LASS NARIŲ AKTYVUMO IR VEIKLOS STIPRINIMO ANALIZĖ

Projektas „LASS organizacijos stiprinimas“

Tyrimą atliko: Remigijus Civinskas, Jaroslav Dvorak

2022

Turinys

1. Įvadas ... 3
2. Neregių ir silpnaregių reabilitacijos tyrimų laukas: sampratos, problematika ir NVO vaidmenys ... 10
2.1. Socialinės neregių reabilitacijos paslaugų sampratos ir tyrimų problematika ... 10
2.2. Aklųjų ir silpnaregių reabilitacijos programos nacionalinėse viešosiose politikose ... 14
2.3. Reabilitacijos programų tyrimų problematika: prieinamumas, priimtinumas, kokybė nacionalinėse viešosiose politikose ... 19
3. Socialinė aklųjų ir silpnaregių reabilitacija Lietuvoje: politika, teisinis reglamentavimas, modeliai ... 24
4. LASS veiklų vystymas socialinės aklųjų ir silpnaregių reabilitacijos paslaugų srityse ... 29
5. Aklųjų ir silpnaregių požiūriai į kompleksinės socialinės reabilitacijos paslaugas ... 38
6. Aklųjų socialinės reabilitacijos paslaugų teikimo naudos ... 49
6.1. Naudų konceptualus pagrindimas ... 49
6.2. Socialinės reabilitacijos paslaugų ar projektų tikslai ir aklumo sąnaudos ... 51
6.3. Socialinės reabilitacijos paslaugų vertė ... 55
6.3.1. Kasdienio gyvenimo veikla ir instrumentinė kasdienio gyvenimo veikla ... 55
6.3.2. Psichinė sveikata ir emocinė gerovė ... 57
6.2.3. Gyvenimo kokybė ... 58
6.3.4. Paslaugos naudojimas ir išlaidos ... 59
7. Išvados ... 61
Rekomendacijos ... 66
Mokslinės publikacijos ir studijos ... 68
Teisės aktai ir dokumentai ... 72
Santrumpos ... 75

1. Įvadas

Temos aktualumas. Socialines, narių atstovavimo, viešojo intereso gynimo misijas vykdančioms Nevyriausybinėms organizacijoms (NVO) yra svarbu keistis ir prisitaikyti prie aplinkos veiksnių, narių lūkesčių ir poreikių. Tokių pokyčių paskatomis, kaip rodo moksliniai tyrimai, gali būti ne tik vadovų ar kitų narių sumanymai, inovatyvios veiklos idėjos, bet ir organizacijos, narių ar socialinės ir ekonominės problemos, kurių imasi spręsti NVO (Anheier, & Toepler, 2022; Maier et al., 2016). Viena iš pokyčių sričių yra susijusi su NVO ir kitų trečiojo sektoriaus veikėjų (socialinių įmonių, savanorių) įtraukimu į viešųjų paslaugų teikimą (Pestoff et al., 2012). Vakarų šalių vyriausybės, nacionalinės valdžios pertvarko viešųjų paslaugų sistemas (ypač socialines, švietimo, slaugos ir kitas), perduodamos nemažą dalį paslaugų teikti NVO ir socialinėms įmonėms (tai dar vadinama viešųjų paslaugų koprodukcija) (Loeffler, E., 2015). Panašią reformą Lietuvoje 2022 m. pradėjo rengti 18-oji LR Vyriausybė. Reformą numatoma įgyvendinti 2024 m. (vadovauja LR vidaus reikalų ministerija (VRM), o koordinuoja atskiros ministerijos) (LR Vyriausybė, 2021; LR VRM, 2022).

NVO (ypač veikiančioms narystės pagrindu) yra svarbu patenkinti ne tik narių ir tikslinių grupių kintančius interesus, bet ir spręsti įvairias socialines ir ekonomines ar kitų sričių problemas. Pavyzdžiui, Lietuvoje dėl visuomenės senėjimo didėja žmonių, turinčių regėjimo negalias, skaičius ir jiems reikia ne tik oftalmologų, optometrijos specialistų paslaugų, bet ir socialinės paramos, mokantis gyventi, turint regos sutrikimų, siekiant didesnio savarankiškumo, geresnės emocinės būklės ir socialinės įtraukties. Įvairialypės pagalbos iš NVO reikia ir žmonėms, praradusiems regėjimą dėl traumų ar kitų ligų. NVO, pasitelkusios profesionalius darbuotojus (psichologus, socialinius darbuotojus, ergoterapeutus, orientavimosi ir mobilumo specialistus, technologijų naudojimo asistentus) ar savo narius, gali padėti regėjimo negalias turintiems žmonėms adaptuotis ir keisti gyvenimo kokybę. Tai itin aktualu, nes tik 10–30 proc. aklųjų ir silpnaregių yra prieinamos reabilitacijos programos (Markowitz, 2016; WHO, 2019; Keeffe, 2019).

Tyrimo prieiga ir objektas. Lietuvos aklųjų ir silpnaregių sąjungai (toliau – LASS) ir kitoms NVO yra svarbu įsitraukti teikiant viešąsias paslaugas arba vykdant kitus projektus ne tik su savo organizacijos nariais, bet ir su kitais žmonėmis. Tiesa, akademiniuose tyrimuose yra pastebima, kad NVO turi būti profesionalios ir pasiruošusios teikti sudėtingesnes socialines

paslaugas (tyrimai atskleidžia, kad maždaug pusėje pasaulio šalių neregiams ir silpnaregiams šias paslaugas teikia NVO) (Chiang et al., 2011). Kita vertus, kaip atskleidė atlikto tyrimo duomenys, LASS prioretizuoja veiklas, susijusias su socialinės reabilitacijos paslaugų teikimu (žr. 5 skyrių). Šioje tyrimo ataskaitoje LASS aktyvumas ir veiklos stiprinimas nagrinėtas per jų vykdomas projektines veiklas, susijusias su kompleksinių socialinės reabilitacijos paslaugų akliesiems teikimu.

Problematika ir temos mokslinis bei ekspertinis ištirtumas. Metatyrimai ir bendrosios apžvalgos atskleidžia, kad reabilitacijos programos ir paslaugos neregiams ir silpnaregiams (angl. *low vision*) yra pakankamai plačiai nagrinėjamos tarpdisciplininių tyrimų lauke (van Nispen et al, 2020; Binns et al., 2012; Ryan, 2014). Akivaizdu, kad tai nulemia taikomų programų ar pačių teikiamų paslaugų pobūdis. Dažniausiai programų prieinamumo, turinio, atskirų priemonių taikymo, naudos dalyviams ir kitas problemas kelia ir jas nagrinėja mokslininkai oftalmologai, rečiau – optometrijos specialistai. Kita vertus, tyrimų lauke yra pastebimos ir ergoterapijos specialistų, psichologų, sociologų ar socialinio darbo mokslininkų publikacijos (Ravenscroft, 2019). Svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad nuo 1986 m., kai Amerikos aklųjų fondo rengiamose tarptautinėse konferencijoje (JAV, Kanadoje ir JK) buvo sukurtas šiuolaikinis silpnaregių reabilitavimo programų modelis, paskelbta šimtai publikacijų (Markowitz, 2016). Panašūs modeliai buvo sukurti ir asmenims, praradusiems regėjimą. Vis dėlto tiek vienas iš pirmaujančių mokslinių tyrimų lauke mokslininkas Samuelis N. Markowitzius, tiek ir kai kurie PSO ir kiti mokslininkai pabrėžia, kad nėra geriausio ir įrodymais pagrįsto modelio (vadinamojo pageidaujamo praktikos modelio, angl. *Preferred Practice Pattern*; Markowitz, 2016; Mogk, 2016).

Remiantis tyrimų lauką apibendrinančiomis publikacijomis, pastebima, kad dažniausiai nagrinėjamos šios kryptys: 1) paslaugų poreikis ir barjerai, mažinantys prieinamumą (paslaugų finansavimo, priimtinumo klientams, savalaikiškumo ir kt. aspektai); 2) programų turinys (modeliai, taikomų tarpdisciplininių intervencijų pobūdis (ir jų taikymo kontekstai, atvejai); 3) teikiamų paslaugų (projektai, daugiametės programos ir pan.) naudos ir jų veiksmingumas; 4) reabilitacijos programos asmens sveikatos ar socialinių paslaugų sistemose (Ravenscroft, 2019; van Nispen et al, 2020; Binns et al., 2012; Ryan, 2014). Sunku surasti aiškią tyrimų kryptį, jungiančią paslaugų teikėjus, suderinamumą su paslaugų sistemomis (asmens sveikatos, socialinių), finansavimą ir t. t. Yra nemažai pavienių tyrimų, bet nėra tyrinėtojus jungiančių grupių

konferencijose ar pan. Žvelgiant į tyrimų lauką, svarbu pastebėti, kad dauguma tyrimų yra empirinio pobūdžio, pagrįsti kiekybinio arba kokybinio tyrimo prieiga, bet yra ir apibendrinančių studijų.

Lietuvoje beveik netyrinėtos socialinės ir kitos paslaugos silpnaregiams ir akliesiems. Tiesa, yra straipsnių, kuriuose problema nagrinėjama netiesiogiai (Jonaitytė & Virbalienė, 2020; Zaikauskaitė et al., 2015). Tyrimui reikšminga Valstybės kontrolės audito ataskaita, kuri atskleidžia reabilitacijos paslaugų būklę Lietuvoje ir paaiškina prieinamumo problemas, koordinavimo trūkumus ir t. t. (2020). Plačiau šios publikacijos bus aptartos pirmoje ataskaitos dalyje. Vis dėlto galima apibendrintai konstatuoti, kad NVO, aklųjų ir silpnaregių bendruomenių įsitraukimo ar įtraukimo į reabilitacijos paslaugų teikimą tyrimų nėra daug, tačiau tokia perspektyva yra aktuali. Kita vertus, LASS įgyvendintų projektų ir kitų susijusių organizacinių procesų analizė gali atskleisti LASS pasirengimą, išteklių ir tinklaveikų tinkamumą, organizacinių procesų valdymo kokybę ir pan. Ši problematika ir užsakomajam tyrimui keliami reikalavimai nulėmė ir tyrimo tikslo bei uždavinių formuluotes.

Tyrimo tikslas – atlikti LASS narių aktyvumo ir veiklos stiprinimo analizę, remiantis socialinės reabilitacijos paslaugų teikimu.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išanalizuoti LASS reabilitacijos paslaugos gavėjų, darbuotojų ir ekspertų požiūrius į socialinės reabilitacijos veiklų vystymą, įvertinant dalyvių poreikius, lūkesčius, kokybės spragas ir tobulintinas sritis.
2. Išnagrinėti LASS tinklaveikas, siekiant tobulinti teikiamų paslaugų ir projektų kokybę.
3. Nustatyti teikiamų paslaugų ir projektinių veiklų spragas, tobulinimo apribojimus.
4. Atlikti socialinės reabilitacijos projektais teikiamų paslaugų naudų analizę.

Šioje ataskaitoje panaudota kokybinio tyrimo prieiga. Ši prieiga ir kokybinio tyrimo metodai dažnai taikomi nagrinėjant reabilitacijos programas ir projektus akliesiems ir silpnaregiams. Ji dažnai taikoma siekiant suprasti dalyvių (aklųjų ir silpnaregių) prieinamumo, tinkamumo, savalaikiškumo, naudų ir veiksmingumo problemas (Fraser et al., 2019; Nyman et al., 2012). Kokybinio tyrimo metodai (grupinių diskusijų grupės ir individualių interviu forma) yra taikyti Kanadoje ir kitose šalyse, tiriant paslaugų prieinamumą akliesiems. Šiuose tyrimuose siekiama išsiaiškinti trečiojo sektoriaus ir kitų veikėjų požiūrius, įsitraukimą, teikiant paslaugas regėjimą praradusiems žmonėms ir t. t. (Pearson, 2016; Kaldenberg, 2018; Rabiee et al., 2015).

Kokybinio tyrimo metodo pasirinkimas ir panaudojimas priimtinas dėl to, kad leidžia suprasti tyrimų dalyvių požiūrius iš 5 skirtingų įsitraukimo, žinojimo ir patirčių perspektyvų: 1) neutralaus ekspertinio požiūrio; 2) LASS interesų atstovavimo, 3) socialinės reabilitacijos paslaugų teikimo; 4) programos dalyvio (aklojo ar silpnaregio); 5) artimųjų, gyvenančių su akluoju ar silpnaregiu. Siekiant atskleisti nagrinėjamus reiškinius, buvo pasirinktas kokybinio tyrimo metodas, grupinis ir individualūs metodai. Nagrinėjami reiškiniai suponavo kokybinio tyrimo ir dokumentų analizės derinimą, o juos sujungė atvejo analizės metodas.

Tyrimo objektas. Šiame tyrime nagrinėjami LASS organizaciniai, veiklų vykdymo procesai ir tinklaveikos, remiantis vykdytomis aklųjų ir silpnaregių kompleksinės socialinės reabilitacijos programomis. Tyrimas koncentruojasi ties LASS organizacijos ištekliais, narių ir kitų veikėjų sąveikomis, praktikomis vykdant projektus. Pasirinkta vykdomas veiklas socialinės reabilitacijos paslaugų srityje nagrinėti pagal LASS 2021–2022 m. vykdytus *Kompleksinių socialinės reabilitacijos paslaugų akliesiems* projektus (vykdytojas VšĮ LASS pietvakarių centras). Pasirinkus šį atvejį, vertinti ir LASS vaidmenys (prioritetai, organizaciniai procesai, išteklių panaudojimas), ir pačių dalyvių bei jų artimųjų, projekto vykdytojų, ekspertų nuostatos ir požiūriai. Tyrimo tikslai ir pasirinktos medžiagos analizė peržengė projekto vertinimo apribojimus ir apėmė platesnius paslaugų poreikių, naudos ir viešosios politikos (socialinės ir iš dalies asmens sveikatos) bei sistemų plėtros aspektus (pvz., neįgaliųjų socialinės integracijos ar profesinės reabilitacijos sistema).

Kokybinio tyrimo problemos. Atliktas tyrimas yra empirinio pobūdžio (pasirinkta indukcinio tyrimo strategija) ir remiasi atliktomis deskryptyviomis studijomis. Konceptualus tyrimo pagrindas grįstas viešojo valdymo (viešųjų paslaugų reformų, taikomų modelių pertvarkų, viešosios politikos formavimo proceso, sąnaudų ir naudos analizės) ir socialinės reabilitacijos programų vertinimo sąvokomis (reabilitacijos paslaugų barjerai, šeimos įtraukimas į reabilitaciją, reabilitacijos veiklų tinkamumo). Remiantis atliktų tyrimų išvadomis, pasirinktomis konceptualiomis prieigomis ir derinant tyrimo temas, suponuotos kelios pagrindinės problemos:

1. Socialinės reabilitacijos veiklų vystymas gali sustiprinti LASS veiklas teikiant paslaugas ir taip patenkinti narių, regėjimo negalią turinčių asmenų ir visos visuomenės (valstybės) interesus.
2. Socialinės aklųjų reabilitacijos programos yra veiksmingos sąnaudų ir naudos aspektu dalyviams, jų artimiesiems ir visuomenei, t. y. valstybei.

3. Socialinių reabilitacijos veiklų plėtrą riboja prieinamumo, priimtinumo, turinio tinkamumo problemos ir kokybės spragos.

Siekiant atsakyti į tyrimo klausimus, buvo pasirinkta kokybinio tyrimo prieiga, derinant ją su atvejo analize ir grindžiamosios teorijos panaudojimu surinktų nuomonių ir faktų analizei.

Kokybinio tyrimo metodas

Imties sudarymas. Analizuojant tyrimo dalyvių požiūrius, patirtis ir veikimą, atlikti pusiau struktūruoti interviu. Tyrimui pasirinktas tikslinis imties sudarymas, numatant informantų kategorijas. Minėtą pasirinkimą lėmė keli pagrindai: 1) toks imties sudarymas apima kelias skirtingas temas, įtrauktas į tyrimą; 2) atskleidžia koncepcinę prieigą; 3) yra dažnai naudojamas atliekant paslaugų teikimo akliesiems ir silpnaregiams tyrimuose (Rapley, 2014; Colorafi & Evans, 2016).

Sudarant respondentų žemėlapį (informantų planą) ir tariantis dėl dalyvavimo grupinių diskusijų grupėse arba individualiuose interviu, buvo atsižvelgiama į dalyvavimo (paslaugų gavimas, teikimas, netiesioginis stebėjimas) aklųjų socialinės reabilitacijos programose faktus arba ekspertinį žinojimą (sprendimų priėmimas, susijęs su socialine bei sveikatos apsaugos politikomis; jų moksliniai ir ekspertiniai tyrinėjimai). Informacija surinkta remiantis LASS įgyvendintų kompleksinės socialinės reabilitacijos programos dalyvių sąrašais (siekta, kad į tyrimą įsitrauktų respondentai, paslaugas gavę 2021 ir 2022 m.). Paslaugos teikėjų ir ekspertų apklausa rėmėsi keliais informantų atrankos tyrimui kriterijais: 1) paslaugas teikę darbuotojai (vadovai, socialiniai darbuotojai ir kiti mokymų specialistai ar mokytojai); 2) išorės ekspertai (politikai ir vykdomosios valdžios institucijų atstovai, rengiantys ir (arba) priimantys sprendimus, oftalmologas gydytojas, Optometrininkų asociacijos atstovas, neįgaliųjų NVO veikimo ekspertas (akademikas-praktikas) (žr. 1 ir 2 lentelę). Iš viso atlikti 3 grupiniai ir 15 individualių interviu (dalyvavo 30 informantų).

1 lentelė. Kokybinio tyrimo informantai, tikslinės, stratifikuotos imties sudarymas

Programos dalyviai	Programos dalyvių artimieji	Paslaugų teikėjai	Ekspertai
14	4	6	6

Rengiantis grupiniams ir individualiems interviu, pagal anksčiau paminėtus kriterijus buvo sudaryti du galimų dalyvių sąrašai. Informantai surašyti pagal išskirtas grupes ir tinkamumą. Vadovautasi tokiu principu: jeigu informantas atsisakė dalyvauti tyrime (į informantus beveik visais atvejai kreiptasi telefonu), pereita prie kito kandidato sąraše; 5 proc. dalyvių (20 proc. iš

kandidatų sąrašo) atsisakė dalyvauti. Dalis informantų paminėjo (tiesiogiai ar netiesiogiai) atsisakymo motyvus – užimtumas darbe, netinkamas laikas interviu.

2 lentelė. Kokybinio tyrimo dalyviai

Kodas	Informantai	Data, būdas
INF1	Programos dalyvis	2022-11-11, nuotoliniu būdu
INF2	Programos dalyvis	2022-11-14, nuotoliniu būdu
INF3	Programos dalyvis	2022-11-14, nuotoliniu būdu
INF4	Programos dalyvis	2022-11-14, nuotoliniu būdu
INF5	Programos dalyvio dukra	2022-11-10 nuotoliniu būdu
INF6	Programos dalyvio žmona	2022-11-10 nuotoliniu būdu
INF7	Programos dalyvio mama	2022-11-09 nuotoliniu būdu
INF8	Programos dalyvio žmona	2022-11-11, nuotoliniu būdu
3 grupė	7 dalyviai (ekspertai): 2 paslaugų teikėjai, mokytojai, LASS atstovas, sveikatos klinikos atstovas, asociacijos atstovas, valstybės įstaigos atstovas	2022-10-21, mišriu būdu, 3 informantai Vilniuje, LASS centriniame padalinyje, ir 3 nuotoliniu būdu
INF10	LASS atstovas, vadovaujamos pareigos	2022-10-28, nuotoliniu būdu
INF11	Buvusi ilgametė LASS darbuotoja, vadovaujamos pareigos	2022-10-21, Vilnius, LASS centrinis padalinys
INF12	Mokslininkė	2022-10-20, nuotoliniu būdu
INF13	Gydytojas oftalmologas	2022-11-12, nuotoliniu būdu
INF14	LASS atstovas, pareigos susijusios su kompleksinės socialinės reabilitacijos projektų valdymu	2022-10-07, Kaunas, LASS skyrius
INF15	LASS atstovas, skyriaus pirmininkas ir programos mokytojas, socialinės reabilitacijos projektų valdymas	2022-11-19, nuotoliniu būdu
INF16	Mokslininkė, atliekanti socialinių paslaugų pertvarkų tyrimus	2022-11-19, Kaunas, VDU
INF17	Politikas, užėmė sprendimų priėmėjo pareigas vykdomosios valdžios institucijoje	2022-11-15, nuotoliniu būdu

Interviu atlikimo būdas. Diskusijų grupės ir individualūs interviu atlikti skirtingais būdais – nuotoliu arba susitikus su informantais (žr. 2 lentelę). Didelių techninių problemų nekilo, išskyrus kelis interviu: 1) dėl ryšio trukdžių buvo pristabdyta viena diskusijų grupė; 2) keli informantai turėjo pabaigti interviu kiek greičiau, negu buvo numatyta. Interviu buvo perklausyti, turinys apibendrintas ir nemaža dalis pokalbių transkribuoti. Atliekant transkripcijas, siekta autentiškai perteikti informantų reakcijas, tad palikti kai kurie šnekamosios kalbos elementai – ilgesnės pauzės, ištiktukai, emocinės reakcijos ir t. t. Interviu įrašus saugo atlikėjai.

Kokybinio tyrimo etika. Tyrimą atlikę ekspertai buvo įsipareigoję laikytis aukštų kokybinio tyrimo etikos standartų. Atliekant kokybinį tyrimą, buvo gautas aiškus sutikimas dėl dalyvavimo tyrime (dažniausiai tariantis telefonu) ir jo sąlygų (aptariamas galimas anonimiškumas ir interviu temos). Kokybinio tyrimo pradžioje buvo primenamos anksčiau aptartos sąlygos

(informacija apie anonimiškumą, konfidencialumo išsaugojimą) ir interviu taisyklės (pavyzdžiui, galimai sunkūs klausimai ir reakcijos; interviu nutraukimas, tolesnis darbas su interviu medžiaga, gautų rezultatų saugojimas ir kt.).

Dokumentų analizė. Interviu duomenys ir dokumentų analizė atskleidė LASS kompleksinės socialinės reabilitacijos programų vykdymo situaciją. Visus naudotus dokumentus galima suskirstyti į dvi dalis: 1) projekto dokumentai (ataskaitos, aprašymai ir informaciniai pranešimai, dalyvių apklausos ir t. t.); 2) LASS veiklos ataskaitos ir kiti dokumentai. Remiantis trianguliacijos metodu, t. y. interviu medžiaga lyginta su dokumentiniais šaltiniais, buvo siekiama sumažinti netikslumus.

2. Neregių ir silpnaregių reabilitacijos tyrimų laukas: sampratos, problematika ir NVO vaidmenys

Paslaugų akliesiems ir silpnaregiams tyrimų laukas yra platus, įvairialypis ir jame dominuoja empiriniai ir tarpdisciplininiai tyrimai. Tai nulėmė pats tiriamasis objektas, apimantis daugybę įvairių paslaugų, pradedant socialinėmis ir baigiant asmens sveikatos paslaugomis. Kita vertus, oftalmologų mokslininkų įdirbiai šiame lauke (palyginti su kitų sričių mokslininkų) yra gerokai didesni. Šioje tyrimo dalyje bus konceptualiai aptartos socialinės reabilitacijos neregiams ir silpnaregiams sampratos (sąvokos, jų taikymo kontekstai), studijų konceptualios prieigos ir empirinių tyrimų rezultatai. Atskirame poskyryje bus nagrinėjami socialinės reabilitacijos paslaugų teikimo modeliai ir jų taikymas. Tokia konceptų ir empirinių tyrimų analizė leis įvertinti mokslininkų ir ekspertų įdirbį, padės aptarti pasirinktus konceptus ir pagrįs jų pasirinkimą.

2.1. Socialinės neregių reabilitacijos paslaugų sampratos ir tyrimų problematika

Kas yra silpnaregių ir aklųjų reabilitacija? Norint atsakyti į šį klausimą, reikia pabrėžti kelis dalykus. Pirma, reabilitacijos apibrėžtys priklauso nuo nagrinėjamų reiškinių ir jų įvardijimų atskirais konceptais (pavyzdžiui, analizuojamas nedidelis regėjimo sutrikimas ar didelė regėjimo negalia ir (arba) aklumas) (Binns et al., 2012; Ryan, 2014). Tikslinės dalyvių grupės regos funkciniai rodikliai gali lemti programos pobūdį, modelį ir turinį. Antra, sutrikimo ir negalios pobūdis nėra vienintelis kriterijus, nulemiantis paslaugų paketą. Programos adaptavimą lemia ir klientų (tiek grupių, tiek individualūs) psichologiniai ir socialiniai poreikiai. Taigi, pirmiausia reikia išsiaiškinti, kas yra aklųjų ir silpnaregių reabilitacija.

Pasaulio sveikatos organizacijos ekspertai regėjimų sutrikimų ir aklumo reabilitacijos taikymą apibrėžia gana plačiai, apimdami skirtingus poveikių kontekstus. Jos tikslas įvardijamas, kaip *silpnaregių ir aklųjų gyvenimo keitimas, panaudojant liekamąjį regėjimą bei praktiškai padedant jiems adaptuotis ir spręsti socialines, psichologines, emocines, ekonomines problemas, sukeltas regėjimo sutrikimo* (WHO, 2019, p. 27). Reikia atkreipti dėmesį į tai, kad šis apibrėžimas apima dvi atskiras tikslines žmonių grupes – silpnaregius ir akluosius. Kompleksinis problemų sprendimas yra kita reikšminė dimensija PSO apibrėžime. Ji apima tarpdalykinės reabilitacijos intervencijas (tai detalizuoja ekspertai, pristatydami sampratą) ir kompleksinių aklųjų ir silpnaregių problemų sprendimą. Akademikų ir įvairių tarptautinių organizacijų (pavyzdžiui, Amerikos oftalmologų asociacija, Europos aklųjų sąjunga) apibrėžimuose silpnaregystės ir

aklumo reabilitavimas yra siejamas su tarpdalykine prieiga (ir teikiamomis paslaugomis), kai pagerinami asmenų gyvenimai, ir su kasdienybėje iškylančių iššūkių sprendimais, didesniu savarankiškumu, emocinių problemų sprendimu, mokymosi naudos supratimu ir regėjimo sutrikimo sprendimais (EBU, 2016; Fontenot et al. 2018; Ravenscroft, 2019; Binns et al. 2012; Markowitz, 2016). Mokslininkai, PSO ekspertai, praktikai pastebi, kad žmonėms, turintiems regėjimo sutrikimų, yra ar gali būti prieinamos įvairios intervencijos ir (arba) paslaugos ir jos gali būti įtrauktos į reabilitacijos programas (WHO, 2019; Markowitz, 2016). Šiuo atveju remiamasi visuotinai priimtinu regėjimo sutrikimo gydymo principu (įtvirtinta PSO asamblėjoje 2020 m. priimta rezoliucija), kuris numato, kad paslaugos ir pagalba turi būti integrali ir orientuota į žmones (angl. *integrated people-centred eye care*) (WHO, 2020). Šie principai yra perkelti į reabilitacijos akliesiems ir silpnaregiams intervencijas bei jų teikimą. Pirma, su regėjimo sutrikimus turinčiais žmonėmis dažniausiai dirba tarpdalykinės komandos ir taip užtikrinamas paslaugų integravimas. Dažniausiai tokios komandos įtraukia oftalmologus, optometrininkus, technologijų asistentus, savarankiško gyvenimo mokytojus, mobilumo ir orientavimosi instruktorius, psichologus, psichiatrus, ergoterapeutus, socialinius darbuotojus, įdarbinimo specialistus (Jaiswal et al., 2021; Fotenot, 2018). Tiesa, tam tikrais atvejais reabilitacijos programos apima tik siauresnės specializacijos specialistų grupes, pavyzdžiui, gali būti psichiatrų, psichoterapeutų arba oftalmologų ir optometrų grupės. Šiuo atveju programose nėra socialinių paslaugų dimensijos. Antra, specialistai paslaugas teikia pagal individualius poreikius.

Programų turinys ir pobūdis. Kitas svarbus klausimas yra susijęs su programos pobūdžiu, atsižvelgiant į tikslines grupes, tikslus ir turinį. Oftalmologijos mokslininkai išskiria kelias reabilitacijos formas, priklausomai nuo regėjimo sutrikimo. Dažniausiai programos kategorizuojamos į dvi grupes: praradusiems regėjimą (angl. *post-vision loss rehabilitation*) ir silpnaregiams (angl. *low-vison rehabilitation*) (Gordon et al., 2015; Markowitz, 2016; Pearson, 2016; Jaiswal et al., 2021). Pirmuoju atveju kalbama apie mažą regos likutį turinčius žmones ir jiems teikiamą reabilitaciją klinikose ar specialios terapijos programas, kuriose nemažas dėmesys skiriamas psichoemocinei būklei. Antrosios grupės atveju programos dažniausia apima tiek silpnaregius, tiek akluosius (turinčius mažą regos likutį) ir paslaugos yra individualizuojamos pagal žmogaus poreikį. Plačios aprėpties programos yra dominuojančios, nes jos relevantiškos pagrindinei problemai, susijusiai su regėjimo sutrikimų didėjimu dėl visuomenės pragyvenimo

lygio didėjimo. Be to, jos yra kompleksiškesnės intervencijų aspektu ir lengviau adaptuojamos pagal dalyvių poreikius.

Pagal turinį programos (pavyzdžiui, tarpdalykiniame modelyje, plačiai taikomame daugelyje šalių) dažnai yra skirstomos į 4 grupes: 1) tęstinės oftalmologų teikiamos paslaugos pagal paciento poreikius; 2) regėjimo reabilitavimas (klinikos specialistų teikiamos paslaugos panaudojant metodus, gerinančius regėjimą); 3) tarpdalykinės paslaugos; 4) psichoemocinės reabilitacijos programos (Ryan, 2014; van Nispen et al., 2020). Tarpdalykinių komandų modelis Vakarų šalyse pradėtas taikyti jau 1990 metais. Specialistų komandos dažnai pradeda dirbti su klientais klinikose, vėliau paslaugos teikiamos specialiuose centruose ir (arba) dažnai persikelia į gyvenamąsias aplinkas. Reikia pastebėti, kad komandos dažnai įdarbinamos ir teikia paslaugas per valstybės, regionų ar savivaldybės įstaigas, NVO (nacionalinės aklųjų sąjungos ir pan.) ir kartais jų paslaugos yra perkamos rinkoje. Apskritai, tarpdalykinės komandos modelis yra pakankamai universalus ir gali būti modifikuojamas (komandų sudėties, naudojamų metodų, taikymo ir kitais aspektais) kuriant konkrečią programą.

