

**VILNIAUS PEDAGOGINIS UNIVERSITETAS
SOCIALINĖS KOMUNIKACIJOS INSTITUTAS
SOCIALINĖS PEDAGOGIKOS KATEDRA**

Giedrius Budreika

**TARPDISCIPLININIO KOMADINIO DARBO METODAS
INSTITUCIJOJE, TEIKIANČIOJE
PSIHIKOS SVEIKATOS PASLAUGAS**

Magistro diplominis darbas
(Socialinių įstaigų vadyba)

Mokslinis vadovas
dr. Giedrė Kvieskienė

Vilnius, 2005

Darba _____
(temos pavadinimas)

2005 m. _____ mėn. ___ d. įteikiau moksliniam vadovui.

.....
(magistranto parašas)

.....
(vadovo parašas)

Magistro darbo vadovo vertinimas:

.....

.....
(data) (v., pavardė) (parašas)

Recenzento vertinimas:

.....

.....
(data) (v., pavardė) (parašas)

Magistro darbų gynimo komisijos įvertinimas:

.....

Komisijos pirmininkas:

.....

Komisijos nariai

.....

.....

.....

.....

PATVIRTINIMAS APIE ATLIKTO MAGISTRINIO DARBO SAVARANKIŠKUMĄ

Patvirtinu, kad įteikiamas darbas yra:

1. Atliktas savarankiškai
2. Nebuvo naudotas kitame Universitete Lietuvoje ir užsienyje.
3. Nedaro nuorodų į kitus darbus, jeigu jie nėra nurodyti darbe.
4. Pateikia visą panaudotos literatūros sąrašą.

Vardas, pavardė

parašas

Turinys

ĮVADAS	4
I. PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ORGANIZAVIMAS LIETUVOJE ..	6
1.1. Psichiatrijos reformos kryptys.....	6
1.2. Psichikos sveikatos norminiai aktai ir gyventojų psichikos sveikatos problemos ..	10
1.3. Biopsichosocialiniai sveikatos priežiūros paslaugų komponentai	15
II. KOMANDINIO DARBO, TEIKIANT PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGAS, ANALIZĖ	22
2.1. Komandos samprata ir formavimosi pakopos.....	22
2.2. Vaidmenys komandoje.....	33
2.3. Specializuotos tarpdisciplininės psichikos sveikatos priežiūros komandos	41
III. TYRIMO METODIKA	56
3.1. Tyrimo tikslai ir hipotezės	56
3.2. Tyrimo metodai ir tyrimo proceso organizavimas	56
3.3. Tyrimo rezultatai – tarpdisciplininio komandinio darbo modelis institucijoje	64
IŠVADOS	71
REKOMENDACIJOS	72
LITERATŪROS SĄRAŠAS	73
REZIUMĖ UŽSIENIO KALBA	78

IVADAS

Tarpdisciplininės specialistų komandos ir komandinis darbas užima vis svarbesnę vietą šiuolaikinėje visuomenėje. Pagal komandinio darbo principų taikymą galima vertinti, kiek teikiamos paslaugos ar įstaigos yra modernios ir atviros naujovėms. Tradiciškai visuomenėje medikų vaidmuo buvo ir tebėra suvokiamas kaip išskirtinai individualus, paremtas asmenine kompetencija ir atsakomybe. Tačiau jau nuo XIX amžiaus žinoma, kad medicinoje turi būti sprendžiamos ir socialinės problemos. XXI amžiuje, remiantis Pasaulio Sveikatos organizacija (2002), pagrindinę visuomenės sveikatos problemą sudaro susirgimai (psichikos sutrikimai), kurių sukeltoms problemoms spręsti vien medicininio modelio nepakanka. Socialinių mokslų pasiekimai turi būti integruojami. Tokia integracija įmanoma tik pradėjus taikyti modernias technologijas, tokias kaip komandinis darbas (Germanavičius, 2004:6).

Komandinio darbo svarba atsiskleidžia moderniuose psichiatrijos, psichosocialinės reabilitacijos, psichikos sveikatos centruose. Kompleksinis paciento būklės įvertinimas, gydymo ir reabilitacijos plano sudarymas ir vykdymas tampa įmanomi tik bendradarbiaujant kelių sričių ekspertams (Naujo tipo psichikos sveikatos paslaugų standartizavimas, 2004: 10).

Tyrimo objektas. Tarpdisciplininės specialistų komandos darbo organizavimas ir realizavimas, teikiant psichikos sveikatos paslaugas bendruomenėje.

Tyrimo problema. Kokie yra tarpdisciplininio komandinio darbo modelio organizavimo ir realizavimo ypatumai, teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas Vilniaus miesto Karoliniškių psichikos sveikatos centre (Karoliniškių PSC).

Šio darbo tikslas - įvertinti personalo, dirbančio Karoliniškių PSC, komandinio darbo ypatumus, dirbant tarpdisciplininės psichikos sveikatos komandos metodais. Tam buvo panaudota kokybinio įvertinimo metodika, skirta nustatyti egzistuojantį tarpdisciplininės specialistų komandos darbą, ryšius tarp įvairių profesionalų grupių.

Pagrindiniai darbo *uždaviniai* yra šie:

1. Išnagrinėti Lietuvos PSC veikos organozavimą teikiant pagalbą klientams.
2. Atlikti komandinio darbo psichikos sveikatos priežiūros sistemoje analizę.
3. Išskirti komandinio darbo organizavimo ir relizavimo Karoliniškių PSC ypatumus, remiantis empirinio tyrimo rezultatais..

Darbo metodai. Rengiant šį darbą taikomi tyrimo metodai:

- *mokslinės ir periodinės literatūros analizė* pagrindžia komandio darbo teorinę metodiką ir psichikos sveikatos paslaugų organizavimo principus;
- *dokumentų analizė.* Analizuojami Lietuvos psichikos sveikatos priežiūrą reglamentuojantys juridiniai dokumentai;
- *interviu* (kokybinis tyrimas) siekia išsiaiškinti Karoliniškių PSC tarpdisciplininės specialistų komandos ypatumus, teikiant kompleksinę psichikos sveikatos pagalbą. Tyrimo analizė atliekama nagrinėjant interviu metu surinktą medžiagą, kada respondentų nuomonės klasifikuojamos pagal panašumus, skirtumus, atsakant į vienus ar kitus klausimus ieškoma bendrų tendencijų ir pan.

Tyrimo imtis. Atliekant kokybinį tyrimą (interviu) apklausta visa generalinė visuma, tai yra 16 respondentų: 5 psichiatrai, 3 socialiniai darbuotojai, 3 psichologai, 5 slaugytojos. Tokia respondentų imtis pasirinkta, todėl, kad Karoliniškių PSC dirba būtent tiek šių sričių specialistų.

Darbo struktūra. Darbo struktūra sudaryta atsižvelgiant į darbe iškeltus tikslus. Darbas suskirstytas į tris dalis, kurių pirmojoje pateikta psichikos sveikatos sistemos samprata: reformos kryptys, psichikos sveikatos sistemą reglamentuojantys teisės aktai, gyventojų sveikatos apžvalga, pateikiami biopsichosocialiniai sveikatos priežiūros komponentai. Antroje dalyje analizuojama teorinė komandinio darbo metodika: pateikiama komandos samprata, išskiriamos formavimosi pakopos ir vaidmenys, aprašomas lyderio vaidmuo, nagrinėjamos specializuotos tarpdisciplininės psichikos sveikatos priežiūros komandos bendruomenėje. Trečioji dalis skirta komandinio darbo įvertinimui Karoliniškių PSC. Tyrimo metu bandoma išsiaiškinti konkrečius komandų veiklos principus bei komandinio darbo modelio įgyvendinimą praktikoje. Darbas baigiamas išvadomis, kur apibendrintos darbo eigoje konstatuotos idėjos bei faktai.

Darbo reikšmė. Komandinis darbas psichikos sveikatos sistemoje pripažįstamas kaip efektyviausias pagalbos teikimo psichiatrijoje modelis visame pasaulyje, o Lietuvoje pradėtas įgyvendinti tik kartu su psichikos sveikatos reforma. Todėl tai yra gana naujas reiškinys ir šis darbas gali būti naudingas kuriant naujas komandas, didinant komandų efektyvumą, atskleidžiant problematiką kasdiniame specialistų darbe, ieškant iškylančių problemų sprendimo būdų ir pan. Taip pat šis magistro darbas gali būti naudingas ne tik psichikos sveikatos, bet ir kitų veiklų srityse, kai darbas organizuojamas taikant komandinio darbo principus. Potenciali darbo nauda galima ir psichikos paslaugų vartotojams bei jų šeimos nariams, tikintis įtakoti teikiamų paslaugų efektyvumą.

I. PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ORGANIZAVIMAS LIETUVOJE

1.1. Psichiatrijos reformos kryptys

2001 m. Pasaulinės sveikatos organizacijos Pasaulio sveikatos pranešime, skirtame psichikos sveikatai, pabrėžiama, kad šiuolaikiškas psichikos sveikatos supratimas yra grindžiamas biopsichosocialiniu modeliu. Tai reiškia, kad psichikos sutrikimai yra neatsiejami nuo somatinės paciento būklės ir biologinių sutrikimų priežasčių, tačiau ne mažesnę reikšmę sutrikimo išsivystymui, sunkumui ir eigai turi ir psichologiniai bei socialiniai veiksniai. Šiuo modeliu grindžiamas šiuolaikiškų paslaugų psichikos sutrikimais sergantiems žmonėms organizavimas ir planavimas, nuosekliai teikiant jiems ne tik tradicines psichiatrijos paslaugas, bet ir naujas kompleksines paslaugas bendruomenėje (Naujo tipo psichikos sveikatos paslaugų standartizavimas, 2004: 6), todėl tikslinga detaliau išanalizuoti reformuojamos psichikos sveikatos priežiūros sistemos aspektus.

Žiūrint iš istorinės retrospektyvos pozicijų, psichikos sveikatos paslaugas charakterizuoja trys laikotarpiai (Naujo tipo psichikos sveikatos paslaugų standartizavimas, 2004: 10):

1. *Psichikos ligonių prieglaudų plėtra* (1880-1950 m.). Šiuo laikotarpiu atokiose vietovėse buvo kuriamos uždaros psichiatrijos prieglaudos, kuriose pacientai gaudavo globą ir pagrindines paslaugas gyvybei palaikyti.

2. *Psichikos ligonių prieglaudų nuosmukis*. Šis procesas pasireiškė daugelyje išsivysčiusių šalių nuo 1950 m., kai paaiškėjo prieglaudų trūkumai. Akivaizdžiausias neigiamas šių įstaigų poveikis pacientams - buitinių įgūdžių praradimas. Susirūpinimą kėlė ir dažni netinkamo elgesio su pacientais atvejai, geografinis ir profesinis institucijų bei personalo izoliavimas, prasta atskaitomybė, neefektyvus administravimas, neteisingas lėšų naudojimas, menka personalo kvalifikacija ir kokybės užtikrinimo procedūrų stoka. Šie sisteminiai trūkumai sąlygojo deinstitucionalizavimą, kurį apibūdina trys pagrindiniai komponentai:

- netinkamo hospitalizavimo atsisakymas, pereinant prie ambulatorinių paslaugų;
- pacientų perkėlimas į bendruomenę;
- bendruomeninės paramos sistemų sukūrimas.

3. *Subalansuota psichikos sveikatos priežiūra*. Pagrindinis šio etapo tikslas - plėtoti įvairias subalansuotos priežiūros bendruomenines įstaigas. Šiame procese labai svarbu išsaugoti visas teigiamas prieglaudų funkcijas, atsisakant neigiamų šių įstaigų veiklos aspektų. Subalansuotos psichikos sveikatos priežiūrą apibūdina šie kriterijai:

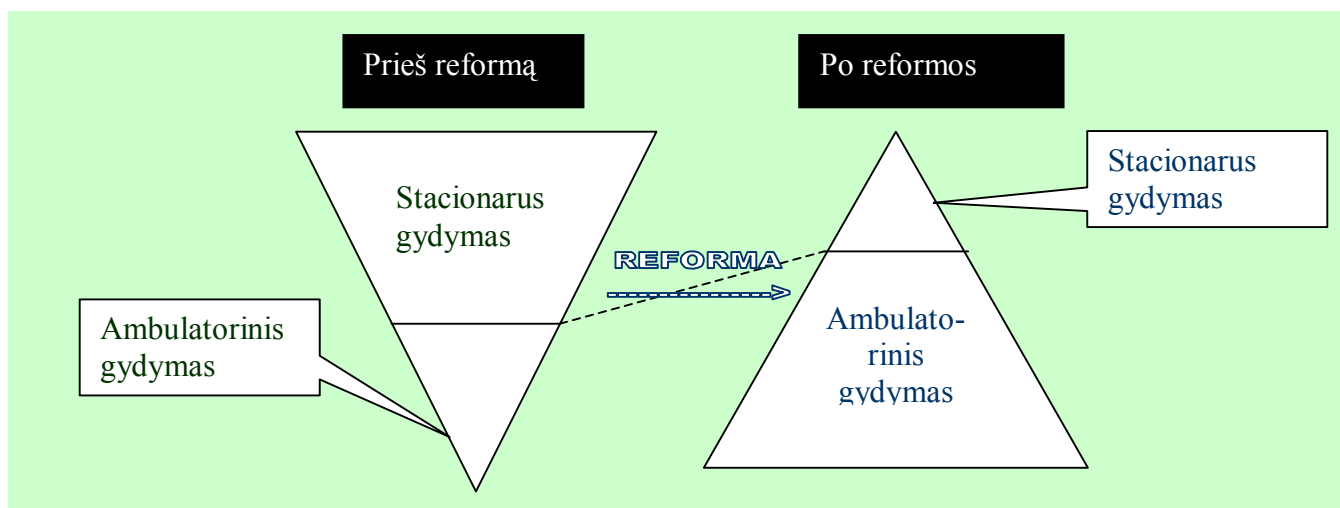
- arti namų esančios paslaugos (ilgalaikes ambulatorines paslaugas);
- intervencijos, mažinančios ne tik simptomus, bet ir negalia;
- gydymas ir priežiūra, atitinkantys diagnozę ir individualius poreikius;
- paslaugos, atitinkančios tarptautines žmogaus teisių konvencijas;
- paslaugos, atitinkančios paslaugos gavėjų prioritetus;
- paslaugų koordinavimas tarp psichikos sveikatos specialistų ir įstaigų;
- pirmenybė mobilioms, o ne stacionarioms paslaugoms.

Pagrindžiant subalansuotos ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros modelį, svarbios dvi prielaidos: pirma, kaip pagrįsta geriausiai esamais tyrimais ir klinicine pasaulio patirtimi; antroji, kaip specifinė sveikatos priežiūros priemonė siejama su turimais ištekliais. Siūloma daugiausia dėmesio skirti (Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2004):

1. Paslaugų kūrimui ir gerinimui pirminės sveikatos priežiūros įstaigose;
2. Kompleksinėms specialistų paslaugoms.

Papildomai prie pirminės psichikos sveikatos priežiūros rekomenduojama plėtoti atskirus komponentus: ambulatorines įstaigas, bendruomeninės psichikos sveikatos komandas, ūmios pagalbos skyrius, ilgalaikę ambulatorinę priežiūrą gyvenamosios vietos principu, užimtumo/dienos centrus).

Lietuvoje, sveikatos priežiūros reformos, taip pat ir psichiatrijos reformos, pagrindinė kryptis yra stacionarinio gydymo lyginamojo svorio mažinimas ir ambulatorinio gydymo lyginamojo svorio didinimas (žr. 1 pav.).



