

Reabilitacijos sistemos plėtojimas Lietuvoje

A. Kriščiūnas

Kauno medicinos universiteto
Reabilitacijos klinika

Santrauka. Straipsnyje apžvelgiamas reabilitacijos plėtojimas Lietuvoje, jos etapai, kryptys ir galimybės. Aptariama reabilitacijos sistema, apimanti daugiaprofilines ligonines, poliklinikas, reabilitacijos ligonines, sanatorių reabilitacijos skyrius bei reabilitaciją namuose.

Raktažodžiai: reabilitacija, neįgalumas.

Neurologijos seminarai 2006; 10(28): 73–75

Ilgą laiką prioritetinga medicinos kryptis buvo ūminių ligų diagnostika, gydymas ir profilaktika. Tačiau ilgėjant gyventojų amžiui pradėjo vyrauti lėtinės ligos, kurių profilaktika ir gydymo efektyvumas yra daug mažesnis negu ūminių ligų. Be to, medicinos pažanga, kurios dėka vis daugiau žmonių išlieka gyvi po sunkių traumų ir ligų, lemia tai, kad gydytojams vis dažniau tenka susidurti su ligų ir traumų pasekmėmis, kurios sutrikdo pagrindines žmogaus biosocialines funkcijas. Jų sugrąžinimui, korekcijai būtinas ne tik medicininių, bet ir socialinių, pedagoginių, profesinių priemonių kompleksas. Todėl sergančiųjų reabilitacijai skiriama vis daugiau dėmesio.

Terminas „reabilitacija“ juridine prasme vartojamas nuo senų laikų ir reiškia grąžinimą atimtų teisių [1]. Medicinoje šis terminas pirmą kartą oficialiai pavartotas tik 1946 m. Vašingtone vykusiame kongrese, kur buvo gvildenamas tuberkuliozinių ligonių gydymas. Medicinoje ilgą laiką šis terminas buvo tapatinamas su darbingumo po sunkios ligos ar traumos sugrąžinimu. Todėl dažnai sunkūs ligoniai, kurie neturėjo vilties grįžti į darbą dėl sunkios ligos ar traumos padarinių, reabilitacijos požiūriu buvo „nurašomi“. Egzistavo toks supratimas: kad ir ką darytum, jis vis tiek į darbą negrįš, vadinasi, jo reabilituoti nereikia. Taip dažnai atsitikdavo su pagyvenusiais žmonėmis, neįgaliais vaikais, sunkias traumas patyrusiais asmenimis, psichikos ligoniais.

1969 metais Pasaulinės sveikatos organizacijos ekspertai reabilitaciją apibrėžė kaip kompleksinį, koordinuotą juridinių, medicininių, profesinių, socialinių priemonių taikymą žmogaus funkciniam aktyvumui sugrąžinti. Grį-

žimo į darbą galimybė jau nebeakcentuojama. Svarbiausia – žmogaus savarankiškumas, jo gyvenimo pilnatvė. Šiuo apibrėžimu pabrėžiama, kad reabilituojamas ne atskiras organas ar organų sistema, o individas.

Reabilitacija iki šiol dažniausiai įvardijama kaip viena iš trijų tarpusavyje glaudžiai susijusių medicinos sričių, tai: profilaktika, ligų diagnostika ir gydymas bei reabilitacija. Pasaulinio reabilitologų kongreso metu Brazilijoje 2000 metais buvo teigiama: „Pasakyk, kokia šalyje yra reabilitacija, o aš pasakysiu, koks šalies medicinos lygis.“ [2]. Reabilitacija suprantama kaip baigiamasis medicinos sistemos etapas. Šiuo metu plėtojant reabilitacijos strategiją vis labiau akcentuojama, kad reabilitacija apima ne tik medicinos sritį, bet ir visas žmogaus veiklos sritis – šeimą, gyvenamąją aplinką, profesinę veiklą, laisvalaikį, kultūrą, sportą, religiją, bendruomeninius santykius. Pabrėžiama, kad žmogaus egzistencija yra socialinis procesas, kiekvienam žmogui būtina veikla. Ši veikla turi būti prasminga. Per veiklą žmogus įsitvirtina jį supančiame pasaulyje. Veikla padaro įmanomą žmogaus socialinių, ekonominių poreikių patenkinimą. Per veiklą žmogus daro įtaką savo sveikatai.

