*. 1(52)
16. Kriščiūnas A. (2005). Reabilitacijos sistema Lietuvoje (praeitis, dabartis, ateitis). *Medicina* (Kaunas) 41 (3)
17. Kriščiūnas A. (2008). Ligonių, sergančių lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, reabilitacijos ir gyvenimo visavertiškumo užtikrinimas. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2008
18. Kriščiūnas A. (2009). Moksliniai tyrimai reabilitacijos srityje. *Reabilitacijos mokslai: slauga, kineziterapija, ergoterapija* 1(1). Lietuvo kūno kultūros akademija. Klaipėdos Universitetas.
19. Kriščiūnas A., Mingaila S., Petruševičienė D., Rapolienė J., Bikutė I. (2009). Ergoterapijos paradigma reabilitacijos srityje ir jos profesinis reglamentavimas. *Reabilitacijos mokslai: slauga, kineziterapija, ergoterapija* 1(1). Lietuvo kūno kultūros akademija. Klaipėdos Universitetas.
20. Kvieskienė G., Čiužas R., Vaicekauskienė V., Šalaševičiūtė R. (2015). Kompleksinė pagalba neįgaliems žmonėms. *Mokslo studija*. Lietuvos edukologijos Universitetas.
21. Kudukytė-Gasperė R., Jankauskienė D. (2014). Integruotos sveikatos priežiūros paslaugos – į žmonių poreikius orientuotos sveikatos priežiūros sistemos skatinimas Europos regione. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2 (7). P 113-133
22. Petkevičius R. (2013). *Sveikata 2020: PSO veikla, prioritetai ir iššūkiai*. TLK metinė Konferencija. Panevėžys
23. Misevičienė I. (2011). Europos sveikatos politika ir prielaidos naujai Lietuvos sveikatos programai. „*Visuomenės sveikata*” Nr. 2 (53)
24. Petrauskienė A., (2010). Socialinio darbuotojo patirtis užtikrinans pacientų teises psichikos sveikatos priežiūroje. *Socialinis darbas*. Nr. 9(2)
25. Petrauskienė A., Zabelienė V. (2011). Socialinis darbas pirminėje psichikos sveikatos priežiūros institucijoje : paslaugų kokybės aspektas. *Socialinis darbas*. T. 10, Nr. 2, p. 279-288
26. Petrauskienė A., Daunoraitė L. (2009). Psichosocialinės reabilitacijos poreikio vertinimas; socialinio darbo atvejais. *Socialinis darbas*. Nr. 8(1)
27. Prokurotas R., Šilys A., Čepulis R., Gurevičius R. (2010). Slaugos kokybės vertinimo modelis EQ-5D-SL ir jo taikymas ilgalaikio gydymo ligoninėje. *Visuomenė ir sveikata*. 2010/3(50)
28. Pukinskienė D. (2011). *Slaugos Filosofija ir teorija*. Mokomoji knyga. KVK
29. Smilga E., Janušonienė K. (2007). Strategiškai orientuotos organizacijos veikimo principai sveikatos apsaugos sistemoje. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai*. Nr. 44
30. Staškutė I. (2014). Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės samprata, stebėsenos ir vertinimo metodai bei reikšmė sveikatos politikoje. *Sveikatos politika ir valdymas*. 1(6) p. 7–19
31. Štaras K. (2013). Ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių sveikatos specialistų darbo laiko paskirstymo tyrimas. *Sveikatos politika ir valdymas*. 1(5) p. 167–187