1 pav. *Efektyvi sveikatos priežiūra*
(parengta pagal Dembinską, 2003:38)

Taigi, viena svarbiausių Lietuvos sveikatos priežiūros reformos krypčių - laipsniškas perėjimas nuo vyraujančios pagalbos ligoninėse prie ambulatorinių paslaugų bendruomenėje. Per pastaruosius dvylika metų psichiatrijos stacionaruose lovų skaičius sumažėjo net 43,5 proc. Psichiatrijos pagalba Lietuvoje šiuo metu yra teikiama 9 psichiatrijos stacionaruose (3510 lovų) ir 12 bendrojo profilio ligoninių psichiatrijos skyrių (333 lovos). Didelė dalis pacientų nuolat gyvena ir yra globjami bei gydomi globos namuose, pensionatuose. (Dembinskas, 2003: 48).

Ženkliai mažinant stacionarinei psichiatrijos pagalbai skirtų lovų skaičių tuo pat metu buvo plėtojamos ambulatorinės pagalbos paslaugos. Tačiau įgyvendinant bet kokias psichikos sveikatos permainas susiduriama su ypatingais iššūkiais. Pavyzdžiui, Lietuva iki šiol neturi aiškių prioritetų psichikos sveikatos priežiūros srityje. Daugelyje pasaulio šalių pirminę psichikos sveikatos priežiūra, teikia bendrosios praktikos gydytojo institucija, taip sumažindama specializuotų paslaugų poreikį. Įvertinus labiausiai pagalbos reikalaujančias grupes daugelyje pasaulio šalių pastebėta, kad didžiausi pozityvūs gyvenimo kokybės ir ekonomiško pokyčiai yra pasiekiami teikiant *kompleksines* specializuotas paslaugas bendruomenėje psichikos negalios žmonėms (Naujo tipo psichikos sveikatos paslaugų standartizavimas, 2004: 23). Mat psichikos sutrikimai yra ne tik medicinos, bet daugialypė problema, reikalaujanti įvairių profesinių kompetencijų.

Vertinant strategiškai, ilgalaikės priežiūros perkėlimas iš ligoninių į bendruomenę yra pagrįstas - tinkamai planuojant ir valdant deinstitucionalizavimą, priežiūros bendruomenėje rezultatai yra palankesni daugeliui pacientų. Kaip pavyzdį galima pateikti Londone atliktą tyrimą, kurio metu buvo penkerius metus stebimi 95 proc. 670 buvusių ilgalaikių ligoninės pacientų, kuriems teikiamos paslaugos bendruomenėje (Naujo tipo

psichikos sveikatos paslaugų standartizavimas, 2004: 35). Minėto tyrimo metu nustatyta, kad per 5 metus:

- stebėjimo laikotarpio pabaigoje 2/3 pacientų tebegyveno toje pačioje gyvenamojoje vietoje;
- nauja paslaugos forma nepadidino mirtingumo ar savižudybių skaičiaus;
- mažiau nei 1 iš 100 pacientų tapo benamiu;
- 1/3 pacientų stebėjimo laikotarpiu buvo pakartotinai hospitalizuoti;
- pacientų gyvenimo kokybė, persikėlus į bendruomenę, pagerėjo, nors negalia išliko;
- stacionaro paslaugų ir priežiūros bendruomenėje kaštai mažai skyrėsi, tad ekonominiu požiūriu ilgalaikė priežiūra bendruomenėje yra ekonomiškesnė negu ilgalaikė priežiūra ligoninėje (Naujo tipo psichikos sveikatos paslaugų standartizavimas, 2004: 35).

Teikiant subalansuotas paslaugas itin svarbi glaudi paslaugų komponentų integracija. Integruotas modelis paslaugas vertina kaip tarpusavyje susijusias visas priežiūros sistemos dalis. Paslaugų ryšiai priklauso nuo paslaugos planavimo ir teikimo principų. Todėl subalansuotos ambulatorinės psichikos sveikatos paslaugos remiasi šiais pagrindiniais principais (Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2004):

- autonomijos (paciento pasirinkimo);
- tęstinumo;
- veiksmingumo;
- prieinamumo;
- visapusiškumo;
- teisingumo;
- atskaitomybės;
- koordinavimo;
- efektyvumo

Kaskart daugiau dėmesio skiriama ir tam, kad teikiamos paslaugos kiek įmanoma atitiktų pačių vartotojų norus bei lūkesčius. Šiandien Lietuvoje veikia nemažai nevyriausybinų paslaugų vartotojus ir jų artimuosius vienijančių organizacijų, kurių dėka patys paslaugų vartotojai betarpiškai įsijungia į psichikos sveikatos priežiūros reformavimo ir paslaugų teikimo procesą. Būtent šios organizacijos identifiko užimtumo poreikį, paskatino ir padėjo gauti PSC finansavimą užimtumo kambariams kurti. Atsirado pacientų

klubų, pradėta plėtoti socialines paslaugas. Šiuo metu net 31 PSC yra įsteigti užimtumo kambariai, kurių dėka užimtumo paslaugos tapo prieinamos beveik dviem trečdaliams psichikos negalios žmonių. (Naujo tipo psichikos sveikatos paslaugų standartizavimas, 2004: 6). Į psichikos sveikatos apsaugos bei priežiūros procesą kiekvienoje savivaldybėje turėtų įsijungti ne tik psichikos sveikatos centrų specialistai, bet ir bendrosios praktikos gydytojai, savivaldybių globos ir rūpybos skyriai, švietimo skyrių psichologinės tarnybos, policija, vaikų teisių apsaugos tarnybos, bažnyčia, nevyriausybinės organizacijos, dienos centrai, socialinės paramos centrai ir kitos institucijos. Užtikrinti pasiektų rezultatų ilgalaikiškumą ir tęstinumą galima tik kompleksiskai vertinant psichikos sveikatos problemas ir koordinuojant visų susijusių institucijų veiklą (Naujo tipo psichikos sveikatos paslaugų standartizavimas, 2004: 26)

Taigi, prasidėjus psichiatrinės pagalbos reformai, psichikos sveikatos priežiūros sistema keičiasi - vis labiau pabrėžiama ir plėtojama ambulatorinė psichiatrijos pagalba. Ambulatorinės pagalbos decentralizavimas steigiant psichikos sveikatos centrus bendrosiose didžiųjų miestų poliklinikose ir rajonuose įgalina kiek įmanoma priartinti psichiatrijos pagalbą prie gyventojų ir realiai gerinti teikiamų paslaugų kokybę.

1.2. Psichikos sveikatos norminiai aktai ir gyventojų psichikos sveikatos problemos

Psichikos sveikatos priežiūra - specializuota sveikatos priežiūra, vykdoma pagal Lietuvos Respublikos sveikatos ministerijos patvirtintus standartus. Priežiūros tikslas - teikti psichiatrinę pagalbą: diagnozuoti, gydyti sutrikimus, žmogaus psichikos funkcijas; užkirsti kelią psichikos ligų paūmėjimui; padėti ligoniams prisitaikyti prie visuomenės gyvenimo ir į jį grįžti (Dembinskas, 2003: 49).

Psichikos sveikatos priežiūra, kaip ir visa sveikatos sistema, pradėta pertvarkyti po VI Lietuvos gydytojų sąjungos suvažiavimo, kuriame buvo nuspręsta sudaryti darbo grupę Nacionalinės sveikatos koncepcijos projektui parengti. 1991 m. spalio 30d. Lietuvos Respublikos Aukščiausioji Taryba - Atkuriamasis Seimas priėmė nutarimą "Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo" (nutarimo Nr. I-1939).

Pagal šį nutarimą Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcijos esmė yra nauja aktyvi sveikatos politika ir strategija, turinti pakeisti senąją - pasyvią gynybinę, vertusią medicinos tarnybas kovoti tik su ligų padariniais. Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos įgyvendinime dalyvauja valstybė, visuomenė ir pavieniai jos nariai.

Nacionalinės sveikatos sistemos veiklos principai, įteisinti Lietuvos Respublikos Konstitucijoje, įgyvendinami remiantis Nacionaline sveikatos programa .

1998 m. liepos 2d. Lietuvos Respublikos Seimo nutarimu buvo patvirtinta Lietuvos sveikatos programa (Lietuvos sveikatos programa. Lietuvos Respublikos Seimas. Nutarimo Nr. VIII-833), kurioje apibūdinta situacija, nurodyti tikslai ir jų įgyvendinimo strategija, kurių pirmasis tikslas - stabilizuoti sergamumą psichikos ligomis, antras - sumažinti savižudybių skaičių iki vidutinių Europos šalių rodiklių, trečia - sumažinti sergamumą alkoholinėmis psichozėmis.

Šiems tikslams pasiekti yra numatytos tokios priemonės:

- Savivaldybėse įsteigti psichikos sveikatos centrus, kaip numatyta Psichikos sveikatos priežiūros įstatyme; papildomai parengti reikiamą skaičių gydytojų psichiatrų pirminei psichiatrijos pagalbai plėtoti; parengti psichikos sveikatos centrams reikalingus socialinius darbuotojus, psichologus, slaugos specialistus.
- Kryptingai, pagal prioritетines veiklos sritis, vykdyti valstybines kompleksines programas, iš kurių svarbiausios yra: ilgalaikių psichikos ligų, narkologinių ligų, pagalbos sergantiems silpnaprotyste, psichikos invalidų reabilitacijos ir reintegracijos, patikimos nuolatinės savižudybių ir mėginimų nusižudyti apskaitos sistemos ir kt.
- Siekti sumažinti alkoholio poveikį ir su juo susijusius padarinius žmogaus psichikos sveikatai vykdant Valstybinę alkoholio kontrolės programą.
- Pagal Europos šalių standartus stebėti psichikos ligų epidemiologiją ir vykdyti monitoringą.
- Plėtoti profilaktiką visomis kryptimis, t.y. keisti visuomenės sociokultūrinės nuostatas; gerinti psichologinę darną; riboti ir mažinti alkoholio vartojimą; mokyti visuomenę įveikti krizes; nuolat rengti švietėjiškus leidinius visuomenei; sukurti krizių įveikimo pagalbos sistemą; taikyti smurto, prievartos ir žalingų įpročių profilaktikos priemones.
- Bendradarbiauti su kitų sričių specialistais (ypač su bendrosios praktikos gydytojais) laiku organizuojant tinkamą pagalbą linkusiems į savižudybę (didelės rizikos) žmonėms.
- Mokyti įvairių specialybių sveikatos priežiūros darbuotojus įvertinti savižudybės riziką, psichikos sutikimus ir laiku suteikti pagalbą.
- Gerinti ligų gydymą, diegti naujus gydymo ir diagnostikos metodus, vykdyti mokslinius savižudybių tyrimus, plėtoti psichokorekcijos ir psichoterapijos bei socialinę pagalbą.
- Sukurti sergančiųjų afektiniais ir kitais psichikos sutrikimais reabilitacijos sistemą.
- Įtraukti socialinius darbuotojus į pagalbos šeimoms, kuriose įvyko savižudybė, veiklą.

Tai pagrindinės priemonės, kuriomis vadovaujasi teikiant psichikos sveikatos paslaugas, į šias priemones atsižvelgiama ir kuriant įstatyminę bazę Lietuvoje.

Lietuvos psichikos sveikatos priežiūra organizuojama vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymu, Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymu, Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymu, Psichikos sveikatos centro nuostatais ir kitais teisės aktais (detalus teisės aktų, reglamentuojančių psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, sąrašas pateikiamas priede Nr.2). Taip pat, aptariant psichikos sveikatos teisinius aspektus, svarbu nepamiršti teisinių klausimų, kurie susiję su pacientų teisėmis.

Pacientų teisės

Nuo 1993 m., Lietuvai tapus ET (Europos tarybos) nare ir pradėjus formuoti šalies visuomenės sveikatos politiką, Lietuvoje atsirado visiškai nauja, iki šiol nežinoma sritis – pacientų teisės. Pagrindinis teisės aktas, reglamentuojantis pacientų teises Lietuvoje, yra Lietuvos Respublikos Konstitucija. Detaliau pacientų teises reglamentuoja Lietuvos Respublikos civilinis kodeksas, Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo, kiti įstatymai bei poįstatyminiai teisės aktai. 1996 m. Lietuva priėmė Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą. Nuo 2005 metų įsigaliojo jo pataisa, numatanti žalos atlyginimo priemones. Šis įstatymas pripažįstamas kaip modernus žmogaus teises ginantis įstatymas. Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 10 str. "Privataus gyvenimo neliečiamumas", nurodoma, kad pacientų privatus gyvenimas yra neliečiamas. Informacija apie pacientų gyvenimo faktus gali būti renkama ligos istorijoje pacientui sutikus ir jei, gydančio gydytojo nuomone, tai yra būtina ligai diagnozuoti, jai gydyti ar pacientui slaugyti. Visa informacija apie pacientų

sveikatos būklę, diagnozę, prognozę ar gydymą, taip pat visa kita asmeninio pobūdžio informacija apie pacientą turi būti konfidenciali net ir po paciento mirties.

Taigi, asmens teisės yra svarbi asmens privalaus asmens gyvenimo dalis. Šio principo pažeidimas traktuojamas ir kaip Europos Žmogaus Teisių konvencijos 8 straipsnio pažeidimas. Lietuvos Respublikos Seimo ratifikuota Žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija (Lietuvoje įsigaliojo 1995 m. birželio 20 d.) mūsų šalyje turi įstatymo galią ir yra tiesioginio taikymo teisės aktas. Prisijungusi prie šios konvencijos Lietuva tapo vienos efektyviausių tarptautinių žmogaus teisių apsaugos sistemų dalis. Asmuo, kurio teisės numatytos Europos Žmogaus Teisių konvencijoje, yra pažeistos ir kuris mano, kad jo teisės valstybėje nėra tinkamai ginamos, gali kreiptis į Europos Žmogaus Teisių Teismą.

Gyventojų psichikos sveikatos problemos

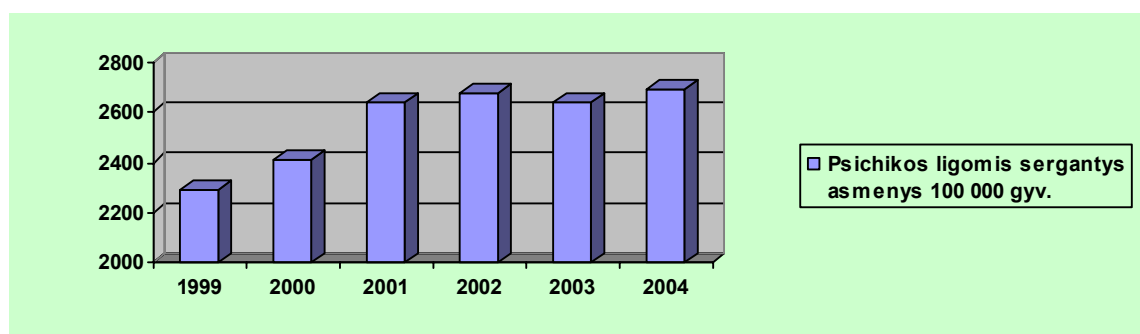
Psichikos sveikata yra kompleksinis fenomenas, aprėpiantis daugelį socialinių, aplinkos, biologinių ir psichologinių veiksnių. Oficialiais PSO duomenimis, pasaulyje 1500 milijonų žmonių serga psichikos sutrikimais, apie 1/3 jų serga daugiau nei vienu sutrikimu, 3/4 gyvena išsivysčiusiose šalyse. PSO duomenimis, vienu metu pasaulyje 340 mln. žmonių serga afekciniais sutrikimais, 400 mln. - įvairiais nerimo sutrikimais. Sergančiųjų šizofrenija skaičius siekia 45 mln., iš jų daugiau nei 33 mln. gyvena išsivysčiusiose šalyse. Demencijomis serga per 22 mln. žmonių (Dembinskas, 2003: 134).