Įrodymai apie reabilitacijos programų veiksmingumą. Mokslinių tyrimų lauke yra ryški tema, susijusi su programų turiniu ar jų „intervencijų“ (paslaugų silpnaregiams ir neregiams) veiksmingumu, tinkamumu, efektyvumu. Šiose diskusijose mokslininkai ir praktikai kelia klausimą, ar tarpdalykinio modelio prieigoje galima sukurti aiškų intervencijų ir (arba) paslaugų standartą ir juo remiantis – programas (Markowitz, 2016; Pearson, 2016; Ryan, 2014). Taigi, galima trumpai apibendrinti mokslines diskusijas, susijusias su dviem klausimais dėl aklųjų ir silpnaregių reabilitacijos: 1) kodėl neatsirado vienas paslaugų standartas; 2) kiek yra veiksmingos programos.

Dalis mokslininkų kvestionuoja tokių „auksinių standartų“ paiešką ir pastebi, kad vieno ir veiksmingiausio įrankio nepavyko sukurti dėl skirtingų sampratų, skirtingų turinio elementų (pavyzdžiui, kokios intervencinės priemonės ar paslaugos turi būti įtrauktos ir t. t.) vertinimo (Jaiswal et al., 2021). Taip pat kanadiečių mokslininkai (vadovaujami Atul Jaiswal) pastebi, kad yra labai skirtingi regos sutrikimai, skirtingas paslaugų prieinamumas (dėl organizacinių, finansavimo ir skirtingų poreikių veiksnių), kitokie šalių ar regionų atvejų kontekstai ir t. t. Tiksliau, vieną paslaugų modelį turinio aspektu galima sukurti, tačiau jį sudėtinga veiksmingai pritaikyti (Jaiswal et al., 2021). Iškalbingi yra faktai, liudijantys, kad Kanadoje, Jungtinėje Karalystėje, JAV nėra nusistovėjusio modelio, pagal kurį būtų teikiamos paslaugos (Jaiswal et al.,

2021; Leat, 2016; Fotenot, 2018; Rabiee et al.). Tiesa, yra nemažai bandymų apibrėžti svarbiausių intervencijų ar paslaugų sąrašą ir nustatyti standartus. JAV, Kanadoje buvo sukurti visapusiškos regėjimo reabilitacijos (angl. *comprehensive vision rehabilitation*) modeliai. Pavyzdžiui, JAV oftalmologų asociacija sukūrė Regos reabilitacijos pageidautinos praktikos modelį (Fontenot et al., 2018). Europos neregių asociacija parengė Silpnaregių reabilitacijos standartų įgyvendinimo gaires (Fontenot et al., 2018). Panašioms rekomendacijoms parengti PSO 2018 m. subūrė darbo grupę, tačiau rezultatų kol kas nėra (WHO, 2018). Taigi, bandymai sukurti bendrą aklųjų ir silpnaregių reabilitacijos modelį, kalbant šachmatų terminais, atsidūrė patinėje situacijoje.

Tyrimų lauke galima aptikti kelias metastudijas, kurios paaiškina, kodėl nėra nusistovėjusio ir veiksmingo vieno modelio. Pavyzdžiui, Nyderlandų mokslininkų komanda, vadovaujama Ruth van Nispen, atlikusi išsamią analizę (išnagrinėtos 44 empirinės studijos ir 77 ataskaitos), padarė kelias išvadas: 1) nėra įrodymų, kad psichologinės terapijos arba tarpdalykinių grupių programos teikia naudą ir reikšmingai pagerina gyvenimo kokybę, susijusią su sveikata (angl. *health-related quality of life*); 2) yra nedidelių, tačiau akivaizdžių įrodymų, kad psichologinės terapijos programos ir metodai, gerinantys regėjimą, šiek tiek pagerina gyvenimo kokybę, susijusią su regėjimu (angl. *vision-related quality of life*); 3) kai kurios intensyviai taikomos tarpdalykinių komandų programos buvo naudingos dalyvių gyvenimo kokybei pagerinti. Tuo tarpu kitos nagrinėtos priemonės, pvz., oftalmologų teikiamos paslaugos klinikose ar antrinėje grandyje, yra mažiau keičiančios gyvenimo kokybę, tačiau naudingos dalyviams. Ši studija atskleidė, kad nemaža dalis reabilitacijos programų buvo naudingos dalyvių savarankiškumui didinti ir savigarbai stiprinti, palyginti su tais žmonėmis, kurie nedalyvavo programose arba laukė įsitraukimo. Be to, studija atskleidė, kad tokios programos yra naudingesnės akliesiems, o ne silpnaregiams (van Nispen et al., 2020). Kitos panašios studijos, atliktos nagrinėjant tarpdalykinių programų veiksmingumą, rodo didesnį ryšį tarp dalyvavimo programose ir gyvenimo kokybės pagerėjimo, psichoemocinių problemų sprendimo (Wallace et al., 2022; Virgili et al, 2022; Binns et al, 2012). Dalis mokslininkų rekomenduoja tęsti tarpdalykine prieiga pagrįstos pagalbos teikimą akliesiems bei silpnaregiams ir rinktis integruotą paslaugų teikimo kelią (Virgili et al, 2022).

Apibendrinant galima pastebėti tai, kad Vakarų šalyse jau seniai egzistuoja daugybė neregiams ir silpnaregiams skirtų reabilitacijos programų. Dauguma jų yra paremtos tarpdalykine prieiga (ar vadinamu modeliu) ir integraliomis paslaugomis, teikiamomis komandos specialistų. Tiesa, šios programos savo turiniu ir taikymu labai varijuoja ir nėra sukurto vieno „auksinio

standarto“, nors ir siekiama tokį nustatyti. Atliktos mokslinės metastudijos atskleidžia tai, kad reabilitacijos programos pagerina aklųjų ir silpnaregių gyvenimo kokybę, susijusią su rega ir šiek tiek su sveikata. Svarbu pastebėti kelis momentus. Pirma, aklųjų ir silpnaregių programos dažniausiai buvo orientuojamos į plačias dalyvių grupes, vertinant pagal regos sutrikimą. Tiksliau – taikomos programos ne tik silpnaregiams (RA 0,1–0,05), bet ir turintiems stiprių regėjimo sutrikimų bei akliesiems (nėra net šviesos pojūčio arba RA 0,01–0,04). Antra, PSO, Europos, JAV ir Kanados oftalmologų draugijos rekomenduoja taikyti programas, pagrįstas tarpdalykine prieiga, kuriose komandoje veikia ir oftalmologai, ir kiti specialistai, taip pat ir socialiniai darbuotojai, ergoterapeutai, savarankiško gyvenimo asistentai (mokytojai), įdarbinimo specialistai. Taigi, į šias programas integruotos ne tik socialinės, bet ir asmens sveikatos paslaugos.

2.2. Aklųjų ir silpnaregių reabilitacijos programos nacionalinėse viešosiose politikose

Sprendimų priėmėjams kyla daug klausimų dėl aklųjų ir silpnaregių veiksmingumo (van Nispen et al., 2020; Wallace et al., 2022; Virgili et al, 2022; Binns et al, 2012). Taip pat politikai kelia klausimus dėl jų efektyvumo sąnaudų ir naudos aspektu (Longo et al., 2020; Binns et al, 2012; Ryan, 2014; Patty et al, 2014). Galiausiai keliamas klausimas, kokios vykdomosios valdžios institucijos (ministerijos, departamentai, agentūros) yra atsakingos už reabilitaciją ir kokiu būdu yra teikiamos paslaugos (Longo et al., 2020; Fontenot et al., 2018).

Veiksniai, nulemiantys organizacinio modelio pasirinkimą. Kaip rodo atlikti tyrimai, atsakomybė už aklųjų ir silpnaregių socialinės reabilitacijos programas priklauso nuo kompleksinių veiksnių: 1) valstybės valdymo struktūros (federalinėse ar regioninėse valstybėse yra ryškesni skirtumai nuo unitarinių valstybių); 2) viešųjų politikų ir paslaugų sistemų pobūdžio (sveikatos apsaugos, socialinių, reabilitacijos sistemos yra pakankamai skirtingos); 3) teisinių paslaugų režimų ir tradicijos. Apskritai centrinės valdžios (kiek kitaip yra federalinėse ar vadinamosiose regioninėse valstybėse, pavyzdžiui, Ispanijoje, Italijoje) institucijos yra atsakingos už nemažą dalį reabilitacijos paslaugų. Taigi, socialinės reabilitacijos programos yra sveikatos, socialinės apsaugos ar reabilitacijos viešųjų paslaugų politikų dalis (dažniau jos yra integruotos į sveikatos paslaugų sistemas, bet neišvengiamai sutampa ir su socialinėmis paslaugomis) (Markowitz, 2016; Luu et al., 2020; Longo et al., 2020; Rabiee et al., 2015; Jaiswal et al., 2021; LRS, 2022). Nemažai šalių neturi specialių reabilitacinių programų akliesiems ir silpnaregiams (pavyzdžiui, pagrįstų tarpdalykine prieiga ar specialių psichoemocinių terapinių programų). Dalies

Europos gyventojai gali gauti paslaugas, kurios yra sudėtinė reabilitacijos sistemų dalis (LRS, 2022).

Nagrinėjant aklųjų ir silpnaregių reabilitacijos paslaugų teikimo organizacinius modelius (svarbu atskirti nuo tarpdalykinių komandų veiklos modelių, kurie susiję su intervencijomis ar paslaugomis ir jų turiniu), galima pastebėti, kad susiduriame su penkiais skirtingais tipais (žr. 3 lentelę).

3 lentelė. Aklųjų ir silpnaregių reabilitacijos paslaugų organizaciniai modeliai

Organizacinis modelis	Pagrindiniai bruožai ir privalumai bei trūkumai
Valstybės ir subnacionalinių institucijų kontroliuojamos įstaigos (angl. *in-house*)	**Pagrindiniai bruožai:** aklųjų ir silpnaregių programos yra sudėtinė sistemų dalis (dažniausiai – integruotos sveikatos apsaugos dalis). Dažniausiai paslaugas teikia specializuoti reabilitacijos paslaugų centrai. **Privalumai:** galima nuoseklesnė integracija į paslaugų sistemas, geresnis hierarchinio pobūdžio koordinavimas. Valstybė, regioninės valdžios ar savivaldybės stebi, kontroliuoja pavaldžių įstaigų veiklą ir gali inkrementinių sprendimų pagrindu keisti veiklos kryptis. Finansavimas tiesiogiai susietas su biudžetais ar draudimo fondais. **Trūkumai:** tvarkos įstaigose ir institucijos kartais yra biurokratizuotos, procedūros formalizuotos ir t. t., tai mažina programų priimtinumą. Kelios studijos atskleidžia, kad jų sąnaudos yra gerokai didesnės, negu perkant paslaugas iš verslo arba teikiant NVO. Skirtingo valdymo sričių ir pavaldumo įstaigos turi bendradarbiavimo spragų, nepakankamai horizontalus koordinavimas.
Nacionalinės aklųjų sąjungos (draugijos, asociacijos)	**Pagrindiniai bruožai:** aklųjų sąjungos (narystėmis pagrįstos NVO), kaip akredituotos įstaigos, perima atskiras reabilitacijos programas arba vykdo veiklas šioje srityje pagal projektus. Šių organizacijų vaidmuo yra didesnis šalyse, kurios nebuvo sukūrusios išplėtotų paslaugų sistemų, pavyzdžiui, Vidurio Europoje ir Baltijos šalyse. Aklųjų sąjungos turi sukūrusios specializuotus pagalbų centrus, kuriuos gali pritaikyti reabilitacijos paslaugoms teikti. **Privalumai:** aklųjų sąjungos, kaip stiprios narystės organizacijos, turi sukaupusios nemažai išteklių (nariai, samdomi darbuotojai, savanorių tinklai, rėmėjai, materialusis turtas) ir išplėtotas komunikacijos, savigalbos ir (dažnai) profesionalių paslaugų sistemas. Pasitikėjimas ir rėmimas visuomenėje yra ir iš suinteresuotų veikėjų. Vienas iš privalumų – organizacijų įdirbiai tinklaveikose ir ryšiai su savo nariais ir potencialiais naujais programų dalyviais. Aklųjų sąjungų specialistai gerai supranta kompleksinius potencialių programų dalyvių poreikius ir jų kaitą. **Trūkumai:** ribotos galimybės suteikti įvairesnes paslaugas, bendradarbiavimo su kitomis organizacijomis sunkumai, kai kurių profesionalių specialistų trūkumas.
NVO (ar plačiau NPO, socialinės ekonomikos įmonės)	**Pagrindiniai bruožai:** modelis vykdomas finansuojant NVO teikiamas paslaugas: 1) iš fondų, NVO ar reabilitacijos paslaugų rėmimo programų; 2) akreditavus numatant tęstinį finansavimą. JAV, Kanadoje, kai kuriose Europos šalyse dažnai paslaugas teikia universitetinės klinikos ar specialistų komandos, dirbančios šalia jų. Šioje veikloje specializuojasi NVO, veikiančios neįgaliųjų ar panašioje reabilitacijoje ir turinčios specializuotus

	centrus, specialistus. Dalyje šalių paslaugos yra teikiamos per bendruomenines organizacijas. **Privalumai:** NVO geriau įvertina dalyvių, jų artimųjų poreikius ir gali parinkti tikslesnes intervencijas ir greičiau spręsti iškilusias problemas. NVO gali įtraukti į veiklas savanorius ir yra lankstesnės paslaugų teikimo aspektu. Jomis labiau pasitikima. Tai yra svarbu ilgalaikių ar etapais atliekamų reabilitacijų metu, kai dalį paslaugų aklieji ir silpnaregiai gauna namuose ar netoli jų. NVO yra kūrybiškesnės siūlydamos intervencijas. Jos sukuria bendradarbiavimo tinklus bendruomenėse ir su kitomis organizacijomis. NVO gali sujungti tarpdalykines specialistų komandas ir suteikti organizacinį ir kitokį palaikymą. NVO gali pritraukti papildomų finansinių išteklių iš rėmėjų. **Trūkumai:** ribotos galimybės suteikti įvairesnių paslaugų dėl specializacijos (dažniau teikiamos socialinės, psichologų konsultacijos), tai gali mažinti paslaugų kokybę (sunkiau pritaikyti tarpdalykinių komandų modelį). Didesnės galimos paslaugų neužbaigimo, nepratęsimo rizikos, jeigu paslaugos finansuojamos per projektus (spaudimas dėl per mažo finansavimo ar padidėjusių išlaidų).
Viešųjų pirkimų modelis (ir akreditacija ar sertifikavimas, numatanti verslo įtraukimą į paslaugų teikimą)	**Pagrindiniai bruožai:** reabilitacijos paslaugos yra perkamos iš privačių klinikų, besispecializuojančių centrų, specialistų komandų ir pan. Pirkimų modelis numato, kad gali dalyvauti NVO ir viešosios įstaigos. Paslaugos yra perkamos remiantis nusistovėjusiomis pirkimų teisinėmis tvarkomis (konkursų organizavimas, pasiūlymų vertinimai pagal nustatytus kriterijus sutarčių sudarymas) arba remiantis akreditaciniais modeliais. **Privalumai:** galimybė įsigyti paslaugas, kai nėra valdžios įstaigų, NVO ir pan. Nusistovėjusi nuostata (nėra pakankamų įrodymų, tai patvirtina tik keli tyrimai), kad tokiu būdu galima naudingiau (kainos ir kokybės aspektu) gauti geriausios vertės paslaugas. **Trūkumai:** pirkimai nesuteikia užtikrintumo, nesustiprina besispecializuojančio verslo ar kitų organizacijų (ypač mažesnėse šalyse). Kai kurie tyrimai atskleidžia, kad pirkimai padidina paslaugų sąnaudas (remiantis keliais tyrimais JK).
Pavienių reabilitacijos paslaugų modelis	**Pagrindiniai bruožai:** atskiras paslaugas teikia pavieniai specialistai akreditacijos pagrindu. Šis būdas dažniausiai yra derinamas su kitais. Jo privalumas – reikalingų specialistų pritraukimas.

Lentelė sudaryta remiantis: OECD, 2015; EBU, 2018, Longo et. al., 2020; Rabie et.al, 2016; Rabie et.al, 2015; LRS, 2022; Fontenot et al., 2018; Luu et al., 2020; Jaiswal et al, 2021.

Dažniausiai taikomas yra valdžios (-ių) kontroliuojamų įstaigų modelis arba jis derinamas su kitais, perduodant kitų paslaugų teikimą NVO, nacionalinėms aklųjų organizacijoms arba verslui. Valdžios kontroliuojamų įstaigų modelis leidžia kompleksiškai ir integraliai derinti tarpdalykinių komandų ir (ar) oftalmologinių paslaugų (visais trimis lygiais sveikatos sistemoje – klinikiniu, antriniu ir pirminiu). Kita vertus, šis modelis turi trūkumų. Pirma, ne visos šalys turi integralias sveikatos apsaugos paslaugų sistemas arba nėra integruotos socialinės ir asmens sveikatos paslaugos. Be to, jis yra brangus (bei kitų, žr. 3 lentelę). Kai kurios studijos atskleidžia, kad valstybės ar regionų aklųjų ir silpnaregių reabilitacijos programos turi nemažų koordinavimo

spragų, neturi pakankamai gero planavimo ar finansavimo užtikrinimo (Swift et al, 2021; Jaiswal et al, 2021).

Veiksmingesne (tiesa, nėra pakankamai akivaizdžių įrodymų) alternatyva gali būti laikomas paslaugų teikimas akliesiems ir silpnaregiams naudojantis NVO ir nacionalinių aklųjų sąjungų reabilitacijos centrais ir komandomis. Kaip jau nagrinėta, jos turi daug patirties (dauguma nacionalinių aklųjų sąjungų daugiau ar mažiau veikia šiose srityse) (EBU, 2018; LRS, 2022; 20 šalių aklųjų sąjungų interneto puslapių peržiūra). Jų sukaupti ištekliai, reabilitacijos paslaugų centrai ar specialistai, visuomenės ir neįgaliųjų pasitikėjimas bei įdirbis yra ar gali tapti prielaida veiksmingam bendradarbiavimui. Be to, toks bendradarbiavimas atliepia šiuolaikines paradigmines nuostatas ir vertybes, susijusias su viešosios valdysenos, paslaugų perdavimo ar delegavimo, koprodukcijos ir kodalyvavimo idėjomis (McMullin, 2022).

Stabtelėti reikėtų ties vienu klausimu – koks NVO ar aklųjų sąjungų įtraukimo į paslaugų teikimą būdas būtų tinkamiausias? Vertinant konceptualią prieigą, aklųjų sąjungos įsitraukimas patenkintų pavedimo teikti (angl. *commissioning*) ir koprodukcijos (angl. *co-production*) sąvokas. Pastaroji reikštų tai, kad akliesiems ir silpnaregiams atstovaujanti organizacija teikia paslaugas bendradarbiaudama su valdžia. Kaip matyti iš mokslininkų publikacijų, narystės organizacijose leistų lengviau paslaugas įgyvendinti (Park, 2020). Pačios organizacijos yra ir paslaugų teikėjos, ir atstovauja naudotojų grupėms. Tokie vaidmenys ir interesai gali būti naudingi siekiant užtikrinti kokybę. Pastaraisiais metais atliekami tyrimai atskleidžia, kad šie kuriami socialinės globos, psichinės terapijos paslaugų modeliai yra perspektyvūs. Kita vertus, nacionalinės aklųjų organizacijos yra labai stiprios, tad gali teikti kokybiškas reabilitacijos paslaugas akliesiems ir silpnaregiams. Šis argumentas sumažina abejones dėl tokių organizacijų ribotų pajėgumų ir galimų rizikų. Socialinė misija ir atstovavimas viešajam interesui gali būti išskiriamas kaip dar vienas argumentas, pasisakant už neįgaliųjų NVO, kaip paslaugų teikėją. Tiesa, jos iš dalies atstovauja savo narių interesams, tačiau kartu savo veiklomis (dažnai nariams ar kitiems naudos gavėjams teikdamos paslaugas) vykdo ir socialinę misiją.

Kaip rodo empiriniai ir Naujosios bendradarbiaujančios valdysenos teorija pagrįstos koncepcijos idėjos, net ir didelėms organizacijoms yra svarbus finansinis tikrumas ir paslaugų teikimo ilgalaikiškumas (Kekez et. al., 2019; Loeffler, 2015 39; Sturgess, 2018). Vis dėlto akreditacijos (t. y. teikiant paslaugas nekonkursiniu būdu pagal trumpalaikius ar ilgalaikius susitarimus) ar panašūs modeliai buvo taikomi daugumoje Europos šalių socialinių paslaugų

srityje, o jų pasirinkimą nulėmė nusistatytos politikos prioritetai (Wollmann, 2018; Erlandsson et al., 2013).

Latvijos reabilitacijos paslaugų reforma. 2009 m. Latvijos Respublikos Vyriausybė specialiu nutarimu perdavė reabilitacijos paslaugų teikimą Latvijos aklųjų sąjungai ir Latvijos kurčiųjų asociacijai (LRS, 2022; Kylberg et al., 2015 (neatsižvelgiant į regėjimo sutrikimo laipsnį, išskiriantį minėtas dvi grupes), finansuojant jas iš valstybės biudžeto. Pastebėtina tai, kad asocijuotai NVO perduotų tiek asmens sveikatos, tiek socialinių reabilitacijos paslaugų teikimas ir yra vykdomas tarpdalykinio modelio pagrindu (LRS, 2022; LASS, 2022).

Latvijos aklųjų sąjunga paslaugas teikia per pavaldžią įstaigą – Latvijos aklųjų sąjungos reabilitacijos centrą (lat. *Latvijas neredzīgo biedrības rehabilitācijas centrs*; angl. *Rehabilitation Centre of the Latvian Society of the Blind*). Šis centras teikia paslaugas pagal individualų dalyvio (paciento) planą, o specialistai dirba tiek su grupėmis, tiek su pavieniais žmonėmis. Reabilitacija siekiama pagelbėti silpnaregiams arba akliesiems suformuoti ir (arba) patobulinti kasdieniame gyvenime reikalingus įgūdžius, pradedant maisto gaminimu ir baigiant skaitymu ir rašymu Brailio raštu. Reabilitacijos centras siūlo 4 socialinės reabilitacijos paslaugų kompleksus (LRS, 2022; LASS, 2022).

Išanalizavus aklųjų ir silpnaregių reabilitacijos programų organizacinius modelius, pastebėta, kad taikomi keturi pagrindiniai organizaciniai modeliai – valstybės ir subnacionalinių institucijų kontroliuojamų įstaigų, nacionalinės aklųjų sąjungų, perdavimo NVO ir viešųjų pirkimų. Dažniausiai taikomas yra valdžios (-ių) kontroliuojamų įstaigų modelis arba jis derinamas su kitais, perduodant kitu būdu paslaugų teikimą NVO, nacionalinėms aklųjų organizacijoms arba verslui. Šis modelis turi nemažai privalumų (galima nuoseklesnė integracija į paslaugų sistemas, geresnis hierarchinio pobūdžio koordinavimas; su biudžetais ar draudimo fondais tiesiogiai susietas finansavimas), tačiau kartu yra ir esminių trūkumų. Valstybės, regionų ar savivaldybių įstaigos yra pernelyg integruotos į sveikatos apsaugos sistemas (ne visos jos įtraukia socialines paslaugas), kartais yra nelanksčios ir brangios. Veiksmingesne (tiesa, akivaizdžių įrodymų yra nepakankamai) alternatyva gali būti laikomas paslaugų teikimas akliesiems ir silpnaregiams naudojantis NVO ir nacionalinių aklųjų sąjungų reabilitacijos centrais ir komandomis. Jų sukaupti ištekliai, reabilitacijos paslaugų centrai ar specialistai, visuomenės ir neįgaliųjų pasitikėjimas bei įdirbis yra ar gali tapti prielaida veiksmingam bendradarbiavimui. Tai atskleidžia Latvijos aklųjų sąjungos ir jai pavaldaus reabilitacijos centro veikla.

2.3. Reabilitacijos programų tyrimų problematika: prieinamumas, priimtinumas, kokybė nacionalinėse viešosiose politikose

Paslaugų poreikis ir jo tyrimai. Mokslininkai, pradėdami poreikio analizę, pirmiausia pastebi, kad dažnai net turtingiausiose šalyse paslaugos yra prieinamos tik daliai silpnaregių. Tai lemia poreikio mastas. Mokslininkai daro prielaidą, kad šių paslaugų reikia maždaug 10‑30 proc. (pateikiami mokslininkų duomenys varijuoja dėl skirtingų poreikių įvertinimo metodikų) populiacijos (pastaruoju metu) ir šis poreikis Vakarų visuomenėse tikėtina augs (Cruess et al., 2021; Jaiswal et al., 2022; Ryan, 2014; Markowitz, 2016). Mokslininkų grupė, vadovaujama Tess Bright, atliko metastudiją (nagrinėti 27 empirinių tyrimų duomenys), kuri atskleidė, kad paslaugų prieinamumas yra mažas visuose žemynuose ir ypač vidutinio ir žemo ekonominio išsivystymo valstybėse (2018). Be to, mokslininkų tyrimas parodė, kad paslaugos yra prieinamesnės miestų gyventojams ir aukštesnio ekonominio ir socialinio statuso žmonių grupėms. Mokslininkai, aiškindami prieinamumo priežastis, išskyrė kelis veiksnius: paslaugų nebuvimas (neprieinamumas), transporto trūkumas, nepriimtinumas (nesupratimas tokių paslaugų svarbos ir t. t.) (Bright et. al., 2018). Panašius tyrimų rezultatus gavo ir kiti mokslininkai, nagrinėję prieinamumo ir panašias aklųjų ir silpnaregių reabilitacijos problemas (Lam & Leat, 2013; Kaldenberg, 2019; Matti et al., 2011; Frazer et al, 2019). Apibendrinus visus tyrimo duomenis, galima išskirti keturis ribojančius veiksnius (žr. 4 lentelę).

4 lentelė. Aklųjų ir silpnaregių reabilitacijos paslaugas ribojantys veiksniai

Ribojantys veiksniai	Veiksnių pristatymas
Reikšmingai ribojantys prieinamumą veiksniai	
Prieinamumas (su paslaugų teikėju susijusios spragos)	Laukimas paslaugos, paslaugų nebuvimas.
Informuotumas - priimtinumas (su paslaugų gavėju ir socialine aplinka susijusios spragos)	Mažas informuotumas ir sąmoningumas, suvokiamo poreikio nebuvimas (tiek potencialus klientas, tiek jo šeima ar artimieji), emocinės baimės, kiti prioritetai, šalutinių ligų poveikiai, gėda ar stigma, psichoemocinė būklė, nepasitikėjimas paslaugų teikėjais, stereotipizavimas ir sąveikos su kitais asmenimis.
	Minimaliai ribojantys veiksniai
Geografinis prieinamumas (su paslaugų teikėju ir (ar) paslaugų gavėju susijusios spragos)	Atstumas iki paslaugos vietos, transporto problemos, palydinčiųjų nebuvimas.
Kokybė (su paslaugų teikėju susijusios spragos)	Diskriminacija ir nekokybiškos paslaugos, blogi santykiai su teikėju, komunikaciniai sunkumai, paslaugų teikėjui trūksta įgūdžių. Nepakankamai į klientus orientuotos paslaugos.

	Nepakankamas koordinavimas ir kitos organizacinės problemos.

Lentelė sudaryta remiantis: Lam & Leat, 2013; Kaldenberg, 2019; Matti et al., 2011; Frazer et al, 2019; Bright et. al., 2018, Nguyen et al., 2008.

Suprantama, paslaugų prieinamumą labiausiai riboja jų nebuvimas (žr. 4 lentelę). Kaip jau nagrinėta, daugelyje šalių tokių viešųjų paslaugų nėra arba jos teikiamos labai specializuotai ir su įvairiais apribojimais. Tai yra sisteminė problema, kuri nėra išsprendžiama organizaciniu lygiu ir operatyviniais sprendimais. Suprantama, kad tokiu atveju reikia kelti problemas ir keisti viešąsias politikas. Kita vertus, tai yra tam tikra erdvė aklųjų ir silpnaregių atstovams (NVO, medikų organizacijų ir t. t.) veikti ir bandyti paveikti sprendimų priėmėjus. Prieinamumą mažina ir paslaugos laukimo apribojimas. Tiesa, mokslininkai, vertindami šį ribojantį veiksnį, neturi vienos nuomonės. Mokslininkai, ypač psichologai, mano, kad įsitraukimas į reabilitacijos programas yra individualus ir jį gali nulemti psichoemocinė būklė, socialinės aplinkos neigiami poveikiai (pavyzdžiui, po regos staigaus praradimo didelė dalis pacientų patiria depresiją).

Pacientų informuotumas yra kitas reikšmingas barjeras (žr. 4 lentelę). Daugelyje mokslinių studijų diskutuojama, kodėl informacija nepasiekia tikslinių grupių ir kokie veiksniai galėtų padėti išspręsti problemas. Pavyzdžiui, tyrimai Vakarų šalyse rodo, kad ne visi oftalmologai, slaugos specialistai (tiek klinikose, tiek antrinio lygio) yra informuoti ir gali siųsti akluosius ir silpnaregius į šias programas (Basilious et al., 2019; Lam & Leat, 2013). Panaši problema yra ir su bendrosios praktikos gydytojais ir jų informuotumu apie galimą pagalbą pacientams. Kai kurios studijos siūlė problemą spręsti edukuojant gydytojus ir kitus medikus (Lam & Leat, 2013; Swift et al., 2021).