32. Zsuzsanna Jakab Z., Tsouros A. D. (2013). „Sveikata 2020“ – Siekiame Sveikato ir vystymosi dabartinėje europoje „Visuomenės sveikata“. Redakcijos skiltis. 4(63)
33. Varžinskienė L., Rudzevičiūtė J. (2009). Medikų požiūris į socialinio darbuotojo vaidmenį reabilitacijos specialistų komandoje. Socialinis darbas. Patirtis ir metodai. 4 (2). P. 67-88
34. Балабуха О. С. (2010). качество жизни как основа программ реабилитации онкологических больных. Международный журнал, Медицинская психология. No 4
35. Иванов Г.Г. (2012). Современные концепции профессиональной реабилитации инвалидов. Опыт работы профессионально реабилитационного центра в Санкт-Петербурге. Текст научной статьи по специальности «Право социального обеспечения»
36. Курникова И.А., Т.Е. Чернышова, В.В. Трусов, С.Н. Стяжкина, С.А. Зыкина (2010) Эффективность реабилитации больных сахарным диабетом на этапе восстановительного лечения. Текст научной статьи по специальности «Медицина и здравоохранение»
37. Мозокина С.Л. (2015). Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение. Теория и практика сервиса: экономика, социальная сфера, технологии. № 4 (26).
38. Намазова-Баранова Л.С., Малахов О.А., Тайбулатов Н.И., Поляков С.Д., Конова О.М., Малахов О.О., Челпаченко К.В., Лазуренко С.Б. (2012). Возможности восстановительного лечения пациентов ортопедического профиля в условиях современного реабилитационного центра. Текст научной статьи по специальности «Медицина и здравоохранение»
39. Павлов В. П., Павленко Т.М., Макаров С.А., Арсеньев А.О., Макаров М.А., Денисов Л.Н., Насонова В.А. (2009). Принципы реабилитации ревматологических больных. Ревмоортопедия и медицинская реабилитация. Научно - практическая Ревматология. № 2
40. Слабкий Г. А., Пархоменко Г. Я., Астахова Н. Ю. (2014). Здоровье 2020 - новая Европейская политика и стратегия в интересах здоровья населения. Вісник проблем біології і медицини. Вип. 3, Том 1 (110)
41. Федак К. В.С., Белецкий А.В. (2007). Медицинская реабилитация, паллиативная медицина в структуре здравоохранения в современном этапе. Медицина неотложных состояний. Медицина неотложных состояний.
42. Шахлина Л. (2012). Физическая реабилитация. Современные аспекты. Текст научной статьи по специальности «Медицина и здравоохранение». Журнал Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта.

ŠALTINIAI

1. Jankauskiene D. (2008). Sveikatos politikos ir valdymo vystymas. Prieiga internetu: <http://etalpykla.lituanistikadb.lt/fedora/objects/LT-LDB-0001:J.04~2009~1367169903621/datastreams/DS.002.0.01.ARTIC/content>
2. Ausėnaitė D. (2013). Reabilitacija Lietuvoje: problemos ir iššūkiai. Prieiga internetu: <http://www.vaistai.lt/Reabilitacija-Lietuvoje-problemos-ir-issukiai-2616.html>
3. Kickbusch I, Gleicher D. (2012). Governance for health in the 21st century. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, Prieiga internet: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf
4. Lenčiauskienė I. (2015). Modernioji visuomenės sveikata. Prienų rajono savivaldybės visuomenės sveikatos biuras. Preiga internet: <http://www.vsbprienai.lt/saugykla/failai/ilona.pdf>
5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (2014). Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos organizacinės metodinės rekomendacijos sveikatos priežiūros įstaigų vadovams. Prieiga internetu: http://www.emedicina.lt/lt/teisine_informacija/teises_aktai_gydytojui/lr.html
6. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. (2016). Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto skiriamų metinių lėšų medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinių) gydymo paslaugų išlaidoms kompensuoti planavimo tvarkos aprašo patvirtinimo. Vilnius. Prieiga internetu: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.44067E9679E0/jZDEnHohak>
7. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. (2015). Lietuvos Respubliko sveikatos apsaugos ministro 2015 m. liepos 24 d. įsakymas Nr. V- 889 „Dėl medicininės reabilitacijos įstaigų (padalinių) veiklos specialiųjų reikalavimų aprašo patvirtinimo“. Vilnius. Prieiga internetu: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/c272bd40377c11e5aee6f3ae4a9cfa2d/aTpvqfyZzl>
8. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. (2008). Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymu Nr. 338 „Dėl Minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“. Vilnius. Prieiga internetu: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.5F77961F8D8D>
9. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. (2016). Įsakymas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymo Nr. v-338 „Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“ pakeitimo. Vilnius. Prieiga internetu: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/3af9d260287e11e6acf89da936cb7409>

10. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. (2008). Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. sausio 17 d. Nr. V-50 „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinių) gydymo organizavimo“. Vilnius. Prieiga internetu: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.528500FDBAEE/pUXzZJxAyX>
11. Lietuvos Respublikos seimas (2014). Nutarimas 2014 m. birželio 26 d. Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo. Vilnius. Prieiga internetu: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/85dc93d000df11e4bfca9cc6968de163>
12. Skorupskas A. (2013). Integruotos sveikatos priežiūros plėtra Lietuvoje. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Vilnius. Prieiga internetu: [http://www.paneveziotlk.lt/userfiles/file/2014_II%20pusmetis/Integruota%20sveikatos%20prie%20C5%BEi%20C5%ABra%20Lietuvoje%20\(SAM%20A_Skorupskas\).pdf](http://www.paneveziotlk.lt/userfiles/file/2014_II%20pusmetis/Integruota%20sveikatos%20prie%20C5%BEi%20C5%ABra%20Lietuvoje%20(SAM%20A_Skorupskas).pdf)
13. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. (2016). Trumpai apie medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinių) gydymo paslaugas. Prieiga Internetu: <http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/sveikatos-prieziuros-paslaugas/medicinine-reabilitacija/Puslapiai/Trumpai-apie-medicinin%20c4%97s-reabilitacijos-ir-sanatorinio-gydymo-paslaugas.aspx>
14. Lietuvos Respublikos sveikatos Ministerija (2018). Sveikatos politika Europos Sąjungoje Prieiga internetu: <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/tarptautinis-bendradarbiavimas/sveikata-lietuvoje-europos-sajungoje-ir-pasaulyje/sveikatos-politika-europos-sajungoje>
15. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (2016). Daugiau apie medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinių) gydymo paslaugas. Prieiga internetu: <http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/sveikatos-prieziuros-paslaugas/medicinine-reabilitacija/Puslapiai/Daugiauapiemedicin%20c4%97sreabilitacijosirsanatoriniogydymopaslaugas.aspx>
16. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (2012). Dėl Medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinių) gydymo paslaugų išlaidų kompensavimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis ir šių paslaugų apskaitos tvarkos aprašo ir su juo susijusių medicininės apskaitos formų ir jų pildymo taisyklių bei medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinių) gydymo paslaugų rūšių ir profilių klasifikatorių patvirtinimo. Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus įsakymas 2012 m. rugsėjo 27 d. Nr. 1K-217. Vilnius. Prieiga internetu: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.3F8B3C7AA731/NvphlPHKPo>

PRIEDAI

VARTOTOJŲ (PACIENTŲ) APKLAUSA**Gerb. apklausos dalyvi/e,**

Atliekant tyrimą, kurio tikslas nustatyti ir įvertinti Jūsų nuomonę apie reabilitacijos paslaugų teikimo procesą, jo problemas ir tobulinimo galimybes, mums labai svarbi Jūsų nuomonė. Apklausa – anoniminė (nereikia rašyti nei vardo, nei pavardės). Surinkti duomenys bus naudojami rengiant mokslines išvadas bei praktines rekomendacijas, kurios padės tobulinti adaptacijos procesą.

Instrukcija. Prašom atidžiai perskaityti kiekvieną klausimą ir pasirinkti labiausiai Jums tinkantį atsakymo variantą (jį pažymėkite varnele (v) ar kryžiuoku (x)) arba įrašyti savąjį atsakymą. Labai svarbu, kad į visus klausimus atsakytumėte nuoširdžiai.

1. Kokia Jūsų lytis?

- Vyras;
- Moteris.

2. Koks Jūsų amžius?

- 18- 35 metų;
- 36- 50 metai;
- 51-65 metai;
- Daugiau nei 65 metai.

3. Kokia Jūsų socialinė padėtis?

- Studentas/Moksleivis ;
- Dirbantis;
- Bedarbis;
- Neįgalus;
- Pensininkas

4. Jūsų išsilavinimas:

- Pagrindinis;
- Vidurinis;
- Aukštasis.

5. Gyvenamoji vieta:

- Miestas;
- Užmiestis.

6. Kokia Jums nustatyta diagnozė:

- Širdiens ir kraujagyslių ligos;
- Nervų sistemos ligos;
- Galūnių amputacija.

7. Kiek lovadienių praleidote reabilitacijos skyriuje?

- Iki 20;

- 21-30;
- 31-40
- 40 ir daugiau.

8. Ar jaučiate sveikatos pagerėjimą?

- Taip, ženkliai;
- Taip, šiek tiek;
- Nežinau;
- Ne, nelabai;
- Visiškai ne.

9. Ar gydytumetės šioje ligoninėje dar kartą?

- Taip;
- Nežinau;
- Ne.