Ilgą laiką psichikos sutrikimų našta tradiciškai buvo matuojama remiantis dažnumo, paplitimo ir mirtingumo rodikliais, kurių nepakanka objektyviai įvertinti lėtines, negalią sukeliančias būkles. Tad pastaruoju metu šiuos sutrikimus imta vertinti pagal negalios paveiktus gyvenimo metus (DALY), atsižvelgiant į mirtingumą (gyvenimo metus, prarastus iki mirties (YLL)), bei pagal negalios rimtumą ir trukmę (gyvenimo metai, prarasti iki negalios (YLD)). Šiais vertinimais grindžiamas globalinis ligos naštos rodiklis.

2000 m. DALY dėl psichikos sutrikimų sudarė 11.6 proc. visų negalios būklių pasaulyje (daugiau negu dvigubai viršijo negalias, sukeltas visų vėžio formų (5,3 proc.), ir buvo didesnis už negalią dėl širdies bei kraują gyslių ligų (10,3 proc.)). Vertinant tik negalios komponentą (be poveikio mirtingumui), psichikos sutrikimai pasaulyje sudaro 30,8 proc. visų „metų, išgyventų su negalia“ (Naujo tipo psichikos sveikatos paslaugų standartizavimas, 2004: 45). Taigi akivaizdu, kad psichikos sutrikimai stipriai veikia visuomenės sveikatą.

PSO duomenimis, pastaraisiais metais psichikos sveikatos problemų rizikos veiksnių daugėja. Tai nedarbas, skurdas, migracija, politinis nestabilumas, didėjanti įtampa tarp etninių ir kitokių grupuočių (ypač didmiesčiuose), benamių gausėjimas, įvairių formų narkomanijos plitimas, vienatvė ir socialinių ryšių praradimas, socialinis-ekonominis nestabilumas ir netikrumas. Dauguma minėtų rizikos veiksnių veikia ir Lietuvos žmones (Dembinskas, 2003: 25).

Lietuvoje šiuo metu yra 3,4 mln. gyventojų. Per pastaruosius metus sergamumas psichikos ligomis padidėjo. 1990m. šalyje gydėsi pas specialistus 146 tūkst. sutrikusios psichikos asmenų, o 2001 m. šis skaičius siekė 162 tūkst.. Lietuvoje nėra atlikta nuoseklių ir išsamių epidemiologinių tyrimų, kurie teiktų patikimų duomenų apie sergamumą psichikos ligomis, psichikos sutrikimų (ligų) paplitimą įvairaus amžiaus grupėse. Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenys apima tuos atvejus, kai asmuo yra kreipęsis į psichiatrijos įstaigą ir gydėsis ambulatoriškai ar stacionare. Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenys apie sergančiųjų psichikos ligomis skaičių 100 000 gyventojų pateikiami 2 pav. (Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2005)



2 pav. Psichikos sveikatos sutrikimų skaičius Lietuvoje (1999-2004).
(parengta pagal Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenis, 2005)

Siekiant užtikrinti veiksmingą ir prieinamą kompleksinę pagalbą asmenims su psichikos ir elgesio sutrikimais, svarbu išsiaiškinti tikrąjį psichikos sveikatos priežiūros

paslaugų poreikį, nes oficiali statistika atspindi ne visą psichikos sveikatos ir jos sutrikimų problemų mastą, o tik tai, ką aprėpia sveikatos priežiūros įstaigos (Dembinskas A., 2003: 58). Tam reiktų nuodugnių mokslinių tyrimų, bet, deja, šio darbo tikslai neapima paslaugų poreikio įvertinimo klausimų, o siekia apibrėžti organizacinius aspektus. Lietuvos psichikos sveikatos priežiūra organizuojama vadovaujantis įvairiais Lietuvos Respublikos įstatymais, norminiais aktais (detalus teisės aktų, reglamentuojančių psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, sąrašas pateikiamas priede Nr.2) Taigi, toliau taip pat bus apžvelgiami šiuolaikinės psichikos sveikatos priežiūros sistemos klausimai, pateikiant psichikos sveikatos klasifikaciją Lietuvoje pagal organizavimo lygius ir išskiriant biopsichosocialinius paslaugų komponentus, kai teikiant paslaugas sąveikauja medicininės ir socialinio darbo profesinės kompetencijos.

1.3. Biopsichosocialiniai sveikatos priežiūros paslaugų komponentai

Lietuvoje skiriami šie psichikos sveikatos priežiūros teikimo lygiai (Dembinskas, 2003: 138):

- savivaldybių - pirminis (pirminė psichikos sveikatos priežiūra);
- apskričių - antrinis (antrinė psichikos sveikatos priežiūra);
- valstybės - tretinis (tretinė psichikos sveikatos priežiūra).

Savivaldos vykdomosios institucijos organizuoja pirminę asmens ir visuomenės psichikos sveikatos priežiūrą. Pirminės psichikos sveikatos priežiūros organizavimo tvarką nustato Vyriausybė ar jos įgaliota institucija. Apskričių viršininkai organizuoja Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyto masto ir profilių antrinę asmens ir visuomenės psichikos sveikatos priežiūrą. Sveikatos apsaugos ministerija ir jai pavaldžios valstybės institucijos organizuoja nustatyto masto tretinę asmens ir visuomenės psichikos sveikatos priežiūrą įstaigose, kurių steigėjas yra Krašto apsaugos ministerija arba Vidaus reikalų ministerija. Tam tikru mastu asmens ir visuomenės psichikos sveikatos priežiūrą organizuoja atitinkamai Krašto apsaugos ministerija, Vidaus reikalų ministerija arba joms pavaldžios valstybės institucijos (Dembinskas, 2003: 38).

Antrinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos apskričių psichiatrijos ligoninėse arba apskričių ligoninių psichiatrijos skyriuose, psichiatrijos ligoninių

konsultacinėse poliklinikose arba apskričių ligoninių konsultacinėse poliklinikose ir dieniniuose psichiatrijos stacionaruose (Dembinskas, 2003: 59).

Tretinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos Vilniaus universiteto Psichiatrijos klinikoje, Vilniaus universiteto Vaiko raidos centre, Kauno medicinos universiteto Psichiatrijos klinikoje ir Sveikatos apsaugos ministerijos nustatytuose tretinio lygio psichiatrijos ligoninėse ar skyriuose. Tretinio sveikatos priežiūros organizavimo lygio įstaigos pirmine ir antrine psichikos sveikatos priežiūra gali verstis tik mokslo ir mokymo tikslais (Dembinskas, 2003: 59). Antrinio ir tretinio lygio psichiatrijos ligoninėse teikiamos paslaugos suskirstytos pagal Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintus paslaugų detalizavimo aprašymus. Pirminė psichikos sveikatos priežiūra organizuojama psichikos sveikatos centruose.

Kuriant nuoseklų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų modelį, svarbu užtikrinti sklandų ryšį tarp paslaugų teikėjų. Siekiant visapusiško paslaugų koordinavimo ir integravimo, sveikatos ir socialines paslaugas teikiančios vyriausybės ir nevyriausybės organizacijos turi nuolat keistis informacija, kad prireikus pacientams būtų teikiamos kitos paslaugos pagal suderintus protokolus (Naujo tipo psichikos sveikatos paslaugų standartizavimas, 2004: 65)

Per paskutiniuosius porą dešimtmečių vyko debatai tarp pasisakančiųjų už psichikos sveikatos priežiūrą ligoninėse ir teigiančiųjų, kad svarbiausios yra ambulatorinės paslaugos. Buvo manoma, kad šios kryptys - nesuderinamos, tačiau laikas keičia šią klaidingą dichotomiją modeliu, kuris suvienytų šiuolaikines ambulatorines paslaugas ir šiuolaikinę stacionarinę priežiūrą. Šis „subalansuotos priežiūros“ modelis akcentuoja paslaugų teikimą įprastose bendruomeninėse įstaigose, kuo arčiau paslaugos gavėjo gyvenamosios vietos. Hospitalizavimas - savalaikis, kuo trumpesnis ir taikomas tik tada, kai būtina. Toks subalansuotas bendruomenines paslaugas propaguojantis požiūris yra naudingesnis, nei retorika apie stacionarinės arba ambulatorinės priežiūros viršenybę, nes visi paslaugų komponentai yra būtini (Naujo tipo psichikos sveikatos paslaugų standartizavimas, 2004: 56)

Pirminė psichikos sveikatos priežiūra bendruomenės psichikos sveikatos centruose

Bendruomenės psichikos sveikatos centrai (PSC) – tai centrai, kuriuos 1963 m. pradėjo kurti JAV nacionalinės psichikos sveikatos institutas. Pagrindinis bendruomenės psichikos sveikatos centrų tikslas - gydymą ir pagalbą pacientams teikti kuo arčiau jų gyvenamosios vietos ir darbovietės, t.y. bendruomenėje. Buvo stengiamasi dviejų

grandžių globos sistemą (psichiatrijos ligoninės ilgai besigydantiems ligoniams ir dienos centrai - trumpai ambulatoriškai gydomiems ligoniams) pakeisti viena programa, pabrėžiančia bendruomenės dalyvavimą ir visuomenės informavimą. Tokių centrų atsiradimą pasaulyje skatino deinstitutionalizavimo judėjimas (Dembinskas, 2003: 65).

Lietuvoje psichikos sveikatos centrai (PSC) pradėti steigti 1997m. Šiuo metu yra 65 PSC. Psichikos sveikatos centras yra pagrindinė įstaiga, teikianti pirmines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas. Centre dirba psichiatrai, vaikų psichiatrai, psichologai, atitinkamai parengti slaugos specialistai ir socialiniai darbuotojai. Ten, kur nėra centrų, dirba tik psichiatrai ir slaugos darbuotojai, dalį funkcijų atlieka bendrosios praktikos gydytojai (Dembinskas, 2003: 65). Duomenys apie šių centrų etatų užimtumą yra pateikti 1 lentelėje (Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2005)

1 lentelė. Psichikos sveikatos centrai.
(parengta pagal Valstybinio psichikos sveikatos centro pateiktus duomenis, 2005)

		1999m. sausio 1d	2002m. sausio 1d	2005m. sausio 1d
Psichikos sveikatos centrų skaičius		49	61	65
Psichiatrijos specialistų skaičius	Psichiatrų: suaugusiųjų	102,25	117,25	131,5
	vaikų	26,25	39,0	37,5
	Slaugos specialistų	125,75	156,25	172,25
	Socialinių darbuotojų	14,5	98,0	117
	Psichologų	3	57,25	79,1

Kaip matome iš lentelėje pateiktų duomenų, PSC, kur pirminę psichikos sveikatos priežiūrą teikia sukomplektuotos specialistų komandos, šiuo metu dirba beveik 180 gydytojų, maždaug tiek pat psichiatrijos slaugos specialistų, apie 120 socialinių darbuotojų ir daugiau nei 70 psichologų. PSC sparčiai plėtojamos naujos paslaugos: užimtumas, socialinės paslaugos. Taigi akcentuojama ne tik gydymo veikla, bet ir prevencinis darbas - vyksta darbas su pacientų artimaisiais ir šeimomis, kasdienybe tapo

pacientų klubų bei meno terapijos studijų veikla (Naujo tipo psichikos sveikatos paslaugų standartizavimas, 2004: 12)

Psichikos sveikatos centrų *uždaviniai* (Dembinskas, 2003: 67):

- vykdyti psichikos sveikatos priežiūrą;
- teikti socialinę pagalbą psichikos ligoniams.

Psichikos sveikatos centrų *funkcijos* (Dembinskas, 2003: 67):

- teikia medicinos pagalbą ūmių psichikos sutrikimų atvejais;
- teikia skubią pirmąją pagalbą, jeigu dėl ūmių psichikos sutrikimų kyla grėsmė gyvybei;
- prireikus nedelsiant siunčia psichikos ligonius į psichiatrijos įstaigos stacionarą;
- siunčia psichikos ligonius į psichiatrijos įstaigos stacionarą, jeigu ambulatorinis gydymas yra neveiksmingas;
- vykdo ambulatorinę psichikos sveikatos priežiūrą;
- teikia psichoterapinę ir psichologinę pagalbą;
- stebi pacientus (psichikos ligonius), kurių psichikos sutrikimai dažnai paūmėja ir paūmėjimo metu kelia pavojų jų pačių ir aplinkinių sveikatai bei gyvybei;
- kartu su socialinės globos ir rūpybos organizacijomis teikia sutrikusios psichikos asmenims socialinę pagalbą, dalyvauja jų reabilitacijoje ir abilitacijoje;
- teikia psichologinę pagalbą sutrikusios psichikos asmenų šeimoms.

Iš pateikto Psichikos sveikatos centro uždavinių ir funkcijų aprašo matyti, kad ambulatorinės pagalbos decentralizavimas leidžia maksimaliai priartinti psichiatrijos pagalbą prie gyventojų ir realiai gerinti teikiamų paslaugų kokybę. Pradėjus psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikti komandos principu, jos tapo prieinamesnės ir įvairiapusiškesnės, daugiau dėmesio skiriama ne vien tik medikamentiniam gydymui, bet ir pacientų užimtumui, reabilitacijai, darbui su pacientų šeimomis (Naujo tipo psichikos sveikatos paslaugų standartizavimas, 2004: 6)

Socialinio darbuotojo dėmuo psichikos sveikatos priežiūros sistemoje

Kaip minėta anksčiau, Lietuvoje, vadovaujantis Sveikatos sistemos įstatymu, išskiriami trys sveikatos priežiūros lygiai (LR Sveikatos sistemos įstatymas, 1994). Kaip ir Pasaulinė sveikatos organizacija, Lietuvos Vyriausybė ypatingą dėmesį sveikatos priežiūros sistemoje skiria pirminei sveikatos priežiūrai, kurioje „mažiausia kaina gali būti daugiausia padaryta didžiausiam skaičiui žmonių“ (N. Roper, 1999; M. Doheny, 1992). Bendruomenės pagalbos sistema pasižymi tuo, kad paslaugos čia

asmenims yra lengvai prieinamos. Teikiant pagalbą užtikrinamas pirmas kontaktas ir pagalbos tęstinumas nepriklausomai nuo amžiaus, lyties ar sveikatos sutrikimo. Šis principas yra svarbus, kadangi praktikoje asmenys, turintys kompleksinius poreikius, patys dažniausiai neskiria tarp "su sveikata susijusių" ir "su socialine pagalba susijusių" elementų, ir siekia visapusiškos pagalbos viename iš šių sektorių (Rummery, Gledinning, 1997). Todėl pagrindinį vaidmenį sveikatos priežiūros įstaigose atlieka ne tik gydytojai, slaugytojai ir kitas medicinos personalas, bet ir šiais laikais daugelyje sveikatos priežiūros įstaigų dirbantys socialiniai darbuotojai, psichologai bei kiti specialistai (Zainyšev, 2002:193).

Socialiniai darbuotojai psichikos sveikatos centruose pradėjo dirbti tik nuo 1999 m., todėl jie dar neturi tvirto pamato savo veiklai. Per palyginti trumpą laiką jie savo pastangomis sugebėjo įrodyti, kad Psichikos sveikatos centrų specialistų komanda negali egzistuoti be socialinių darbuotojų (Socialinio darbo pradžiamokslis, 2004: 189).

Sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys socialiniai darbuotojai, kaip apibrėžia sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatai (1999), – tai „specialistai, kurių darbo paskirtis yra sustiprinti ir sveikatos priežiūros įstaigą... besikreipiančio ar joje besigydančio asmens prisitaikymo prie aplinkos sugebėjimus, atnaujinti ryšius su bendruomene padedant jam integruotis į visuomenę ir skatinti pilnavertiškesnį asmens socialinį funkcionavimą“. Tokiems specialistams apibrėžtos ir jų funkcijos:

- įvertina paciento socialinę situaciją,
- surenka ir kaupia informaciją apie paciento socialines problemas ir aplinką,
- tarpininkauja tarp sveikatos priežiūros personalo ir paciento,
- sudaro individualų socialinės pagalbos pacientui planą,
- numato socialinės pagalbos pacientui konkrečias priemones ir būdus,
- teikia informaciją ir konsultuoja pacientą:
 - apie įstatymus dėl socialinių garantijų,
 - apie jo teises ir galimybes konkrečiu atveju,
 - kaip elgtis esant problemų, konfliktų, iškilusių dėl paciento sveikatos būklės pakeitimų,
 - apie pacientui reikalingas pagalbos įstaigas ir padeda jas pasirinkti,
- padeda tvarkyti globos, rūpybos, paslaugų namuose, pensijų gavimo dokumentus,

- informuoja ir konsultuoja paciento artimuosius apie pagalbos poreikį ir priemones,
- organizuoja ir dirba su pacientų savipagalbos grupėmis,
- bendradarbiauja ir koordinuoja savo veiklą su kitomis institucijomis:
 - gali atstovauti ir ginti paciento teises ir teisėtus interesus įvairiose institucijose bei organizuoti juridinę pagalbą,
 - koordinuoja santykius su šeima, darbovieta ir padeda spręsti iškilusius konfliktus,
 - rengia paciento perkėlimo į globos įstaigą dokumentus,
 - raštu praneša savivaldybės globos ir rūpybos skyriui apie pacientui reikalingas socialines paslaugas,
 - sprendžiant paciento socialines problemas, bendradarbiauja su gydytojais, slaugos specialistais,
 - konsultuojasi su kitų įstaigų socialiniais darbuotojais,
- į pagalbos procesą įtraukia paciento šeimą ir artimuosius,
- kontroliuoja ir rekomenduoja socialinių paslaugų tęstinumą...(Sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatai, 1999).

Kaip matyti iš šio sąrašo, socialiniam darbuotojui, dirbančiam sveikatos priežiūros įstaigoje, svarbu ne tik kliento, čia dažnai vadinamo pacientu, bet ir profesionalų, dirbančių medicinos įstaigose, atsakomybės, teisų, pareigų pažinimas. Socialiniams darbuotojams, dirbantiems sveikatos priežiūros įstaigose, tenka bendradarbiauti su kitais psichikos sveikatos priežiūros specialistais.

Socialinio darbo ir medicinos profesijų sąsaja

Palyginus specialistų rengimo programas galima būtų teigti, kad tiek socialinis darbas, tiek medicininės profesijos vadovaujasi įvairių mokslų – psichologijos, sociologijos, antropologijos, pedagogikos, teisės, biologijos, ekonomikos, istorijos – žiniomis. Tik šių mokslų aspektai ir kombinacija yra skirtinga. Socialinis darbas daugiau vadovaujasi socialiniais mokslais, medikai – biologijos žiniomis.

Analizuojant literatūrą galima būtų teigti, kad minėtos profesijos deklaruoja, jog vadovaujasi humaniškumo, lygiateisiškumo, vertingumo, orumo, konfidencialumo postulatais. Ir socialinis darbas, ir psichiatrija, slauga, klinikinė psichologija yra pagalbos

profesijos, kurių objektas – žmogus. Tačiau čia galima išvelgti esminį skirtumą – medicinos darbuotojai rūpinasi žmogumi, tiksliau, jo sveikata, gera savijauta, socialiniai darbuotojai niekada negali rūpintis vien žmogumi, kartu jie rūpinasi ir jo socialiniais santykiais, socialine integracija, aplinka bei individo ir aplinkos tarpusavio sąveika. Pavyzdžiui, palyginę socialinio darbo ir slaugos ištakas galime pastebėti, kad iki XIX amžiaus sunku atskirti šias dvi profesijas – sergančiųjų, benamių, beglobių ir vargšų problemos istoriniuose šaltiniuose minimos kartu. Bažnytinės organizacijos, valstybių steigiamos įstaigos kartu rūpinosi ir vienu, ir kitu. Įdomu pažymėti, kad profesijų pradininkais laikomų autorių knygos buvo išleistos tik dviejų metų skirtumu: F. Nightengale – 1959, o M. Richmond – 1961 metais. Abi profesijos pasaulyje plėtėsi ir formavosi labai intensyviai XX amžiaus pradžioje. Lietuvoje tiek socialinis darbas, tiek slauga, kaip profesija, išgyveno stagnaciją tarybinės okupacijos metais. Skirtumas tik tas, kad socialinio darbo, kaip profesijos, Lietuvoje nebuvo, o slauga buvo taip iškreipta, kad vargu ar galima buvo ją pavadinti profesija. Atkūrus nepriklausomybę slaugos profesionalams reikėjo „tik“ keistis patiems ir keisti požiūrį į profesiją, o socialiniams darbuotojams dar ir įrodyti, kad tai yra visuomenei reikalinga profesija.

Kaip ir socialiniame darbe, taip ir medicinos darbuotojams svarbus mokymas, tyrinėjimas ir administravimas, tačiau kiekvienos profesijos atstovai tai daro įgyvendindami savus tikslus: socialiniai darbuotojai – siekdami geresnio individo socialinio funkcionavimo, medicinos darbuotojai – geresnės žmonių sveikatos. Tačiau visų profesijų atstovai atlieka palaikymo, atkūrimo, prevencijos funkcijas. Ir vieni, ir kiti profesionalai siekia klientų/pacientų aktyvumo, savirūpos, atlieka tai nustatydami problemas, jų prioritetus, planuodami veiklą, teikdami pagalbą, įvertindami tai, tačiau vėl, siekdami skirtingų tikslų: socialiniai darbuotojai – įtraukti individus į ryšių su aplinka stiprinimo procesą, prisitaikymo prie aplinkos sugebėjimus, medikai – įtraukti pacientus į sveikatos priežiūrą, optimalios savo ir kitų bendruomenės narių sveikatos išsaugojimą.

Apibendrinant psichikos sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir biopsichosocialinio gydymo aspektus matome, jog šiuolaikinis „subalansuotos priežiūros“ modelis akcentuoja paslaugų teikimą įprastose bendruomeninėse įstaigose, kuo arčiau paslaugos gavėjo gyvenamosios vietos. Gydymas ligoninėse - savalaikis, kuo trumpesnis ir taikomas tik tada, kai būtina. Tokia, subalansuota bendruomenines biopsichosocialines paslaugas propaguojanti, psichikos sveikatos sistema pasižymi tuo, kad pagrindinį vaidmenį sveikatos priežiūros įstaigose atlieka ne tik gydytojai, slaugytojai ir kitas medicinos personalas, bet ir šiais laikais sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys socialiniai

darbuotojai, psichologai bei kiti specialistai, nes visų šių profesijų komponentai yra būtini. Kiekvienam specialistui, dirbančiam sveikatos priežiūros įstaigoje, svarbu ne tik kliento, čia dažnai vadinamo pacientu, bet ir kitų profesionalų, dirbančių medicinos įstaigose, atsakomybės, teisų, pareigų pažinimas. Teikiant paslaugas tenka bendradarbiauti ir psichiatrams, ir slaugytojams, ir psichologams, ir socialiniams darbuotojams.

II. KOMANDINIO DARBO, TEIKIANT PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGAS, ANALIZĖ

Šiuolaikiniai psichikos sveikatos priežiūros būdai reikalauja naujų požiūrių, tokių kaip įvairių sričių specialistų komandinis darbas. Apibūdinant komandas svarbiausia yra komandos samprata, tikslas, struktūra, vaidmenų pasiskirstymas komandose, lyderių vaidmuo. Kiekviena iš šių sudedamųjų dalių turi stiprų poveikį komandos funkcionavimui ir efektyvumui.

2.1. Komandos samprata ir formavimosi pakopos

Darbo grupės, pasiekusios aukščiausią lygį, vadinamos komandomis. Kiekviena komanda - būtinai yra grupė, bet ne kiekviena grupė yra komanda. *Komanda - tai kartu dirbančių žmonių grupė, kurioje visų asmenų buvimas yra būtinas bendram tikslui įgyvendinti* (Kasiulis; Barvydienė, 2004; 75).

Komanda nuo grupės skiriasi tuo, jog pagrindiniai komandos darbo principai yra bendradarbiavimas ir tarpusavio pagalba. Kiekvienas komandos narys atlieka konkretų vaidmenį vykdant grupės bendrą užduotį. Kiekvienas žmogus komandoje yra lygiavertis jos narys. Atsižvelgiant į situaciją, jis turi ir lyderiavimo, ir dalyvavimo teisę. Priimant sprendimus, siekiama susitarimo *dalyvaujant visiems komandos nariams*. Komandos nariai pasižymi aukšta motyvacija, kai įgyvendinami bendri komandos tikslai. Tarpasmeniniai santykiai komandoje grindžiami priėmimu, tarpusavio supratimu, abipuse pagarba, pasitikėjimu ir pripažinimu. Komanda yra pajėgi prisitaikyti prie aplinkybių ir aplinkos pasikeitimo, įvertinant savo veiklą, ją keisti, bet neprarasti veikimo efektyvumo lygio.

Komandoje dominuoja bendros visų pastangos siekti tikslų. Komandos nariai turi galimybę įgyvendinti socialinius ir psichologinius poreikius. Komandos narių santykiai užtikrina kiekvieno iš jų saugų, produktyvų buvimą grupėje. Komandos sėkmei būtinos kiekvieno jos nario žinios, įgūdžiai ir pastangos (Kasiulis; Barvydienė, 2004; 77). Komandą sudaro panašūs ir kartu skirtingi žmonės. Tai, kuo jie panašūs tarpusavyje leidžia jiems būti kartu, o tai, kuo jie skiriasi, daro buvimą kartu vaisingą ir visavertį.

Tradiciskai komandos būna dviejų tipų:

- *formalios*;
- *neformalios*.

Neformalios komandos susikuria visur, kur yra žmonės ir tarpusavyje nuolat bendrauja. Tokių komandų susidaro ir formalioje organizacijos struktūroje. Jos nariai aukoja kai kuriuos savo poreikius komandos poreikių labui. Neformalios komandos veikla gali pakoreguoti organizacijos interesus. Komanda savo žmones remia ir gina.

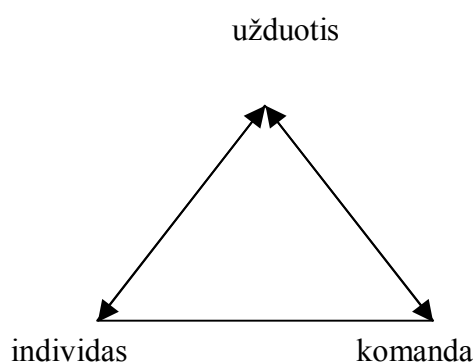
Formalios komandas sukuria vadovai sąmoningai. Joms skiriamos užduotys, kad jos padėtų organizacijai siekti tikslų. Populiariausia formali grupė - *komandavimo komanda*. Tai – komanda, kurią sudaro vadovas bei darbuotojai, atsiskaitantys tam vadovui. Kitas komandos tipas - *komitetas*. Tai formali komanda, sudaroma ilgam, kad atliktų specifines užduotis. Žmonės komitete gali keistis, bet pats komitetas išlieka. Iškilus problemai ar svarbiems klausimams spręsti formuluojamos laikinos komandos, kurias dažnai vadina *projekto komandomis*, arba *užduoties*. Pasak J.Kasiulio ir V.Barvydienės (2004) įvykdžius užduotį, išsprendus problemą, jos išformuojamos.

Kai kurios komandos yra ganėtinai savarankiškos. Jos gyvuoja be jokios formalios priežiūros. Todėl jos ir vadinamos *savivaldos komandomis* arba *savivaldos darbo grupėmis*. Būdingiausi jų bruožai tai, kad komanda turi teisę nustatyti darbo metodus, grafikus, skirtingas užduotis savo nariams.

Aukščiausio lygio komandos vadinamos *superkomandomis*. Jos kuriamos iš skirtingų organizacijos sričių ir kartu sprendžia problemas. Superkomandos motyvuoja tradicinę "žaidimo hierarchiją", t.y. griežtai nustatytą tvarką - nariai apačioje, vadovai - viršuje. Superkomandoms svetima biurokratija (Kasiulis; Barvydienė, 2004; 75):

- jos valdosi pačios, sudaro savo darbo kalendorinius grafikus;
- nustato rezultatyvumo normas;
- užsisako darbui reikalingus išteklius;
- gerina darbo kokybę;
- bendrauja su kitomis grupėmis ir komandomis.

Bet kurios iš išvardintų komandų darbe yra keletas aspektų, į kuriuos būtina atsižvelgti, jei siekiama sukurti veiksnia komandą (Adair, 1986; Schein, 1988). Ir komandos nariai, ir lyderis turi atitinkamai elgtis, kad komandos darbo elementai būtų realizuoti (žr.3 pav.).



3 pav. Elementų sąveika, įtakojanti komandos elgseną
(parengta pagal Adair, 1986; Schein, 1988)

Vykdamant *užduotį*, svarbu:

- *Inicijavimas* - tikslų, problemų arba pasiūlymų dėl tolesnio elgesio formulavimas.
- *Nuomonių/informacijos teikimas* - pasiūlymai dėl tikslo ir tolesnio darbo būdų.
- *Patikslinimas/detalizavimas* - bendravimo grupės viduje adekvatumo patikrinimas.

- *Apibendrinimas* - užtikrinimas, kad idėjos nebūtų "pamestos".
- *Sprendimų ieškojimas arba priėmimas*

Komandos elgsenos pagrindiniai komponentai:

- *Saugojimas* - užtikrinti, kad kiekvienas grupės narys turėtų vienodas galimybes prisidėti prie bendro darbo (pernelyg aktyvių narių "stabdymas").
- *Skatinimas* - užtikrinti, kad kiekvienas grupės narys turėtų vienodas galimybes prisidėti prie bendro darbo (pernelyg drovių narių "stumtelėjimas").
- *Nuomonių derinimas ir kompromisas* - įtampą mažinantis elgesys (humoras, pertraukos ir pan.)
- *Diagnozavimas, standartų nustatymas ir patikrinimas* - tai yra priemonės, kurių imamasi, jei grupėje išskyla sunkumų.

Individo elgesyje gali atsispindėti:

- *Dominavimas kitų atžvilgiu, agresyvumas arba "stabdymas"* - kai kurios egoizmo formos, kurios gali pasireikšti kiekvieno nario elgesyje.
- *Pagalbos arba pripažinimo siekimas* - labiau pozityvus negu neigiamas elgesys, padedantis asmeniui konstruktyviai dirbti grupėje (tačiau kartais toks elgesys virsta destruktiviu).

Komandinis darbas yra grindžiamas bendradarbiavimu ir tarpusavio pagalba, tačiau jeigu komandą sudaro panašios ar vienodos asmenybės, komandinio darbo efektyvumas krenta, kaip besistengtų komandos nariai bendradarbiauti ir vienas kitam padėti (Zainyšev, 2002:193).

Komandos nariai stebi savo veiksmus, jų rezultatus, savo elgesį ir nustato tam tikras savo ir kitų žmonių *elgesio normas*. Dalis jų bendros visiems, o kitos skiriamos tik tai grupei. Komandos nariai dažniausiai verčia kiekvieną asmenį paklusti grupei įvairiausiais metodais - nuo pastabų iki negailestingų fizinių bausmių.

Laikytis normų gali būti labai naudinga: normos atsako į daugelį klausimų, kaip privalome elgtis vienas kito atžvilgiu kasdien įvairiose situacijose. Tai įgalina mus sutelkti visą dėmesį į kitas užduotis. Tačiau tas konformizmas gali būti ir neigiamas reiškinys, nes jis stabdo, žlugdo iniciatyvą, naujoves, niekam neleidžia veržtis pirmyn, išsišokti. S.Aschas eksperimentais pademonstravo, jog 35% tiriamųjų pasidavė grupės spaudimui (Kasiulis; Barvydienė, 2004; 93).