Reabilitacijos sistema įvairiose šalyse organizuojama, atsižvelgiant į šalies ekonomines sąlygas, sveikatos apsaugos sistemą, socialinio draudimo būklę, nacionalines ir vietos tradicijas. Pagrindiniai šios sistemos uždaviniai:

1. Neįgalumo profilaktika.
2. Neįgaliųjų integracija visuomenėje.

Neįgalumo profilaktika apima ligonių su ryškiais biosocialinių funkcijų sutrikimais reabilitacijos eigą apsunkinančių komplikacijų prevenciją. Tai pirmiausia tromboembolinių, širdies ir kraujagyslių sistemos nepakankamumo, pneumonijų, spastiškumo, pragulų, kontraktūrų, autonominės disrefleksijos, osteoporozės, heterotopinės osifikacijos ir kitų komplikacijų profilaktika.

Neįgaliųjų integracija visuomenėje priklauso ne tik nuo medicininės reabilitacijos, bet ir nuo reabilitacijos sis-

Adresas:

Aleksandras Kriščiūnas

Kauno medicinos universitetas

A. Mickevičiaus g. 9, LT-44307 Kaunas

Tel. (8 37) 32 6495, faks. (8 37) 32 6324

temos atskirų dalių sąveikos. Išskiriama trylika reabilitacijos sistemos dalių [3]:

1. Teisinė bazė
2. Medicininė reabilitacija
3. Profesinė reabilitacija
4. Ugdymas
5. Kompensacinė technika, protezavimas, ortopedija
6. Aplinkos pritaikymas
7. Kultūra, sportas, laisvalaikis, religija
8. Informacijos teikimas
9. Transporto sistemos paslaugos
10. Socialinė globa ir kitos socialinės paslaugos
11. Prarastų pajamų kompensavimas
12. Specialistų rengimas
13. Išlikusio darbingumo nustatymas

Tik esant pakankamai stiprioms visoms šios sistemos dalims galima tikėtis sėkmingos neįgaliųjų integracijos visuomenėje.

Šiuo metu Lietuvoje yra per 60 specializuotų reabilitacijos skyrių sanatorijose, poliklinikose, stacionaruose. Daugumoje jų vykdoma neurologinių ligonių reabilitacija reabilitacijos specialistų komandos principu. Ją dažniausiai sudaro:

- Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas
- Kineziterapeutas
- Slaugytoja
- Ligonis
- Šeimos narys
- Psichologas
- Ergoterapeutas
- Socialinis darbuotojas
- Ortozių specialistas
- Gydytojai konsultantai (neurologai, traumatologai, pulmonologai, kardiologai ir kiti specialistai)

Lietuvoje rengiami fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojai dvejų metų antrinėje rezidentūroje, rengiami kineziterapeutai, ergoterapeutai, slaugytojai, turintys reabilitacijos specializaciją, medicinos socialiniai darbuotojai, turintys aukštąjį išsilavinimą.

Reabilitacijos sistemai plėtoti svarbi 2002 m. parengta „Nacionalinė neįgaliųjų medicininės, profesinės, socialinės reabilitacijos ir integracijos programa 2003–2012 metais“ [4]. Vienas iš programos įgyvendinimo tikslų – sukurti efektyvią ligonių ir neįgaliųjų kompleksinę reabilitacijos sistemą, atitinkančią tarptautinius standartus, kuri leistų reabilitaciją pradėti jau pirmomis sunkios ligos ar traumos dienomis ir tęsti iki bus pasiektas maksimalus funkcinis aktyvumas. Siekiant šio tikslo, medicininę reabilitaciją būtina plėtoti:

1. Daugiaprofiliniuose stacionaruose. Medicininės reabilitacijos priemonės (kineziterapija, ergoterapija, fizikiniai veiksniai, logoterapija, psichoterapija ir kt.) būtinos 50% ligonių, gydomų daugiaprofiliniuose stacionaruose, ir 30% ligonių, gydomų ambulatoriškai. Kompleksinė reabilitacija (pirmas reabilitacijos etapas) turi būti vykdoma 20% stacionarinių ligonių, kuriems biosocialinės funkcijos sutrikusios ryškiai ir ilgą laiką. Kad tai galėtume įgyvendinti, būtina:

- Daugiaprofilinėse ligoninėse įkurti ankstyvosios reabilitacijos skyrius (10 000 gyventojų 1 stacionarinė lova). Tokiame reabilitacijos skyriuje turėtų būti ne mažiau kaip 30 lovų.