10. Ar manote, kad Jūs dar reikėtų tęsti reabilitacinį gydymą?

- Taip, norėčiau tęsti stacionare;
- Taip, norėčiau ambulatorinį gydymą;
- Nežinau.

11. Kaip vertinate reabilitacijos skyriaus personalą?

- Labai gerai;
- Gerai;
- Nežinau,
- Blogai;
- Labai blogai.

12. Ar esate patenkinta (s) Jums skirtomis procedūromis?

- Visiškai taip;
- Taip;
- Nežinau;
- Nelabai;
- Visiškai ne

13. Ar Jums buvo skirtos techninės pagalbos priemonės judėjimui?

- Taip, visos, kurių reikėjo;
- Taip, bet tik procedūros metu;
- Nežinau, kas man priklausė;
- Nelabai;
- Visiškai ne.

14. Ar esate patenkintas gyvenimo sąlygomis reabilitacijos skyriuje?

- Visiškai taip;
- Taip;
- Nežinau;
- Nelabai;
- Visiškai ne

15. Ar Jums buvoteikiama informacija apie reabilitacijos procesą?

- Visiškai taip;
- Taip;
- Nežinau;
- Nelabai;
- Visiškai ne

16. Ar manote, kad reikėtų didinti finansavimą reabilitacijos paslaugas teikiančioms įstaigoms?

- Taip;
- Ne;
- Nežinau.

17. Ar manote, kad reikėtų ilginti procedūrų trukmę?

- Taip, reikėtų visų;
- Taio, kai kurių;
- Nežinau;
- Manau, kad trukmė pakankama;
- Ne, reikėtų trumpinti laiką.

18. Ar manote, kad reabilitacijos personalui reikėtų didinti savo kompetenciją?

- Taip, tobulėti visada reikia;
- Taip, kai kuriems trūksta žinių;
- Nežinau;
- Ne, manau, kad komanda yra kompetentinga;
- Ne, nereikia.

19. Ar reikėtų didinti reabilitacijos specialistų kiekį gydymo komandoje??

- Taip, darbo krūvis darbuotojams per didelis;
- Taip, kai kurių specialistų, mano manymu, trūksta;;
- Neturiu nuomonės;
- Ne, manau, kad specialistų pakanka;
- Ne, jų ir taip per daug.

20. Ar esate patenkintas gyvenimo sąlygomis reabilitacijos skyriuje?

- Taip, gydymą gauna visi, kam jo reikia;
- Nežinau;
- Ne, sergančiųjų yra daugiau nei galimybių gauri gydymą.
- Visiškai ne

Dėkoju už nuoširdžius atsakymus!

SPECIALISTŲ (PERSONALO) INTERVIU

Gerb. apklausos Dalyvi (-e),

Atliekant tyrimą, kurio tikslas nustatyti ir įvertinti Jūsų nuomonę apie reabilitacijos paslaugų teikimo procesą, jo problemas ir tobulinimo galimybes, mums labai svarbi Jūsų nuomonė. Interviu – anoniminis (nereikia rašyti nei vardo, nei pavardės). Surinkti duomenys bus naudojami rengiant mokslines išvadas bei praktines rekomendacijas, kurios padės tobulinti mokymo procesą. Prašom atidžiai perskaityti kiekvieną klausimą ir pateikti Jūsų nuomone apie projekto ir savęs vertinimą pagal projekto tikslus ir uždavinius.

I. REABILITACIJOS PASLAUGŲ TEIKIMO PROCESO ORGANIZAVIMAS IR VYKDYMAS
1. Kokia Jūsų profesija?
2. Kokia Jūsų kaip specialisto darbo praktika?
3. Kaip vyksta ligonio būklės įvertinimas?
4. Kokios pagrindinės Jūsų funkcijos?
5. Papasakokite apie pagrindinę savo darbo veiklą.
II. REABILITACIJOS PASLAUGŲ TEIKIMO PROCESO PROBLEMOS
6. Kokios Jūsų nuomone yra pagrindinės reabilitacijos paslaugų teikimo problemos?
III. Reabilitacijos paslaugų teikimo proceso tobulinimo galimybės
7. Kaip Jūs asmeniškai siūlytumėte tobulinti reabilitacijos paslaugų teikimo procesą?

Dėkoju už nuoširdžius atsakymus!