Normų galia, grupinis spaudimas yra labai galingas, todėl vadovas turi suvokti, jog jis turi nustatyti neigiančias per didelį konformizmą normas. Vadovas tai turi daryti

savo paties pavyzdžiu, abejodamas išankstinėmis nuostatomis, žodžiais kiekviename susirinkime pabrėždamas laisvo, nepriklausomo mąstymo vertingumą, bei paskatomis, inovacijomis, o ne konformizmu.

Sutelktumas - žmones grupėje laikančių ir ryšius tarp jų stiprinančių jėgų poveikio visiems grupės nariams galutinis efektas. Sutelktumas susijęs su galimu komandos poveikiu savo nariams, taip pat su "savęs kaip grupės suvokimu „. Komandos sutelktumas reiškia darbo našumą, įtraukimo į darbą pajėgumą bei darbo kolektyviškumą (Kasiulis; Barvydienė, 2004; 93)..

Komandos sutelktumas, solidarumas rodo, kokią įtaką grupė gali daryti kiekvienam savo nariui.

Sutelktumas - solidarumo laipsnis bei teigiami jausmai, kuriuos individai puoseleja savo komandai. Jei grupės nariai jaučia stiprų ryšį su savo komanda, jie nelinkę pažeidinėti jos normų. Komandos tarpusavio sąsaja labai svarbi mažoje organizacijoje, nes ji padeda pavieniams asmenims gerai jaustis dėl savo indėlio į bendrą veiklą.

Patartinos 5-8 darbuotojų komandos. Būtina pabrėžti kiekvienos komandos, kiekvieno darbuotojo svarbą įstaigai bei visuomenei. Labai sutelktose komandose įtampa ir priešiškas yra labai reti reiškiniai. Jose iškyla mažiau nesusipratimų. Tyrimai parodė, jog darnios komandos tolygiau dirba. Jos darbo rezultatas stabilesnis, tolygesnis. Jose mažiau komunikacijos ir kooperavimosi problemų (Kasiulis; Barvydienė, 2004; 93)..

Tik įvairių asmenybių bruožų samplaika įgalina komandą dirbti efektyviai, nes tuomet komandos nariai gali mokytis vienas iš kito, papildyti vienas kitą. Taip pat, tarp priešingų asmenybių išskylančios konfliktai padeda nesurambėti, diskutuoti ir ieškoti geriausio sprendimo. Žinoma, ir čia turi būti išlaikyta pusiausvyra - visiškai nieko bendro neturinčios asmenybės gali nuolat konfliktuoti, nenorėti bendradarbiauti (Kasiulis; Barvydienė, 2004; 75). Taigi komanda, daugiau nei grupė žmonių, turinčių bendrą tikslą.

Komandos formavimosi pakopos

Yra kelios komandos formavimosi pakopų teorijos. Schein'as (1956) kalba apie tris grupės vystymosi pakopas (priklausomybė, priešiška priklausomybė ir tarpusavio priklausomybė); Tuckman'as ir Jensen'as (1977) apibrėžė penkias pakopas (formavimas, šturmovimas, normavimas, atlikimas; užbaigimas); Bion'as (1980) ir Woodcock'as (1994) taip pat kalba apie keturias pakopas (nesusiformavusi komanda, eksperimentuojanti komanda, besivienijanti komanda ir brandi komanda). Toliau detaliau pateiktos šių trijų komandų formavimosi pakopų teorijos.

Komandos formavimosi pakopos pagal Schein'ą:

- *Priklausomybės pakopa*. Tai yra laikotarpis, kada komandos nariai pradėdami naują veiklą jaučia vadovavimo, struktūrizavimo ir didžiulį saugumo poreikį.
- *Priešišką priklausomybės pakopa*. Kurį laiką kartu padirbėję, komandos nariai pamato, kaip skiriasi jų požiūriai, poreikiai ir darbo metodai. Pagrindinis šios pakopos uždavinys - kiek galima konstruktyviau susitaikyti su šiais nevienodumais; todėl būtent šioje pakopoje paprastai atsiranda normos ir taisyklės.
- *Tarpusavio priklausomybės pakopa*. Šioje pakopoje jau nebesiekama išsaugoti narystės vienodumo - visi nariai gali ateiti ir išeiti kada nori; čia yra daugiau asmeninės atsakomybės ir bendrų tikslų siekimo. Grupės nariai galvoja ne tik apie savo, bet ir apie komandos naudą.

Tuckman'as išskiria penkias komandos formavimosi pakopas:

- *Formavimas* - reiškia, kad kiekvienas grupės narys organizuojamas ir orientuojamas į vienas kitą ir į komandą. Susidomėjimo lygis yra labai aukštas, žmonės bando priprasti vienas prie kito.
- *Šturmuavimas* - baigiasi "medaus mėnuo", nes dėl skirtingų požiūrių, o kartais ir siekių formulavimo gali pradėti kilti konfliktai.
- *Normavimas* - tai poreikis kuo efektyviau išspręsti konfliktus; tai - komandos diskusijų ir veiklos struktūrizavimas; paprastai tampa grupės taisyklių ir normų formavimo pagrindu.
- *Atlikimas* - komanda baigia darbą, ir komandos nariai skatina vienas kitą jausti pasitenkinimą atliktu darbu bei kiekvieno nario įnašu į bendrą darbą.
- *Užbaigimas* - komandos darbas baigtas. Kartais organizuojamos kai kurios procedūros bendro darbo atlikimui pažymėti.

W. R. Bion'as (1980) apibrėžė keturias komandos formavimo pakopas:

- *Priklausomybė*. Komanda elgiasi taip, lyg jos nariai nesugebėtų savarankiškai priimti sprendimų arba savimi pasirūpinti; ji ieško stipraus ir įsakmaus lyderio, iš kurio tikisi, kad jis visada ims iniciatyvos.
- *Kova*. Komanda elgiasi taip, lyg jai grėstų pavojus ir iš vidaus, ir iš išorės. Ji pradeda atpažinti kitas, ne su vadovavimu susijusias problemas; tačiau ji dar nėra pasiruošusios jų spręsti. Būtent šioje pakopoje komanda gali susitelkti ir

įveikti suvoktą grėsmę, kylančią iš kitos komandos ar kito skyriaus; arba gali įvykti kova komandos viduje.

- *Susiporavimas*. Šioje pakopoje komandos nariai porose arba grupėse pradeda siūlyti vienas kitam paramą. Komanda tada elgiasi taip, lyg tokio susiporavimo ar susigrupavimo reikšmė komandos gyvenimui būtų labai didelė.
- *Branda*. Komanda yra visiškai susiformavusi. Ji gali produktyviai dirbti ir spręsti savo emocines problemas, nekeldama grėsmės savo pačios stabilumui.

Woodcock'as (1994) keturias formavimosi pakopas apibudina taip:

- *Nesusiformavusi komanda* dažniausiai apibūdinama kaip "karalius ir dvariškiai", kur karalius daro tai, ko nori, o dvariškiai turi jam paklusti. Kartais karalius sunkiai ir daug dirba, tačiau tai nepadeda formuotis komandai, nes visi pasiūlymai, diskusijos ir sprendimai yra siūlomi ir priimami jo paties.
- *Eksperimentuojanti komanda* bando išvengti apsimestinio mandagumo. "Mums nereikalingas mūsų pačių kvailas mandagumas," sako jie; tai reiškia didesnę komandos atvirumą bei pasiruošimą susidurti su sunkiomis problemomis.
- *Besivienijanti komanda* iš darbo kartu gauna didesnės naudos. Šioje pakopoje išryškėja didesnės pastangos sudaryti komandos darbo struktūrą: išaiškinami komandos tikslai; nustatomi uždaviniai, kuriuos reikia įvykdyti; tiksliau ir tvarkingiau yra atliekamas planavimas bei rezultatų analizė.
- *Brandžiai komandai* būdingas labai aukšto lygmens metodologinis darbas bei vystomoji veikla (plačiąja prasme). Komandos lojalumas laikomas natūraliu dalyku ir nediskutuojamas - jis tiesiog priimamas kaip natūralus ir savaime suprantamas dalykas. Komandos vystymasis tampa gyvenimo būdu.

Pateiktos teorijos turi daug ką bendro, todėl apibrėžiant svarbiausius kiekvienos formavimosi stadijos bruožus, bus vadovaujamosi formavimosi pakopų schema. Būdingų bruožų formavimosi veiksmų ir galimų sunkumų požiūriu svarbiausius šių pakopų elementus apibūdino Fraser'is ir Neville (1996):

Pirmoji komandos stadija - formavimasis

Formavimosi (nesusiformavusios komandos / priklausomybės) pakopos būdingi bruožai yra tokie:

- Beveik visada daugumai darbo komandų paskiriama perimti jau suburtų ir/ar

egzistuojančių komandų darbą.

- Pradinis prisitaikymo periodas dažnai yra skausmingas vienas kito nesupratimo ir įtarinėjimo procesas.
- Lyderiai bando primesti savo valdžią, o komandos nariai tuo tarpu juos vertina.
- Lyderių priėmimas arba atmetimas priklauso nuo to, ar komanda juos pripažįsta
- Daug lyderių bando įsiteikti savajam "aš" savo statusu bei priversti komandos narius vykdyti jų norus ir reikalavimus. Kai kurie reikalavimai nebūtinai išreiškiami atvirai.

Tokiomis sąlygomis formavimo veiksmi turėtų būti tokie:

- Pažinti ir įvertinti grupės narius. Komandos lyderis turėtų stengsis padėti pažinti vienas kitą ir skatinti gilesnes žinias apie asmenį. Tai yra labai svarbu, kai žmonės susitinka pirmą kartą.
- Išanalizuoti komandos funkcijas ir paskirtį. Lyderis turi apgalvoti geriausią darbo su komanda būdą. Svarbi ne tik pati užduotis, bet ir tai, koku būdu ji bus įvykdyta.
- Išsiaiškinti, kokie įgūdžiai, žinios, susitelkimas bei pusiausvyra jau egzistuoja komandoje. Šioje pakopoje reikia skatinti diskusijas apie komandos narių individualius trūkumus ir privalumus.
- Nustatyti, kokie yra komandos "stabdžiai", frustracijos ir kultūra. Tai galima išsiaiškinti tik darbo eigoje, todėl lyderis turi atsargiai vadovauti ir stebėti pirmuosius darbo kartu žingsnius.

Galimi sunkumai šioje pakopoje (Zainyšev, 2002:193):

- Labai svarbu nepadaryti dažnai pasitaikančios klaidos skubotų išvadų ir nedelsiamo pakeitimų įgyvendinimo. Lyderis turi būti kantrus ir rūpestingai formuluoti pasiūlymus.
- Svarbūs yra ir žmogiškieji faktoriai: žmonės kartais reaguoja ir vienas kitą veikia labai neigiamai bei destruktiviai.
- Naujas narys turi sugebėti prisitaikyti prie egzistuojančios komandos, prisijungti prie jos. Komandos lyderis turi iš anksto apgalvoti, kaip vyks naujų narių "įsijungimo" procesas.
- Formavimo pakopoje reikalingas lankstus komandos darbo struktūrizavimas, kad žmonės galėtų būti išbandyti pakeičiant jų atliekamas funkcijas.

Pirmoji pakopa nulemia tolesnio darbo komandoje sėkmę. Todėl lyderis turi labai rūpestingai vadovauti procesui bei užduoties vykdymui nuo pat pirmojo susitikimo su komanda.

Antroji komandos formavimosi stadija - šturmavimas

Antroji komandos formavimo pakopa yra *šturmavimo* (kova, priešiškos priklausomybės, eksperimentuojančios komandos) pakopa, kurios būdingi *bruožai* yra tokie:

- Atvirai išreiškiama vis daugiau emocijų. Pripratę vienas prie kito, komandos nariai išdrįsta išreikšti ne tik racionalų požiūrį į problemą bei darbo eigą, bet ir tai, ką jie jaučia vienas kitam, ką jie galvoja.
- Būtent dabar ateina laikas, kada komanda pradeda kreipti dėmesį į vidinius konfliktus ir bando juos spręsti.
- Tačiau komanda vis dar formuojasi, o todėl jai nesiseka, kai pradeda jausti tikrą spaudimą (ypač - laiko).
- Dėl pamintų aspektų komanda gali susidaryti tikrovės neatitinkantį vaizdą apie savo efektyvumą; dažniausiai tai atsitinka tada, kai nėra tinkamai išanalizuojami konfliktai, neišsiaiškinamos skirtingos pozicijos ir neišaiškinami klausimai, dėl kurių nuomonės sutampa.

Todėl formavimosi *veiksmi* šioje pakopoje galėtų būti tokie:

- Lyderis turi išdrįsti kalbėti apie iškilusius nesusipratimus ir sunkius klausimus.
- Tokios rizikos prisiėmimas visų pirma reiškia platesnių teigiamo šių sunkių klausimų sprendimo perspektyvų apsvaistymą.
- Lyderis turi skatinti komandos narių atvirumą ir nuomonių išsakymą; tai reiškia, kad ir lyderiui, ir komandos nariams šioje pakopoje labai svarbu sugebėti išklaudyti vienas kitą.
- Pozityviam konflikto sprendimui reikalingas ne tik sugebėjimas išklaudyti, bet ir sugebėjimas iškelti klausimus. Iškelti atvirus klausimus, skatinti žmogų išsakyti visus dalykus, kuriais jis yra nepatenkintas - padėti žmonėms "šturmuoti" savo nevienodumus ir įveikti nepasitikėjimą.

Galimi šios šturavimo pakopos *sunkumai*:

- Pasitikėjimo kūrimas reikalauja daug laiko; todėl laiko valdymas tampa labai svarbia ypatybe, kuria turi pasižymėti lyderis. Laiko valdymas reiškia ne tik tinkamą laiko paskirstymą susirinkimo metu, bet ir sugebėjimą parinkti tinkamą susirinkimo laiką bei vietą. Sako, kad geriausi lyderiai duoda laiko savo komandos nariams "nuleisti garą/apraminti savo blogas emocijas".
- Šioje pakopoje negalima skubėti - labai svarbia tampa lyderio kantrybė. Klausimų kėlimo ir vienas kito išklaudyti praktika padeda komandai tęsti darbą parandant mažiau laiko ir žmonių.
- Kai kurios komandos negali užbaigti šios pakopos be pagalbos iš išorės. Tai atsitinka tada, kai žmonės savo pozicijos laikosi labai tvirtai ir neišreiškia jokio noro girdėti apie

kitų žmonių poziciją, o vienas kito išklausymo įgūdžiai yra labai prasti.

Efektyviai įveikti antrąją komandos formavimosi pakopą komandai padeda kai kurie labai svarbūs įgūdžiai: tai - vienas kito išklausymo ir klausimų kėlimo įgūdžiai, kuriuos turi turėti ir komandos lyderis, ir komandos nariai. Todėl šiame etape reikia pratintis užduoti atvirus klausimus.