- Reabilitaciją daugiaprofilinės ligoninės stacionare vykdyti reabilitacijos specialistų komandos principu, užtikrinant reikiamas specialistų konsultacijas.

- Siekti, kad visi ligoniai, kuriems reikalinga reabilitacija, gautų ją nuo pirmų sunkios ligos ar traumos dienų.

- Daugiaprofiliniuose stacionaruose, nurodant lova-dienio kainą, reikėtų išskirti reabilitacijos paslaugų kainą. Ji turi sudaryti 3–4% lovadienio kainos lėšų. Tai užtikrintų pirmojo reabilitacijos etapo vykdymą, nes šis etapas iki šiol nėra ekonomiškai reglamentuotas.

- Siekti, kad visi ligoniai, kuriems reikalingas antrasis reabilitacijos etapas, būtų nukreipiami į reabilitacijos ligonines ir sanatorijų ar poliklinikų reabilitacijos skyrius.

2. Poliklinikose. Ambulatorinės reabilitacijos privalumai: ji gerokai pigesnė negu reabilitacija stacionare, ligonis neizoliuojamas nuo šeimos, jos trukmė gali būti ilgesnė (procedūros gali būti teikiamos kas antrą dieną). Plėtojant ambulatorinę reabilitaciją, būtina:

- Ambulatorinės reabilitacijos skyrius steigti prie miestų ir apskričių ligoninių, kuriuose yra stacionarinės reabilitacijos skyriai ir yra galimybė teikti kvalifikuotą pagalbą specialistų komandos principu, bei prie sanatorijų reabilitacijos skyrių.

- Ambulatorinei reabilitacijai nukreipti ligonius, kurių mobilumas nėra ribotas, jiems nereikalingos dažnos reabilitacijos procedūros, dietinis maitinimas.

3. Reabilitacijos ligoninėse ir sanatorijų reabilitacijos skyriuose. Šios reabilitacijos privalumai: užtikrinamas ligonio stebėjimas, naudojamos sudėtingos reabilitacijos technologijos, dietinis maitinimas, režimas bei kurortiniai gamtiniai veiksniai.

Plėtojant reabilitaciją sanatorijose, būtina:

- Nukreipti ligonius, kurių mobilumas yra ribotas, reikalingos dažnos procedūros, dietinis maitinimas, specialūs reabilitacijos įrenginiai, būtina nuolatinė ligonio būklės kontrolė.

- Užtikrinti jų specializaciją (ne mažiau kaip 30 lovų atitinkamo profilio).

- Vykdyti jose socialinės (profesinės) reabilitacijos programą, sprendžiant jos finansavimo klausimus.

- Parengti ligonių ir neįgaliųjų reabilitacijos algoritmus ir standartus pagal ligų profilius.

4. Reabilitacija namuose. Reabilitacijos namuose pagrindiniai uždaviniai: išmokyti ligonį savitarnos, gydomosios mankštos pratimų, apmokyti šeimos narius. Plėtojant reabilitaciją namuose, būtina:

- Užtikrinti sunkiems ligoniams ir invalidams reabilitacijos tęstinumą namuose.

- Nustatyti fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo, kineziterapeuto, ergoterapeuto, logopedo ir kitų specialistų apmokėjimo, teikiant reabilitacijos pagalbą namuose, tvarką.

- Organizuoti bendruomenės narių mokymą, kaip teikti reabilitacijos pagalbą namuose.

- Siekti glaudesnio ryšio, teikiant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas.

Labai svarbūs yra reabilitacijos specialistų rengimo klausimai. Šių specialistų šalyje tikrai nepakanka, todėl būtina:

- Organizuoti trūkstančių reabilitacijos specialistų rengimą ir perkvalifikavimą pagal Europos Sąjungos specialistų rengimo programas. Šiuo metu jau pereita prie trejų metų fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojų rengimo programos, rengiami kineziterapijos, ergoterapijos bakalaurai bei magistras.

- Praplėsti reabilitacijos kurso dėstymą medicinos fakulteto studentams, įvedant naujas disciplinas, tokias kaip kineziterapija, ergoterapija.