Kita vertus, ne visi aklieji ar silpnaregiai yra pasirengę ir motyvuoti kreiptis dėl paslaugų ir dalyvauti reabilitacijos programose. Daugybė studijų atskleidžia, kad pacientams ir jų artimiesiems trūksta supratimo apie reabilitacijos programas, jų įsitikinimai klaidingi ir suveikia stigmos (Fraser et al., 2019; Jaiswal et al., 2021; Kaldenberg et al., 2019). Apskritai psichologinių ribojančių veiksnių yra daug ir jie pakankamai reikšmingi. Tad labai svarbi pagalba ir supratimas iš asmenų, galinčių padėti peržengti baimes, ‑ medikų, psichologų, socialinių darbuotojų ir, be abejo, artimųjų. Su klientu susijusių veiksnių, lemiančių mažą paslaugų naudotojų motyvaciją, yra pakankamai daug ir jie dalį žmonių veikia kompleksiškai. Veiksnių analizė reikalauja dėmesingumo iš mokslininkų ir tinkamų tyrimų.

Nepalanki socialinė aplinka ir kitų žmonių požiūris mokslininkų vertinami kaip papildomos kliūtys. Pavyzdžiui, mokslininkų grupė, vadovaujama Sarah Fraser, atlikusi kokybinį

tyrimą, padarė išvadą, kad aplinkinių stereotipizavimas, socialinės stigmos riboja įsitraukimą į reabilitacijos programas (Fraser et al., 2019). Šias problemas bandoma spręsti per visuomenės mokymo ir požiūrių keitimą informacinių kampanijų pagrindu bei tikslingesnį žmonių informavimą. Taip pat kalbama, kad tinkamas konsultavimas (tinkamas naudų paaiškinimas) gali būti veiksminga priemonė padidinant motyvaciją jungtis prie aklųjų ir silpnaregių programos (Jaiswal et al., 2021).

Kliūtys įsitraukti į programas yra ne tik individualaus pobūdžio ar nepalankios socialinės aplinkos veiksniai, bet tai susiję ir su paslaugų teikėjų nekokybiškai teikiamomis paslaugomis (žr. 4 lentelę). Šie veiksniai nėra itin reikšmingi, tačiau svarbūs daliai žmonių, susiduriančių su neregyste ar regėjimo sutrikimais. Tyrimai atskleidžia, kad kokybę pirmiausia lemia lūkesčių netenkinimas dėl kompleksinių veiksnių (Jaiswal et al., 2021; Fontenot et al., 2018; Basilious et al, 2019).

Reabilitacijos paslaugų kokybė yra nagrinėjama keliomis tyrimo prieigomis. Kaip jau minėta, dažniausiai paslaugų kokybė analizuojama poveikių pacientui aspektu, įtraukiant poveikio gyvenimo kokybei, susijusiai su regėjimu (angl. *vision-related quality of life*), bei poveikio sveikatai kriterijus (angl. *health-related quality*) (Binns et al., 2012; Luu et al, 2020). Dar ši prieiga vadinama *pointervencine* (angl. *post-intervence*). Šioje mokslinių tyrimų prieigoje kokybė suprantama kompleksiškai (apima daugybę veiksnių grupių – fizinę, socialinę, funkcinę, psichologinę) ir nagrinėja kokybę poveikio elgsenai ir sveikatai aspektu. Optometrijos specialistai ir oftalmologai naudoja specialius klausimynus ir tyrimo metodikas (Selivanova et al., 2019). Šioje prieigoje siekiama holistiškai išmatuoti programų dalyvių charakteristikas prieš įsitraukiant į programas ir po įsitraukimo. Taip pat, remiantis šiomis tyrimo koncepcijomis, nagrinėjamas ir poveikis jų artimiesiems.

Regos sutrikimai ir tarpasmeninių santykių poveikiai. Dalį mokslininkų (daugiausiai psichologus, oftalmologus) sutelkė aklojo ar silpnaregio artimųjų poveikio tema (Mamali et al., 2022; Lehane et a., 2017, Lehane et a., 2018). Šie tyrimai iš dalies apima pagalbos, negalios įveikos temas, siejant jas su regos sutrikimų turinčių žmonių įsitraukimu į reabilitacijos programas. Pavyzdžiui, Freideriki Carmen Mamali (2022) vadovaujama danų ir kanadiečių mokslininkų komanda kokybiniame tyrime nagrinėjo kelias temas: 1) kintantį regėjimo sutrikimų turinčio asmens ir jo artimųjų (sutuoktinio, vaikų, temų) gyvenimo kontekstą, gyvenant kartu (nauji iššūkiai ir problemos, sunki emocinė būklė ir sutrikimai, komunikacijos problemos); 2) taikymąsi

ir prisitaikymą (angl. *adjustment and readjustment*) prie naujų problemų, susikuriant įveikos strategijas ir priimant ar atmetant pagalbą. Svarbu tai, kad mokslininkai nagrinėja problemų įveikos strategijas, siedami jas su veiksminga artimųjų pagalba aklajam, ir tam panaudoja kelias koncepcijas: 1) pagalbos priėmimas ir atmetimas; 2) teigiama ir neigiama pagalba (van Nispen, 2016; Mamali et al., 2022). Kitų mokslininkų išvados rodo, kad artimųjų santykius po didesnių regėjimo sutrikimų veikia kompleksiniai veiksniai ir visus juos įvertinti pakankamai sudėtinga (van Nispen, 2016; Mamali et al., 2022). Išnagrinėjus literatūrą, svarbu išskirti pagrindines kategorijas, kurios gali padėti išsiaiškinti artimųjų sąveikas, apimančias emocines ir socialines dimensijas (žr. 5 lentelę).

5 lentelė. Aklųjų ir silpnaregių ir jų artimųjų sąveika bei jų poveikis reabilitacijų programoms

Konceptualios dimensijos	**Kategorijos ir subkategorijos**
Problemos ir iššūkiai praradus regėjimą	*Psichoemociniai poveikiai* (frustracija, depresija, įtampa, izoliacija ir pan.). *Sumažėjęs aktyvumas ir socialiniai apribojimai* (orientavimasis – mobilumas, skaitymas, kelionės, sportas, darbo praradimas, izoliacija, komunikaciniai sunkumai). *Aplinkinių reakcijos* (mažas supratimas, stereotipizavimas, aplinkiniai neprisitaiko, diskriminacija, šeimos nariai abejoja neįgalaus asmens gebėjimu prisitaikyti). *Savęs praradimo jausmas* (savigarbos praradimas, traktavimas, kaip mažiau pajėgaus).
Parama ir įveikos	*Pagalbinės priemonės* (pagalba taikant technines priemones). *Socialinė parama* (pozityvaus optimizmo paieškos, apsisprendimas gyventi kokybišką gyvenimą, dėkingumas, mokymosi patirtys praradus regėjimą). *Pripažinimas* (pagalba susitaikant su regėjimo sutrikimu, savivertės kėlimas ir pan.). *Vengimas ir neigimas* (vengimas pripažinti negalios poveikius sau ir kitiems; apribojimų nepripažinimas; vengimas situacijų, kurios atskleis negalias). Problemų įveikų strategijos: 1) *parama siekiant gauti paslaugas* (regos reabilitacija, šeimos konsultavimas, valstybės ar savivaldybių teikiamos paramos ir paslaugų); 2) *socialinė parama* (emocinis rėmimas ir kasdienis rūpinimasis šeimos, draugų ir kitų žmonių, praradusių regėjimą).

Lentelė sudaryta remiantis: van Nispen, 2016; Mamali et al., 2022; van Nispen, 2016; Mamali et al., 2022; Lehane et a., 2017.

Nagrinėjant 5 lentelėje pateiktus duomenis, galima pastebėti, kad aklojo ar silpnaregio įsitraukimas į reabilitaciją gali būti nulemtas aktyvaus artimojo (šeimos narių, draugų), bet tai gali tapti ir

ribojančiu veiksniu. Mokslininkai plačiai išstudijavo, kaip aklojo ar silpnaregio problemų įveikos strategijose veiksmingai dalyvauja artimieji. Yra nustatyti veiksmingi jų teikiamos paramos mechanizmai, susiję su informacijos suradimu, konsultavimu, motyvavimu ir t. t. Tyrimai atskleidžia, kad netikėtas aklumas ar stipri silpnaregystė sukelia nemažą naštą šeimoms, ir problemų sprendimas reikalauja visų jos narių bendradarbiavimo. Tokiu atveju neregio artimieji yra pagrindinis negalios įveikimo šaltinis ir pagal jį gali būti derinamos problemų įveikos strategijos (Mamali et al, 2022). Kita vertus, sutuoktiniai, vaikai, tėvai ir draugai gali atlikti tarpininkų vaidmenį.

3. Socialinė aklųjų ir silpnaregių reabilitacija Lietuvoje: politika, teisinis reglamentavimas, modeliai

Prieš pereinant prie empirinio tyrimo, svarbu pasiaiškinti, kokia yra Neregių ir silpnaregių reabilitacijos politika Lietuvoje, aptariant jos tikslus ir atliktus vertinimus, nagrinėjant teisinį reguliavimą, skiriamus finansinius išteklius ir aptariant paslaugos teikimo modelį.

Politikos tikslai. Lietuvoje reabilitacijos politika siekiama įtraukti neįgaliuosius į visuomenę, bendruomenę, užtikrinant aukštesnę socialinio gyvenimo kokybę. Lietuva yra įpareigota vystyti šią politiką ir ratifikuotų sutarčių pagrindu (JT Neįgaliųjų teisių konvenciją), ir Europos strateginių dokumentų pagrindu (LRS, 2010). Šie dokumentai nustatė vieną iš valstybių politikų krypčių – tvarų ir teisingą reabilitacijos prieinamumo užtikrinimą. Nacionalinės neįgaliųjų integracijos strategijoje, teisės aktuose (Neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymas) ir juos įgyvendinančiuose programiniuose dokumentuose (Neįgaliųjų socialinės integracijos 2021–2023 metų veiksmų planas) išskirti pagrindiniai tikslai ir principai (SOCMIN, 2020; LRS, 1991).

Nesigilinant į bendruosius neįgaliųjų integracijos principus ir tikslus, matyti, kad Lietuvos valstybė neįgaliųjų politika siekia *suformuoti arba atkurti jų socialinius ir savarankiško gyvenimo įgūdžius, padėti įgyti išsilavinimą, užtikrinti galimybes dalyvauti visuomenės gyvenime bei darbo rinkoje* (LRS, 1991). Nacionalinis socialinės integracijos 2021–2023 metų veiksmų planas detalizuoja šiuos tikslus ir teigia, kad valstybės tikslas yra *užtikrinti neįgaliųjų socialinės integracijos priemonių įgyvendinimo tęstinumą, įgyvendinti naujas priemones, būtinas siekiant įtraukti neįgaliuosius į socialinį gyvenimą, skatinti valstybės institucijas bendradarbiauti su nevyriausybinėmis organizacijomis, dirbančiomis neįgaliųjų socialinės integracijos srityje*. Valstybė pabrėžia bendradarbiavimo būtinybę su minėtoje valdymo srityje besispecializuojančiomis NVO. Tai atitinka Ingridos Šimonytės vadovaujamos 18-osios Vyriausybės prioritetus, susijusius su socialinių paslaugų perdavimu ir adekvačiu finansavimu (Vyriausybės programos 93.2 punktas) (LRS, 2020; LRV, 2021).

Gali kilti klausimas, kokiai valdymo sričiai priklauso socialinės aklųjų ir silpnaregių programos. Kaip jau minėta, kai kuriose šalyse aklųjų reabilitacija yra priskirta prie asmens sveikatos valdymo, nes įtraukia medicininių paslaugų intervencijas. Kita vertus, tai nulemia nacionalinių sveikatos ir socialinės apsaugos sistemų ypatumai bei jų sutampančių sričių valdymo atsakomybės. Lietuvoje neįgaliųjų socialinės reabilitacijos paslaugos yra neįgaliųjų socialinės integracijos sistemos posistemė (Valstybės kontrolė, 2020).

Institucinė atsakomybė už socialinės aklųjų ir silpnaregių reabilitacijos politikos įgyvendinimą. Šią politiką įgyvendina LR Vyriausybė, remdamasi Socialinės apsaugos ministerija (SOCMIN), kaip institucija, atsakinga už valdymo sritį (LRS, 1991, Valstybės kontrolė, 2020). SOCMIN organizuoja ir koordinuoja įgyvendinimą bei kontroliuoja socialinės reabilitacijos politikos įgyvendinimą (LRS, 1991). Ministerijai pavaldus Neįgaliųjų reikalų departamentas (NRD), pasitelkdamas kitas organizacijas ir neįgaliųjų asociacijas, organizuoja politikos įgyvendinimą ir administruoja programas bei jų priemones, projektus (LRS, 1991). Pažymėtina, kad neįgaliųjų asociacijos yra suprantamos kaip politikos įgyvendinimo veikėjas ir turi aiškiai apibrėžtą statusą. Be to, Neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymo 7 straipsnis nusako ir patikslina galimas neįgaliųjų asociacijų funkcijas: *atstovauja neįgaliųjų interesams, padeda įgyvendinti neįgaliųjų socialinės integracijos priemones ir projektus: organizuoja socialinės reabilitacijos paslaugų teikimą neįgaliesiems, neįgaliųjų poilsį, sportą, turizmą, kultūrinę veiklą, tarptautinį bendradarbiavimą. Organizuodamos savo veiklą, neįgaliųjų asociacijos bendradarbiauja su valstybės ir savivaldybių institucijomis ir įstaigomis, gali gauti šių institucijų ir įstaigų finansinę paramą* (LRS, 1991). Šio straipsnio normos suponuoja ir specifikuoja tai, kad neįgaliųjų asociacijoms valstybė suteikia teisę teikti viešąsias paslaugas (jos yra įteisinti neįgaliųjų integracijos politikos ir socialinės reabilitacijos sistemos veikėjai). Tokią sistemą ir vaidmenis galėjo nulemti 1991-ųjų metų istorinis kontekstas. Tuo metu dalis neįgaliųjų organizacijų buvo reikšmingos paslaugų teikėjos dėl turimų pajėgumų ir didelio pavaldžių įmonių ir įstaigų skaičiaus bei sutelktų specialistų. Vis dėlto neįgaliųjų asociacijos sąvoka jau nėra vartojama poįstatyminiuose Neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymo įsakymuose, priimtuose visai neseniai, 2016–2022 m. (SOCMIN, 2020; SOCMIN, 2021).

Kompleksinių socialinės reabilitacijos paslaugų akliesiems teikimo tikslai, modelis ir organizavimas. Aklųjų ir silpnaregių (turinčių didelį regėjimo sutrikimą; RA mažiau 0,05) reabilitacijos paslaugų politika pradėta taikyti 2017 m. Paslaugų teikimas (vadinama praktikų programa) apibrėžtas SOCMIN įsakymu patvirtintu tvarkos aprašu (SOCMIN, 2017). Šios politikos tikslas – *atkurti, ugdyti, įtvirtinti orientacijos erdvėje ir savarankiško judėjimo (mobilumo), kasdienio gyvenimo ir komunikacijos įgūdžius, didinančius jo savarankiškumą bei galimybes dalyvauti visuomeniniame gyvenime* (SOCMIN, 2017). Teisės aktu apibrėžtas tikslas numato siekiamus rezultatus – aklųjų ir silpnaregių gyvenimo kokybės pagerinimą per gebėjimų ir įgūdžių suformavimą ar sutvirtinimą. Taip pat apibrėžiamas ir lūkestis, keisiantis elgsenas ir

leisiantis dalyvauti socialiniame gyvenime. Svarbu ir tai, kad apibrėžiamas paslaugų integravimas naudojantis specialistų komandos veikimu ir holistine prieiga integruojant nemažai intervencijų. Kita vertus, tikslo apibrėžimas neįtraukia oftalmologinių bei otometrinių paslaugų, kaip yra rekomenduojama PSO, autoritetingų oftalmologų asociacijų bei daugybės tyrimų (kaip nagrinėta, nors nėra tokių programų „auksinio standarto“, tačiau yra sukurta nemažai rekomenduojamų modelių). Tai yra reikšmingas trūkumas ir galimai riboja intervencijas. Interviu metu informantai teigė, kad spraga atsirado dėl to, jog Lietuvoje niekaip nepavyksta sistemingai integruoti asmens sveikatos ir socialinių paslaugų dėl valdymo sistemų uždarumo, institucinių interesų ir trūkumų koordinuojant valdymą (interviu su INF12; INF17; INF).

Pereinant prie paslaugų teikimo tvarkų analizės, atkreiptinas dėmesys, kad kompleksines socialinės aklųjų reabilitacijos paslaugas organizuoja, prižiūri ir kontroliuoja NRD. Sukurtas teisinis režimas numato, kad minėtos paslaugos yra teikiamos pagal Viešųjų pirkimų įstatymą (SOCMIN, 2017).

SOCMIN ministro įsakymu nustatytos tvarkos nustato ir reabilitacines intervencijas akliesiems, apimančias: 1) orientacijos erdvėje ir savarankiško judėjimo (mobilumo) ugdymą; 2) kasdienių įgūdžių ugdymą; 3) medicinos psichologo pagalbą; 4) profesinį konsultavimą ir orientavimą. Pagal nustatytas tvarkas, šias paslaugas turi teikti 5 specialistų komanda, įtraukianti: socialinius darbuotojus, medicinos psichologus, specialiuosius pedagogus (tiflopedagogai), kompiuterinio raštingumo specialistus (SOCMIN, 2017). Pagal nustatytas tvarkas apibrėžtas ir darbo procesas. Jis apima kompleksinių poreikių įvertinimą, intervencijų planavimą ir teikimą. Teisės aktu nustatytos tvarkos numato tai, kad tarpdalykinė komanda turėtų dirbti koordinuotai, vadovaujant paskirtam vadovui.

Kompleksinė socialinės reabilitacijos paslauga pagal savo apimtį yra maža (žr. 6 lentelę). Joje dalyvauja palyginti nedaug aklųjų (vidutiniškai 18 neįgaliųjų). Darbui su aklaisiais ir silpnaregiais buvo skirta nedaug laiko (2 781 valanda, daugiausia skiriant orientavimuisi erdvėje ir savarankiškam judėjimui bei kasdienių įgūdžių ugdymui). Beje, šios paslaugos buvo teikiamos specializuotuose paslaugų centruose (žr. 6 lentelę).

Pasibaigus paslaugoms, aklieji toliau negali gauti kompleksinių socialinės reabilitacijos paslaugų penkerius metus ir gali dalyvauti naujoje programoje tik po penkerių metų (iš dalies tai kompensuoja LASS, naudodamiesi savo teritorine tinklaveika ir specialistų, filialų pirmininkų įdirbiais) (3 diskusijų grupė; SOCMIN, 2017).Tai neužtikrina paslaugos tęstinumo ir labai

sumažina jos prieinamumą poreikį turintiems žmonėms (pavyzdžiui, dėl mažėjančio regos likučio).

Empirinė medžiaga atskleidžia tai, kad trys organizacijos teikė kompleksines socialinės reabilitacijos paslaugas akliems asmenims (žr. 6 lentelę). Du kartus pirkimus laimėjo ir paslaugas teikė valstybės kontroliuojama įstaiga – VšĮ Valakupių reabilitacijos centras (Kauno skyrius). Šios savininko teises ir pareigas įgyvendina NRD.

6 lentelė. Kompleksinių socialinės reabilitacijos paslaugų teikimas Lietuvoje 2017–2022 m.

Metai	Paslaugų teikėjas	Tipas	Dalyvių skaičius	Paslaugų apimtis, val.	Finansavimas, tūkst. Eur.
2022	VšĮ LASS pietvakarių centras	NVO, Neįgaliųjų organizacija	22	2 392	32
2021	VšĮ LASS pietvakarių centras	NVO, Neįgaliųjų organizacija	18	2 104	40
2020	VšĮ Valakupių reabilitacijos centras	Valstybės kontroliuojama, savininko teisės NRD	21	2 713	40
2019	VšĮ „Vilties žiedas“	NVO/NPO, socialinė įmonė	15	3 554	21
2018	VšĮ „Vilties žiedas“	NVO, socialinė įmonė	16	3 564	21
2017	VšĮ Valakupių reabilitacijos centras“	Valstybės kontroliuojama, savininko teisės NRD	18	2 361	21

Sudaryta remiantis: LASS, 2022b; SOCMIN, 2022.

VšĮ Valakupių reabilitacijos centras yra viena didžiausių socialinių paslaugų teikėjų. Ji specializuojasi teikdama daugybę įvairių paslaugų – medicininę ir profesinę reabilitaciją, socialinę globą, slaugos paslaugas senjorams, neįgaliesiems, silpnos sveikatos žmonėms ir šeimoms (VšĮ Valakupių reabilitacijos centras, 2022). Ši įstaiga yra įdarbinusi 102 darbuotojus ir teikia paslaugas keliuose paslaugų centruose. Ji gavo 128 311 eurų pajamų už reabilitacijos paslaugų teikimą (VšĮ Valakupių reabilitacijos centras, 2022b). Apžvelgus šio paslaugų teikėjo pozicijas reabilitacijos paslaugų industrijoje, galima pastebėti, kad ši valstybės institucijos kontroliuojama įstaiga nėra specializuota ir nedirba vien tik su negalios grupėmis. Kita vertus, ji turi paslaugų centrus, bendrų kompetencijų specialistų (medikų, socialinės srities). Ši įstaiga dalyvavo viešųjų pirkimų konkurse 2022 m. ir suinteresuota būtų teikti paslaugas toliau, nes turi paslaugų centrą, specialistus (patikslinantis pokalbis su VšĮ Valakupių reabilitacijos centro vadovu).

NVO „Vilties žiedas“ (teisinė forma VšĮ; dalininkai – du privatūs asmenys) yra dar viena įstaiga, kuri dalyvavo viešuosiuose pirkimuose ir kelis kartus laimėjusi teikė reabilitacijos

paslaugas akliesiems (žr. 6 lentelę). Ši įstaiga turi socialinės įmonės statusą ir teikia neįgaliųjų profesinės reabilitacijos ir socialines paslaugas, profesinį mokymą, gamina ir pritaiko ortopedines priemones. 2021 m. įstaiga gavo 1 064 110 eurų pajamų (pajamų iš socialinės reabilitacijos negauta) (VšĮ „Vilties žiedas“, 2022; VšĮ „Vilties žiedas“, 2022b). Pagal savo pobūdį tai yra socialinio (arba socialinės ekonomikos) verslo įmonė ir tai atskleidžia jos deklaruojama socialinė misija. VšĮ „Vilties žiedas“ turi sukaupęs nemažą darbo patirtį su neįgaliaisiais asmenimis. Vis dėlto socialinė reabilitacija nėra, kaip atskleidžia viešai skelbiamos ataskaitos, šios įmonės nuolatinė veiklos sritis. Interviu medžiaga atskleidžia, kad minėta įstaiga susidūrė su sunkumais formuodama tarpdalykinę specialistų komandą dirbti su aklaisiais (interviu su INF10; INF14).

Teikiant kompleksines socialinės reabilitacijos paslaugas, dalyvavo ir LASS (žr. 6 lentelę). Ši aklųjų ir silpnaregių sąjunga (jungia apie 5 425 narius) įsitraukė turėdama nemažą projektinių veiklų ir paslaugų teikimo praktiką. Ji turi ir paslaugų teikimo centrą (VšĮ LASS pietvakarių centras, kuris yra vienas iš trijų centrų LASS pavaldžių regioninių įstaigų), ir tarpdalykinę komandą. Be to, LASS bendradarbiauja su Palangos poilsio ir reabilitacijos centru „Pušynas“ (VRM priklausanti įstaiga), kuriame jos nariai ir kiti regėjimo sutrikimų turintys žmonės gauna medicininės ir socialinės reabilitacijos paslaugas (socialinę tiflopedagoginę pagalbą teikia besispecializuojantis darbuotojas). Čia paslaugas gavo pakankamai didelis skaičius aklųjų (2020 m. – 21, 2019 m. – 46; 2021 m. – 38) (LASS, 2022c). Tiesa, tai nėra programinis viešųjų paslaugų teikimas, o dirbama su klientais pagal jų poreikius (LASS, 2022c; LASS, 2021). 2021–2022 m. du LASS specialistai teikė mobilumo įgūdžių ugdymo paslaugas neregiams visoje Lietuvoje (išvažiuojamos paslaugos finansuojamos NRD, parėmus per neįgaliųjų asociacijų rėmimo finansavimo priemonę) (NRD, 2021; LASS, 2022d; LASS. 2022d) (šios organizacijos indėlis bus analizuojamas plačiau tolesnėse šios ataskaitos dalyse).

Baigiant reabilitacijos paslaugų teikėjų analizę, atkreiptinas dėmesys, kad viešųjų pirkimų modelis sukūrė konkurenciją tarp paslaugų teikėjų. Kai kurie viešųjų sutarčių teoretikai ir neoliberalizmo ideologijos (ar viešosios vadybos doktrinos) šalininkai teigia, kad tai turėjo sumažinti kainą ir užtikrinti aukštesnę kokybę (Greve, 2007; Hodge, 2018). Kita vertus, empiriniai tyrimai, paremti metaanalizėmis, nepatvirtina ryšio tarp pirkimų modelio ir žemesnės paslaugų kainos (kai kurių komunalinių paslaugų kaina būna mažesnė), bet aukštesnės kokybės (neturi jokio poveikio) (Hodge, 2018; Petersen et al., 2018). Kaip rodo danų mokslininkų atlikta metastudija, paslaugų pirkimai tikrai dažniausiai nesumažina paslaugos kainos (Petersen et al., 2018).

Nagrinėjant pirkimų modelį, galima pastebėti kitą veiksnį, kuris galimai lemia neskaidrumą ir nenorą keisti paslaugų teikimo modelio. Aklųjų ir silpnaregių politikos organizatorius yra NRD. Ji vykdo ir nagrinėjamų paslaugų pirkimus. Tuo pat metu ji yra ir VšĮ Valakupių reabilitacijos centro steigėja. Tai gali lemti kelias potencialias rizikas: 1) nenorą keisti modelį ir perduoti paslaugų teikimą NVO ne viešųjų pirkimų būdu; 2) galimą suinteresuotumą paremti pavaldžią ir kontroliuojamą įstaigą; 3) mažesnį dėmesingumą stebint ir vertinant paslaugų teikimo procesą ir rezultatus. Be to, per netiesioginio pavaldumo ryšį VšĮ Valakupių reabilitacijos centras patenka į SOCMIN valdymo sritį ir gali turėti įtakos politikos formuotojo interesams (pavyzdžiui, paremti valdymo srities valstybės kontroliuojamas įstaigas).

4. LASS veiklų vystymas socialinės aklųjų ir silpnaregių reabilitacijos paslaugų srityse

Kaip nagrinėta konceptualioje dalyje, reabilitacijos paslaugų teikimas akliesiems ir silpnaregiams priklauso nuo sisteminių veiksnių: socialinės ir sveikatos viešųjų politikų (ar siauresnių jų dalių, susijusių su reabilitacija), paslaugų sistemų ir konkrečių reabilitacinių intervencijų (dažniausiai pagrįstu tarpdalykinėmis komandomis) tikslinėms grupėms teikimo. Nagrinėjant šių viešųjų paslaugų politikų įgyvendinimą, teikiant reabilitacijos paslaugas, dažniausiai išskiriami finansavimo (skiriami asignavimai programoms ar jų priemonėms ir jų poreikis), paslaugų organizavimo modelis ir jų tinkamumas, reabilitacijos integravimas ar sąsajos su asmens sveikatos paslaugomis (Ravenscroft, 2019; van Nispen et al, 2020; Ryan, 2014). Mokslininkai, viešosios politikos analitikai nagrinėja paslaugas sisteminiu aspektu, apimdami jų pagrindinių elementų analizę (Jaiswal et al., 2021). Šioje dalyje adaptuota tokia prieiga empirinių duomenų analizei, išskiriant kelias pagrindines temas: 1) paslaugų finansavimo šaltiniai ir būdai; 2) aklųjų ir silpnaregių socialinės reabilitacijos teikimo organizacinis modelis; 3) LASS veiklos, prisitaikant prie sistemos ir siekiant aukštesnės kokybės ir veiksmingumo (didesnis prieinamumas, stabilumas ir užtikrintumas).

5.1. Aklųjų ir silpnaregių reabilitacijos sistema: LASS vaidmenys

Paslaugų finansavimo poreikiai, būdai ir sąsajos su organizaciniu modeliu. Adekvatūs, atliepiantys poreikius finansiniai ištekliai yra daugumos viešųjų reabilitacijos paslaugų sistemų esminis elementas (Kaldenberg, 2019). Kaip jau nagrinėta pirmame skyriuje, dažnai paslaugų prieinamumas ir kokybė priklauso nuo skiriamų finansinių išteklių (Kaldenberg, 2019). Kita vertus, tęstinis, užtikrintas finansavimo būdas lemia sėkmingą NVO ilgalaikį įsitraukimą į

paslaugų teikimą akreditacijos ar konkursinio finansavimo būdais. Be to, tai nėra tik siaurai techninis problemos sprendimas arba yra tik susijęs su geresniu biudžeto perskirstymu pagal prioritetus. Svarbu yra tai, kad viešųjų paslaugų finansavimas Lietuvoje buvo ir išlieka nepakankamas. Tai lėmė mažas mokestinių pajamų perskirstymas per nacionalinį biudžetą. Šio negatyvaus reiškinio pasekmė – nepakankamas socialinių paslaugų ir reabilitacijos finansavimas (OECD, 2022; Lazutka et al., 2018). Žinoma, yra ir kitas reiškinio paaiškinimas. Reabilitacijos paslaugų finansavimas yra pakankamai brangus, o jos ne visais negalios atvejais yra kritiškai reikšmingos. Taigi, šioje srityje yra visa grupė giluminių ir mažesnių problemų. Neišvengiamai politinės ir viešųjų politikų aktualijos yra nuolatinis Lietuvos vyriausybių veiklos iššūkis. Pastebėtina tai, kad finansavimo trūkumą, kaip sisteminę socialinės globos problemą, aptarė ir EBPO ekspertai 2022 m. pabaigoje išleistoje politikos analizės ataskaitoje (OECD, 2022). Jie pasiūlė tris mokestinius režimus, siedami juos su nepakankamo finansavimo problemos sprendimu.