Trečia komandos stadija – normavimo

Normavimo (komandos vienijimosi / poravimosi) pakopai būdingi šie bruožai:

- Jaučiamas sąmoningas didelis poreikis turėti *pagrindines taisykles*, kurios nustatomos pačioje šios pakopos pradžioje.
- Daug dirbama *aiškinant darbo tvarką*, su kuria galiausiai nariai sutinka jei ne konsensuso, tai bent jau kompromiso pagrindu. Sprendimą grupės nariai priima įvairiais būdais, tačiau vienas iš daugelio būdų yra tinkamas jungimosi į poras procesas.
- Beveik kiekvienas narys (o kartais ir visa komanda) yra susirūpinęs *užduoties vykdymo metodika*.
- Komandos veiklos normų nustatymas padeda skatinti glaudesnius darbinius santykius, kurie remiasi abipuse *pagarba ir pasitikėjimu*; tai suvienija komandą, ir klausymo bei atvirų klausimų kėlimo įgūdžiai tampa grupės darbo norma.
- Galiausiai, nustatytos normos reiškia sugebėjimą *objektyviau* svarstyti problemas ir konfliktus bei spręsti juos taip, kad sprendimas būtų palankus visoms konflikto ar problemos pusėms.

Šioje pakopoje formavimosi veiksmai turėtų būti tokie:

- Siekiant užtikrinti tinkamų normų nustatymą, komandos lyderis turi stengtis, kad kiekvienas narys *atvirai* reikštų savo nuomonę grupės diskusijose. Kai kuriose komandose iš pradžių gali būti labai sunku to pasiekti; todėl būtų tikslinga pradėti tokią praktiką taikyti porose, o po to - paskleisti visoje komandoje.
- Lyderis turi kruopščiai atlikti reguliarią *komandos ir atlikto darbo [vertinimą]*. Tai nebūtinai turi būti atliekama griežtai nustatytais laikotarpiais; tačiau tai turi būti atliekama taip subtiliai, kad didžioji grupės dalis net negalėtų to pavadinti *vertinimo procesu*.
- Kai normos yra jau nustatytos, atsiranda daugiau galimybių *skatinti abejojimą* įprastiniais darbo metodais; lyderis turi pagalvoti apie tai, kokia forma ir kada tai turi būti padaryta.
- *Sėkmės šventimas* turėtų tapti ne atsitiktiniu, bet įprastiniu dalyku, kuris taip pat yra vienas iš daugelio būdų grįžtamajai informacijai gauti. Čia lyderis turėtų būti novatoriškas,

nes tik kūrybiškumas gali paskatinti vadovautis nuobodžiomis tapusiomis normomis.

- Normos nėra statiškos - jas įgyvendinti reikia lanksčiai, o tai ir yra šio klausimo vystymosi aspektas; todėl lyderis turėtų pagrindinį dėmesį kreipti į individo bei komandos vystymąsi plačiaja prasme.

Šioje formavimosi pakopoje dažniausiai pasitaikantys *sunkumai* yra tokie:

- Labai stengtis nustatyti reikiamas normas yra pavojinga, nes daug jėgų tam skyrę žmonės linkę "pamilti" savo darbo vaisių, o tuo tarpu nustatyti metodai gali tapti nebeaktualūs.
- Biurokratai - pavojingi! Žmonės, kurie kruopščiai laikosi nustatytų normų, gali stabdyti bet kokią kūrybišką veiksmą; todėl čia labai svarbu būti atviru naujiems požiūriams ir teorijoms.
- Kartais komandos nariai taip pasineria į savo darbą, kad jie praranda ryšį su aplinka; todėl būtų naudinga, jei komanda nepamirštų nors kartais "apsidairyti aplinkui".

Paskutinė komandos formavimosi stadija - atlikimas

Pagal daugelį klasifikacijų, paskutinė komandos formavimo pakopa yra *atlikimas* (tarpusavio priklausomybės / brandžios komandos pakopa). *Jai būdingi tokie bruožai:*

- *Aukštą komandos darbo lankstumo laipsnį* rodo susiformavę klausymo įgūdžiai bei sąmoningai suvokiama mąstymo ir argumentavimo disciplina.
- *Pritarimas komandos tikslams* yra tokio aukšto lygio, kad komandos motyvacija juos pasiekti pradeda reikšti ne tik savo pačių nustatytų griežtų normų laikymąsi, bet ir jų interpretavimą.
- Paprastai šiai komandos darbo pakopai yra būdingas *sistemiškas požiūris į problemų sprendimą*; svarbiausias tokio požiūrio aspektas yra tai, kad kiekvienas komandos narys turi gerai suformuotus problemos sprendimo įgūdžius.
- *Prieštaringi požiūriai yra pozityviai ir konstruktyviai derinami*. Klausimai sprendžiami vadovaujantis konsensu, o ne daugumos taisykle; tai reiškia, kad klausymo ir grįžtamosios informacijos įgūdžiais yra naudojamas tinkamai.
- Komandos narių tarpusavio priklausomybė yra pasiekusi aukštą lygį; jie yra tiek subrendę kaip komandos nariai, kad susirinkimuose paeiliui užima lyderio poziciją. Tai vadinama *dalyvaujančiuoju vadovavimu*.
- Komanda tampa labai vieninga, o šis reiškinys vadinamas "*grupės sinergija*".

Komandai pasiekus tokį lygį, visi formavimosi veiksmai jau yra atlikti, ir komanda pasižymi visais apibūdinamais bruožais. Pasiekti šį lygį nėra lengva, tam reikia labai daug pastangų. Tai vadinama dalyvaujančiuoju vadovavimu, o tai reiškia, kad valdyme dalyvauja *visi* komandos nariai. Apibendrinant galima pridurti, kad komandos ir grupės nėra tas pats, o vienas iš svarbiausių išskirtinių darbo komandoje bruožų yra saviugda. Toliau bus kalbama apie vaidmenis komandoje.

2.2. Vaidmenys komandoje

Pagrindinis skirtumas tarp vaidmens ir komandos nario funkcijos yra formalizavimo lygmuo. Vaidmuo yra pozicija, kurią galima užimti arba neužimti - tai priklauso nuo asmens iniciatyvos ir noro. Paskirti vaidmenį kam nors kitam yra ne tik sunku, bet kartais ir visai neįmanoma. Funkcijos dažniausiai yra paskirstomos, komandos nariai jas gauna formalaus darbo pasidalijimo procese (Zainyšev, 2002:193). Vaidmenys yra siejami su iniciatyva, o funkcijos suprantamos kaip vadovybės nustatytos pareiginės instrukcijos dalis.

Vaidmenys komandoje suprantami kaip komandos narių bruožai, padedantys komandai efektyviausiu būdu įvykdyti duotą užduotį. Jeigu pagrindiniai vaidmenys komandoje nėra aiškūs, tai reiškia, kad žmogiškieji resursai panaudojami ne pačiu efektyviausiu būdu. Būtent todėl esminiu dalyku tampa lyderio įgūdžiai bei žmonių įsitraukimas į komandos darbą.

E.G. Bormann'as (1990) apibūdina vaidmenis mažose komandose. Vaidmuo mažoje komandoje yra tai, kaip kiti grupės nariai suvokia asmens elgesį ir ko jie tikisi iš asmens elgesio grupės užduoties vykdymo ir socialinio bendravimo plotmėje (Bormann, 1981, p. 161).

Vienas iš svarbiausių komandos formavimosi elementų yra darbo pradžia - t.y., dvi pirmosios grupės formavimosi pakopos (žr. ankstesnį skyrių), todėl tas mechanizmas, kurio dėka komandoje atsiranda vaidmenys, yra labai svarbus. Bormann'as teigia, kad vaidmenų atsiradimas komandoje labai priklauso nuo komandos sudėties; komandos narių geresnis pažinimas bei geresnis asmenybės sąsajų su tam tikrais vaidmenimis komandoje supratimas padeda konstruktyviau elgtis realiose komandos gyvenimo situacijose.

Yra keletas vaidmenų komandoje apibūdinimų: M. Woodcock'as (1994) apibūdina dvylika, o J. F. Cragan'as ir D. W. Wright'as (1980) kalba apie dešimt

vaidmenų komandoje (5 pagrindinius ir 5 antrinius); M. Belbin'as (1981) išskyrė aštuonis vaidmenis. Lentelėje Nr.3 pateikti vaidmenų komandoje trumpi apibūdinimai.

Lentelė Nr. 3. Vaidmenys komandoje (įvairių autorių duomenys)

Woodcock (1994)	Cragan, Wright, Krasch (2003)	Belbin (2003)
Komandos lyderis – Formuoja komandą, iškelia uždavinius, atlieka užduočių atlikimo monitoringą	<u>Penki pagrindiniai</u> <u>vaidmenys</u>	Kompanijos darbuotojas – konservatyvus, pareigingas, nuspėjamas
Ambasadorius – plėtoja išorinius ryšius, atlieka komandos "marketingą", užmezga kontaktus	Užduoties vykdymo lyderis - atsakingas už tai, kad darbas būtų padarytas	Pirmininkas – ramus, pasitikintis savimi, pasižymi savikontrolė
Diplomatas – geras derybininkas, turi daug įtakos, orientuoja komandą	Socialinis-Emocinis lyderis - rūpinasi palankios darbo atmosferos kūrimu ir grupės analizės skatinimu	Formuotojas – įsitempęs, aktyvus, dinamiškas
Kokybės kontrolierius - rūpinasi kokybe, komandos "sąžinės balsas"	Įtampos nuėmėjas – palaiko gerą komandos nuotaiką	Augantis – rimtai nusiteikęs individualistas, ne visiem priimtinas
Bandytojas – susiformuoja neįprastą požiūrį, idėjų žmogus, skatina radikalų vertinimą	Informacijos teikėjas - užmezga ryšius ir bendrauja su reikiamais šaltiniais	Tyrėjas – ekstravertas, entuziastas, smalsus, bendraujantis
Teisėjas – remia teisingumą, vengia skubotumo, veikia pragmatiškai	Centrinis neigiamas – vertina idėjas, sudaro darbotvarkę, skatina konfliktus	Vertintojas – rimtas, nereiškiantis emocijų, atsargus
Prisitaikėlis – užpildo spragas, vengia abejoti priimta tvarka, stebi	<u>Penki antriniai vaidmenys</u>	Komandos darbuotojas - socialiai orientuotas, gana švelnus, jautrus
Rėmėjas – formuoja morale, užtikrina	Klausinėtojas – ieško idėjų ir jas vertina	Darbų užbaigėjas – labai stengiasi, palaiko tvarką,

pasitenkinimą darbu, pataria		nerimaujantis
Ekspertas – pateikia profesionalo nuomonę	Tylus stebėtojas – vangus ir pasyvus, linkęs tylėti diskusijose	
Novatorius – motyvuoja kitus, turtingos vaizduotės, kuria viziją, idėjas paverčia strategijomis	Aktyvus klausytojas - neverbalinis ir rėmėjiškas elgesys, argumentuoja neutraliai, nors vis tiek remia kokią nors poziciją	
Rezultatų siekėjas – nustato laiko rėmus, tikrina progresą, demonstruoja pritarimą vykdomai užduočiai, vadovaujantis, netolerantiškas	Protokoluotojas – vienintelis vaidmuo, kuris yra paskiriamas	
Vertintojas – rūpinasi reguliariu vertinimu, pateikia grįžtamąją informaciją, orientuojasi į procesą	Savanaudiškas pasekėjas - veikia kenkdamas grupės interesams, daug dėmesio skiria sau	

Toliau pateikiama M. Belbin'o vaidmenų klasifikacija, kuria dažniausiai remiamasi kai kalbama apie vaidmenis komandoje.

Visi vaidmenys turi savų privalumų ir trūkumų. Svarbiausia - kiek galima daugiau apie juos sužinoti ir sugebėti adekvačiai reaguoti į aplinkybes.

Pagal Belbin'ą (1981), vaidmenų komandoje savybės gali būti ir teigiamos, ir neigiamos. Šių savybių apibūdinimas pateikiamas 4 lentelėje.

4 lentelė. Komandos narių vaidmenys: teigiamos ir neigiamos savybės
(Belbin, 1981)

Vaidmuo	Teigiamos savybės	Leistini trūkumai
Kompanijos darbuotojas	Konkretizuoja pagrindines koncepcijas ir praktiškai įgyvendina darbo procedūras; užtikrina sistemiską ir efektyvų sutartų planų vykdymą. Turi gerų organizacinių sugebėjimų, praktišką, sveiką protą; dirba daug, yra disciplinuotas ir lojalus organizacijai	Trūksta lankstumo, ne itin mėgsta nepatikrintas idėjas ir turi šiek tiek daugiau inercijos, nei įprasta

<i>Pirmininkas</i>	Sugeba elgtis ir priimti visus potencialius bendradarbius pagal jų nuopelnus ir be išankstinio nusistatymo. Kontroluoja komandos tikslų siekimą, stengdamasis geriausiai panaudoti jos išteklius. Sugeba išskirti komandos stipriąsias ir silpnąsias puses, gali geriausiai išnaudoti kiekvieno komandos nario potencialą	Neišsiskiria intelektu ar kūrybiniais sugebėjimais, pasirengęs vykdyti nurodymus
<i>Formuotojas</i>	Konkretizuoja (formuoja) komandos pastangų kryptį, paprastai dėmesį kreipdamas į tikslų ir prioritetų nustatymą. Bando suteikti formą grupės diskusijoms ir grupės veiklos rezultatams. Energingas, pasiruošęs mesti iššūkį inercijai, neefektyvumui, pasitenkinimui savimi ar savęs apgaudinėjimui	Noras kiek galima greičiau spręsti problemas yra vienas iš akivaizdžiausių trūkumų; dažnai susiduria su polinkiu provokacijoms, susierzinimui ir nekantrumui
<i>Augantis</i>	Skubina naujas idėjas ir strategijas, ypatingą dėmesį kreipdamas į svarbiausius klausimus; ieško galimų trūkumų požiūryje į problemą, su kuria susiduria komanda. Talentingas, turtingos vaizduotės, aukšto intelekto, turi daug žinių.	Niekas neapsaugotas nuo „skrajavimo padebesiais“. Dažnai nekreipia dėmesio į praktinius dalykus arba protokolą.
<i>Tyrėjas</i>	Specializuojasi išorinių šaltinių ieškojime. Sugeba užmegzti kontaktus su žmonėmis ir tiria visa, kas nauja; reaguoja į iššūkį; turi gerų derybininko sugebėjimų.	Nepasižymi rėmimo igūdžiais; linkęs prarasti susidomėjimą, kai praeina pirmasis įkarštis. Nekantrumas-vienas būdingiausių bruožų.
<i>Vertintojas</i>	Pasižymi gerais analitiniais sugebėjimais, daug kuo prisideda kad komandos sprendimai būtų subalansuoti. Protingas, diskretiškas, kartais užsispyręs.	Kartais pernelyg daug dėmesio skiria analizei; trūksta įkvėpimo arba sugebėjimo motyvuoti kitus.
<i>Komandos darbuotojas</i>	Labai empatiškas, sugeba remti komandos narius, kai jie iškelia iniciatyvas arba tais momentais, kada jie turi sunkumų. Sakoma, kad gali reaguoti į žmones ir į situacijas, remti komandos dvasią	Kartais pernelyg pasinėręs į kitų komandos narių emocinę būseną, todėl komandos krizių atveju tampa neryžtingu.
<i>Darbų užbaigėjas</i>	Daug dėmesio skiria detalėms - gali domėtis procesu nuo pradžios iki galo. Linkęs į perfekcionizmą. Kartais palaiko būtinumo ir skubumo atmosferą komandoje.	Per daug dėmesio detalėms, polinkis jaudintis dėl smulkmenų. Nenoriai "paleidžia".

Svarbu paminėti, kad vaidmenys komandoje nėra griežtai nustatyti ir statiški - jie yra tiesiogiai susiję su komandos formavimosi pakopomis. Tai reiškia, kad tam tikrose pakopose vieni vaidmenys pasireiškia daugiau, nei kiti. Be to, svarbu atsižvelgti ir į tai, kad vienas asmuo gali turėti ne vieną vaidmenį komandoje, o iš kitos pusės - kad keli asmenys gali atlikti vieną vaidmenį ir toje pačioje, ir skirtingose komandos formavimosi pakopose.