- Įdiegti Tarptautinės funkcionavimo, negalios ir sveikatos klasifikacijos [5] nuostatas praktiniame darbe.

- Skatinti mokslinius-tiriamuosius darbus reabilitacijos srityje.

Vykdam medicininę reabilitaciją taip pat būtina tobulinti ligonių funkcinės būklės vertinimo metodikas, diegti naujas reabilitacijos technologijas. Svarbu skatinti techninių reabilitacijos priemonių gamybą.

Naujas požiūris reabilitacijoje – tai pirmiausia suvokimas, kad žmogus yra socialinė būtybė, ir kiekvienas turi turėti ne tik lygias teises, bet ir galimybes realizuoti save tiek lokaliame, tiek globaliame pasaulyje [6]. Holistinis (visapusiškas) požiūris į žmogų reabilitacijoje apima visas jo gyvenimo sritis, todėl sprendžiant neįgalųjų problemas turi dalyvauti politikai, priimančys teisės aktus, bei juos įgyvendinantys visų lygių valdžios atstovai, visuomenė, sveikatos apsaugos, socialinės apsaugos organizatoriai ir, svarbiausia, patys neįgalieji. Svarbu, kad neįgalusis žinotų, jog „jis pats yra savo laivo kapitonas“, kad visi piliečiai turi lygias teises. Teiginys „lygios teisės“ nieko neduoda, turi būti užtikrintos ir galimybės joms įgyvendinti. Jei yra nepritaikyta aplinka, individualios pagalbos neįgaliajam reikšmė išauga, jei yra neįgalumo stigmatizacija – neįgaliojo nepriklausomumas ir dalyvavimas mažėja. Neįgaliajam ypač svarbu viltis ir motyvacija. Tai nėra tik dvasinė būklė, bet susiję su žmogaus patyrimu, galimybėmis perspektyvoje realizuoti tikslus, kurie asmeniui atrodo svarbūs. Akcentuojama, kad būti realistu – tai nereiškia, jog nereikia turėti svajonių.

Naujas požiūris reabilitacijoje – tai supratimas, kad reabilitacija yra veiklos sritis, kurioje būtinos profesinės (gy-

dytojai, ergoterapeutai, kineziterapeutai, socialiniai darbuotojai ir kt.), darbo reabilitacijos specialistų komandoje, institucijų veiklos, darbo su ligoniu ir jo šeimos nariais žinios.

Kompleksinės reabilitacijos sistemos sukūrimas yra didelis iššūkis medicams, visuomenei, politikams. Ji turi būti suvokiama kaip sudėtinga ir įvairiapusė teisinių, organizacinių, ekonominių priemonių sistema, padedanti žmonėms su sutrikusiomis biosocialinėmis funkcijomis jas atgauti, kompensuoti ir adaptuoti visuomenėje.

Gauta:
2006 02 15

Priimta spaudai:
2006 02 24

Literatūra

1. Tarptautinių žodžių žodynas. (Dictionary of International Terms). Vilnius: Alma Littera; 2003.
2. Community Home-Based Care. WHO; 2001.
3. R. Klimavičius. Reabilitacijos strategija. (Rehabilitation Strategy). Kaunas: KMA leidykla, 1995.
4. Nacionalinė žmonių su negalia socialinės integracijos 2003–2012 metų programa. (The National Social Integration Programme of the Disabled). Valstybės žinios No. 57, 2002 June 12; 74–92.
5. International Classification of Functioning, Disability and Health. World Health Organisation. Geneva, 2001.
6. Rethinking Rehabilitation. Abstract book of the 20th World Congress of Rehabilitation International. 21–24 June, Oslo, Norway, 2004.

A. Kriščiūnas

DEVELOPMENT OF REHABILITATION SYSTEM IN LITHUANIA

Summary

The article presents data on development of rehabilitation system in Lithuania. Tasks of rehabilitation system are prevention of disability and social integration of disabled people. Main parts of rehabilitation system are: legal, medical and vocational rehabilitation, education, technical means, environment adaptation, culture, sports, recreation, religion, information, transport adaptation, social care and services, training of specialists, and medical social expertise. Development of medical rehabilitation (in multiprofile hospitals, out patient clinics, sanatoriums, and home settings) are discussed.

Keywords: rehabilitation, disability.