Kokybinio tyrimo dalyvių buvo klausiama apie aklųjų ir silpnaregių paslaugų finansavimo poreikius pagal tinkamus organizacinius modelius. Atsakydami į klausimus, informantų dauguma konstatavo, kad finansavimas yra nepakankamas ir nepatenkina aklųjų ir silpnaregių poreikių (3 diskusijų grupė, interviu su IDV17; INF12; INF16; INF10). Jie įvardijo ir pagrindė daugybę paslaugų prieinamumo spragų ar kalbėjo apie neigiamus paslaugų stokos poveikius neregių ir silpnaregių gyvenimo kokybei, sveikatai ir pan. Šiose refleksijose finansinių išteklių trūkumo ar netinkamo perskirstymo problema aiškinta, kaip vienas iš silpnųjų reabilitacijos sistemos elementų. Tiesa, kai kurie tyrimo dalyviai pasidžiaugė esama padėtimi. Jie aiškino, kad gerai, jog yra bent kažkokios viešosios paslaugos ir LASS žmonės prisideda prie pagalbos.

Informantų ekspertų refleksijos socialinės reabilitacijos akliesiems ir silpnaregiams tematikoje kiek skirtingos. Vieni informantai svarstė, kad NVO yra sunku išgyventi, kai jos negali neįgaliesiems skirti pakankamų ar aukščiausios kokybės adekvačių paslaugų (interviu su INF14; INF16; INF13). Tuo tarpu kiti matė ir sisteminių trūkumų teikiant reabilitacijos paslaugas ir siejo jas su akreditacijos modelių įvedimu ir finansavimu (interviu su INF10; INF17; INF12). Štai vienas informantas išsamiai dalijosi savo įžvalgomis apie tai:

Ta neįgaliųjų socialinė reabilitacija yra paremta bendra programa, kuriai skiriama 5–6 milijonai eurų. Pirmiausia ji taikyta per NRD, o paskui perdavinėta savivaldybėms. Ir čia buvo einama prie akreditacijos. Vyko paieška kelių, kaip NVO padėti išlaikyti tęstinumą tame, ką jos daro. Ir tuomet mes pertvarkėme vaikų dienos centrų finansavimą [...] Tai ten buvo aiškiai labai

viskas sudėliota. Jeigu NVO yra akredituota, tai paskui jai „ateina“ pinigai. Tokiu būdu vaikų dienos centrams buvo užtikrintas paslaugų tęstinumas ir jiems jau nereikia kas metus rašyti projektų, galvoti apie išgyvenimą bei spėlioti, ar gaus, ar negaus pinigų. Tokiu būdu užtikrinama nuosekli veikla. Didžiausia problema dabar yra finansų skyrimas. Net jeigu ir sistema sustatoma tinkamai, galiausiai išsikovoti ir atplėšti iš biudžeto atskirai sričiai „pyrago dalį“ yra didžiulė problema. Kitaip sakant, schema buvo gerai sugalvota, bet dėl tęstinio užtikrinto finansavimo išliko problema. O štai kas vyksta neįgaliųjų reabilitacijoje, ten viskas yra pririšta prie bazinių išmokų. Ir čia atsiranda labai daug problemų, kadangi neįgaliųjų skaičius yra labai didelis, o resursai yra labai maži[1] (interviu su IDV17).

Šiame interviu informantas pastebėjo, kad net ir pakeitus organizacinį paslaugų teikimo modelį (perėjus nuo konkursinio NVO finansavimo prie akreditacijos), išliko užtikrinančio poreikius finansavimo problema. Jis savo nuomonę pagrindė keliais pagrįstais reformų pavyzdžiais, kurie buvo paremti akreditacijos modeliu ir detaliai aiškino finansavimo problemas. Panašiomis nuomonėmis dalijosi ir kita ekspertė, išskirdama grėsmes, susijusias su vaikų dienos centrų reformos pasekmėmis (ji rėmėsi savo tyrimų patirtimis) (interviu su INF14). Ji pastebėjo, kad NVO įtraukimą per akreditacijos modelį turėtų atliepti ir tinkamas finansavimo būdas (įvardyta schema) bei reabilitacijos politikos tęstinumas.

Nėra aklųjų reabilitacijoje nuoseklios sistemos. Pradėkime nuo to, kad ji vyksta vieną kartą metuose ir prieinamumas yra ribotas. Net jeigu pas mus žmones pradėtų siųsti gydytojai, tai ką mes turime. Tai mes tik savanoriškai juos pakonsultuotumėme, o jiems reikėtų ilgai paslaugų laukti, o ir vėliau, pagal nustatytas tvarkas, mes teiktumėme paslaugas tik išrinktiesiems. Tik tiems, kam labiausiai reikėtų, o dauguma liktų už borto. Tai taip ir gaunasi. Tai – sistemos trūkumas, yra didžiausia spraga. Tai yra susiję ir su finansais, ir su konkrečia vieta. Klausimas yra, kur bus teikiamos paslaugos, kokiame reabilitacijos centre, ar prie sveikatos įstaigos filialo. Turi būti aišku, specialistams nurodyta, kur tą žmogų siųsti ir kas gali priimti ir, be abejo, kuo greičiau, bet be didelio laukimo, tuo geriau. O dabar žmonėms reikia laukti pusę metų reabilitacijos (3 diskusijų grupė).

Šio informanto (atstovauja LASS) nuostata remiasi argumentu, kad paslaugų spragas, o svarbiausia – prieinamumą ir tinkamumą (nagrinėta tai, kad poreikį turintys asmenys yra priversti laukti ilgą laiką, kol jie gaus stacionarias socialinės reabilitacijos paslaugas), nulemia nepakankami finansai. Informantas išsakė nuomonę reflektuodamas problemą ne LASS interesų pagrindu, bet ieškodamas esminių problemų sprendimų. Atrodo, kad toks informanto požiūris yra pagrįstas ne tik empatija, profesionalumu, bet ir vertybinėmis nuostatomis.

LASS atstovaujantys informantai be finansavimo matė ir kitų paslaugų spragų, kai riboti finansiniai ištekliai skiriami intervencijoms. Jie aiškino, kad finansinių išteklių stoka lemia labai ribotą paslaugų prieinamumą po to, kai aklasis baigia pirminę reabilitaciją:

[1] Čia ir toliau interviu dalyvių kalba netaisyta.

Ar buvo kalbama apie tą reabilitaciją po penkių metų, gal aš čia praklausiau. [...] Nu tas keistas tęstinumas, po penkių metų, o žmogaus situacija gali pasikeisti, gal jam reikia dar kažko į tą kompleksą ir tik po penkių metų. Žmogaus situacija gali pasikeisti ir gal jam dar pablogėjo rega. Tuomet gal jam reikėtų praeiti tą kompleksą paslaugų po dvejų metų. Taigi, tas tęstinumo užtikrinimas; norėtųsi, kad paslaugas reikėtų kartoti, galbūt dažniau (3 diskusijų grupė).

Interviu metu išsakyta nuomonė atskleidžia, kad ribotas finansavimas neužtikrina intervencijos veiksmingumo ir nesukuria programos dalyviams pakankamos gyvenimo kokybės. Kaip nagrinėta anksčiau, daug mokslininkų tyrimų patvirtina tai, kad etapinės reabilitacijos paslaugos ir tęstinis finansavimas gali padėti įsisavinti, o vėliau ir įtvirtinti gebėjimus (Virgili et al, 2022; van Nispen et al., 2020). Be to, vėliau diskusijų grupėje diskutuota, kad vientisa aklųjų socialinės reabilitacijos sistema neveikia ir dėl to, jog viešųjų paslaugų nėra (išskyrus LASS konsultacijas ir savanorišką pagalbą) lokaliose bendruomenėse, aklųjų ir silpnaregių namuose (3 diskusijų grupė).

Kokybinio tyrimo dalyviai dalijosi ne tik problemų įžvalgomis, bet išskyrė ir jų sprendimus. Keli siūlė tobulinti esamas finansavimo spragas, skiriant didesnį finansavimą (interviu su INF12; INF13). Kiti aiškino, kad būtina didinti ne tik finansavimą, bet ir keisti organizacinį paslaugų teikimo modelį, pereinant prie LASS akreditavimo (kiti įvardijo bendriniu paslaugų perdavimo NVO terminu) (interviu su INF10; INF14; INF11; INF16). Pavyzdžiui, ekspertas (turintis patirties formuojant, įgyvendinant socialinių paslaugų politiką, vadovaujant NVO) pastebėjo, kad dabartinė Vyriausybė tęsia paslaugų perdavimo NVO reformas, bet kartu ir kiek „maklinėja“ (interviu su INF17). Informantas pastebėjo:

Didžiausia problema, lyg ir valstybė persiorientuoja į tinkamą santykį su nevyriausybinėmis organizacijomis, kaip tokiu patikimu partneriu, bet finansų čia dar pakankamai neskiriam viešų paslaugų teikimui. Lygiai taip pat, atrodo, yra ir su aklųjų ir silpnaregių reabilitacija. Kiek pamenu, tai buvo ilgą laiką perkamos tos paslaugos per viešuosius pirkimus. Tai irgi yra problema – vieną kartą vieni gali laimėti, kitą kartą kiti. Tuomet klausimas yra tik dėl įdirbio, įrangos, kompetencijos. Ir tai – didžiulė problema. Ypatingai, jeigu žmonės turi suvažiuoti į vieną vietą Lietuvoje. Reiškiasi, jeigu konkursas vyktų regionuose, tai kitaip būtų. Tai šiuo atveju, net ir paslaugų teikimo vieta gali keistis priklausomai nuo laimėtojų. Tai, šita, turėtų būti taip sutvarkyta, kaip mes sutvarkėme su vaikų dienos centrais ir su smurtą patyrusioms moterimis [kalba apie akreditacijos modelį]. *Taip nereikėtų žaisti šitų paslaugų pirkimų. Turėtų būti taip, kad jeigu yra biudžete eilutė ir yra pagrindiniai partneriai, tai jie turėtų teikti paslaugą. Galbūt galima būtų padalinti reabilitaciją į kelis regionus ir dalį paslaugų akliesiems teikti jiems Vilniuje, o kitą dalį Kaune ar Klaipėdoje. Taip LASS galėtų su partneriais susiasocijuoti. Toks būdas įgalintų ir didesnį finansavimą, žinant, kad paslauga bus geografiškai padengta. Reikia tiesiog tai daryti* (interviu su IDV17).

Kokybinio tyrimo dalyvis aiškiai įvardijo aktualią problemą, susijusią su viešųjų paslaugų perdavimu NVO. Jo manymu, sprendimų priėmėjų vizijos geros, tinkami siekiai ir net politiniai

interesai nebūna sėkmingai įgyvendinami dėl kelių priežasčių: 1) formuojant viešąsias politikas valdančios partijos nėra radusios priimtiniausių būdų / modelių, kuriais remiantis veiksmingai būtų galima perduoti paslaugas (kalbėta apie dviejų vyriausybių veiklas); 2) jis tai paaiškino, kad pakankamų kompetencijų neturi atskirų partijų politikai ir ypač jų analitikai (ypatingą kompetencijų stoką jis siejo su paslaugų finansavimo modelių pasirinkimu). Taip pat pastebėjo, kad priimant sprendimus veikia inertiškumas, nekritinis santykis su anksčiau priimtais sprendimais; 3) per mažais politiniais dividendais, kuriuos duoda sėkmingai įgyvendintos socialinės reabilitacijos reformos (pati planuojamų pokyčių retorika yra naudinga politikams, bet reformos yra komplikuotai įgyvendintos); 4) nėra pakankamai didelio viešo aktualizavimo ir piliečių spaudimo, kuris galėtų atidaryti „viešosios politikos langus“ (interviu su INF17). Informantas, reflektuodamas modelio keitimo naudas (perėjimas nuo konkurso prie sisteminio ilgalaikio perdavimo akreditacijos pagrindu), pastebėjo, kad jos stipriai sumažėja neskyrus adekvataus finansavimo. Dar jis siejo grėsmes su ydingomis modelių modifikavimo praktikomis ir pastebėjo, kad perdavus paslaugas NVO, vėliau šis modelis buvo koreguojamas įtraukiant į paslaugų teikimą savivaldybių ar ministerijų kontroliuojamas įstaigas (kaip paslaugų tiekėjas). Šios įstaigos turi kiek kitokių administracinių resursų ir dažnai politinį administracinį palaikymą. Šis jo pastebėjimas apie galimas modelio modifikavimo rizikas buvo įvardytas taip:

Tai čia reikia apsispręsti, ar čia pilnai atiduodame NVO ir nežaidžiame konkurencijos. Tarsi pradžioje sakoma, kad duodame NVO, o tuomet savivaldai, ar pasitelkiame savivaldą, kai valdžia nepajėgia. Tai čia mane kiek neramina tai (interviu su IDV17).

Šis interviu atskleidžia, kad paslaugų perdavimas NVO turi kompleksinių grėsmių, pradedant politinio palaikymo, viešųjų politikų tęstinumo užtikrinimu, tvariu finansavimu pagal veiksmingiausią būdą ir galiausiai valstybės institucijų pasitikėjimo NVO.

Tyrime nagrinėtas klausimas **dėl aukštesnio standarto tarpdalykinio modelio akliesiems ir silpnaregiams taikymo**, kuris sujungtų asmens sveikatos ar medicinines (pavyzdžiui, oftalmologų, optometrininkų specialistus, psichiatrus) ir socialines paslaugas (pavyzdžiui, teikiamas socialinių darbuotojų, mobilumo ir orientavimosi specialistų, tiflopedagogų ir kitų). Kaip pastebėjo absoliuti dauguma ekspertų, sujungti šias paslaugas sunkiai įmanoma. Informantai minėjo šias sunkiai peržengiamas kliūtis: 1) nusistovėjusios praktikos ir esama komandų sudėtis (interviu su INF14); 2) komplikuotas finansinių išteklių skyrimas (interviu su INF17; INF10; INF11); 3) medikų trūkumas ir adekvatus sumokėjimas jiems už darbą (interviu su INF13); 4) sunkumai integruojant paslaugas (interviu su INF16; INF10). Paskutinės kliūties

pagrindimas buvo bene įtikinamiausias. Vienas informantas dalijosi savo patirtimi stebint ir dirbant su socialinių ir sveikatos apsaugos paslaugų integravimu:

Nu jo, taip teoriškai mąstant, tai atrodo, kad turėtų būti įmanoma ir ką čia reiškia imti ir apjungti. Bet kiek man tekę man, tai nepavyko. Ir dabar „eina“ negalios nustatymo reforma. [...] Išties, ten funkcijos labai daug kur yra persipynusios. Tai, deja, yra labai savarankiškos sritys ir dėl to mes turime pilkų zonų. Yra galvojama, kad tos ministerijos pavaldumo įstaigos „užpildo“ poreikius paslaugomis arba kitos, bet iš tiesų tai nėra „užpildoma“. Taigi, paslaugų gavėjai blaškosi tose pilkose zonos. Priimant sprendimus reikia žinoti, kaip į skirtingas sistemas „įdėti“ paslaugas, nes jos labai skiriasi ir turi skirtingas žaidimo taisykles. Tai jeigu taip rimtai, tai aš artimoje perspektyvoje vilčių visai nematau (interviu su INF17).

Šis informanto pastebėjimas buvo teikiantis mažai vilčių, kad tolimesnėje ir artimesnėje perspektyvoje būtų galima išplėsti tarpdalykinę komandą, įtraukiant į ją medikus ir neapsiribojant tik socialine reabilitacija. Beje, tęsdamas savo įžvalgas apie skirtingos „prigimties“ paslaugų sąveikavimą, informantas pastebėjo, kad tolimoje perspektyvoje tai gali pavykti, jeigu sėkmingai bus įvykdytas slaugos ir globos paslaugų sujungimas. Medikams atstovaujantys respondentai dalijosi tarpdalykinės komandos išplėtimo būtinybe ir galimomis naudomis (interviu su INF13; 3 diskusijų grupė).

5.2. Perėjimas nuo kompleksinių aklųjų socialinės reabilitacijos paslaugų pirkimų prie LASS akreditavimo teikti paslaugas

Aklųjų ir silpnaregių socialinės reabilitacijos teikimo organizacinis modelis buvo viena iš pagrindinių kokybinio tyrimo temų. Nagrinėjant ją buvo aiškintasi, kokie yra ekspertų požiūriai į ją ir kokias vizijas sieja su ja LASS atstovaujantys informantai. Kaip jau nagrinėta, dauguma informantų (tiek LASS atstovai, tiek ekspertai) prioretizavo akreditacijos modelį (žr. 8 lentelę). Tiesa, kartu buvo aiškiai išsakyta nuomonė, kad su paslaugų perdavimu akreditavus LASS ar kitą NVO turėtų būti užtikrintas neįgaliųjų poreikius patenkinantis finansavimas ir tęstinis finansavimas pagal objektyvius kriterijus. Kita vertus, dalis informantų pastebėjo, kad LASS gali teikti paslaugas ir dalyvaudamas viešuosiuose pirkimuose, nes jų paslaugų kokybė yra aukštesnė (tiesa, yra susiduriama ir su ne vienu ribojančiu veiksniu) (žr. 8 lentelę).

8 lentelė. LASS indėliai ir veiklos teikiant kompleksines socialinės reabilitacijos paslaugas ir užtikrinant jų tęstinumą

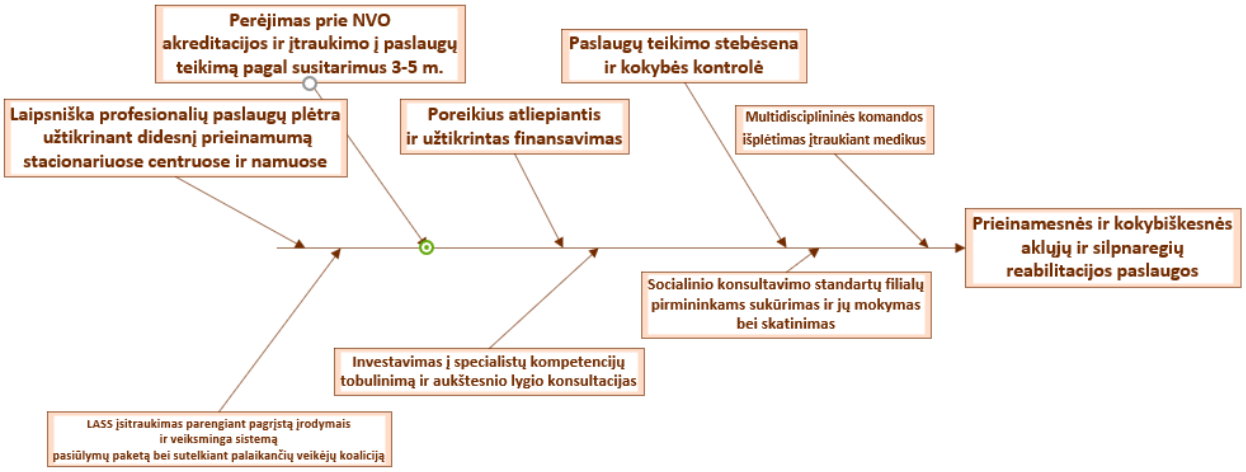
Vaidmenys	Dalyvių citatos	Organizacinio modelio vystymo gairės
LASS atstovai	*Mes esame dar kol kas, nesusidėlioję, kokio modelio mes norime ir kokius įstatymus reikėtų keisti, ir kokie finansavimo šaltiniai turėtų būti. Kai mes išsigryninsime, tuomet gal mes atrasime, ko mes norime, ko mes tikimės [...] Nes iki šiol, kad pati LASS tą norėtų daryti. Buvo bandyta tą atiduoti valstybei, bet gavosi, kad per viešuosius pirkimus tas įvyks. Galvota, kad gal kokia reabilitacijos įstaiga užsikabins ir tą darys gerai.*	1) Išbaigiama vizija dėl aklųjų ir silpnaregių sistemos vystymo ir jos realizavimo būdų pasirinkimo (susijusių ne tik su LASS įsitraukimu, bet ir narių ir viešaisiais interesais); 2) ieškoma su valstybės

	Visgi apsukome tą ratą ir grįžome prie šio modelio. Norime teikti pagrįstą pasiūlymą valstybei, kad būtų galimybės įrašyti vienam ar kitam įstatyme, kad atsirastų ir finansavimas tą daryti vienai ar kitai įstaigai ir kad atsirastų sistema (3 diskusijų grupė). *Jo, dabar yra geriau negu nieko. Departamentas* [NRD] *supranta, kad čia dėl LASS centro dalyvavimo bus kokybė ir jie turi galimybių padaryti, kad laimėtų. Mat visada remiamasi būtų kokybe. Štai suomiai irgi eina konkursų keliu. Tai aš jų klausiau, tai kaip jūs laimite juos. Jie atsakė, tai mes teikiame tokias kokybiškas paslaugas, kad su mumis kiti negali konkuruoti. Bet, sako, mes pastebėjome, kad kyla kita organizacija, kuri jau yra sukaupusi* (interviu su INF12).	institucijomis tvariausių reabilitacijos paslaugų finansavimo būdų ir suderinamumo su paslaugų teikimo modeliu; 3) investuojama į socialinių paslaugų teikimą bendruomenėse, siekiant užtikrinti kuo aukštesnę konsultacijų ir kitų paslaugų kokybę; 4) kompleksiniame aklųjų socialinės reabilitacijos teikimo modelyje preferuojamas socialinės reabilitacijos modelis (sudaryta remiantis interviu su INF10; INF11; INF14; 3 diskusijų grupe).
Ekspertai	[...] *Principinė mano nuostata yra tokia, kad NVO turėtų įsitraukti ir teikti socialines, socialinės reabilitacijos paslaugas. Bet sistemiškai nutinka visaip ir yra sričių, kur NVO turi tinklą per visą Lietuvą. Jeigu NVO turi savo tinklą, tai joms galima patikėti teikti nacionalinio lygmens paslaugas* (interviu su IDV16). *Kai NVO yra įsistemintos, kai yra labai aiškus algoritmas, kažkokia paslaugų struktūra ir paskirstyti resursai, tai nėra, ką čia veikti paslaugų sektoriuje valstybės ir savivaldybių įstaigoms. Tuomet visus resursus pritraukia NVO, pradedant nariais, savanoriais. Ir dar, kai NVO dirba, tai jie kartu su paslaugos gavėjais tampa bendruomene. Atrodo, kad taip galėtų būti ir LASS atveju* (interviu su IDV17). *Dabar tai yra sunku pasakyti. Juk dabar gali dalyvauti NVO. Po to, atsiranda projektų pasiūlymų vertinimai ir kažkas laimi, o kažkas nelaimi. Ir nebūtinai laimi geriausias, kokybiškiausias paslaugas teikiantis. Žinokite, yra klausimas, kuris modelis yra geresnis. Yra veiksminga ir vienai NVO per akreditaciją atiduoti, kad sistema veiktų. Panašiai, kaip buvo su palaikomosios sveikatos priežiūros paslauga. Tuomet siekta tokį modelį sukurti, kad veiktų sistema [...] Nežinau, bet jeigu stiprios asociacijos, kaip LASS, pavyzdžiui, tai gal būtų daugiau naudos. Gal būtų geriau negu tokia praktika, kur konkursiniu būdu vis laimi skirtingos organizacijos. Nėra Lietuva didelė ir visi vienus kitus pažįsta, ir nesinori, kad kitos organizacijos pradėtų mokytis* (interviu su IDV12). *Dėl monopolizavimo, jūsų pirmos dalies klausimo. Netgi profesinėje reabilitacijoje yra nevienareikšmiai vertinamos skirtingos organizacijos ir jų pajėgumai. Panašiai yra ir su globos paslaugų sistema. Yra tiekėjų, kuriais nepasitikima ir valstybė neina su jais į kontraktinį santykį. Iš kitos pusės, sakyčiau, yra ir pirmo žingsnio trūkumas. Reikia pradėti žengti tą pirmą žingsnį ir kalbėtis ministerijai su LASS, kaip su parneriu, o ne kaip vykdytoju, kurį įsitarinėjame, kad jis ką nors ne taip. Nes tas santykis yra toks, iš pradžių dalinami pinigai, o paskui vykdoma kontrolė, Bet trūksta tokios rimtos, kokybiškos diskusijos apie tai, kas yra svarbu sistemai, kaip*	1) LASS akredituojamas 3–5 metams (sudarant galimybę kitoms NVO ateiti į paslaugų teikimo sektorių vėliau; 2) susitariama dėl tvarios finansavimo schemos („neapkarpomi“ asignavimai paslaugų priemonei po metų, o didinamas pagal pagrįstą poreikį); 3) sukuriamas kokybės objektyvus poreikio nustatymo algoritmas, užtikrinama kokybės priežiūra; 4) sudaromos prielaidos aukštesnių paslaugų kokybei; 5) santykiai tarp valstybės interesui atstovaujančių įstaigų ir LASS grindžiami pasitikėjimu; 6) politikai išlieka sąmoningi ir palieka erdvės kritikai (sudaryta remiantis interviu su INF12; INF16; INF17; INF13; ekspertais, dalyvavusiais 3 diskusijų grupėje).

reikia vystyti sistemą. Tikrai trūksta tokio reflektyvaus santykio arba jo yra labai mažai (interviu su IDV17).

Informantai, svarstydami apie organizacinio paslaugų modelio pasirinkimo naudas, įžvelgė poreikį pertvarkyti kompleksiškai ir į visą aklųjų reabilitacijos sistemą įtraukti tokius elementus, kaip: 1) kompleksinės socialinės aklųjų reabilitacijos paslaugų plėtra stacionariuose centruose, užtikrinant didesnį prieinamumą bei tęstinumą ir kokybę (aukštesnės tarpdalykinių komandų kompetencijos, medikų įtraukimas); 2) profesionalių paslaugų teikimas bendruomenėse ar klientų namuose (mobiliųjų komandų sisteminis finansavimas ir platesnis kompetentingų specialistų įtraukimas) (žr. 8 lentelę). Taip pat buvo pastebėta, kad LASS su savo ištekliais ir tinklaveika gali sistemą papildyti per narių ir kitų žmonių konsultacijas ir kitą pagalbą.

Išanalizavus nuomones, buvo apibendrinti LASS atstovų ir ekspertų, dalyvavusių tyrime, pasiūlymai, kaip galima tobulinti organizacinį modelį. Jie vėliau buvo sulyginti su mokslinių tyrimų įrodymais ir jomis paremtomis rekomendacijomis (žr. 1.2 skyrių). Valstybės sprendimų priėmėjams būtų svarbu: 1) numatyti laipsnišką paslaugų plėtrą, užtikrinant didesnį reabilitacijos paslaugų prieinamumą ir veiksmingumą (tiek aklųjų ir silpnaregių namuose, arčiau gyvenamosios vietos, tiek profesionaliuose centruose. Padaryti paslaugas prieinamas ne tik akliesiems ir žymią silpnaregystę turintiems asmenims, bet ir kitiems silpnaregiams); 2) paslaugų sistemos išplėtimas (socialinės reabilitacijos tęstinumo užtikrinimas; sveikatos ir socialinių paslaugų sąveikumo elementų numatymas); 3) perėjimas prie LASS akreditavimo 3–5 metams pagal susitarimą, pagrįstą pasitikėjimu (sudaroma galimybė kitoms NVO įsitraukti į paslaugų teikimo sektorių vėliau); 4) sukuriama kokybės stebėsena ir vertinimas ir taip sudaromos prielaidos aukštesnių paslaugų kokybei; 5) tarpdalykinės komandos išplėtimas integruojant medikus (optometrininkus ir galimai oftalmologus) bei mobiliosios komandos papildymas kitos specializacijos specialistais (pagal individualius poreikius) (žr. 1 pav.).



1 pav. Galimi valstybės institucijų ir LASS sprendimai plėtojant reabilitacijos akliesiems ir silpnaregiams asmenims paslaugas

LASS taip pat galėtų tęsti paruošiamuosius žingsnius ir atlikti kelis svarbius darbus: 1) susisteminti įrodymus dėl veiksmingos aklųjų ir silpnaregių sistemos plėtros ir parengti jos dizainą bei teisės aktų pakeitimų projektą; 2) pasirengti numatytų pokyčių advokacijai ir suburti plačią koaliciją, į kurią būtų įtrauktos ir kitos neįgaliųjų asociacijos; 3) tęsti specialistų kvalifikacijos tobulinimą ir numatyti didesnes investicijas į jų kompetencijų tobulinimą (pvz., pagalbinių technologijų mokytojų ir mobilumo specialistų rengimą); 4) toliau stiprinti filialų pirmininkų (norinčių įsitraukti savanorystės pagrindais) kompetencijas konsultuojant neregius ir silpnaregius dėl socialinių klausimų bei parengti numatytą minimalių paslaugų standartą ir jų teikimo vadovą.

5. Aklųjų ir silpnaregių požiūriai į kompleksinės socialinės reabilitacijos paslaugas

Kaip jau analizuota pirmame skyriuje, mokslininkai gana plačiai išnagrinėjo reabilitacijos paslaugų akliesiems ir silpnaregiams poreikių, jų prieinamumo, kokybės spragų temas. Dalies tyrimų diskusijos, išvados suponavo kokybinio tyrimo problematiką. Remiantis tyrimų medžiagos ir bandomojo tyrimo problematika, išskirtos trys temos: prieinamumas (paslaugų nebuvimas, laukimas iki patekimo į programą, paslaugų tęstinumas ir t. t.), įsitraukimo į socialinės reabilitacijos programas kliūtys (neveiksmingas informavimas, suvokiamo poreikio nebuvimas, stigmos ir psichoemocinė būklė), kokybės spragos (dėl paslaugų organizavimo spragų, netinkamų sąveikų su paslaugų teikėju, mažas pasitenkinimas).