Vaidmenų komandoje supratimas gali padėti pasiekti efektyvesnio dalyvavimo komandos darbe. Vienas svarbiausių dalykų yra tai, kad nors vaidmenų niekas neskirsto, juos vis tiek "primeta" kiti komandos nariai, o tai reiškia, kad kitoje komandoje tas pats asmuo gali turėti visai kitą vaidmenį tik todėl, kad jos sudėtis yra kitokia. Tačiau žinoti vaidmenis yra būtina, kad būtų galima adekvačiau reaguoti į situaciją, kas savo ruožtu leidžia efektyviau valdyti komandos išteklius (intelektualinius, laiko ir lėšų). Toliau nagrinėjama su kokiais sunkumais susiduria komanda ir kaip žinios apie vaidmenis komandoje gali padėti efektyviau įveikti tuos sunkumus.

Lyderio vaidmuo, buriant efektyvią komandą

Ankstesniuose skyriuose buvo kalbama apie komandos formavimosi pakopas, komandos narių vaidmenis bei sunkumus, pasitaikančius komandos darbe, ir nuolat grįžta prie lyderiavimo komandai stilių. Kokią reikšmę tai turi komandos formavimuisi? Kas turėtų imtis atsakomybės tam stiliui atskleisti komandos darbe? Kaip tarpusavyje susiję lyderiavimas ir vadovavimas?

Pagrindinis skirtumas tarp lyderio ir vadovo išryškėja formavimosi ir paramos srityse. Jeigu kalbama apie formavimosi veiklą, negalima išvengti diskusijos apie lyderiavimą, nes "būti lyderiu [vesti paskui save]" galima suprasti ir kaip "kurti, formuoti". Vadovavimo veikla parastai vykdoma tose struktūrose, kurios yra jau susiformavusios ir atlieka tam tikras funkcijas; t.y., vadovavimas remia egzistuojančią tvarką ir siekia efektyvumo "senose vietose"; tuo tarpu lyderiavimas taikosi į "naujas vietas".

Kartais galvojama, kad save valdančios komandos yra labai nestruktūrizuotos ir neformalios, kad joms nereikalingas nei lyderis, nei vadovas. Tačiau iš tikrųjų niekas savaime nevyksta - lyderiavimas, kaip komandos darbo savybė, neatsiranda

be žmonių valios ir pastangų, be didelių laiko ir energijos sąnaudų. Gerai organizuotos save valdančios komandos darbo rezultatai yra vertingi - tai įsipareigojimas (pasiryžimas) atlikti darbą bei aukšta atlikto darbo kokybė. Tai, kaip atsiranda save valdanti komanda ir kaip tai yra susiję su komandos formavimosi pakopomis ir vaidmenimis – sąsajos tarp šių dalykų pavaizduotos lentelėje Nr.5 .

5 lentelė. Formavimosi pakopų ir lyderiavimo stilių sąsaja

Formavimosi pakopos (pagal Tuckman 'a)	Lyderiavimo stiliai (pagal Hersey ir Blanchard'a)
Formavimas	Nurodymas
Šturmas	Įtikinėjimas
Normavimas	Dalyvavimas
Atlikimas	Delegavimas

Pagal *situacinio lyderiavimo* teoriją (Hersey & Blanchard, 1983), egzistuoja tiesioginis ryšys tarp lyderio elgesio ir pasekėjo (pavaldinio) veiksmų, o jie abu priklauso nuo pasekėjo brandos iškeliai užduočiai atlikti. Pradedama nuo struktūrinio elgesio, tinkamo dirbant su nesubrendusiais žmonėmis, Situacinio lyderiavimo teorija teigia, kad lyderio elgesys turėtų pradėti formuotis nuo: (1) aukšto lygio užduoties - žemo lygio tarpusavio santykių prie (2) aukšto lygio užduoties - aukšto lygio santykių ir (3) aukšto lygio santykių - žemo lygio užduoties prie (4) žemo lygio užduoties -žemo lygio santykių, jei kieno nors pasekėjai progresuoja ir iš nesubrendusių tampa brandžiais. (Hersey and Blanchard, 1983)

Svarbu pažymėti, kad lyderiavimo stiliaus keitimas turėtų vykti palaipsniui ir vienodai, o ne greitai ir iš karto, nes žmonėms reikia priprasti prie vieno elgesio, o po to *kartu* su lyderiais formuoti kitą elgesį. Yra pasakymas: atšildyti - pakeisti formą - užfiksuoti. Kadangi lyderiavimas yra labiau suprantamas kaip menas, reikia labai gerai sugebėti prisitaikyti prie situacijos.

Šiame kontekste išryškėja, kad lyderio elgesys yra labai susijęs su komandos formavimosi pakopomis. Tam, kad egzistuotų komanda, reikia ją *suformuoti*, o tai reiškia, kad organizatoriams prireiks daug energijos ir pastangų. Kokia forma ši energija yra išreiškiama? Vyksta pokalbiai, diskusijos ir derybos dėl to, *ka* ruošiamasi daryti (formuoti); todėl *formavimo* pakopoje (Tuckman) tinkamiausias yra "*nurodantysis* " lyderiavimo stilius (Hersey and Blanchard).

Šturavimo pakopa yra labai svarbi, o kai kuriais atvejais ir labai sudėtinga vadovavimo požiūriu. Reikalinga, kad žmonės kiek galima daugiau įsitrauktų į užduoties vykdymą, ir kad parodytų savo jausmus ir emocijas. *""Parduoti"* idėja, o ne "nuleisti iš viršaus" - tai tampa svarbiausia užduotimi tiems, kurie imasi atsakomybės vadovauti palaipsniui į komandą virstančiai grupei.

Normos yra svarbios veiklos koordinavimo požiūriu - kaip, kada, kas ir t.t. Tam, kad šios normos būtų veiksmingos, jas turi apvarstyti ir su jomis sutikti kiekvienas komandos narys. Todėl kiekvieno *dalyvavimas* tampa esminiu dalyku. Tas, kuris imasi atsakomybės būti lyderiu, turi galvoti, kaip organizuoti "įtraukimo" veiklą, ir kaip sukurti tokius kanalus, kurie patenkintų visus įvairius vaidmenis komandoje atliekančius jos narius.

Žmonės stengiasi iš visų jėgų, kai žino, ką jiems reikia daryti, kaip įvykdyti užduotį, ir kai turi išteklių (intelektualinių, materialinių ir pan.) tam padaryti. Kitais žodžiais tariant, žmonės yra profesionalai ir turi teisę priimti sprendimus - įgaliojimai yra tinkamai *deleguoti*. Jei tokia praktika yra taikoma, galima tikėtis, jog darbas bus atliktas kokybiškai.

Dirbant komandoje lyderiui iškyla ir daug sunkumų. Sunkumai, su kuriais kartais susiduria komandos, priklauso nuo įvairių faktorių. Keletą jų:

1. *Prastas komandos narių pasirinkimas*. Komandos yra renkamos, ir tie, kurie galvoja apie jos efektyvumą, turi daug dėmesio kreipti ne tik į tai, kaip žmonės atrenkami į konkrečią komandą, bet ir į tai, kaip jie įtraukiami į visos organizacijos darbą.
2. *Abipusis pasitikėjimas ir nuoširdumas*. Daugelis sunkumų komandos darbe kyla dėl nepasitikėjimo tarp komandos narių. Jeigu turima mažai galimybių išsakyti savo dvejones apie diskusijos eigą, ir nėra jokios galimybės pasijusti saugiu komandoje, tai reiškia, kad grupės moralės lygmuo yra žemas, ir tai gali pradėti trukdyti komandos darbui. Tam, kad šie sunkumai būtų įveikti, komandai reikalingas tinkamas lyderiavimo stilius (apie tai kalbama kitame skyriuje).
3. *Neaiškiai suformuluota užduotis*. Daug nesusipratimų kyla ir daug laiko iššvaistoma dėl to, kad netinkamai suformuluojama komandos užduotis. Žmonės sutrinka, kai negali aiškiai suprasti, ką reikia padaryti. Todėl sakoma, kad užduotys turi būti *smart* {ang. *smart* - *gudrus, protingas*, t.y. suformuluotos aiškiai, objektyviai ir realistiškai. SMART yra penkių žodžių anglų kalba sutrumpinimas: *Specific* (konkrečiai užduotis turi būti susijusi tik su viena veiklos sritimi), *Measurable* (išmatuojama - kad žinotume, kokios pažangos

pasiekėme, mums reikalingi kriterijai tiems veiksams įvertinti/ *Achievable* (*įvykdoma*- tai reiškia, kad paprastai užduotys yra įvykdomos, ir yra žmonių, kurie galis jas įvykdyti/ *Realistic* (*realistiška* - užduotis turi būti tokia, kad konkreti komanda galėtų ją įgyvendinti konkrečiu laiku), *Time keeping* (*savalaikė* -akivaizdu, kad laiko skaičiavimas turi būti labai objektyvus ir susijęs su žmonių sugebėjimu tinkamai atlikti darbą).

Vienas iš sudėtingiausių dalykų formuluojant užduotį yra išmatuojamų kriterijų suradimas. Remdamiesi sava patirtimi turima surasti, kokius įvykius ar reiškinius galima įvertinti išmatuojamais kriterijais.

4. *Intelektualiniai sugebėjimai - kūrybiškumo laipsnis*. Žinoma, kad žmogiškieji ištekliai yra vertingiausi; remiantis jų kokybe, galima išmatuoti (įvertinti) bendrą pastangų sėkmę. Tačiau kūrybiškumas gali būti slopinamas, ir gali būti puoselėjamas - tai priklauso nuo komandos sudėties, turimo laiko, užduoties ir lyderiavimo stiliaus.
5. *Prasti vadovavimo įgūdžiai (kontrolės stoka, žema motyvacija, netikęs planavimas)*. Kartais žmonės daug laiko ir energijos iššvaisto tik dėl netinkamos planavimo ir kontrolės kokybės. Tinkamas lyderiavimo komandai stilius skatina jos narių dalyvavimą komandos darbe ir padeda priimti racialesnius sprendimus. Tačiau jei lyderiavimas yra tikrai netikęs, praddami priimti neteisingi sprendimai.

Puikią komandą sukurti gali vadovas, turintis tvirtus vadovavimo įgūdžius: nuoseklus, pats palaikantis komandinio darbo idėjas, tinkamai parenkantis ir paskirstantis darbuotojus, kuris pats rūpinasi kitais kolektyvo nariais, taiko efektyvius darbo metodus, analizuoja veiklą, nekritikuodamas konkrečių asmenų, noriai palaiko žmonių asmeninį augimą, jų individualų tobulėjimą, formuoja sveikus tarpusavio santykius komandoje, net konfliktus panaudoja konstruktyvesniems tikslams įgyvendinti, skatina protingai, leistinai rizikuojančius darbuotojus (Kasiulis; Barvydienė, 2004; 93).

Su visais pavaldiniais vadovas privalo elgtis vienodai. Pats turi rodyti pavyzdį, kaip dera elgtis jo pavaldiniams. Šie privalo pajusti, kad vadovui svetimas principas "skaldyk ir valdyk „. Puikus vadovas parodo žmonėms, kad jis kategoriškai smerkia komandos apkalbas "už akių „. Susitikdamas su kiekvienu darbuotoju asmeniškai, jis sugeba juos įtikinti, jog būtina dirbti kartu, kaip vienam (Kasiulis; Barvydienė, 2004; 93)..

Sumanus vadovas visada "matomas „ komandai. Jis įsitikina, kad komandos nariai žino, jog jis su jais ir visada pasirengęs jiems padėti. Vadovas informuoja

pavaldinius, kad jis laikosi "atvirų durų", politikos - visada lauks jų telefoninių skambučių bei asmeninių vizitų. Vadovas privalo įsitikinti, jog kiekvienam darbuotojui aiškūs jo prioritetai: kiekvienas turi tiksliai žinoti, kokios jo pareigos, ko vadovas iš jo tikisi ir kokie yra darbų terminai (Kasiulis; Barvydienė, 2004; 94).

[žvalgus vadovas numato galimus sunkumus ir asmeninius nesutarimus. Jis reaguoja į bet ką neįprastą, išsiklauso į gandus. Pastebėjęs dviejų komandos narių nesantaiką, įsikiša ir išsiaiškina jos priežastį, nuolat palaiko taiką komandoje, stengiasi pasiekti grupės narių ir jų veiklos tikslų suderinamumo. Jis komandoje vyriausiasis (Kasiulis; Barvydienė, 2004; 93).

Be vadovo, anot Dž. Belbino, komandoje būtinas vienas protingiausias narys, vienas protingas, kiti - mažiau protingi. Tada šie ieškos kitų vaidmenų - komanda su visais vaidmenimis veikia geriau už kitas: čia mažiau trinties, galima pasinaudoti kitą vaidmenį atliekančio kolegos pagalba.

Kurdamas komandą, vadovas pirmiausia turi pateikti aiškų, suprantamą *tikslų rinkinį*. Komandai turi būti suteiktas lankstumas organizuoti, o vadovui derėtų kreipti dėmesį į tų tikslų galutinį rezultatą, o ne į smulkmenas. Komanda turėtų nuspręsti, kokios užduoties priklausomybės jos darbas. Tačiau kiekvienas komandos narys turi žinoti, jog organizacija jiems skiria pakankamai įgūdžių, lėšų, laisvės veikti.

Apibendrinant komandos narių ir komandos lyderio vaidmenis galima sakyti, kad komandinis vaidmuo – tai vaidmuo, kurį prisiimama, kai dirbama kaip kolektyvo nariu. Tai nustato narių neatskiriama asmenybė ir išmoktas elgesys, o ne įgūdžiai, patirtis ar techninės žinios. Taigi, pagrindinės efektyvaus komandinio darbo sąlygos yra aplinka, aiškus vaidmenų suvokimas ir kvalifikacija.

2.3. Specializuotos tarpdisciplininės psichikos sveikatos priežiūros komandos

Asmenys sergantys psichikos sutrikimais pasižymi didžiausiais psichologinės, socialinės pagalbos ir kitais ypatingais poreikiais, kurių nespecializuotos bendruomenės komandos gali neteikti. (Germanavičius, 2004: 4-5).

Specializuotos psichikos sveikatos priežiūros paslaugų komandos - tai pagrindinė ambulatorinių psichikos sveikatos paslaugų sistemos grandis. Pagal ambulatorinės priežiūros modelį, bendrosios paskirties komandos teikia visapusiškas paslaugas tam tikroje geografinėje vietovėje.

J. Ovretveit'as (2003) mano, kad komandinis darbas klinikinėj psichiatrijoj yra naudingas dėl to, kad labiau koordinuoja įvairių disciplinų specialistų darbą, be to darbas racionaliau paskirstomas tarp komandos narių tiek kuriant terapinius planus, tiek motyvuojant komandos narių darbą. Tarpusavio palaikymas ir motyvacija komandoje įtakoja optimalią kiekvieno specialisto ir visos komandos galimybių realizaciją. Tarpdisciplininės komandos užtikrina ne tik geresnius ryšius tarp paslaugų teikėjų, bet ir didina klientų pasitenkinimą paslaugomis. Psichikos sveikatos komanda teikia paslaugas lanksčiu, pagalbos intensyvumą pritaikydama prie konkrečių paciento poreikių. Pvz., kai atkryčiai dažni, su pacientais susitinkama dažnai, o būklei stabilizavusis kontaktai apribojami iki minimumo. Tyrimais įrodyta, kad šios komandos (Naujo tipo psichikos sveikatos paslaugų standartizavimas, 2004: 19):

- sumažina hospitalizavimo atvejus ir lovdienių skaičių;
- pagerina būsto ir užimtumo situaciją;
- padidina klientų pasitenkinimą paslauga.