Aklųjų ir silpnaregių reabilitacijos poreikiai ir ją lemiantys veiksniai. Ekspertų ir specialistų tyrimas atskleidė, kad reabilitacijos paslaugų teikėjai bent iš dalies užtikrina paslaugų prieinamumą. Vis dėlto viešosios socialinės reabilitacijos paslaugos nėra prieinamos nemažai grupei žmonių, turinčių vidutinius regėjimo sutrikimus. Taip pat sunku kalbėti apie veiksmingą (keičiančia gavėjų gyvenimo kokybę, susijusią su regėjimu) aklųjų socialinę reabilitaciją, kuri suformuotų ilgalaikius įgūdžius ir kardinaliai keistų jų gyvenimo kokybę, nepaisant regėjimo negalios. Taip yra dėl to, kad nėra užtikrinamas jos reabilitacijos paslaugų tęstinumas. Pavyzdžiui, paslaugų centruose suformuoti gebėjimai nėra įtvirtinami aklųjų gyvenamoje aplinkoje, jiems nesukuriamos pagalbinės sistemos, netęsiamas motyvacinis darbas, psichologinis konsultavimas ir t. t.

Aklieji ir silpnaregiai išsakė panašias nuomones, susijusias su paslaugų poreikiu (žr. 9 lentelę). Jas nulėmė ir panašių kompleksinių, neigiamai veikiančių veiksnių konfigūracija. Informantai, pasakodami savo negalios istorijas, dėstė panašias pirminės negalios sukeltų socialinių ir psichologinių padarinių įveikos istorijas (diskusijų grupės ir individualių interviu metu prašyta informantų papasakoti apie regėjimo sutrikimus, juos nulemiančius veiksnius, susiejant šias patirtis su paslaugų poreikiais). Tiesa, jos smarkiai priklausė nuo negalios pobūdžio (vienokią pasakojimo struktūrą turėjo regėjimo praradusių žmonių istorijos ir kiek kitas silpnaregių, kurių regėjimo likutis reikšmingai sumenko) ir gyvenimo įvykių konteksto.

Tyrimo medžiaga atskleidžia, kad praradę regėjimą (daugiau kaip pusė tyrimo dalyvių buvo aklieji), informantai susidūrė su kompleksinėmis problemomis, kai grįžo į namus iš gydymo įstaigų ar pan. Pirmiausia, informantai minėjo savo sudėtingą psichoemocinę būklę ir bejėgiškumą, tuštumos pajautą, stiprų ir varginantį nerimą bei liūdesį (interviu su INF1; INF2, 2 diskusijų

grupė). Nemaža dalis pacientų susirgo depresija ir jiems reikėjo specialistų pagalbos (žr. 10 lentelę). Šiuos jų jausmus lydėjo ir didesnė arba mažesnė socialinė izoliacija. Dauguma informantų sulaukė pagalbos iš artimųjų, dažniausiai iš šeimos narių (tiesa, tyrime dalyvavo ir du aklieji, gyvenantys visai savarankiškai), tačiau tai tik iš dalies užtikrino socializaciją ir nekeitė jų gyvenimo.

Kita vertus, informantai savo pasakojimuose įvardijo lūžinius gyvenimo momentus, paskatinusius juos aktyviau ieškoti pagalbos, bei supratimą, kad gali kreiptis ir gauti veiksmingą pagalbą iš specialistų. Dažniausiai interviu metu buvo kalbėta apie tai, kad akliesiems padėdavo artimieji – vaikai, tėvai bei rečiau kai kurie draugai (1 ir 2 diskusijų grupė). Vienas respondentas plačiai dalijosi patirtimi apie tai, kaip savarankiškai bandė įveikti negalios sukeltus apribojimus mokydamasis vaikščioti su baltąja lazdele, naudotis telefonu ir t. t. (interviu su INF2). Kita vertus, regėjimą praradę asmenys nežinojo, kad gali gauti veiksmingų paslaugų, nes net neįsivaizdavo, kad tokios jiems gali būti prieinamos. Taigi, jie susidūrė su paslaugų suvokimo ir informacijos trūkumo problemomis. Be to, dalis aklųjų ir kai kurie silpnaregiai turėjo ir kitų sveikatos problemų, kurios nukreipė jų dėmesį nuo regos negalios ir vertė spręsti aktualesnes sveikatos problemas.

9 lentelė. Socialinės aklųjų ir silpnaregių reabilitacijos paslaugų poreikiai ir juos nulemiantys veiksniai

Kategorija	Subkategorija	Dalyvių citatos
Poreikiai	Paslaugų poreikį nulemiantys veiksniai ir jų svarba	*Suprantate, būdavo, gyveni namie vienas, kaip „šuo šuns būdoje“ ir negali net niekam paskambinti arba eini į lauką ir prašai, kad kas nors padėtų paskambinti* [...] (1 diskusijų grupė).
		Jo, kai žmogus lieka su savo problemomis, tai užsidarai ir jautiesi niekam nereikalingas. Nes nori būti našta ir prašyti pagalbos. Nu aš buvau visą gyvenimą savarankiška ir prašyti pagalbos man buvo sunku. Gili buvo depresija ir viskas. Tai aš džiaugiuosi, kad vaikai mane išstūmė ir užregistravo pavasarį Kauno filialą, į reabilitacijos programą (2 diskusijų grupė).
	Paslaugų tęstinumo užtikrinimas	*Kas man patiko žinokite. Tai, kad atsirado Vilniaus LASS mokytojas, kuris gali pas tave atvažiuoti į namus pas tave, nesvarbu į kokį miestą ir būtent tave pamokina tavo vietoje. Jis pamokina po kiemą, po rajoną pavaikščioti. Va, kaip Dovydą, išmokė maršrutus iki darbo. Viską išmokino. Va čia toks didelis pliusas. Aišku, to reikia po reabilitacijos. Aišku, jeigu būtų Klaipėdoje reabilitacija, tai čia gal jis pamokintų netoli namų* (1 diskusijų grupė).
		Su telefonu ir kompiuteriu mokaisi iš naujo. Čia tų kelių savaičių neužtenka, reikia, kad ir padėtų, ir reikia labai daug pačiam. Aš daug ko išmokau Kaune reabilitacijoje ir paskui „Pušyne“ reabilitacijos centre (1 diskusijų grupė).
		[1 informantas] *Būtų naudinga pasitobulinti ar prisiminti, ir kasmet galėtų, ir reikia užtvirtinti ir, kad ne kas penki metai* [2 informantas] Bet čia viskas dėl finansavimo. [1 informantas] *Tai - suprantama. Bet taip norėtųsi, kad ne kas penki metai.*
		Būtų labai gerai, kad programa būtų tęstinė ir vyktų namuose ar neregio aplinkoje. Tuomet reikėtų ne tik išmokyti lazdele naudotis. Bet ir iš namų, užduotį galėtų skirti,

	pavyzdžiui, nueiti ar ir nuvažiuoti į tam tikrą tašką. Tuomet reikėtų aiškinti viską žingsnis, po žingsnio. Pavyzdžiui, įvedi į telefoną, tuomet palydi iki troleibuso, taip, kad viskas būtų nuo ir iki.
Paslaugų namuose poreikiai	*Tu nepasitiki savimi. Tu visko bijai. Nežinai, kur koją dėti, nežinai, kaip pasisukti ir bijai kristi ir galvą susižaloti. Tai tu negali nei nusimaudyti, nei į tualetą nueiti, kol nesi apsipratęs. Toks dalykas, kad atsidarai šaldytuvą ir nežinai, kaip valgyti pasiimti. Tai jeigu nebūtų artimų žmonių ar vėliau pagalbos, tai būtum visai nuogas prieš publiką. Tau reikia išmokti aplinką pažinti, kur daiktai, kaip juos rasti. Mokymai namuose būtų labai naudingi* (1 diskusijų grupė).
Konsultavimas telefonu ar LASS filialo pirmininko pagalba	*Na, yra tokių pirmininkų, kurie nori sėdėti namie ir niekas jiems nerūpi. Tokia aktyvi yra tik mūsų pirmininkė, ir su savo mašina veža, ir su ja susitinkame nuolat. Bet yra tokių, kurie nenori nieko, jie nori tik namie sėdėti. Bet taip, tai labai nemažai rūpinasi* ... (1 diskusijų grupė). [1 informantas] *Yra kai kurie pirmininkai yra tokie funkcionieriai, tik „sėdi “ savo kabinetuose.* [2 informantas] *Nemanau, kad primininkai yra funkcionieriai.* [1 informantas] *Kalbu apie tuos kurie „sėdi “ kabinetuose. Tik nereikia ..., yra konkretūs faktai. Aš šneku konkrečiai.* [3 informantas]. *Yra kai „kurie nuo Dievo “, tokia, kaip pavyzdžiui, yra mūsų ...* [įvardijamas asmuo]. *Kiti pirmininkai kurie keičiasi, tai su jais dažnai sudėtinga. Vienas ateina tik pasėdėti, o kitas nuo dūšios dirbti* (1 diskusijų grupė). *Kitą kartą, iš neturėjimo kas pirmininkauja ar vadovauja, tai vadovai „įkišą “ bile ką tame LASS'e. Tai, tik tam, kad būtų užpildyta vieta. Ir žmogus pildo popierius, rašo ataskaitas, atbūna valandas, ataskaitose pateikia, kad konsultavo, bet realiai jis to nedaro ir žmonės nesulaukia pagalbos* (1 diskusijų grupė).

Kita vertus, aklieji ir silpnaregiai (dalyvavę aklųjų ir silpnaregių socialinės reabilitacijos programoje) labai aiškiai suprato, kokių jiems paslaugų trūksta, kad galėtų stiprinti gautus įgūdžius, įgautų naujų žinių (ypač susijusių su specialiosiomis technologijomis). Žinoma, sąmoningumas apie paslaugų naudą formavosi laipsniškai ir jis buvo visiškai suprastas tik pabaigus mokymo programą. Pavyzdžiui, dauguma aiškiai suprato, kad kelių savaičių intensyvių mokymų kursai yra tik įgūdžių formavimo pradžia. Informantai minėjo, kad atėjo supratimas, jog neįmanoma gerai išmokti naudotis baltąja lazdele, orientuotis gyvenamoje aplinkoje, dirbti su kompiuteriu ir t. t. per trumpą laiką.

Kokybinio tyrimo dalyviai paslaugų poreikio svarbą ir naudą aiškino savo patirtimis. Jie pasakojo, kaip ieškojo pagalbos savarankiškai ir su kokiomis kliūtimis susidūrė. Pavyzdžiui, nemaža dalis informantų, suradę pirminę informaciją, vyko konsultuotis pas specialistus (nemaža dalis dirbo su LASS specialistu Palangoje) ar skambino į LASS centrus. Labai iškalbinga yra vieno vaikino istorija, kuris prarado regėjimą, kelerius metus buvo užsidaręs ir tik tuomet pradėjo pats bandyti mokytis praktinių įgūdžių, norėdamas tapti savarankiškesnis.

Aš išmokau vaikščioti su lazdele savarankiškai. Žinote, taip, – pirmyn – atgal, kieme [juokiasi]. *Bet aš išmokau vaikščioti netaisyklingai. Tai žinokite, Kaune kol jie man išaiškino, kaip reikia daryti tai taisyklingai, kaip laikyti lazdelę ir visa kita. Po to, grįžus dar ...* [mini mokytojos vardą].

Ji dar toliau pamokino, kaip reikia po namus orientuotis, kaip viską susidėlioti. Po to, tai labai naudinga buvo kompiuteriai ir visa kita technika. Tos žinios, kaip visas tas sistemas įvaldyti (1 diskusijų grupė).
Atvykdamas į reabilitaciją, aš mokėjau jau naudotis telefonu ir man nelabai reikėjo tų mokymų. Mane čia išmokino dirbti su kompiuteriu. Tai buvo „super “. Yra dalykų, kurių tikrai pats negali išmokti ir reikia pagalbos (interviu su INF2).

Šis pasakojimas atskleidžia, kaip negalią turintis žmogus atrado jėgų pokyčiams ir kodėl pirminės individualaus mokymosi pastangos nebuvo visai sėkmingos (individualaus interviu metu jis aiškino, kad visai neblogai pavyko išmokti savarankiškai naudotis mobiliuoju telefonu). Kita vertus, informanto negalios apribojimų įveikoje, įsitraukimas į aklųjų socialinės reabilitacijos programą suvaidino svarbiausią momentą. LASS reabilitacijos centre jis gavo pagrindinių žinių, mokytojai pakoregavo jo netinkamai susiformuotus įgūdžius ir suformavo naujus. Vis dėlto žmogui to nepakako, siekiai pamažu augo. Taigi informantas kreipėsi į LASS specialistus ir toliau mokėsi, pasikvietė juos į savo namus. Išties šis jaunas žmogus siekė net pradėti gyventi savarankiškai. Ir jam tai pavyko. Interviu metu jis pasakojo, kad praėjus keliems mėnesiams po mokymų, nusipirko būstą kitame mieste ir gavo darbą LASS įmonėje. Šis atvejis atskleidžia tai, kad reikalingas ne tik pradinis žinių ir įgūdžių suteikimas, bet ir tolesnis jų sustiprinimas, kad reikšmingai pasikeistų aklųjų gyvenimo kokybė. Šią patirties istoriją sustiprina ir kitų informantų palaikančios nuomonės. Taip pat informantas pasakojo ir kito žmogaus istoriją, kuri pasibaigė įsidarbinimu LASS įmonėje po pradinės reabilitacijos ir tęstinių mokymų (interviu su INF7). Apskritai, aklieji ir silpnaregiai suprato tęstinių įgūdžių stiprinimo poreikį, jų aktualumą. Įvardyta ir viena kliūtis – penkerių metų paslaugos laukimo laikotarpis (žr. 9 lentelę).

Šioje vietoje kyla klausimas, kiek poreikį galėjo kompensuoti LASS specialistų teikiamos paslaugos tam tikruose centruose (konsultavimas telefonu ar paslaugos Palangos poilsio ir reabilitacijos centre „Pušynas“) ir LASS pirmininkų teikiama pagalba. Kokybinio tyrimo medžiaga atskleidžia, kad poreikį atliepė kokybiškos specialistų teikiamos paslaugos, dažniausiai tęstinis mokymasis Palangos poilsio ir reabilitacijos centre „Pušynas “, o kiek mažiau – konsultavimasis telefonu. Informantai pastebėjo, kad buvo reikšmingas kelių esminių gebėjimų lavinimas (mobilumo, orientavimosi, darbo su techniniais įrenginiais įtvirtinimas) (žr. 9 lentelę). Kita vertus, jie minėjo, kad buvo reikšmingi ir motyvaciniai pokalbiai su specialistais, smulkūs praktiniai patarimai ir socializacija su kitais programos dalyviais.

Tuo tarpu informantų nuomonės išsiskyrė dėl LASS filialų pirmininkų konsultacinių paslaugų, ypač 1 diskusijų grupėje (žr. 9 lentelę, interviu su IDV1). Dalis informantų kritiškai

vertino filialų vadovus. Jie pastebėjo, kad LASS filialų pirmininkai per mažai konsultuoja, pagelbėja kilus poreikiui. Tuo tarpu kiti dalyviai oponavo ir minėjo empatiškus, konsultuojančius bendruomenės narius, pirmininkus ir dalijosi savo patirtimis. Viena tyrimo dalyvė pasidalijo ir savo pirmininkavimo (ji pati turėjo didelį regėjimo likutį) patirtimis ir sunkumais, su kuriais susidūrė. Ji aiškino, kad LASS pirmininkai turėtų atsakingiau vykdyti pareigas ir dirbti su poreikį turinčiais organizacijos nariais, neatsižvelgiant į tai, kad jie tai daro savanoriškai ar neturi specialių kompetencijų (interviu su INF1).

Kliūtys akliesiems ir silpnaregiams įsitraukti į socialinės reabilitacijos programas.

Tyrimo duomenys indikuoja, kad reabilitacijos paslaugų gavėjai susidūrė su keliomis esminėmis kliūtimis, siekdami gauti pagalbą. Neseniai regą praradę aklieji aiškino, kad jie buvo palikti nežinioje dar gydymo įstaigose. Tiksliau, jiems nebuvo prieinama informacija apie socialinės reabilitacijos paslaugas (žr. 10 lentelę). Jie prisiminė, kad susidūrė su gydytojų (tiek ligoninėse, tiek ambulatorinės grandies įstaigose) abejingumu, nekompetencija. Taip pat minėta, kad paramos nesulaukė ir iš socialinių darbuotojų savivaldybės įstaigose ar iš tarnautojų administracijoje. Tokias patirtis paaiškino išskirdami kelias priežastis: 1) nebuvimas tvarkų, kuriomis remiantis būtų informuojami neįgalieji; 2) individualių gydytojų (oftalmologų, šeimos) nekompetencija; 3) visuomenės nejautrumas, empatijos stoka (žr. 10 lentelę; interviu su IDV1).

Informantai dalijosi patirtimi, kaip sužinojo apie kompleksinę socialinės reabilitacijos programą. Jie minėjo kelis informacijos šaltinius ir pasinaudojimo jais patirtis. Dažniausiai informaciją apie prieinamas paslaugas gavo per LASS darbuotojus, kartais net atsitiktinai sutikę. Nemaža dalis minėjo, kad informaciją rado internete jų artimieji. Kelis kitus nukreipė gydytojas ar padėjo atvejo vadybininkas. Šie duomenys rodo, kad nėra sukurta pacientų informavimo sistema (tvarkos ir procedūros). Gydytojai (šeimos, oftalmologai) nežino apie aklųjų socialinės reabilitacijos programą. Tą patvirtino ir interviu medžiaga su LASS specialistais ir gydytojais. Pavyzdžiui, per aštuonis mėnesius LASS sulaukė tik vieno susirūpinusio pacientu gydytojo skambučio (interviu su INF14; INF10; INF13; 3 diskusijų grupė). Kaip rodo tyrimo duomenys, apie paslaugą nežino ir socialiniai darbuotojai, ir atvejo vadybininkai (minėta, kad šie specialistai išvis nesiruošia darbui su individualios negalios klientu). Taigi, ši problema yra sisteminė ir apima tiek sveikatos apsaugos, tiek socialinę politiką, nes pacientai „pasiklysta“ susidūrę su neregyste dviejų valdymo sričių spragose.

10 lentelė. Socialinių aklųjų ir silpnaregių paslaugų prieinamumo ir priimtinumo kliūtys

Kategorija	Subkategorija	Dalyvių citatos

	Informacijos šaltiniai apie reabilitacijos paslaugas	*Man tai buvo labai sunku, kol neturėjau asistentės. Bet kai atsirado asistentė, tai ir gyvenimas prašvito. Į reabilitaciją tai ji man perdavė, pasiūlė, tai aš ir sutikau* (1 diskusijų grupė). *Kaip mane su mokytoja* [mini vardą]. *Tai buvo koncerte. Aš atsisėdau ne į tą vietą ir mane kiti žmonės „iškrapštė“. Aš norėjau dėlto biškį patriukšmauti, bet mane lydintis asmuo vėliau nuramino. Vėliau, sėdint tokiam salės kampe, man trys žmonės ant kojos užlipo ir pastumdė. Tik vėliau priėjo ... ir man pagelbėjo, mes pasikalbėjome ir vėliau susitikome. Tuomet ir prasidėjo* (1 diskusijų grupė). *Nu, aš Kaune įstojau į LASS'ą ir gavau daug informacijos. Bet aš palaipsniui, per devynis metus praradau beveik tą regėjimą. Apie LASS'ą, aš sužinojau daugiau per pandemiją. Vėliau, man daug padėjo vaikai, jie internetu mane užregistravo, bet taip vos ne per jėgą. Aš šeimos gydytoją turėjau, bet iš jos informacijos apie tai negavau daug metų* (2 diskusijų grupė). *Pas mus kaime buvo toks atvejis. Moteris prarado regėjimą po insulto. Tai ji irgi iš niekur, nei iš ligoninės, nei iš gydytojų negavo jokios informacijos. Aš sužinojus apie jos padėtį užėjau ir papasakojau. Papasakojau jai, kad yra LASS ir kad galima įgarsintas knygas klausyti, yra paslaugų ir taip po truputį* (2 diskusijų grupė). *Roma mane užrašė į tą reabilitaciją birželio mėnesį Kaune. Aš taip nenorėjau, taip spardžiausi. Ir tikrai, žinote, po to pasikeitė požiūris į gyvenimą* (1 diskusijų grupė).
Paslaugų spragos	Psichoemocinė padėtis ir įsitraukimas į reabilitaciją	*Manau, kad frustraciją ar depresiją patiria ne tik regėjimą praradę, bet ir tiems kam regėjimas laipsniškai blogėja [...] Paskui ir aklieji, ir silpnaregiai vis nuolat susiduria su aplinkos nepritaikymu ir nemokėjimu pasinaudoti esamais ženklais, sistemomis. Blogiausia, kad atrodo, kad nėra kur ir pas ką pasimokyti. Tai ir tuomet susiduri su tuo klausimu, kodėl, kas, kaip* (2 diskusijų grupė). [1 informantas] *Nežinai ką daryti. Aš ir galus norėjau atiduoti. Yra labai, labai sunku. Nes – tamsa.* [2 informantas] *Kiekvienas iš mūsų tą depresiją pernešėme, tik savaip. Tai, vienam pakako mėnesio, o kitam reikėjo trijų metų kol pasidarė geriau. Padėjo tai, kad buvo greta geri žmonės. Pirmiausiai, man pavyko susirasti per žmoną susirasti ...* [mini LASS filialo pirmininkę, kuri įkalbėjo keistis]. *Ji labai daug padėjo ir padeda. Ji žino, iš kurios pusės mane „pastumti“, taip sumotyvavo, o tada aš į tą reabilitaciją važiavau. Aš buvau visomis keturiomis, ir ragais, ir nagais buvau įsikabinęs, kad tik nevažiuoti* (1 diskusijų grupė). *Buvau įkritusi į depresiją kokius du metus. Gerai, kad turiu mamą, kuri daug padėjo, nes negalėjau pasirūpinti vaikais. Liūdesių ir nerimo buvo labai daug.* [...] *Nežinau, man atrodo, kad bent metų reikėtų, kad kažką savarankiškai galėtų. Gal kitiems yra kitaip. Nemanau, kad trumpesnio laiko pakaktų. Man reikėjo dviejų.* (1 diskusijų grupė). *Man tai pasisekė labai. Aš papuoliau į reabilitaciją po keturių mėnesių, o prieš tai buvo gyvenimas visiškoje tamsumoje. Mane LASS informavo, kai paskambinau* (2 diskusijų grupė). *Man šeima padėjo. Buvo sunku, buvo užsidarymas, bet šeima padėjo. Sūnus metė darbus ir grįžo iš Kauno, dukra iš Anglijos. Taip mes visi susitelkėme.* [...] *Kaip išėjau iš namų? Tai buvo du žmonės, tai ...* [paminimas vardas pirmininkės filialo] *ir mano žmona, kurios spardė vieną į vieną užpakalio dalį, o kita į kitą* (1 diskusijų grupė).

Spragos informuojant akluosius apie paslaugas nebuvo vienintelė kliūtis, kaip rodo tyrimo medžiagos analizė. Individualūs veiksniai, – psichoemocinė būklė, kitos ligos, tarpasmeninių santykių apribojimai, – veikė irgi neigiamai. Daugelis dalyvių pastebėjo, kad jų sudėtinga emocinė padėtis jiems trukdė laiku įsitraukti ir gauti paslaugas. Dauguma diskusijų

grupių dalyvių aiškino, kad jiems reikėjo laiko, kad nugalėtų psichines problemas, emociškai sustiprėtų ir praeitų psichikos sutrikimai (žr. 10 lentelę). Kita vertus, tyrimo medžiagos analizė atskleidžia, kad informantus apsispręsti dalyvauti kompleksinėje socialinės aklųjų reabilitacijos programoje paskatino artimieji ir LASS specialistai. Tiesa, kai kurie informantai patys ieškojo pagalbos.

Kaip nagrinėta pirmame skyriuje, empiriniai tyrimai įrodo, kad greitesnis įtraukimas į reabilitacijos programas (tiek psichinės sveikatos, tiek tarpdalykinių komandų) įgalina didesnį intervencijų veiksmingumą (žr. 20–21 p.). Be to, moksliniai tyrimai pagrindžia, kad intensyvus psichiatrų, psichologų darbas su aklaisiais, praradusiais regėjimą (ar staigiai jam pablogėjus), yra veiksminga prielaida žmonėms įveikti problemas (šios psichoemocinio gydymo intervencijos yra ne veiksmingesnės už tarpdalykinių komandų darbą su traumas patyrusiais asmenims) (Jaiswal et al., 2021; Fontenot et al., 2018; Basilious et al, 2019; Luu et al, 2020). Beje, kai kurie informantai tą reflektavo dėstydami geriausią problemų įveikos strategiją, sprendžiant regėjimo praradimo problemą. Vienas informantas dėstė taip:

Reikėtų, kad būtų žmogui pradžioje profesionali pagalba, o ne tai, kad atneša valgyti ir palieka. Turėtų psichologas daug dirbti ar kitas specialistas ir tik po to, po truputį žmogus turėtų būti ir į reabilitaciją įtraukiamas (1 diskusijų grupė).

Šis informanto pastebėjimas apie psichikos sveikatos specialistų paslaugų svarbą atliepia pagrįstą problemą. Išties psichologų ir psichiatrų tikslinių intervencijų (specialių viešųjų programų pagrindu) nėra ir paslaugas aklieji gali gauti tik privačiai arba kreipdamiesi į psichikos sveikatos centrus ir pan. (interviu su INF13; INF10).

Interviu metu informantų klausta, kaip socialinio pobūdžio kliūtys (neigiami kitų žmonių požiūriai, stereotipizavimas, stigmatizavimas ar šių reiškinių baimės) ribojo jų pokyčių pasirinkimus ir įsitraukimą į socialinės reabilitacijos programas. Tyrimo medžiaga rodo, kad šie veiksniai nėra kliūtys, nors aklieji ir silpnaregiai susiduria su jų negalios raiškų nesupratimu, nepasirengiamu jas priimti ir tai apsunkina jų socialinį dalyvavimą ir integraciją (interviu su IDV10). Pavyzdžiui, kad bendrosios praktikos gydytojai, socialiniai darbuotojai, atvejo vadybininkai yra visai nepasirengę suteikti veiksmingą pagalbą.

Aklųjų kompleksinių socialinės reabilitacijos paslaugų kokybė ir ją lemiantys veiksniai. Aklųjų ir silpnaregių reabilitacijos veiksmingumą kompleksiškai lemia ištekliai (tarpdalykinės komandos pasirengimas, darbo kompetencijos, sąveikos su klientais ir t. t.), paslaugų teikimo procesas ir aklųjų gyvenimo kokybės pokyčiai, susiję su negalios apribojimų

įveikomis. Nagrinėjant tyrimo duomenis, galima pastebėti, kad informantų pasitenkinimas paslaugomis buvo aukštas.

Kokybinio tyrimo dalyviai interviu metu pasakojo, kad jų lūkesčiai dėl paslaugų kokybės buvo patenkinti. Pirmiausia, daugelis minėjo aukštą darbuotojų kompetenciją, nuolatinį dėmesingumą ir pagalbą, kuri buvo suteikiama reaguojant į menkiausius sunkumus ir prašymus (žr. 11 lentelę). Atrodo, kad geras, empatiškas, draugiškas santykis buvo reikšmingas, įtraukiant mažiau motyvuotus, negatyviai nusiteikusius programos dalyvius. Norėdami atskleisti šį santykį, dalyviai pasakojo apie bendramokslius, kurie turėjo išskirtinių emocinės paramos poreikių dėl galimo piktnaudžiavimo alkoholiu, prieš atvykstant į LASS centrą (interviu su INF1).

11 lentelė. Aklųjų socialinės reabilitacijos paslaugų kokybė ir ją lemiantys veiksniai

Kategorija	Subkategorija	Dalyvių citatos
Poreikiai	Pasitenkinimas specialistų darbu ir jį lemiantys veiksniai	*Pas mus čia yra didelis buldozeris.* [kalba apie LASS specialistę ir filialo pirmininkę] *Čia jis mus visus vis stumia, stumia ir dėl to yra progresas. Tai didelis jai ačiū* (fone kiti informantai pritaria). *Yra daugelis kitų, kurie daug davė Kaune* (1 diskusijų grupė). *Kompetentingi žmonės dirbo su mumis. Jie žinojo, kada ir ką pasakyti, žinojo, ko mes norime ir kada norime. Tas darbas buvo toks nuoširdus... [...] Jie ten visą širdį atiduodavo, visi pastangas dėjo ir nuolat aiškino, kaip valgyti, kaip vaikščioti...* (1 diskusijų grupė). *Kai su mumis dirbo, tai gavosi toks artimas, malonus ryšys. Nebuvo jokių konfliktų, nepasitenkinimo. Aišku, gal priklauso nuo individualaus ryšio. Bet šiaip mokytojai tai buvo geri ir tokie, labai globojantys* (2 diskusijų grupė).
	Nauji įgūdžiai ir gebėjimai	*Kas buvo geriausia? Geriausia buvo išmokinimas vaikščioti su balta lazdele. Visą sustojimą eidavau, o mokytojas padėdavo ir aiškindavo. Jo čia buvo geri dalykai. Ir visi kiti buvo geri. Pavyzdžiui, maisto gaminimo mokymas buvo geras dalykas. Nu ir kitų daug ten. Pavyzdžiui, tavo pastabumo lavinimas, kai užėjus į patalpą pirštais turi apčiupinėti ir papasakoti, ką tu taip „pamatei "*(1 diskusijų grupė). *Kas liečia techniką ir visa kita. Tai čia mums naujas pasaulis atsivėrė. Ypatingai išmanieji, su ta kalbančia programa, tai dabar viską gali ir internete ir „Youtube "-ėje* (2 diskusijų grupė). *Programoje reiktų atsižvelgti į žmogų, ko jis nemoka ir ko jam reikia. Pavyzdžiui, man yra aktualus maisto gaminimas. Aš bijau dujų ir kitko. Man aktualu būtų tai išmokti. Kitas kitų dalykų nemoka ir jam būtų naudinga* (2 diskusijų grupė). *Tų paslaugų visapusiškų reikėtų, tik tam komplekse reikėtų ir galimybės pasirinkti pagal save* (1 diskusijų grupė).
	Požiūriai į kultūrinę aplinką, aklųjų bendruomenes	*Daug padėjo, daug padėjo. Daug davė ir bendravimas tarpusavyje. Tai daug davė, kaip kokia terapija gavosi* (1 diskusijų grupė). *Mes ir dabar po tos reabilitacijos (kiek čia laiko parėjo, gal pusmetis) susiskambiname, pasikalbame kas kurį laiką. Buvome ir susitikę, suvažiavę, jeigu taip galima pasakyti. Buvo ir susitikimas be vadovų, be mokytojų. Tai – labai aktualu. Svarbu, kad būtų gera grupė. Ir LASS'e mes po truputį pradėjome jaustis bendruomenės nariais* (1 diskusijų grupė).

		Labai gerai veikė motyvacijai susitikimai su kitais aklaisiais Kaune ir ten mokytojų aklųjų buvo. Tu sužinai, kad jie daug pasiekė ir tampa aiškiau, kad pats gali pasiekti. Jie gi iš savo patirties pasakojo, tai pagalvodavom jeigu jie galėjo, tai ir mes galime. Ypač sportininkas pasakojo apie tokias savo „ zbitgas "(1 diskusijų grupė). *Buvo silpnaregių mokytojų. Čia labai buvo gerai. Tarsi atsirado didesnis pasitikėjimas ir supratimas. Tarsi buvo abipusis ryšys* (2 diskusijų grupė). *Yra tam tikrų dalykų, kurių matantis žmogus negali išmokti ir negali įsivaizduoti. Silpnaregis mokytojas yra kompetentingesnis ir jis geriau gali suprasti situacijas. Sakykime, mokyti ir „sveikas " mokytojas geba, bet ne visus dalykas taip gerai. Ir neregys ar silpnaregis pasitiki labiau savu. Ir kitas dalykas, tai – poveikis motyvacijai: „Jeigu tas mokytojas gali, tai ir aš galiu. "Gaunasi toks motyvavimas* (2 diskusijų grupė).
	Gautų įgūdžių panaudojimas	*Aš anksčiau galvodavau, kam aklam reikia mobilaus telefono. Bet per reabilitaciją nusipirkau telefoną, įvedė programą ir išmokė. Tai vėliau aš be jo negalėjau. Jis man yra ir dabar viskas* (1 diskusijų grupė). *Aš esu su mažu regėjimo likučiu. Tai buvo gerai su užrištomis akimis pabūti ir su lazdele pavaikščioti. Ta prasme, man atsirado supratimas, užtikrintumas, kad ir dar regai labiau sumažėjus aš galėsiu išlikti savarankiška. Ir, aišku, svarbu buvo apie naujas technologijas sužinoti ir jas prisitaikyti* (2 fokus grupė). *Apie LASS'ą nebuvau susidūrusi, nelabai žinojau. Nežinojau, ką veikia, ką daro. Po reabilitacijos aš sužinojau, kuo užsiima, kuo gali man būti naudinga ir kuo aš galiu naudingas. Ir buvau nuvykusi į susitikimus* (1 diskusijų grupė). *Taip, jau aš dabar gerai moku naudotis lazdele. Aš čia buvau išvykęs ir į užsienį, ir šiaip autobusais važinėju* (interviu IDV2).
	Savarankiškumas ir autonomija	*Išvažiavau aš į reabilitaciją jau po depresijų ir visų tų nesąmonių. Man pasiūlė iš LASS'o ir aš sutikau, ir ilgai nesiginčijau. Bet iš reabilitacijos grįžau aš jau „na ura ", „į viršų pakibęs ". Tapau tarsi visai kitokiu žmogum. Anksčiau, lazdelės nepaimdavau į rankas iš viso, bet po reabilitacijos nebeleidžiu iš rankų. Jo, laukiu kada tie penki metai praeis, kad vėl galėsiu važiuoti* (1 diskusijų grupė). *Mus gydytojai konsultavo. Paskui juristas konsultavo ir daug padėjo. Aš daug dalykų laimėjau. Aš jau galiu paskambinti, galiu tą, galiu aną. Aš jau jaučiuosi pilnaverčiu žmogumi. Ar įsivaizduojate ką tai reiškia? Tai va, tai – didelis pliusas* (1 diskusijų grupė). *Papasakosiu. Čia mes po reabilitacijos keli neregiai nusprendėme, kad reikia skristi į kelionę užsienyje. Tai ką, nusprendėme ir išskridome* (1 diskusijų grupė). *Ir dar tas savarankiškumas. Būdavo ateina kartais kokie svečiai ir tuoj puola padėti dėl kiekvienos smulkmenos. Po reabilitacijos būdavo, kad aš sakydavau jiems: aš pati galiu, aš pati susitvarkysiu, pasitikėkite manimi* (2 diskusijų grupė). *Aš iš pradžių gyvenau su tėvais ir jie manim rūpinosi. Regėjimą praradau 2017 m., su lazdele išlindau į viešumą, taip sakant, su lazdele 2021 m. Dabar aš gyvenu visai.* [Ar reabilitacija prisidėjo prie sprendimo gyventi savarankiškai?] *Taip, žinoma. Jeigu ne reabilitacija, tai aš vienas negyvenčiau. Tiesa, aš dar buvau Palangoje „Pušyno" sanatorijoje [...] Aš norėjau išeiti kažkur, integruotis ir pasirinkau Klaipėdą. Aš ieškojau ir Kaune darbo ir kituose miestuose. Aš pasirinkau Klaipėdą ir LASS'o įmonę. Aš esu baldinės furnitūros pakuotojas* (interviu su IDV2).

	Užimtumas	[1 informantas] *Žinokite mums reabilitacija pakeitė gyvenimus. Daug ko išmoksti, pradedi judėti, dirbti.* [2 informantas] Žinok ne visiems čia taip. [1 informantas] *Aš radau darbą dabar. Čia, pirmame aukšte dirbu, vadiname kombinate. Aš nusipirkau netoli nuo čia butą ir gyvenu, ir dirbu.* *Aš jums pasakysiu. Viskas, tie užsiėmimai priklauso nuo individo. Aš, pavyzdžiui, nors esu aklas, bet žinau, kaip remontuoti baldus. Dar žinau, mano kaimynai mokosi užsienio kalbas, daro masažus. Daugelis jaunesni už mane yra, galėtų dirbti* (1 diskusijų grupė).

Nagrinėjant dalyvių nuomonę apie mokymus, galima išskirti tris svarbius veiksnius: 1) individualizuotą ir dėmesingą požiūrį į besimokančius; 2) silpnaregių ar aklųjų mokytojų įtraukimą į tarpdalykinę komandą; 3) susitikimus ir motyvuojančius pokalbius su LASS nariais – sportininkais, muzikantais. Programos dalyviai labiausiai vertino iš specialistų (juos vadino mokytojais) gautą dėmesingumą, kuris nebuvo per daug globėjiškas, bet labai naudingas. Pavyzdžiui, buvo pasakojama, kad orientavimosi mokymosi metu buvo sudėtinga „naujokams“ klaidžioti po LASS centro koridorius neįsigilinus į pagalbines sistemas (juokaujant interviu minėta, kad būdavo sunku savarankiškai rasti tualetus), bet mokytojai skatino savarankišką judėjimą naujoje erdvėje ir prieidavo padėti, paaiškinti, kai žmogus susidurdavo su sunkumais (1 diskusijų grupė).

Dauguma informantų pozityviai vertino tai, kad dalis mokytojų buvo silpnaregiai ar net aklieji (žr. 11 lentelę). Jie savo nuomonę pagrindė mokymosi patirtimi, teigdami, kad daug veiksmingiau išmokydavo silpnaregiai mokytojai, negu neturintys regėjimo sutrikimų (žr. 11 lentelę).

Apskritai, LASS reabilitacijos centras vertinimas, kaip organizacija, kurioje vyrauja palaikymo kultūra. Diskusijų grupės dalyviai minėjo jautęsi patekę į „gerą aplinką “, „į naują, draugišką bendruomenę “ (1 diskusijų grupė). Informantai teigiamai įvertino LASS narių, sportininkų ir muzikantų įtraukimą į susitikimus ir motyvacinius pokalbius. Tokia socializacija jiems turėjo dvigubų naudų, – formavo naujus socialinius tapatumus su aklųjų ir silpnaregių bendruomene bei skatino keisti ribojančias ir neigiamai veikiančias nuostatas ir elgsenas (žr. 11 lentelę).

Kokybinis tyrimas atskleidė, kad informantai teigiamai vertino tarpdalykinės komandos paslaugas (mokymų ir praktinių užduočių vykdymo) (žr. 11 lentelę). Jie plačiai pasakojo, kokie mokymai buvo jiems naudingiausi, ir paaiškino priežastis, savo poreikius ir interesus. Vis dėlto informantai pasigedo vieno svarbaus dalyko – labiau individualizuotų mokymų ir užsiėmimų. Jie dalijosi nuomonėmis, kad įsitraukdami į programą visi dalyviai turi skirtingų poreikių (pastebėta

apie emocinę būklę, lūkesčius mokantis savarankiško gyvenimo) ir gebėjimų (kai kurie jau buvo pramokę naudotis telefonu ar pan.) ir į tai reikėtų atsižvelgti (žr. 11 lentelę).

Informantai pabrėžė, kad tiek poreikiai, tiek mokymasis reabilitacijos centre, tiek įgytos naudos ir jų panaudojimas yra labai individualus ir visko negalima suvienodinti. Tai atsiskleidė jų gyvenimo pokyčius susiejus su neregystės ar silpnaregystės įveikomis (žr. 11 lentelę).

6. Aklųjų socialinės reabilitacijos paslaugų teikimo naudos

6.1. Naudų konceptualus pagrindimas

Šioje dalyje atliktas teorinės aklųjų socialinės reabilitacijos programos naudų konceptualus pagrindimas. Atlikus literatūros analizę, buvo išskirtos pagrindinės reabilitacijos programų naudų dimensijos: kasdienio gyvenimo veikla ir instrumentinė kasdienio gyvenimo veikla; psichinė sveikata ir emocinė gerovė; gyvenimo kokybė; paslaugos naudojimas ir išlaidos. Toliau pateikiama logiškai susisteminta informacija.

Kasdienio gyvenimo veikla ir instrumentinė kasdienio gyvenimo veikla. Mokslinėje literatūroje teigiama, kad aklieji reabilitacijos metu ir jai įvykus turi sugrįžti prie kasdienio gyvenimo veiklų. Lawton ir Brody (1969) savo tyrime apie senjorų veiksmingumo įvertinimą detaliai išskyrė kasdienio gyvenimo veiklos ir instrumentinės kasdienio gyvenimo veiklos kriterijus. Vėliau nemažai išskirtų kriterijų buvo adaptuoti atliekant neįgaliųjų reabilitacijos programų vertinimus ir nustatant programų poveikį neįgaliesiems ir jų gautas naudas (Rabiee et al., 2015). Minėti tyrėjai (Lawton et Brody, 1969) kasdienio gyvenimo veiklą apibūdina kaip užduotis, susijusias su kūno priežiūra ir judėjimu, įskaitant vaikščiojimą, maudymą, apsirengimą, tualetą, dantų valymą ir valgymą. Reabilitacijos programos siekiama nauda akliesiems asmenims yra grįžimas prie kasdienio gyvenimo veiklos, tai yra pagrindiniai kasdieniai įsipareigojimai, o aklojo asmens savarankiškumas ir nepriklausomybė priklauso nuo to, ar jis gali sėkmingai jas atlikti, neprašydamas šeimos narių ar asistento pagalbos. Reabilitacijos programa taip pat prisideda ir prie kitų naudų, nes kai kurie kiti veiksmai taip pat lemia aklojo asmens savarankiškumą ir laisvę kasdieniame gyvenime; tačiau jis nebūtinai kasdien užsiima tokiomis veiklomis. Tai vadinama *instrumentine* kasdienio gyvenimo veikla. Priešingai anksčiau aptartoms veikloms, instrumentinė kasdienio gyvenimo veikla yra ta, kuri palaiko kasdienį gyvenimą. Tai apima maisto gaminimą, naudojimąsi mobiliuoju telefonu ar kompiuteriu, kelionę viešuoju transportu, apsipirkimą, finansų tvarkymą, atsakingą vaistų vartojimą, dalyvavimą bendruomenėje. Pabrėžiama, kad kasdienio gyvenimo ir instrumentinės kasdienio gyvenimo veiklos techniškai yra panašios, tačiau instrumentines kasdienio gyvenimo veiklas akliems asmenims nebūtinai reikia atlikti kasdien. Nors instrumentinių kasdienio gyvenimo veiklų nauda akliesiems asmenims akivaizdi, nes sudaro prielaidas išplėsti socialinės komunikacijos ratą, saviraiškos galimybes, mobilumą, bet jos yra sudėtingesnės ir reikalauja organizacinių įgūdžių (Brooks Rehabilitation, 2022). Pažymėtina, kad

nauda iš abiejų veiklų akliesiems asmenims turi sinerginį pobūdį, nes praradus regėjimą, kasdienio gyvenimo veiklos užduotys įgyja didesnį svarbumą, kadangi poreikis kasdienio gyvenimo veikloms yra nuolatinis ir jų atkūrimas aklajam asmeniui yra kritinis (Kempen et al., 2012), bet kartu neišnyksta ir instrumentinės kasdienio gyvenimo veiklos poreikiai.

Psichinė sveikata ir emocinė gerovė. Mokslinėje literatūroje pažymima, kad gerėja reabilitacijos programose dalyvaujančių aklųjų asmenų psichinė sveikata ir emocinė gerovė. Įvairių tyrimų (Nyman et al.,2012; Silva i et al., 2019) metu buvo nustatyta, jog aklieji asmenys jautėsi, tarsi jų gyvenimas pasibaigė, vartojo antidepresantus, jų psichinė sveikata buvo paveikta, nes negalėjo įgyvendinti savo planų, pavyzdžiui, išėjus į pensiją pradėti keliauti, mėgautis ramesniu gyvenimu, taip pat veikė sumažėjusios pajamos, su akimis nesusijusios gretutinės ligos. Akivaizdu, jog reabilitacijos programos suteikia socialinės paramos naudą tiems akliesiems asmenims, kuriems pasireiškia depresija. Socialinės paramos teorijos postulatai numato, kad socialinė parama turi tiesioginį ir netiesioginį poveikį skirtingiems aklojo asmens gyvenimo aspektams, apimant tokius rodiklius, kaip sveikata, susirgimai ir mirtingumas. Tai patvirtino ir tyrimas, kurio metu nustatyta, kad reabilitacijos paslaugų gavimas padeda mažinti depresijos simptomus net ir esant kitiems sveikatos sutrikimams, funkcinei negaliai ar trūkstant socialinės paramos ir ypač vyresnio amžiaus akliems asmenims (Horowitz et al., 2003). Nustatyta, kad sveikatos priežiūros specialistai ir regos specialistai, oftalmologai ir optometristai, dažnai neįtaria, kad aklieji asmenys turi psichinės sveikatos problemų, tačiau silpnaregių reabilitacijos specialistai depresijos paplitimą atpažįsta dažniau (Renaud et Bédard, 2013).

Gyvenimo kokybė. Pabrėžiama, kad regėjimo praradimas yra viena iš pagrindinių vyresnio amžiaus žmonių negalios priežasčių, dėl kurios prastėja gyvenimo kokybė ir, kaip jau minėta anksčiau, didėja sergančiųjų depresija. Anot Silva ir kt. (2019), regos negalią turintiems žmonėms gresia didesnė depresijos simptomų ir sužalojimų rizika dėl griuvimų, tai taip pat veikia jų gyvenimo kokybę, nes dėl patiriamų sužalojimų tenka gydytis sveikatos priežiūros ir (arba) slaugos įstaigose. Kiti tyrėjai (Adigun et al., 2014) pritaria, kad pacientų, turinčių aukštesnį regėjimo sutrikimo lygį, gyvenimo kokybė yra prastesnė, tarp moterų regėjimo sutrikimas pasirodė esąs prastesnės gyvenimo kokybės požymis. Dėl to kasdienio gyvenimo ir instrumentinės kasdienio gyvenimo veiklos dermė ir gerėjanti psichinė sveikata bei emocinė gerovė ultimatyviai suteikia geresnę gyvenimo kokybę akliesiems asmenims. Išskirti argumentai dėl aklųjų asmenų gyvenimo kokybės buvo analizuojami tyrime, kurio metu paaiškėjo, kad reabilitacijos nauda

akivaizdi gerinant aklųjų asmenų gyvenimo kokybę. Iš viso buvo išanalizuoti 52 atsitiktinių imčių kontroliuojami tyrimai, kuriuose dalyvavo 6 239 dalyviai. Tyrimo metu nustatyta, kad, palyginti su silpnaregiais pacientais, kuriems nebuvo atlikta intervencija, silpnaregių reabilitacija pagerino su regėjimu susijusią gyvenimo kokybę, regos funkcionavimą ir saviveiksmingumą ar savigarbą (Liu et al., 2021). Firouzeh ir Tabatabaee (2018) atlikta tyrimų analizė parodė, kad aklųjų asmenų reabilitacija pagerino suaugusiųjų regėjimo lauką ir regėjimo kokybę praėjus 6 mėnesiams po naudojimosi reabilitacijos paslaugomis.

Paslaugos naudojimas ir išlaidos. Paprastai tikimasi, kad aklųjų asmenų reabilitacijos programos bus ekonomiškos, nors, vyriausybės požiūriu, nebūtinai bus sutaupyta. Anot Javitt ir kt. (1994), dauguma sveikatos priežiūros intervencijų nėra orientuotos į taupymą, tačiau jos yra pateisinamos ekonomiškumo požiūriu. Šioje vietoje labai sutaupoma pasiekiant aukštesnę gyvenimo kokybę nežymiomis sąnaudomis (Javitt ir kt., 1994). Kita vertus, egzistuoja sutarimas, kad aklųjų asmenų reabilitacijos programos veikia ir kad integruotos paslaugos gali būti ypač naudingos paslaugų vartotojams. Tačiau įrodymų bazė, ypač dėl ekonomiškumo ir priimtinumo klientams, yra silpna, išskyrus kai kurias svarbias išimtis (Binns et al., 2009).

Apibendrinant galima teigti, kad, nepaisant išskirtų reabilitacijos programų naudų, tyrėjams ne visada įmanoma nustatyti, ar regos neįgalumo naudos iš tikrųjų buvo daugiausia funkcinėse srityse, pvz., gebėjimas skaityti ar naudotis telefonu, o ne papildomos gyvenimo kokybės srityse, tokiose kaip socialinė ir psichologinė padėtis.

6.2. Socialinės reabilitacijos paslaugų ar projektų tikslai ir aklumo sąnaudos

Analizuojant VšĮ LASS pietvakarių centro pateiktus dokumentus, tai yra viešųjų pirkimų pasiūlymą dėl kompleksinių socialinės reabilitacijos paslaugų akliesiems teikimo ir 2021‑2022 m. kompleksinių socialinės reabilitacijos paslaugų akliesiems teikimo ataskaitas, nustatyta, kad nė viename iš šių dokumentų socialinės reabilitacijos paslaugų programos tikslai nėra įvardyti. Tačiau 2017 m. gegužės 15 d. LR socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakyme Nr. A1-249 „Dėl Kompleksinių socialinės reabilitacijos paslaugų akliesiems teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ yra įvardijami reabilitacijos teikimo principai, kurie gali būti prilyginami tokios programos tikslams. Detaliau principai ir jų aprašymas, reabilitacijos metu gauti įrodymai pateikiami 13 lentelėje.

13 lentelė. Socialinės reabilitacijos paslaugų akliesiems principai ir gauti įrodymai

Principai	Apibūdinimas	Įrodymai
Prieinamumo	Kompleksinės SRPA teikiamos visiems akliesiems asmenims, atitinkantiems Aprašo 8 punkto reikalavimus.	2021‑2022 m. reabilitacijos paslaugas gavo 40 aklųjų asmenų, iš jų: 0 vaikų, 29 darbingo amžiaus ir 11 pensinio amžiaus asmenys. 2022 m. paslaugas gavo 10 vyrų ir 12 moterų. 2021 m. informacijos nėra.
Bendradarbiavimo	Kompleksinių SRPA teikimas paremtas aklojo asmens, jo artimųjų, kompleksinių SRPA teikėjo, valstybės ir savivaldybių institucijų, įstaigų, nevyriausybinių organizacijų aktyviu bendradarbiavimu.	Visi paslaugų gavėjai dalyvavo susitikimuose su teisininku, LASS pirmininku, Lietuvos aklųjų bibliotekos darbuotoja, su regėjimo negalią turinčiais sportininkais ir kitais aktyviais regėjimo neįgaliaisiais. Kai kurie neregiai su mokytojų pagalba prisijungė prie Lietuvos aklųjų bibliotekos informacinės sistemos ELVIS ir išmoko naudotis jos teikiamomis garsinių knygų skaitymo paslaugomis. Dalyviai stebėjo spektaklį su garsiniu vaizdavimu neregiams Nacionaliniame Kauno dramos teatre. Ekskursijų ir edukacijų metu dalyviai susipažino su Kauno miesto senamiesčiu, istorine prezidentūra, apsilankė Birštone, plaukiojo laivu Nemune. Dalyvavo Joninių šventės ir Valstybės dienos minėjimo renginiuose.
Individualumo	Kompleksinės SRPA skiriamos ir teikiamos atsižvelgiant į individualius aklojo asmens poreikius.	Medicinos psichologė vedė grupinius terapinius užsiėmimus ir individualias konsultacijas. Kompleksinių SRPA specialistų išvados ir rekomendacijos dalyviams buvo įteiktos į rankas, kad turėtų su savimi ir parodytų savo artimiesiems.
Dalyvavimo	Siekiama, kad aklasis asmuo aktyviai dalyvautų, teikiant kompleksines SRPA, bendradarbiautų su specialistais.	Grupinių ir individualių užsiėmimų metu trys tiflopedagogai mokė neregius orientacijos ir savarankiško judėjimo įvairiose erdvėse, savitarnos ir buitinių įgūdžių, naudotis buitinėmis techninės pagalbos priemonėmis, pritaikyti namų aplinką savo poreikiams, norinčiuosius supažindino su Brailio raštu. Pastebimas komunikacinių įgūdžių ugdymo paslaugų poreikio augimas. Šias paslaugas teikė du kompiuterinio raštingumo specialistai. Daugiausia neregiai pageidavo tobulinti savo naudojimosi kalbančiais išmaniaisiais įrenginiais ir įvairiomis mobiliosiomis programėlėmis įgūdžius.
Kompleksiškumo	Kompleksinės SRPA nukreiptos į kompleksinį aklųjų asmenų biopsichosocialinių problemų sprendimą, apimantį priemones didesniam nurodytų asmenų fiziniam, psichiniam, socialiniam savarankiškumui pasiekti.	Visi kompleksinių SRPA gavėjai patobulino savo savarankiško judėjimo aplinkoje įgūdžius, įgijo ar pasikartojo naudojimosi baltąja lazdele pagrindus, susipažino su įvairiomis namų aplinkos prisitaikymo galimybėmis, įgijo daugiau pasitikėjimo savimi. Komunikacinių įgūdžių ugdymo užsiėmimuose neregiai susipažino su išmaniojo telefono galimybėmis naudojant programos *TalkBack* valdymo gestus, susipažino su kompiuterine ekrano skaitymo programa NVDA, patobulino žinias, kaip naudoti garsinių knygų skaitymo įrenginį *Victor Reader*.
Komandinio darbo	Specialistai, panaudodami savo profesines žinias bei įgūdžius ir dalydamiesi atsakomybe už suteiktų kompleksinių SRPA kokybę, susitelkia siekdami atkurti, ugdyti, įtvirtinti aklųjų asmenų mobilumo, kasdienio gyvenimo ir komunikacijos įgūdžius, didinančius jų galimybes dalyvauti visuomeniniame gyvenime.	Socialinė darbuotoja organizavo socialinės komunikacijos įgūdžių ugdymo ir profesinio konsultavimo užsiėmimus. Komunikacinių įgūdžių ugdymo paslaugas teikė du kompiuterinio raštingumo specialistai. Medicinos psichologė vedė grupinius terapinius užsiėmimus ir individualias konsultacijas.

Toliau, siekiant įvertinti socialinės reabilitacijos paslaugų akliesiems reikšmingumą, buvo atlikta aklumo sąnaudų analizė Lietuvoje. Duomenys analizei buvo renkami iš viešai prieinamų šaltinių, sąnaudų kategorijos išskirtos atsižvelgiant užsienio mokslinėje literatūroje pateiktus panašus bandymus ir įvertinus kokybinio tyrimo metu su ekspertais išskirtas naudų akliesiems sąnaudas. Detali analizė ir išaiškinimas pateikti 14 lentelėje.

14 lentelė. Aklumo sąnaudos Lietuvoje

Rezultatas	**Tikėtinos sąnaudos, EUR**		**Procentas nuo tikėtinų sąnaudų**	
Vienkartinė gydytojo oftalmologo konsultacija	36,79		0,00	0,00
Stacionaro kaina dėl kojos sužalojimo ir dėl plaštakos sužalojimo – kai būklė sudėtinga	3 102,91 + 1 148 = 4 250,91		21	22
Kompleksinė socialinė reabilitacija akliesiems	***1 566,19/5 = 313,24***		***2***	***2***
***Netekto darbingumo (invalidumo) pensija**	*450 x 12 = 5 400		27	22
****Šalpos neįgalumo pensija**	**346 x 12 = 4 152			
Slaugos ir priežiūros pagalbos tikslinė kompensacija	138 x 12 = 1 656		8	9
Mokesčių lengvatos dėl taikytino NPD dydžio	105,71 x 12 = 1 268,52		6	7
Individualus asmeninis asistentas	9 x 20 x 12 = 2 160		11	12
Depresijos gydymo išlaidos per metus	5 047		25	26
Iš viso	**20 132,46**	**18 571,22**	100 %	100 %

Mokslinėje literatūroje paprastai išskiriamos aklojo registracijos sveikatos priežiūros įstaigoje sąnaudos (Meads et Hyde, 2003), tačiau, atsižvelgiant į pateiktus aprašymus, buvo nuspręsta Lietuvos atvejams naudoti vienkartinę gydytojo oftalmologo konsultaciją, kurios įkainis paimtas iš sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų, pateiktų Ligonių kasos interneto tinklalapyje (Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, 2022).

Kokybinio tyrimo respondentai Klaipėdoje ir Kaune minėjo, jog dažnai dėl nesavarankiškumo aklieji asmenys patiria įvairaus pobūdžio traumų, kurios šiame tyrime buvo įvertintos pagal Valstybinės ligonių kasos nustatytas stacionaro kainas ir pritaikyti įkainiai dėl kojų

ir plaštakų, kai būklė sudėtinga (Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, 2022), nes tikėtina, kad vienokio ar kitokio pobūdžio sužalojimus aklieji asmenys patiria visus metus.

Kompleksinės socialinės reabilitacijos kaina vienam žmogui buvo apskaičiuota remiantis VšĮ LASS pietvakarių centro (2022) pateikta ataskaita už 2022 m. Sąnaudos vienam žmogui apskaičiuotos visos sutarties kainą padalijus iš 2022 m. reabilitacijoje dalyvavusių žmonių skaičiaus. Pažymėtina, kad teisę į reabilitaciją aklasis asmuo turi tik vieną kartą per penkerius metus, dėl to, apskaičiuojant metines aklumo sąnaudas, bendrą sumą reikia dalyti iš penkių.

Taip pat akliesiems asmenims gali būti mokama „Sodros“ nustatyta netekto darbingumo pensija. Tiems asmenims, kurie turi darbo stažą, – ir šalpos neįgalumo pensija. Atsižvelgiant į kokybinio tyrimo interviu su ekspertu rezultatus, buvo skaičiuojamos atitinkamos sąnaudos. Netekto darbingumo pensija – 450 eurų, o šalpos neįgalumo pensijos atveju, 2 šalpos pensijų bazių dydžio pensija – 346 eurai, nes vienu atveju priklauso nuo turėto asmens stažo, o kitu – nuo nustatyto neįgalumo.

Aklieji asmenys dar gali gauti slaugos ir priežiūros tikslinę kompensaciją, kuri priklauso nuo nustatyto slaugos ar priežiūros lygio. Nuo 2022 m. birželio 1 d. tikslinių kompensacijų bazės dydis yra 138 eurai (LR Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, 2022).

Jei aklasis asmuo nusprendžia dirbti, tai jam gali būti taikomas mažesnis NPD dydis, priklausomai nuo darbingumo lygio keičiasi ir NPD. Jei nustatytas darbingumo lygis siekia nuo 0 iki 25 proc., tai taikomas 870 eurų NPD, jei nuo 30 iki 55 proc., taikomas 810 eurų NPD. Šiuo atveju, skaičiuojant mokesčio lengvatos sąnaudas, buvo pasirinktas didžiausias NPD – 870 eurų. VšĮ LASS yra įsteigusi dvi uždarąsias akcines bendroves, t. y. UAB „Liregus“ ir UAB „Regseda“. Remiantis rekvizitai.lt portalo duomenimis, 2022 m. rugsėjo mėn. šiose bendrovėse, kurios įdarbina aklus asmenis, vidutinės darbuotojų, draudžiamų visą kalendorinį mėnesį, draudžiamos pajamos siekė atitinkamai 1 378 eurus ir 1 250,89 euro. Apskaičiavus abiejų įmonių 2022 m. rugsėjo mėn. atlyginimo vidurkį, susidaro 1 314 eurų. Tuo atveju, kai darbuotojui taikomas įprastinis NPD dydis, darbuotojas į rankas gauna 863,26 euro, tačiau pritaikius NPD 870 eurų, į rankas gaunama suma lygi 968,97 euro. Papildoma įmoka pensijų kaupimui netaikoma. Mokestinė aklojo asmens lengvata, laikantis anksčiau išdėstytų prielaidų, sudaro 105,71 euro.

Nuo 2021 m. neįgalieji asmenys gali naudotis asmeninio asistento pagalba. Tokią paslaugą gali gauti visi neįgalieji, kuriems nustatytas toks poreikis. Numatyta, kad, jei neįgaliojo asmens

pajamos yra mažesnės nei 256 eurai, asmeninio asistento pagalba jam teikiama nemokamai, jei pajamos didesnės, tai ne daugiau 20 proc. pagalbos teikimo sąnaudų sumoka neįgalus asmuo. Kokybinio tyrimo respondentui, eksperto teigimu, asmeninio asistento kaina svyruoja priklausomai nuo savivaldybės, tačiau vidutiniškai tai sudaro 89 eurus per dieną (INF17, 2022). Todėl nuspręsta rinktis didžiausią dydį, t. y. 9 eurus. Laikomasi prielaidos, kad aklajam asmeniui asmeninio asistento paslaugos teikiamos kiekvieną darbo dieną po 8 val.

Kokybinio tyrimo respondentai teigė, kad prieš pradėdami reabilitaciją daugelis iš jų sirgo depresija arba turėjo simptomų (1 diskusijų grupė, 2022), todėl vertinant aklumo sąnaudas buvo remtasi 2021 m. Vokietijos mokslininkų atliktu tyrimu (König et al.,, 2021), pagal kurį metinės depresijos sąnaudos sudaro 5 047 eurus. Lietuva priklauso euro zonai, tai, remiantis *konvergencijos teorijos*[2] postulatais, galima teigti, kad panašios sąnaudos gali būti ir Lietuvoje.

6.3. Socialinės reabilitacijos paslaugų vertė

6.3.1. Kasdienio gyvenimo veikla ir instrumentinė kasdienio gyvenimo veikla

Valenta (2003) pažymi, kad daugelis neregių gėdijasi paimti lazdelę, o tie, kurie paima, turi peržengti didesnį ar mažesnį psichologinį barjerą, nors vaikščiojimas su lazdele suteikia aklajam asmeniui mobilumą. Autorius (Valenta, 2003) paaiškina, kad lazda visais laikais ir visose šalyse rodė žmogaus bejėgiškumą, elgetavimą, atstūmimą. Panašiai ir kokybinio tyrimo metu daugelis respondentų teigė, kad iki reabilitacijos priešinosi ir nenaudojo lazdelės, tačiau, kaip matoma iš pateiktų įrodymų, pabaigus reabilitaciją ir suvokus, kad tai nėra jo vieno problema, dabar nuolat naudojasi, kartais lazdelę net vadina *geriausia drauge*.

Aklojo asmens savarankiškumo įgijimas yra vienas socialinės reabilitacijos efektyvumo patvirtinimų. Kokybinio tyrimo respondentai dažnai minėjo, jog po regos netekimo didesnė dalis prarado 90–95 procentus savo aplinkos rato (draugus, pažįstamus) ir kai kuriais atvejais šeimos narius. Anot kokybinio tyrimo respondentų, labai dažnai pažįstami teigė, jog tiesiog nežino, kaip elgtis su aklaisiais. Žinoma, kai kurie respondentai minėjo, kad šeimos nariai buvo vienintelis ramstis, į kurį jie galėjo atsispirti, tačiau dėl tokių aplinkybių šeimos nariai turėjo atsisakyti savo asmeninio gyvenimo. Kaip pažymėjo vienas kokybinio tyrimo respondentas: <...> *negalia suspaudė mūsų šeimą, sūnus metė visus darbus, dukra metė darbą Londone, tai sutelkė šeimą, tas tai padėjo* <...> (1 diskusijų grupė).

[2] Veikiant mokslo ir technologijų pažangai, evoliuciniu būdu nyksta priešingų ekonominių sistemų socialiniai, ekonominiai, politiniai, instituciniai, ideologiniai, technologiniai skirtumai (Visuotinė lietuvių enciklopedija, 2022).

Tačiau, kaip matome iš 15 lentelėje pateiktų įrodymų, socialinė reabilitacija gali sumažinti ne vien tik išlaidas, nes aklasis asmuo, pradėjęs naudotis baltąja lazdele, mobiliuoju telefonu ir (ar) kompiuteriu, įgijęs savarankiškumo ir pasitikėjimo, gali visai atsisakyti asmeninio asistento arba naudotis jo paslaugomis mažiau. Be to, kokybinio tyrimo respondentai minėjo, kad esami asmeniniai asistentai nemoka dirbti su aklaisiais asmenimis, todėl akliesiems tenka juos mokyti patiems (1 diskusijų grupė). Kita vertus, socialinės reabilitacijos programa gali sukurti ir vertę aklajam asmeniui. Nes ir kokybinio tyrimo respondentai minėjo, kad pradėjo gyventi visiškai savarankiškai, kai kas net keliavo į užsienį. Detali informacija pateikiama 15 lentelėje.

15 lentelė. Apskaičiuota reabilitacijos vertė, kai išvengiama išlaidų, reikalingų asmeniniam asistentui

Reabilitacijos rezultatas	Vertinimo kriterijus	Įrodymai	Sukuriama vertė, Eur
Kasdienio gyvenimo veikla ir instrumentinė kasdienio gyvenimo veikla	Pradėta naudotis baltąja lazdele	*<…> 6 metus nematau ir per 6 metus niekada, sakiau, kad lazdelės į rankas nebeimsiu, bet dabar po reabilitacijos labai džiaugiuosi ir vaikštau, ir persilaužiau per save, pamačiau, kad ne aš viena <…>* (2 diskusijų grupė, 2022). *<…> reabilitacijos metu irgi buvo vienas žmogus, kuris sakė, kad šitą šluotą aš nenešiosiu, bet dabar po reabilitacijos jau vadina „geriausia draugė“ <…>* (2 diskusijų grupė, 2022). *<…> sakiau, neimsiu tą lazdelę, bet dabar be jos neišeinu ir man dabar lazerį darė ir dar prastėja regėjimas ir žiūriu be lazdelės niekur neišeisiu <…>* (2 diskusijų grupė, 2022). *<…> lazdelė buvo nepriimtinas dalykas, o dabar be tos lazdos neišeinu <…>* (INF3, 2022).	2 160 Eur
	Atsirado didesnis savarankiš-kumas	*<…> valgyti pasigamina, arbatą pasigamino, sumuštinius pasigamina, sriubą gali išsivirti, problemos nėra <…> taip atsirado daugiau savarankiškumo ir tai yra gerai <…>* (INF6, 2022). *<…> iš pradžių buvo, kad aš ten tą padarysiu, tą pagelbėsiu, bet po reabilitacijos aš jau pati sakiau, kad noriu daryti, nes kas bus, jei aš viena liksiu ir kas man padės <…>* (2 diskusijų grupė, 2022). *<…> atsirado artimųjų suvokimas, kad programa padėjo, nes ateina svečias, bando padėti, bet artimieji sako, nereikia ji pati gali <…>* (2 diskusijų grupė, 2022). *<…> mokinomės valgyti daryti, kepsniukus kepėm <…>* (1 diskusijų grupė, 2022).	

	<…> Aš labai savarankiškai gyvenu, man artimųjų nereikia. Po projekto ypač. Viską susiorganizuoju <…> pati išsimaudau <…> (1 diskusijų grupė, 2022). *<…> aišku aš ten ir globojau ir vedžiojau, maudžiau. Po reabilitacijos jis pasikeitė ir barzdą pats skuto, nu buvo daug tuo požiūriu <…>* (INF7, 2022). *<…> reikalui esant galiu vienas išeiti į miestą, tai perspektyva didžiulė <…> aš vienas gyvenu ir išsiskalbiu, ir susitvarkau, ir išeinu į miestą, kur reikia, visur, absoliučiai kaip matydamas <…>* (INF3, 2022).
Pradėjo naudotis mobiliuoju telefonu / kompiuteriu	*<…> pramokau, kaip naudotis telefonu, ir dabar turiu ryšį su pasauliu <…>* (1 diskusijų grupė, 2022). *<…> dėkojant reabilitacijai nusipirkau telefoną <…>* (1 diskusijų grupė, 2022). *<…> reabilitacija davė galimybę susipažinti su naujomis technologijoms, lengviau prisitaikyti <…>* (2 diskusijų grupė, 2022). *<….> viešojo transporto programėlės labai padeda <…>* (2 diskusijų grupė, 2022).

6.3.2. Psichinė sveikata ir emocinė gerovė

Kaip jau buvo minėta, pagerėjusi psichologinė sveikata ir emocinė gerovė dažnai yra įvardijamos kaip socialinės reabilitacijos rezultatas. Tai patvirtina ir kokybinio tyrimo metu išsakytas eksperto požiūris: *<…> psichologinis žmogaus savęs suvokimas, problemos masto supratimas šioje vietoje turbūt tikrai gerintų psichologinę sveikatą <…>* (3 diskusijų grupė, 2022). Daugiau informacijos pateikiama 16 lentelėje.

16 lentelė. Apskaičiuota reabilitacijos vertė, kai išvengiama išlaidų, reikalingų depresijai gydyti

Reabilitacijos rezultatas	Vertinimo kriterijus	Įrodymai	Sukuriama vertė, Eur
Psichinė sveikata ir emocinė gerovė	Sustiprėjo psichologiškai ir emociškai	*<…> Tai reabilitacija buvo labai naudinga, vertinga ne tik psichologiškai labai padeda, bet ir visapusiškai, ir fiziškai, sakykime, emociškai ir psichologiškai <…>* (2 diskusijų grupė, 2022). *<…> esu labai laiminga, ir psichologiškai, ir fiziškai, ir emociškai sustiprėjusi esu <…>* (2 diskusijų grupė, 2022). *<…> mano sūnus ir dukra pastebėjo teigiamas emocijas, nes aš pasakojau, ką mes darėme, kur ėjome, tas savarankiškumas <…>* (2 diskusijų grupė, 2022). *<…> tėvai sakė, kad grįžau pasikeitęs <…>* (1 diskusijų grupė, 2022). *<…> kai lieki su savo problemomis, lieki nesavarankiškas, buvo didelė depresija, nes visą laiką buvau savarankiškas <…> sėdi namuose ir verki <…> aš dar truputį turiu*	5 047 Eur

	regėjimo ir pamačius kitus, pasidarė gėda ir paėmiau save į rankas, ir gyvenu, ir džiaugiuosi <…> *<…> aš vienas gyvenu ir išsiskalbiu, ir susitvarkau, ir išeinu į miestą, kur reikia, visur, absoliučiai kaip matydamas <…>* (INF3, 2022).	
Padaugėjo kontaktų su draugais, bendraminčiais, kitais bendruomenės nariais	*<…> labai susibendravome iš tikrųjų, tas bendravimas, draugų susiradimas, bendraminčių tokių. Nu, yra tikrai labai šaunu. Iškelia tave iš komforto zonos ir kad tu gali gyventi pilnaverčiai, o ne užsidaryti <…>* (1 diskusijų grupė, 2022). *<…> Po reabilitacijos pas mus buvo susitikimas Klaipėdoje, pas vieną mūsų dalyvį. Mes buvome nuvažiavę į svečius. Va sudalyvavome <…>* (2 diskusijų grupė, 2022). *<…> Šaunu, kai yra bendravimas, kultūrų, jautiesi pilnavertis bendruomenės narys <…>* (1 diskusijų grupė, 2022). *<…> patiko susitikimas be vadovų, mokytojų <…>* *<…> trūksta jam to bendravimo, nes rodė nuotraukas, kur buvo ir su kuo bendravo <…>* (INF8, 2022).	

Apibendrinant lentelėje pateiktus kokybinio tyrimo interviu duomenis, galima teigti, jog, tikėtina, aklieji asmenys, kurie dalyvavo socialinės reabilitacijos programoje, sustiprėjo psichologiškai ir emociškai, nes, kaip matome iš pateiktų įrodymų, reabilitacijos metu įvyksta fundamentalūs pokyčiai, kurie leidžia aklajam asmeniui suvokti, įgalinti save, paskatinti dalyvauti, atrasti savyje potencialą išbristi iš depresijos ir pagerinti psichinę sveikatą ir emocinę gerovę.

6.2.3. Gyvenimo kokybė

Ne mažiau svarbu aklajam asmeniui dalyvaujant socialinės reabilitacijos programoje pagerinti ir savo gyvenimo kokybę. Negalią turintiems žmonėms ypač svarbu gauti realią pagalbą, nes aklųjų asmenų gyvenimo kokybė ypač sunkėja, kai jiems tenka gyventi nepritaikytoje aplinkoje, neturint darbo. Kokybinio tyrimo respondentai ekspertai sutinka, kad reabilitacija gali padėti akliesiems asmenims įsidarbinti ir geriau save vertinti. Žinoma, tokių aklųjų nėra daug, bet, panašu, kad ypač jaunesnio amžiaus aklieji asmenys tikrai po reabilitacijos stengiasi pradėti dirbti LASS įmonėse arba užsiima savarankiška individualiąja veikla (pvz., teikia masažo paslaugas). Daugiau informacijos pateikta 17 lentelėje.

17 lentelė. Apskaičiuota reabilitacijos vertė, kai gerėja gyvenimo kokybė

Reabilitacijos rezultatas	Vertinimo kriterijus	Įrodymai	Sukuriama vertė, Eur
Geresnė gyvenimo kokybė	Nepatiria kojų, plaštakų sužalojimų	*<…> kad akis neišdurti kepure su snapuku, su lazdele, padėjo telefono nusipirkti, nes pramokau. Ir kaip vaikščioti aklųjų tais, daug padėjo tas bendravimas <…>* (1 diskusijų grupė, 2022). *<…> pasitikėjimo manimi atsirado daugiau, kad aš pati galiu daugiau padaryti <…>* (2 diskusijų grupė, 2022). *<…> mano draugė, kad ir matau kažkiek ir moku programėlėmis naudotis, bet atvažiavus į Kauną aš prašydavau, kad atvažiuotų ir palydėtų. O po reabilitacijos aš daugiau pradėjau stengtis pati. Gerai, važiuojame kartu su manimi, bet jei tik reikės kažką paklausti, tai aš eisiu pati darysiu ir visą kitą. Tai jinai stebisi <…>* (2 diskusijų grupė, 2022). *<…> mes turėjom žmogų, kuris po regėjimo praradimo priaugo 40 kg per metus, tai jis jaunas vaikinas, tai jis numetė tuos kilogramus reabilitacijoje sudalyvavus, tai dabar laksto, kad jį nesustabdysi <…>* (3 diskusijų grupė, 2022).	4 250,91 Eur
	Aklojo asmens įsidarbinimas	*<…> po reabilitacijos gyvenimas apsivertė aukštyn kojom, išeini savarankiškai gyventi, dirbti. Radau darbą, dirbu. Nusipirkau butą ir gyvenu <…>* (1 diskusijų grupė, 2022). *<…> papasakojo apie programas, kad dirba neregiai, ir jis užsidegė, sako važiuojame į Vilnių pažiūrėti, ten sutiko vyrioką, kuris dirba ten ir sako važiuojam <…> tai jis dabar dirba <…>* (INF7, 2022).	16 536 Eur (1 378 x 12 mėn.)
Iš viso			**20 786,91**

Apibendrinant galima teigti, kad aklojo asmens įsidarbinimą galima laikyti reikšmingu socialinės reabilitacijos programos sėkmės rezultatu. Kokybinio tyrimo metu paaiškėjo, remiantis VšĮ LASS valdomų bendrovių 2022 m. rugsėjo mėn. duomenimis, kad įdarbintų aklųjų asmenų vidutinės darbuotojų, draudžiamų visą kalendorinį mėnesį, draudžiamos pajamos siekė 1 378 eurus.

6.3.4. Paslaugos naudojimas ir išlaidos

Atliekant socialinės reabilitacijos programos vertinimą, buvo nustatytos trys naudų poveikio sritys ir septyni kriterijai. Šios naudų poveikio sritys yra susijusios su pačiais paslaugų vartotojais ir jų šeimomis ar globėjais:

- kasdienio gyvenimo veikla ir instrumentinė kasdienio gyvenimo veikla;
- psichinė sveikata ir emocinė gerovė;

- gyvenimo kokybė.

Taikant anksčiau aprašytą metodą, buvo apskaičiuota galima finansinė nauda, kurią per metus teikia socialinės regėjimo reabilitacijos programa tokiose naudų poveikio srityse (žr. 18 lentelę). Šios vertės reiškia derinį: a) sumažinamos, išvengiamos arba atidedamos išlaidos sveikatos ir socialinės priežiūros sistemoms; b) sumažėjusios arba išvengtos išlaidos, kurias paprastai padengtų paslaugų vartotojai arba jų šeimos; c) finansinės vertės, susijusios su teigiama nauda, gaunama paslaugų vartotojų, jų šeimų ir globėjų, kurios kitu atveju nebūtų buvę.

18 lentelė. Tikėtina socialinės regėjimo reabilitacijos finansinė poveikio nauda vienam aklajam asmeniui

Naudų poveikio sritys	**Potenciali finansinė vertė, Eur**
Kasdienio gyvenimo veikla ir instrumentinė kasdienio gyvenimo veikla	2 160
Psichinė sveikata ir emocinė gerovė	5 047
Gyvenimo kokybė	20 786,91
Iš viso	**27 993,91**

Sumažėjusios išlaidos ar net išvengta išlaidų, kurios gali būti patirtos sveikatos ir socialinės apsaugos sistemose, arba sukurta vertė dėl įsidarbinimo dėl socialinės regėjimo reabilitacijos programos 2022 m. iš viso sudaro 27 993,91 Eur vienam aklajam asmeniui. Tiesa, kaip pažymėjo kokybinio tyrimo respondentė, negali vien reabilitacijos programos naudos įvertinti kiekybiniais matais, tačiau jei po reabilitacijos aklieji asmenys gali prisidėti prie šalies gerovės, tai čia jau didžiulė nauda (interviu su INF12).

7. Išvados

1. Vakarų šalyse egzistuoja daugybė įvairių neregių ir silpnaregių socialinės reabilitacijos programų. Dauguma jų yra paremtos tarpdalykine prieiga (vadinamuoju modeliu) ir integraliomis paslaugomis, teikiamomis komandos specialistų. Tiesa, galima pastebėti, kad šios programos savo turiniu ir taikymu labai varijuoja ir nėra sukurta vieno „auksinio standarto“, nors tokius siekta nustatyti. Atliktos mokslinės metastudijos atskleidžia tai, kad reabilitacijos programos pagerina aklųjų ir silpnaregių gyvenimo kokybę, susijusią su rega ir šiek tiek su sveikata. Svarbu pastebėti kelis momentus. Pirma, aklųjų ir silpnaregių programos dažniausiai buvo orientuojamos į plačias dalyvių grupes, vertinant pagal regos sutrikimą. Tiksliau – taikomos programos ne tik silpnaregiams (RA 0,1–0,05), bet ir turintiems žymių regėjimo sutrikimų bei akliesiems (nėra net šviesos pojūčio arba RA 0,01–0,04). Bet dažnai šios programos apima skirtingą regėjimo sutrikimą turinčius asmenis. Antra, PSO, Europos ir JAV, Kanados oftalmologų draugijos rekomenduoja taikyti programas, pagrįstas tarpdalykine prieiga, kuriose komandoje veikia ir oftalmologai, ir kiti specialistai, taip pat ir socialiniai darbuotojai, ergoterapeutai, savarankiško gyvenimo asistentai (mokytojai), įdarbinimo specialistai. Taigi, į šias programas integruotos ne tik socialinės, bet ir asmens sveikatos paslaugos.
2. Išanalizavus aklųjų ir silpnaregių reabilitacijos programų organizacinius modelius, pastebėta, kad taikomi keturi pagrindiniai organizaciniai modeliai – valstybės ir subnacionalinių institucijų kontroliuojamų įstaigų, nacionalinių aklųjų sąjungų, perdavimo NVO ir viešųjų pirkimų. Dažniausiai taikomas yra valdžios (-ių) kontroliuojamų įstaigų modelis arba jis derinamas su kitais, perduodant kitu būdu paslaugų teikimą NVO, nacionalinėms aklųjų organizacijoms arba verslui. Šis modelis turi nemažai privalumų (galima nuoseklesnė integracija į paslaugų sistemas, geresnis hierarchinio pobūdžio koordinavimas; finansavimas tiesiogiai susietas su biudžetais ar draudimo fondais), tačiau kartu yra ir esminių trūkumų. Valstybės, regionų ar savivaldybių įstaigos yra pernelyg integruotos į sveikatos apsaugos sistemas (ne visos jos įtraukia socialines paslaugas), kartais yra nelanksčios ir brangios. Veiksmingesne (tiesa, akivaizdžių įrodymų yra nepakankamai) alternatyva gali būti laikomas paslaugų teikimas akliesiems ir

silpnaregiams naudojantis NVO ir nacionalinių aklųjų sąjungų reabilitacijos centrais ir komandomis. Jų sukaupti ištekliai, reabilitacijos paslaugų centrai ar specialistai, visuomenės ir neįgaliųjų pasitikėjimas bei įdirbiai yra ar gali tapti prielaida veiksmingam bendradarbiavimui. Tai atskleidžia Latvijos aklųjų sąjungos ir jai pavaldaus reabilitacijos centro veikla.

3. LASS organizacija turi ilgametę patirtį, susijusią su kompleksinių socialinės aklųjų ir silpnaregių reabilitacijos paslaugų plėtra. Jie sustiprėjo pastaraisiais metais profesionalizavus ir prioretizavus šią veiklą. Tai yra LASS strateginės veiklos sritis. Kaip parodė tyrimas, LASS organizacija keitė savo veiklos kryptis ir siekė išplėsti paslaugų teikimo (aklųjų ir silpnaregių reabilitacijos yra tik vienos iš jų) veiklas. Kita vertus, LASS yra dar ieškojimo kelyje, siekdami atrasti geriausias intervencijas, organizacinį modelį aklųjų ir silpnaregių reabilitacijai. Viena vertus, remiamasi praeities įdirbiais ir patirtimis. Kita vertus, yra ieškoma, kaip sistemiškai patobulinti paslaugas (tiek teritorinių bendruomenių, tiek kompleksinės socialinės aklųjų reabilitacijos atvejais), kokybiškiau įsitraukiant į teikimą, ir tai daryti kuo naudingiau neregiui ir silpnaregiui, užtikrinant didesnį paslaugų prieinamumą, priimtinumą, kokybę ir užtikrintumą pačiam LASS. Tyrimo medžiagos analizė atskleidė, kad LASS socialinę aklųjų ir silpnaregių reabilitaciją renkasi ne tik vadovaudamiesi vertybinėmis nuostatomis, naujais prioritetais ir kitų šalių pavyzdžiais (vizitai pas užsienio partnerius ir diskusijos su jais keičiantis patirtimis). Šis darbas sistemiškai atliekamas analizuojant poreikius ir galimybes atliepiančius pasirinkimus, nagrinėjant jų poveikius.
4. Išanalizavus nuomones, buvo apibendrinti LASS atstovų ir ekspertų, dalyvavusių tyrime, pasiūlymai, kaip galima tobulinti organizacinį modelį. Jie vėliau buvo sulyginti su mokslinių tyrimų įrodymais ir jomis paremtomis rekomendacijomis. Valstybės sprendimų priėmėjams būtų svarbu: 1) numatyti laipsnišką paslaugų plėtrą užtikrinant didesnį reabilitacijos paslaugų prieinamumą ir veiksmingumą (tiek aklųjų ir silpnaregių namuose, arčiau gyvenamosios vietos, tiek profesionaliuose centruose. Padaryti paslaugas prieinamas ne tik akliesiems ir žymią silpnaregystę turintiems asmenims, bet ir kitiems silpnaregiams); 2) paslaugų sistemos išplėtimas (socialinės reabilitacijos tęstinumo užtikrinimas; sveikatos ir socialinių paslaugų sąveikumo elementų numatymas); 3) perėjimas prie LASS akreditavimo 3-5 metams pagal susitarimą, pagrįstą pasitikėjimu

(sudaroma galimybė kitoms NVO įsitraukti į paslaugų teikimo sektorių vėliau); 4) sukuriama kokybės stebėsena ir vertinimas ir taip sudaromos prielaidos aukštesnių paslaugų kokybei; 5) tarpdalykinės komandos išplėtimas integruojant medikus (optometrininkus ir galimai oftalmologus), taip pat mobiliosios komandos papildymas kitos specializacijos specialistais (pagal individualius poreikius).

5. Apibendrinant galima daryti išvadą, kad aklieji ir silpnaregiai, prieš dalyvaudami aklųjų socialinės reabilitacijos programoje, buvo susidūrę su kompleksinėmis psichologinėmis ir socialinėmis problemomis. Tai nulėmė specifinį reiškinį ‑ akliesiems ir silpnaregiams objektyviai reikėjo paslaugų, tačiau šis poreikis nebuvo iš karto aktualizuotas dėl ribojančiai veikiančių jausmų, didelės socialinės izoliacijos, informacijos trūkumo bei mažos savivokos ir sąmoningumo apie paslaugų naudas tolimesnio gyvenimo pokyčiams. Panašios išvados randamos ir daugelyje solidžių mokslinių studijų, kurios buvo atliktos kai kuriose Europos ir Šiaurės Amerikos kraštuose (Kaldenberg, 2019; Jaiswal et al., 2021; Fontenot et al., 2018; Basilious et al, 2019; Luu et al, 2020; Luu et al, 2020). Supratimo ir sąmoningumo atsiradimą nulėmė susikurti problemų įveikos būdai ‑ savimotyvacija (pagerėjus psichikos sveikatos būklei), artimųjų parama ir skatinimas, LASS darbuotojų pagalba ir kelių medikų, socialinių darbuotojų informacinė pagalba. Svarbu ir tai, kad veiksmingos buvo LASS tinklaveikos, atskirų darbuotojų konsultacijos ir iš dalies filialų pirmininkų motyvacinė parama bei pagalba.

6. Kokybinio tyrimo analizė atskleidė, kad tyrimo dalyviai susidūrė su esmine kliūtimi – ribotu informacijos prieinamu. Tyrimas parodė, kad tarp asmens sveikatos įstaigų (visų grandžių stacionarių ir ambulatorinių gydymo įstaigų) nėra koordinavimo informuojant akluosius ir silpnaregius ir perduodant informaciją savivaldybių socialinėms įstaigoms ar NVO. Kita vertus, tyrimas atskleidė, kad nėra individualizuotos prieigos ir pacientai priversti patys ieškoti informacijos. Be to, specialistai (oftalmologai, bendrosios praktikos gydytojai) neturi pakankamos empatijos pacientui (tam neskiriamas laikas, dėmesys) bei informacijos apie teikiamas socialinės reabilitacijos paslaugas ir jų naudas. Taigi, informacijos paieška yra pačių neįgaliųjų ir jų artimųjų rūpestis, tai mažina prieinamumą, priimtinumą ir reabilitacijos intervencijų veiksmingumą.

7. Spragos informuojant akluosius apie paslaugas nebuvo vienintelė kliūtis, kaip rodo tyrimo medžiagos analizė. Individualūs veiksniai, t. y. psichoemocinė būklė, tarpasmeninių santykių apribojimai taip pat veikė neigiamai. Daugelis aklųjų socialinės reabilitacijos dalyvių pakankamai vėlai gavo paslaugas, pirmiausia tai lėmė jų psichoemociniai sutrikimai. Tuo tarpu metastudijos ir pavieniai empiriniai tyrimai įrodo, kad greitesnis įtraukimas į reabilitacijos programas (tiek psichinės sveikatos, tiek multidimensinių komandų) įgalina didesnį intervencijų veiksmingumą (žr. 20–21 p.). Be to, moksliniai tyrimai pateikia įrodymus, kad intensyvus psichiatrų, psichologų darbas, praradus regėjimą ar staigiai jam pablogėjus, yra veiksminga pagalba žmonėms įveikiant problemas (šios intervencijos yra veiksmingesnės už tarpdalykinių komandų darbą) (Jaiswal et al., 2021; Fontenot et al., 2018; Basilious et al, 2019; Luu et al., 2020).

8. Kokybinis tyrimas atskleidė, kad programos dalyvių lūkesčiai dėl paslaugų kokybės buvo patenkinti. Pirmiausia daugelis minėjo aukštą darbuotojų kompetenciją ir nuolatinį dėmesingumą bei pagalbą, kuri buvo suteikiama reaguojant į menkiausius sunkumus ir prašymus. Aukštą aklųjų reabilitacijos paslaugų kokybę nulėmė keli veiksniai: 1) individualizuotas ir dėmesingas požiūris į besimokančius; 2) silpnaregių ar aklųjų mokytojų įtraukimas į tarpdalykinę komandą; 3) susitikimai ir motyvuojantys pokalbiai su LASS nariais – sportininkais, muzikantais. Apskritai LASS reabilitacijos centras buvo vertinamas, kaip organizacija, turinti palaikančią ir visus neįgaliuosius vienijančią bei telkiančią kultūrą. Taip pat buvo aukštai vertinamas silpnaregių mokytojų dalyvavimas teikiant paslaugas. Dalyvių motyvacijai keisti savo nuostatas ir elgsenas buvo naudingos ir savigalbos (pagal pobūdį „aklasis - aklajam “) grupės. Tuo tarpu socialinės aklųjų reabilitacijos programa turėjo, informantų nuomone, kokybės spragų. Jie pasigedo vieno svarbiausio dalyko - labiau individualizuotų mokymų ir užsiėmimų bei didesnio lankstumo atsižvelgiant į individualius poreikius. Kaip nagrinėta pirmame skyriuje, dažnai akliesiems ir silpnaregiams skirtos programos yra individualizuojamos (Gordon et al., 2015; Markowitz, 2016; Pearson, 2016; Jaiswal et al., 2021). Paslaugų centrai taiko individualizuotus planus. Tyrimas atskleidė, kad kelis kartus per metus veikiančios programos galėtų būti veiksmingesnės.

9. Kiekybiniai ir kokybiniai įrodymai atspindi, kad aklųjų asmenų gyvenimas gali stipriai keistis ir per dvi socialinės reabilitacijos savaites. Aklieji asmenys, dalyvaudami socialinės reabilitacijos programoje, gauna vertę už pinigus, nes jiems siūloma reali pagalba. Aklieji asmenys įgyja ramybės, saugumo ir pasitikėjimo jausmą, pradeda gyventi savarankiškai, pagerina psichologinę sveikatą, kai kurie iš jų įsidarbina. Kita vertus, programa sudaro galimybių bendrauti, socializuotis visuomenėje, nes dažnai aklieji asmenys yra palikti likimo valiai. **2022 m. reabilitacijos programos vertė vienam aklajam asmeniui sudarė 27 993,91 Eur.** Pastebėtina tai, kad 2022 m. VšĮ LASS pietvakarių centras teikė paslaugas 22 neįgaliesiems už 32 tūkst. Eur, o 2021 m. –18 neįgaliųjų už 40 tūkst. Eur. Šių pinigų nereikia traktuoti kaip išlaidų, bet atvirkščiai ‑ laikyti kaip sukuriamą naudą Lietuvos gyventojui ir valstybei.

Rekomendacijos

Lygmuo	Rekomendacija	Prioritetai
Viešosios politikos	Rekomenduojama atsakingai SOCMIN ir kitiems reabilitacijos politikos formuotojams įvertinti Vakarų šalių patirtis perleidžiant aklųjų ir silpnaregių socialinės reabilitacijos paslaugų teikimą aklųjų asociacijoms (sąjungoms) ar kitoms NVO. Atlikti organizacinių reabilitacijos paslaugų modelių analizę (viešosios politikos analizė) įvertinant kompleksinius poveikius, sąnaudas ir naudas. Analizėje rekomenduojama atsižvelgti į 18-osios Lietuvos Respublikos Vyriausybės prioritetus, susijusius su paslaugų perdavimu neįgaliųjų asociacijoms ar NVO. Rekomenduojama įtraukti aklųjų socialinės reabilitacijos akreditavimo modelio aptarimą į neįgaliųjų politikos darbotvarkes bei susijusių dokumentų rengimą (viešosios politikos analizės, debatai, viešos diskusijos ir t. t.).	●
Viešosios politikos	Rekomenduojama Lietuvos neįgaliųjų reabilitacijos politikos formuotojams (LR Seimui, Vyriausybei, SOCMIN ir kitoms) keisti socialinės aklųjų reabilitacijos teikimą remiantis trimis pagrindais: 1) akredituoti LASS, kaip patikimą neįgaliųjų organizaciją, 3-5 metams. Sudaryti galimybę akredituoti vėliau ir kitas NVO; 2) sukurti tvarią paslaugų finansavimo sistemą, užtikrinančią adekvatų poreikių atliepimą (asignavimai biudžetinių programų priemonėms neturėtų būti mažinami priklausomai nuo kintančios ekonominės, politinės ir administracinės aplinkos veiksnių); 3) sukurti paslaugų stebėsenos ir vertinimo sistemas, sudaryti prielaidas aukštesnei paslaugų kokybei užtikrinti.	●
Viešosios politikos / organizacinio tobulinimo	Rekomenduojama formuoti lokalių paslaugų tinklą dviem kryptimis: 1) tęsti ir išplėsti socialinės reabilitacijos komandų (mobilumo ir asistuojančių technologijų specialistai) finansavimą ir įtraukti papildomus specialistus pagal aklųjų poreikius, pvz., savarankiško gyvenimo mokytojus ir galimai kt. (rekomenduojama SOCMIN ir NRD); 2) tęsti LASS numatytą strateginės veiklos kryptį, susijusią su filialų pirmininkų paslaugų kokybės tobulinimu (planuojamas standartų sukūrimas ir tolesni mokymai galėtų būti veiksminga kokybės užtikrinimo prielaida).	●
Viešosios politikos	Rekomenduojama SOCMIN, NRD išplėsti tarpdalykinės komandos specialistų sudėtį ir įtraukti į paslaugų teikimą optometrininkus ir oftalmologus, taip integruojant socialines ir asmens sveikatos paslaugas. Tokia integracija būtų pagrįsta moksliniais įrodymais (Jaiswal et al., 2021; Fotenot, 2018) ir PSO rekomendacijomis, kad paslaugos ir pagalba turi būti integrali (Jaiswal et al., 2021; Fotenot, 2018) ir orientuota į žmones (angl. *integrated people-centred eye care*) (WHO, 2020). Tokių specialistų įtraukimas atlieptų (kaip rodo atliktas	●

	kokybinis tyrimas) ir Lietuvos aklųjų bei silpnaregių poreikius ir užtikrintų reabilitacijos paslaugų kokybę.	
Organizacinio tobulinimo	Rekomenduojama asmens sveikatos ir neįgaliųjų reabilitacijos politikos formuotojams, LASS, Nacionalinės sveikatos priežiūros įstaigų asociacijai, Lietuvos akių gydytojų draugijai, Lietuvos optometrininkų draugijai, Lietuvos socialinių darbuotojų asociacijai ir kitoms suinteresuotoms institucijoms aptarti šiuos klausimus seminare ir sukurti rekomendacijas dėl aklųjų ir silpnaregių informavimo apie socialinės reabilitacijos paslaugas. Seminare aptarti ir įvertinti LASS patirtis dalijant gydytojams informacinius bukletus. Diskutuoti, kaip medikai ir (ar) socialinių paslaugų teikėjai galėtų perduoti informaciją neįgaliajam ar jų artimiesiems ir kaip peržengti teisinius ir administracinius apribojimus.	●
Organizacinio tobulinimo	Rekomenduojama NRD, LASS ir kitoms suinteresuotoms institucijos koreguoti kompleksinės aklųjų reabilitacijos programos taikymą ir koreguoti individualius darbo planus, numatant galimybę rinktis dalyviams dalį specialistų paslaugų (mokymų) pagal poreikį.	●
Organizacinio tobulinimo	Rekomenduojama, kad LASS taip pat galėtų tęsti paruošiamuosius žingsnius ir atlikti kelius svarbius darbus: 1) susisteminti įrodymus dėl veiksmingos aklųjų ir silpnaregių sistemos vystymo ir parengti jos dizainą bei teisės aktų pakeitimų projektą; 2) pasirengti numatytų pokyčių advokacijai ir suburti plačią koaliciją, į kurią būtų įtrauktos ir visos didžiausios idėją remiančios neįgaliųjų asociacijos; 3) tęsti specialistų kvalifikacijos tobulinimą ir numatyti didesnes investicijas į jų kompetencijų tobulinimą (pvz., pagalbinių technologijų mokytojų ir mobilumo specialistų rengimą).	●
Viešosios politikos	Rekomenduojama Lietuvos neįgaliųjų politikos sprendimų priėmėjams numatyti laipsnišką aklųjų ir silpnaregių reabilitacijos paslaugų plėtrą, apimančią: 1) platesnes tikslines grupes (ne tik akluosius, bet ir žymią silpnaregystę turinčius asmenis); 2) užtikrinant didesnį reabilitacijos paslaugų prieinamumą ir veiksmingumą išplečiant paslaugas, teikiant jas neįgaliųjų namuose ar arčiau gyvenamosios vietos (mobiliųjų paslaugų atvejis), taip pat profesionaliuose centruose. **Išteklių skyrimas reabilitacijai turėtų būti laikomas investicija, o ne sąnaudomis: reabilitacija padeda sutrumpinti ligoninėje praleistą laiką ir užkerta kelią readmisijai; tai taip pat sukuria tolesnę ekonominę naudą, nes padeda reabilitacijos klientams atnaujinti pajamas generuojančią veiklą.**	●

Mokslinės publikacijos ir studijos

1. Adigun, K., Oluleye, T. S., Ladipo, M. M., & Olowookere, S. A. (2014). Quality of life in patients with visual impairment in Ibadan: a clinical study in primary care. *Journal of multidisciplinary healthcare*, *7*, 173.
2. Anheier, H. K., & Toepler, S., (2022). *Nonprofit Organizations: Theory, Management, Policy*. Routledge.
3. Basilious, A., Basilious, A., Mao, A., & Hutnik, C. M. (2019). Trends in low vision care provided by ophthalmologists in Ontario between 2009 and 2015. *Canadian Journal of Ophthalmology*, *54*(2), 229–236.
4. Binns, A. M., Bunce, C., Dickinson, C., Harper, R., Tudor-Edwards, R., Woodhouse, M., Margrain, T. H. (2012). How effective is low vision service provision? A systematic review. *Survey of ophthalmology*, *57*(1), 34–65.
5. Binns, A., Bunce, C., Dickinson, C., Harper, R., Tudor-Edwards, R., Woodhouse, M., ... & Birmingham, G. T. F. (2009). Low vision service outcomes: a systematic review. *Low Vision Service Model Evaluation (LOVSME) Project*.
6. Bright, T., Wallace, S., & Kuper, H. (2018). A systematic review of access to rehabilitation for people with disabilities in low-and middle-income countries. *International journal of environmental research and public health*, *15*(10), 2165.
7. Brooks Rehabilitation (2022). Acitvities of Daliy Living (ADLs). Prieiga per internetą: https://brooksrehab.org/services/activities-of-daily-living/ [2022-11-13].
8. Chiang, P. P. C., O'Connor, P. M., Le Mesurier, R. T., & Keeffe, J. E. (2011). A global survey of low vision service provision. *Ophthalmic epidemiology*, *18*(3), 109–121.
9. Colorafi, K. J., & Evans, B. (2016). Qualitative descriptive methods in health science research. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, *9*(4), 16–25.
10. Cruess, A. F., Gordon, K. D., Bellan, L., Mitchell, S., & Pezzullo, M. L. (2011). The cost of vision loss in Canada. 2. Results. *Canadian journal of ophthalmology*, *46*(4), 315–318.
11. EBU (European Blind Assocciation) (2016). Implementing standards for low vision services in Europe. Prieiga per internetą: https://www.euroblind.org/sites/default/files/media/ebu-media/EBU-low-vision-toolkit.pdf .
12. EBU. (2018) *Monitoring the Rights of Blind and Partially-Sighted People in Europe*, Article 26, Country information and analytical report. Prieiga per internetą: https://www.euroblind.org/convention/article-26.
13. Enjolras, B., Salamon, L. M., Sivesind, K. H., & Zimmer, A. (2018). *The third sector as a renewable resource for Europe: Concepts, impacts, challenges and opportunities*. Springer Nature.
14. Erlandsson, S., Storm, P., Stranz, A., Szebehely, M., & Trydegård, G. B. (2013). Marketising trends in *Swedish eldercare: competition, choice and calls for stricter regulation*. Stockholm university Press, p. 23–85.
15. Firouzeh, F., Tabatabaee, S. (2018). Can Low Vision Aids Improve the Quality of Life of Low Vision Patients? *Journal of Eye Diceases and Disorders*, *3*(1).
16. Javitt, J. C., Aiello, L. P., Chiang, Y., Ferris III, F. L., Canner, J. K., & Greenfield, S. (1994). Preventive eye care in people with diabetes is cost-saving to the federal government: implications for health-care reform. *Diabetes care*, *17*(8), 909–917.

17. Fontenot, J. L., Bona, M. D., Kaleem, M. A., McLaughlin, W. M., Jr, M. A., Schwartz, T. L., ... & Jackson, M. L. (2018). American Academy of Ophthalmology Preferred Practice Pattern Vision Rehabilitation Committee. Vision Rehabilitation preferred practice pattern. *Ophthalmology*, *125*(1), P228–P278.
18. Fraser, S., Beeman, I., Southall, K., & Wittich, W. (2019). Stereotyping as a barrier to the social participation of older adults with low vision: a qualitative focus group study. *BMJ open*, *9*(9), e029940.
19. Gordon, K., Bonfanti, A., Pearson, V., Markowitz, S. N., Jackson, M. L., & Small, L. (2015). Comprehensive vision rehabilitation. *Canadian Journal of Ophthalmology*, *50*(1), 85–86.
20. Greve, C. (2007*). Contracting for public services*. Routledge.
21. Hodge, G. A. (2018). *Privatization: An international review of performance*. Routledge.
22. Horowitz, A., Reinhardt, J. P., Boerner, K., & Travis, L. A. (2003). The influence of health, social support quality and rehabilitation on depression among disabled elders. *Aging & mental health*, *7*(5), 342–350.
23. Jaiswal, A., Santhakumaran, S., Walker, S., Sukhai, M. A., Packer, T., & Kessler, D. (2021). A scoping review of vision rehabilitation services in Canada. *British Journal of Visual Impairment*, 02646196211029344.
24. Jonaitytė, I., & Virbalienė, A. (2020). Asmenų su regos negalia patiriami psichosocialiniai sunkumai. *Verslas, technologijos, biomedicina: inovacijų įžvalgos 2020: straipsnių rinkinys* , (1), 200–206.
25. Kaldenberg, J. M. (2018). *Stakeholder-driven approach to optimizing access to low vision rehabilitation services in Massachusetts* (Doctoral dissertation). Boston university.
26. Kaldenberg, J. (2019). Low vision rehabilitation services: Perceived barriers and facilitators to access for older adults with visual impairment. *British Journal of Occupational Therapy*, *82*(8), 466–474.
27. Keeffe, J. (2019). Global data on vision loss: Implications for services. In *The Routledge handbook of visual impairment* (pp. 11–17). Routledge.
28. Kekez, A., Howlett, M., & Ramesh, M. (2019). Collaboration in public service delivery: what, when and how. In *Collaboration in Public Service Delivery*. Edward Elgar Publishing.
29. Kekez, A., Howlett, M., & Ramesh, M. (2018). Varieties of collaboration in public service delivery. *Policy Design and Practice*, *1*(4), 243–252.
30. Kempen, G. I., Ballemans, J., Ranchor, A. V., van Rens, G. H., & Zijlstra, G. A. (2012). The impact of low vision on activities of daily living, symptoms of depression, feelings of anxiety and social support in community-living older adults seeking vision rehabilitation services. *Quality of life research*, *21*(8), 1405–1411.
31. Kylberg, M., Löfqvist, C., Tomsone, S., Phillips, J., Liepina, Z., & Iwarsson, S. (2015). A European perspective on the service delivery systems for assistive technology–differences and similarities between Latvia and Sweden. *Journal of cross-cultural Gerontology*, *30*(1), 51–67.
32. König, H., Rommel, A., Thom, J., Schmidt, C., König, H. H., Brettschneider, C., & Konnopka, A. (2021). The excess costs of depression and the influence of sociodemographic and socioeconomic factors: results from the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS). *Pharmacoeconomics*, *39*(6), 667–680.

33. Lam, N., & Leat, S. J. (2013). Barriers to accessing low-vision care: the patient's perspective. *Canadian Journal of Ophthalmology*, 48(6), 458–462.
34. Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The gerontologist*, *9*(3_Part_1), 179–186.
35. Lazutka, R., Juška, A., & Navickė, J. (2018). Labour and capital under a neoliberal economic model: Economic growth and demographic crisis in Lithuania. *Europe-Asia Studies*, *70*(9), 1433–1449.
36. Leat, S. J. (2016). A proposed model for integrated low-vision rehabilitation services in Canada. *Optometry and Vision Science*, *93*(1), 77–84.
37. Lehane, C. M., Dammeyer, J., & Elsass, P. (2017). Sensory loss and its consequences for couples' psychosocial and relational wellbeing: an integrative review. *Aging & mental health*, 21(4), 337–347.
38. Lehane, C. M., Nielsen, T., Wittich, W., Langer, S., & Dammeyer, J. (2018). Couples coping with sensory loss: A dyadic study of the roles of self- and perceived partner acceptance. *British journal of health psychology*, 23(3), 646–664.
39. Liu, J., Dong, J., Chen, Y., Zhang, W., Tong, S., & Guo, J. (2021). Low vision rehabilitation in improving the quality of life for patients with impaired vision: A systematic review and meta-analysis of 52 randomized clinical trials. *Medicine*, *100*(19).
40. Loeffler, E. (2015). *Co-production of public services and outcomes. In Public management and governance.* Routledge.
41. Longo, F., Saramago, P., Weatherly, H., Rabiee, P., Birks, Y., Keding, A., & Sbizzera, I. (2020). Cost-effectiveness of in-house versus contracted-out vision rehabilitation services in England. Journal of Long-term Care, 118–130.
42. Luu, W., Kalloniatis, M., Bartley, E., Tu, M., Dillon, L., Zangerl, B., & Ly, A. (2020). A holistic model of low vision care for improving vision- related quality of life. *Clinical and Experimental Optometry*, *103*(6), 733–741.
43. Maier, F., Meyer, M., & Steinbereithner, M. (2016). Nonprofit organizations becoming business-like: A systematic review. *Nonprofit and voluntary sector quarterly*, *45*(1), 64–86.
44. Mamali, F. C., Lehane, C. M., Wittich, W., Martiniello, N., & Dammeyer, J. (2022). What couples say about living and coping with sensory loss: a qualitative analysis of open-ended survey responses. *Disability and Rehabilitation*, *44*(12), 2784–2805.
45. Markowitz, S. N. (2016). State-of-the-art: low vision rehabilitation. *Canadian Journal of Ophthalmology*, *51*(2), 59–66.
46. Matti, A. I., Pesudovs, K., Daly, A., Brown, M., & Chen, C. S. (2011). Access to low-vision rehabilitation services: barriers and enablers. *Clinical and Experimental Optometry*, *94*(2), 181–186.
47. McMullin, C. (2022). Non-profit Organizations and Co-production: The Logics Shaping Professional and Citizen Collaboration. Taylor & Francis.
48. Meads, C., & Hyde, C. (2003). What is the cost of blindness? *British Journal of Ophthalmology*, *87*(10), 1201–1204.
49. Mogk, L. G. (2016). Re: State-of-the-art: low vision rehabilitation, S. Markowitz, Vol. 51, No. 2, April 2016. *Canadian Journal of Ophthalmology*, *51*(6), 494.
50. Musekiwa, E., & Needham, C. (2020). Co-commissioning at the micro-level: Personalized budgets in health and social care. *The Palgrave handbook of co-production of public services and outcomes. London: Palgrave Macmillan*.

51. Nyman, S. R., Dibb, B., Victor, C. R., & Gosney, M. A. (2012). Emotional well-being and adjustment to vision loss in later life: a meta-synthesis of qualitative studies. *Disability and rehabilitation*, *34*(12), 971–981.
52. van Nispen, R. M., Virgili, G., Hoeben, M., Langelaan, M., Klevering, J., Keunen, J. E., & van Rens, G. H. (2020). Low vision rehabilitation for better quality of life in visually impaired adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).
53. Nguyen, N. X., Weismann, M., & Trauzettel-Klosinski, S. (2008). Ophthalmologische und soziale Rehabilitation sehbehinderter Patienten. *Der Ophthalmologe*, *105*(6), 563–569.
54. OECD. (2015). *Integrating Social Services for Vulnerable Groups: Bridging Sectors for Better Service Delivery*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264233775-en.
55. OECD. (2022). Integrating Services for Older People in Lithuania, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/c74c44be-en.
56. Overbury, O., & Wittich, W. (2011). Barriers to low vision rehabilitation: the Montreal Barriers Study. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, *52*(12), 8933–8938.
57. Park, S. (2020). Beyond patient-centred care: a conceptual framework of co-production mechanisms with vulnerable groups in health and social service settings. Public Management Review, 22(3), 452–474.
58. Patty, N. J., Koopmanschap, M., & Holtzer-Goor, K. (2018). A cost-effectiveness study of ICT training among the visually impaired in the Netherlands. *BMC ophthalmology*, *18*(1), 1–10.
59. Pearson, V. (2016). Engaging blind and partially sighted stakeholders in transformational change. In *Healthcare Management Forum* (*29*(5), pp. 196–199). Sage CA: Los Angeles, CA: SAGE Publications.
60. Pestoff, V. A., Brandsen, T., & Verschuere, B. (Eds.). (2012). *New public governance, the third sector and co-production* (Vol. 7). London: Routledge.
61. Petersen, O. H., Hjelmar, U., & Vrangbæk, K. (2018). Is contracting out of public services still the great panacea? A systematic review of studies on economic and quality effects from 2000 to 2014. *Social Policy & Administration*, *52*(1), 130–157.
62. Rabiee, P., Parker, G. M., Bernard, S. M., & Baxter, K. (2015). *Vision rehabilitation services: what is the evidence?* Final report.
63. Rabiee, P., Bernard, S., Baxter, K., & Parker, G. (2016). Community-based vision rehabilitation provision in England. *British Journal of Visual Impairment*, *34*(3), 248–261.
64. Rabiee, P., Parker, G. M., Bernard, S. M., & Baxter, K. (2015). Vision rehabilitation services: what is the evidence? Final report.
65. Rapley, T. (2014). Sampling strategies in qualitative research. *The SAGE handbook of qualitative data analysis*, 49–63.
66. Ravenscroft, J. (2019). Introduction and synthesis of themes: The editor's perspective. In *The Routledge Handbook of Visual Impairment* (pp. 1–7). Routledge.
67. Renaud, J., & Bédard, E. (2013). Depression in the elderly with visual impairment and its association with quality of life. *Clinical interventions in aging*, *8*, 931.
68. Ryan, B. (2014). Models of low vision care: past, present and future. *Clinical and Experimental Optometry*, 97(3), 209–213.

69. Selivanova, A., Fenwick, E., Man, R., Seiple, W., & Jackson, M. L. (2019). Outcomes after comprehensive vision rehabilitation using vision-related quality of life questionnaires: impact of vision impairment and National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire. *Optometry and Vision Science*, *96*(2), 87–94.
70. Silva, L. M. P., Arantes, T. E., Casaroli-Marano, R., Vaz, T., Belfort Jr, R., & Muccioli, C. (2019). Quality of life and psychological aspects in patients with visual impairment secondary to uveitis: a clinical study in a tertiary care hospital in Brazil. *Ocular immunology and inflammation*, *27*(1), 99–107.
71. Sturgess, G. L. (2018). Public service commissioning: Origins, influences, and characteristics. Policy Design and Practice, *1*(3), 155–168.
72. Swift, A., Hong, Y., & Schreiber, C. (2021). A review of current low vision services in Alberta. J Clin Ophthalmol 2021; *5*(1): 341–346. *J Clin Ophthalmol* 2020, *4*(4), 3–42.
73. Valenta, A. (2003). Noriu būti. Gyvenimo dailininkas. Etiudai apie neįgaliųjų reabilitaciją ir integraciją. Vilnius: UAB „Brailio spauda“.
74. Valstybės kontrolė. (2020). *Asmenų su negalia socialinė integracija*. 2020-09-07, Nr.VAE-9. Prieiga per internetą: https://www.valstybeskontrole.lt/LT/Product/Download/3883.
75. Wallace, S., Alao, R., Kuper, H., & Jackson, M. L. (2022). Multidisciplinary visual rehabilitation in low-and middle-income countries: a systematic review. *Disability and rehabilitation*, *44*(8), 1164–1175.
76. WHO. (2019). *World report on vision*. Geneva: World Health Organization, 1–180.
77. WHO. (2020). *Integrated People-Centred Eye Care, Including Preventable Vision Impairment and Blindness*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
78. Wollmann, H. (2018). The provision of public and personal social services in European countries: Between marketisation and the return of the public/municipal and third sector. In *The Routledge Handbook of International Local Government* (pp. 247–260). Routledge.
79. Virgili, G., Parravano, M., Petri, D., Maurutto, E., Menchini, F., Lanzetta, P., ... & Lucenteforte, E. (2022). The Association between Vision Impairment and Depression: A Systematic Review of Population-Based Studies. *Journal of clinical medicine*, *11*(9), 2412.
80. Zaikauskaitė, U., Unt, M., & Brazienė, R. (2015). Obstacles to successful transition into the Lithuanian labour market: experiences of sensory disabled youth. *Socialiniai tyrimai*, (1), 76–90.

Teisės aktai ir dokumentai

1. EK (Europos Komisija). (2021). Lygybės Sąjunga. 2021–2030 m. neįgaliųjų teisių strategija, Luxembourg: Publications Office of the European Union.
2. LASS. (2021). *Veiklos ataskaita, 2020 m. LASS XXXII suvažiavimui*. Prieiga per internetą: https://lass.lt/wp-content/uploads/2021/06/2020-m-LASS-veiklos-ataskaita-MS-Word.docx.
3. LASS. (2022b). *Kompleksinių socialinės reabilitacijos paslaugų teikimo ataskaita*, 2022-10-05.
4. LASS. (2022c). *Veiklos ataskaita, 2021m. LASS XXXIV suvažiavimui*. Prieiga per internetą: https://lass.lt/wp-content/uploads/2022/06/LASS-metine-veiklos-ataskaita-

2021.docxacija Latvijoje –siekiamybė Lietuvoje, LASS vizito Latvijos aklųjų sąjungoje ataskaita, p.1–3.

5. LASS. (2022d). *Informacinis pranešimas: Startuoja bandomoji mobiliųjų komandų paslauga – techninės pagalbos priemonės žmonėms su negalia tiesiai į namus*, 2022-01-20. Prieiga per internetą: https://lass.lt/2022/01/20/startuoja-bandomoji-mobiliuju-komandu-paslauga-technines-pagalbos-priemones-zmonems-su-negalia-tiesiai-i-namus/.
6. LRV. (2021). *Nutarimas dėl Vyriausybės programos nuostatų įgyvendinimo plano patvirtinimo*, 2021-03-10, Nr. 155. Prieiga per internetą: https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/d698ded086fe11eb9fecb5ecd3bd711c.
7. LRS. (1991). Lietuvos Respublikos neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymas, Galiojanti redakcija, 2022-09-01–2022-12-31, I-2044.
8. LRS. (2010). *Įstatymas dėl Jungtinių Tautų Neįgaliųjų teisių konvencijos ir jos Fakultatyvaus protokolo ratifikavimo*, 2010-05-27, Nr. 67-3350.
9. LRS. (2020). *Nutarimas dėl Aštuonioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos patvirtinimo, Aštuonioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programa*, 2020-12-11, Nr. 27121.
10. LRS (Lietuvos Respublikos Seimas). (2022). *Aklųjų ir silpnaregių reabilitacijos tvarka atskirose Europos Sąjungos valstybėse narėse*, Informacijos ir komunikacijos departamento tyrimų skyriaus, Analitinė apžvalga, Nr. 22/14.
11. LR VRM. (2022). *Ministro įsakymas „Dėl Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministrui pavestų valdymo sričių 2022–2024 metų strateginio veiklos plano patvirtinimo ir įstaigų prie Vidaus reikalų ministerijos ir kitų vidaus reikalų ministrui pavestose valdymo srityse veikiančių įstaigų 2022 metų veiklos planų*“, 2022-02-24, Nr. 1V-123. Prieiga per internetą: https://vrm.lrv.lt/uploads/vrm/documents/files/000_ISAKYMAS%20del%202022-2024%20m%20%20VRM%20SVP(1).pdf .
12. LR SOCMIN. (2020). *Ministro įsakymas „Dėl neįgaliųjų socialinės integracijos 2021–2023 metų veiksmų plano patvirtinimo“*, 2020-09-08, Nr. 18874.
13. LR SOCMIN. (2021). *Ministro įsakymas „Dėl Socialinės reabilitacijos paslaugų neįgaliesiems teikimo bendruomenėje projektų atrankos konkurso organizavimo 2022 metais nuostatų patvirtinimo“*, 2021-09-27, Nr. 20163.
14. LR SOCMIN. (2017). Ministro įsakymas dėl kompleksinių socialinės reabilitacijos paslaugų akliesiems teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo. 2017-05-15, A1-249.
15. LR SOCMIN. (2022b). Kompleksinės paslaugos akliesiems. Prieiga per internetą: https://www.ndt.lt/kompleksines-paslaugos-akliesiems/.
16. LR Socialinės apsaugos ir darbo ministerija (2022). Slaugos ir priežiūros (pagalbos) išlaidų tikslinės kompensacijos. Prieiga per internetą: https://socmin.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/socialinis-draudimas/salpos-ismokos-ir-tikslines-kompensacijos/slaugos-ir-prieziuros-pagalbos-islaidu-tikslines-kompensacijos?lang=lt [2022-11-16].
17. LR socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas Nr. A1-249 „Dėl Kompleksinių socialinės reabilitacijos paslaugų akliesiems teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
18. NRD (2021) *Direktoriaus įsakymas dėl Neįgaliųjų asociacijų veiklos rėmimo projektų finansavimo 2022 metais konkurso nuostatų*, 2021-09-07, Nr. 18894. Prieiga per internetą: https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/c0dd93d00fa511ec9f09e7df20500045.
19. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (2022). Sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos. Prieiga per internetą: https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/veiklos-

sritys/gydymo-istaigoms-ir-partneriams/kompensuojamuju-paslaugu-kainos/sveikatos-prieziuros-paslaugu-bazines-kainos [2022-11-16].
20. VšĮ „Valakupių reabilitacijos centras“. (2022). 2021 m. veiklos ataskaita. Prieiga per internetą: http://www.reabilitacija.lt/wp-content/uploads/2021-m.-VRC-veiklos-ataskaita.pdf .
21. VšĮ „Valakupių reabilitacijos centras“. (2022b). 2021 m. finansinių ataskaitų rinkinio aiškinamasis raštas. Prieiga per internetą: http://www.reabilitacija.lt/wp-content/uploads/2021_metinio_atask_rink_aiskin_rastas_papildomas.pdf.
22. VšĮ „Vilties žiedas“. (2022). Veiklos ataskaita už 2021 m. Prieiga per internetą: https://www.viltiesziedas.lt/uploads/documents/2021_met_veiklos_ataskaita.pdf.
23. VšĮ „Vilties žiedas“. (2022). Paaiškinamasis raštas prie 2021 m. finansinių ataskaitų. Prieiga per internetą: https://www.viltiesziedas.lt/uploads/documents/2021_met_paaikinamasis_ratas.pdf.

Santrumpos

EBPO – Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija
EK – Europos Komisija
JT – Jungtinės Tautos
NPO – Nepelno siekiančios organizacijos
NVO – Nevyriausybinė organizacija
NRD – Neįgaliųjų reikalų departamentas
LASS – Lietuvos aklųjų ir silpnaregių sąjunga
LRS – Lietuvos Respublikos Seimas
PSO – Pasaulio sveikatos organizacija
RA – regėjimo aštrumas
SOCMIN – Socialinės apsaugos ir darbo ministerija
VRM – Vidaus reikalų ministerija

Tyrimas buvo atliktas projekto „LASS organizacijos stiprinimas“ metu. Projektą parėmė Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija

Lietuvos Respublikos
socialinės apsaugos
ir darbo ministerija