Pagrindiniai psichikos sveikatos priežiūros komandos veikimo *principai*

(Germanavičius, 2004):

1. Mobilumas ir lankstumas.
2. Tolerancija.
3. Socialinio darbo perspektyva.
4. Atsakomybė.
5. Tęstinumas, ypač psichologinis.

Mobilumas ir lankstumas suprantamas kaip:

- vietos susitikimui parinkimas kartu su klientu ir jo/jos šeimos nariais;
- darbas klientui saugioje aplinkoje, pvz., namuose;
- orientacija į kliento ir jo/jos šeimos narių poreikių tenkinimą.

Tolerancija suprantama kaip:

- išankstinių sprendimų ir gydymo planavimo, neišsiaiškinus situacijos, vengimas;
- paciento ir jo šeimos narių resursų skatinimas;
- atviras bendravimas.

Dalijimasis atsakomybe:

- specialistas, su kuriuo buvo užmegztas pirmasis kontaktas, yra atsakingas už susitikimo organizavimą;

- komanda dalyvauja visame gydymo procese, nepriklausomai nuo to, kur vyksta gydymas;
- gydytojas ir komandos nariai aptaria visus ginčytinus klausimus, tačiau galutinis sprendimas priklauso nuo gydymo.

Taigi, įvairių psichikos sveikatos specialistų komandinis darbas susijęs su bendradarbiavimu ir požiūrių pasikeitimu. Paprastai žmonės su sunkiais psichikos susirgimais reikalauja įvairaus skirtingo palaikymo ir skirtingų įgūdžių, kuriuos gali gauti iš kompleksinio gydymo, įvairaus profilio specialistų, nei gali suteikti vienas gydantis asmuo, nesvarbu kiek atsidavęs, pasišventęs jis bebūtų... Tai jau yra medicininės atsakomybės dalinimasis tarp keleto žmonių, kuris gali sumažinti sunkumus susijusius dirbant su sudėtingais pacientais, bei sumažinti vėlesnius ligos atkryčius.. (Foster,1998: 149). Komanda – tai vienas iš paslaugų organizavimo metodų. Kiti metodai – kai vienas žmogus teikia pagalbą ir ją koordinuoja (pvz. atvejo vadyba ar projekto vykdytojas, neturintis apibrėžtos komandos). Jei lankstumas ir autonomija yra svarbu, jis gali suburti „darbo forumą“ ar „tinklą“. Tai gali būti kaip išanga į labiau pastovią, permanentinę ir formalią komandą (Thornicroft, 2001: 178).

Nors komandos, dirbančios psichikos sveikatos srityje ir panašios savo veikla, reikėtų pabrėžti esančius skirtumus, nes yra daug skirtingų tipų klinikinių komandų psichiatrijoje ir jų tikslai taip pat skirtingi. Vienokios komandų rūšys yra personalo, dirbančio skirtingose įstaigose, kitokios kai visi komandos nariai dirba vienoje įstaigoje, o komandos lyderis vadovauja visam komandos personalui. Lentelėje Nr. 6 pateikta keletas pagrindinių komandos tipų ir taip pat koordinavimo būdų teikiant psichikos sveikatos paslaugas (Ovretveit, 2001: 178).

6 lentelė. Pagrindiniai komandų tipai, teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas. (Ovretveit, 2001).

Komandos tipas	Tikslai	Pavyzdžiai
Atvejo vadybos arba kliento komanda	Skirtingas paslaugas organizuoja ir koordinuoja vienas žmogus	Skirtingi žmonės rūpinasi pagalbos teikimu, kurį koordinuoja atvejo vadybininkas
Tinklo komanda	Apsikeitimas informacija ir jos perdavimas kitiems, dažniausiai per „tinklo susitikimus“	Pirminės sveikatos priežiūros komandos ar laisvai suburtos didelės bendruomeninės psichikos priežiūros komandos su mažai formalizuota struktūra

Formalios paslaugų teikimo komandos	Paslaugų apimtį apibrėžtai populiacijai numatymas ir resursų valdymas komandos viduje	Bendruomeninės psichikos paslaugų komandos su kolektyvine atsakomybe, numatant psichikos sveikatos specialistų paslaugas 60 tūkst. žmonių populiacijai su atskaitingu grupės lyderiu ir tam tikru biudžetu.
Projektų komandos	Užduoties įvykdymas per paskirtą laikotarpį	Darbo grupė, teikianti pasiūlymus ryšių pagerinimui tarp pirminės sveikatos priežiūros sistemos ir psichikos sveikatos priežiūros specialistų.
Valdymo/vadovavimo komandos	Paslaugų biudžeto kolektyvinės atsakomybės paskirstymas arba aptarimas su pagrindiniu vadovu/valdytoju, kuris atsakingas už tam tikrų paslaugų biudžetą	Psichikos sveikatos paslaugų sektoriaus valdymo/vadovavimo komandos arba skyriai ir aukščiausio lygio psichikos sveikatos paslaugų valdymo/vadovavimo komandos.

Kaip matome 6 lentelėje, yra įvairaus pobūdžio komandų, pavyzdžiui, projektų komandos ar kitokie būdai pagalbos koordinavimui, pavyzdžiui, atvejo vadyba, todėl svarbu pagrįsti kam reikalingos komandos, koks jų tikslas ir kokios yra bendruomeninių psichikos sveikatos komandų dinamikos ir struktūrų koncepcijos.

Komandos charakterizuoja save pagal paskirtį ir *tikslus*. Kuo specifiškesnė komandos paskirtis ir kuo labiau visi komandos nariai sutinka su tikslo siekimu, tuo komanda efektyvesnė (Foster,1998: 139). Be aiškių, apibrėžtų įsipareigojimų, žmonės yra linkę suprasti komandinį darbą skirtingais būdais, dėl ko iškyla daug neaiškumų dėl to, kas turėtų teikti pagalbą ir kaip paskirstyti savo darbo laiką (Gurovich, 2004:133). Būtent dėl aiškumų trūkumo siekiant tikslo, personalui iškyla daug keblumų priimant įvairius klinikinius sprendimus: kiek atsakomybės jie turėtų prisiimti, kiek atsakomybės būtų pacientams. (Foster,1998: 149).

Skirtingi autoriai pateikia panašią psichikos sveikatos komandos *sampratą* ir panašias komandų savybes. Galima išskirti pagrindinius svarbiausius komandinį darbą apibūdinančius aspektus pagal skirtingus autorius:

- Komandos egzistuoja kaip psichinės sveikatos sistemos komponentas, kur grupė gydytojų ir kitų specialistų, reguliariai dirba kartu, susidurdami su žmogaus, sergančio psichine liga, poreikiais. Komandos dažnai įtraukia žmones iš kitų disciplinų ar kitų įstaigų. Apibūdinant komandos savybes svarbiausia yra komandos tikslas, struktūra, įskaitant formalias ir neformalias struktūras. Kiekviena iš šių sudedamųjų dalių turi stiprų poveikį komandos funkcionavimui ir efektyvumui (Foster, 1998: 149).
- Komanda – tai būdas, kuriame žmogus, dirbdamas su kitais žmonėmis kartu, gali padaryti tai, ko negali vienas. Svarbu apibrėžti organizavimą ir paslaugų teikimą komandose, teikiant paslaugas psichikos sveikatos problemų turintiems žmonėms. Būna yra įvairaus pobūdžio komandų, todėl svarbu pagrįsti kam reikalingos komandos ir kokios yra bendruomeninių psichikos sveikatos komandų dinamikos ir struktūrų koncepcijos (Thornicroft, 2001: 178)
- Pačios svarbiausios komandų funkcijos yra „suderinamumas“ ir „koordinavimas“. Ir geras suderinimas, ir geras koordinavimas priklauso nuo įstaigos darbo organizavimo. „Suderinamumas“ tai – optimaliausias santykis tarp kliento poreikių ir turimų komandos įgūdžių. Komandos ribose, žymiai lengviau suderinti kuris specialistas labiausiai atitinka kliento poreikius arba galima atlikti greitą specialistų įvertinimą, kad būtų galima nuspręsti kas dirbs su klientu. Taip pat lengviau pritaikyti, koreguoti darbo krūvius tarp specialistų, kurie teikia paslaugas klientui. Jei psichikos sveikatos specialistų darbo organizavimas, finansavimas ir administravimas vyksta atskirai, tuomet reikia laiko, kad klientas gautų tinkamiausio specialisto pagalbą. Klientas gali kreiptis keletą kartų ir niekada nepasiekti reikiamo specialisto. Žymiai greitesnis ir efektyvesnis būdas – suburti specialistus į komandą (Gurovich, 2004:133).

Kaip pažymi minėti ir daugelis kitų autorių (J. Furnell'is, 1987; S. Ramon'as, 1989), reikia kreipti dėmesį ne tik į praktinį komandinio darbo daugiaspektiškumą, bet ir *organizacinius* tokio modelio klausimus (Gurovich, 2004:133). Nustatyta, jog tinkamai organizuotas komandinis darbas žymiai efektyvesnis, nei individualus užduočių atlikimas (Komandų formavimas bei valdymas, 2005), bet nėra paprasta organizuoti tarpdisciplininių komandų darbą taip, kad į jas įeinantys specialistai

dirbtų produktyviai (Gurovich, 2004:133). Yra keturios pagrindinės sąvokos: *atsakomybė, narystė, administravimas, planavimas ir sprendimų priėmimas* (Thornicroft, 2001: 181). Tai pagrindiniai bruožai, padedantys pamatyti komandos struktūrą, duodantys instrumentus problemų sprendimų suvokimui, ir taip pat palengvinantys komunikaciją ir efektyvumo siekimą komandose. Toliau aptarsime šiuos bruožus plačiau pagal Thornicroft'ą(2001).

1. *Atsakomybė/atskaitingumas*

Pirmiausia svarbu išsiaiškinti ar komanda yra:

- bendros atsakomybės komanda (BAK)
- ar profesijų koordinavimo komanda (PKK).

Bendros atsakomybės komanda – tai komanda, kur komandos nariai yra paskirti grupėn, kuri bendrai atsakinga už grupės resursų panaudojimą, teikiant apibrėžtai populiacijai apibrėžtas paslaugas. Kiekvienas komandos narys yra atsakingas. Komandos su „kolektyviniu įsipareigojimu populiacijai“ - komandos, kurių nariai yra atsakingi už grupę, apjungiant ir panaudojant kolektyvinius resursus, ieškant optimalių sprendimų, patenkinat labiausiai koncentruotus specialiuosius populiacijos poreikius. Tai nereiškia, kad kiekvienas narys atsakingas už klinikinę grupės sprendimą, tik tai, kad kiekvienas atsakingas už tai, kaip pajėgia lokalizuoti bendrus išteklius. Bet kurioje komandoje kiekvienas yra profesiskai ir teisiškai atsakingas už savo paties veiklą ir neveiklumą. Grupė paspartina susitarimą ir realizuoja bendrus prioritetus – naudoja savus kolektyvo resursus – ne tik vieno nario. Faktiškai nedaugelyje komandų tai suprantama ir dėl to susitariama, bet visos komandos turi bendros atsakomybės elementą, todėl, komanda, nenorinti nukentėti nuo individualių pasirinkimų, turi sprendimus priimti debatų būdu.

2. *Narystė*

Kita sampratos, apibūdinančios komandą, dalis charakterizuoja skirtingus komandos narių tipus. Skirtingų narių skiriamieji bruožai svarbūs kai grupės yra didelės arba kai įtraukiami skirtingų organizacijų nariai, nes narystė nubrėžia grupės ribas. Mažėja nestabilumas, pradedama galvoti apie reguliarų privalomą dalyvavimą grupėje, apie teises ir įsipareigojimus komandai.

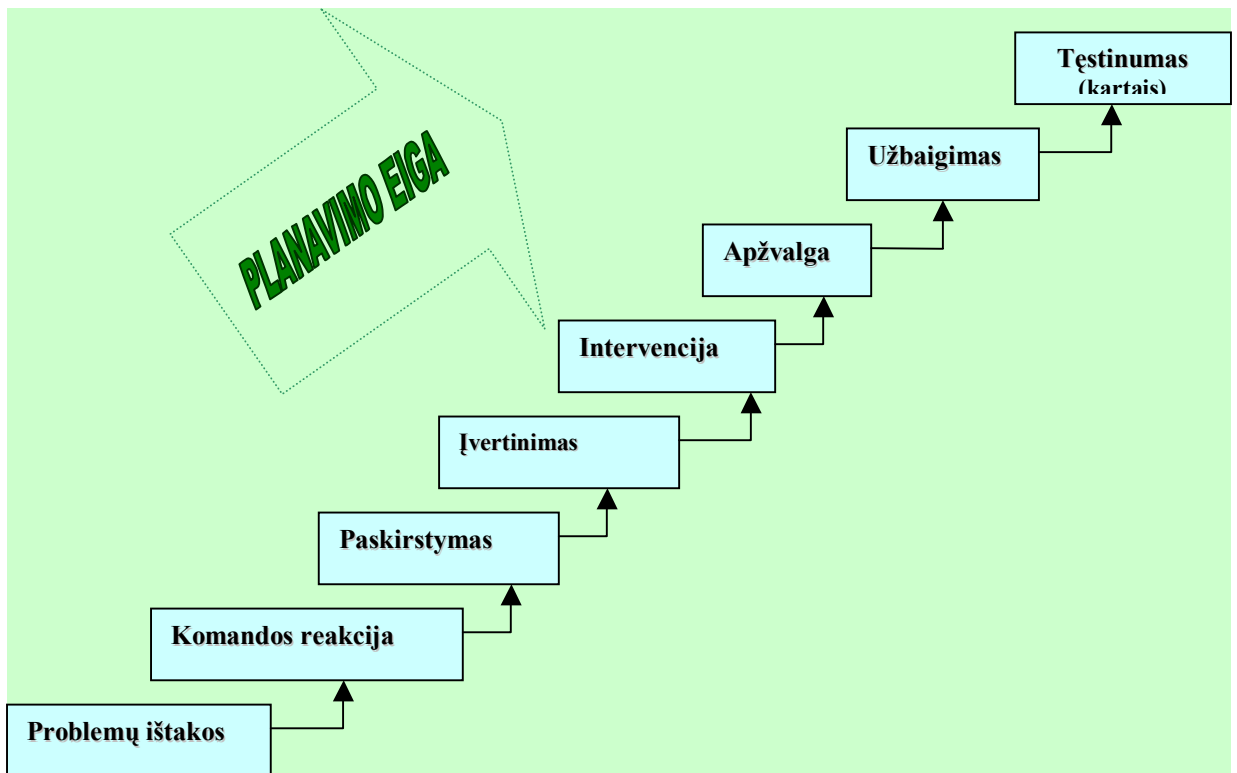
Narystės klausimas dažnai išskyla, kai grupė vystosi į formalią komandą. Susitarimas dėl narystės yra būdas apibrėžti grupės ribas. Paprastai ankstyvose stadijose, kiekvienas yra nariu ir skirtumų nėra. Skirtumai traktuojami silpnų ryšių buvimu grupėje. Vėliau, kai priimami svarbūs sprendimai, narystės reikšmė tampa daug svarbesnė. Išskyla

klausimas, ar žmonės, kurie nepriima sprendimų ar dažnai neateina į susitikimus, gali turėti tolygią balsą su tais, kurie dirba intensyviai. Ar tie, kurie faktiškai realiai neįtraukti, yra grupės nariais.

Narystės klausimas tampa ypač svarbus, kai pereinama nuo neformalios, laisvai suburtos grupės į labiau formalią ir organizuotą komandą. Tai dažniausiai kaip proceso rezultatas, kai paaiškėja grupės tikslai. Šiam perėjimui gali padėti nustatomos skirtingos narių funkcijos, tam, kad pripažinti skirtumus grupėje ir įvertinti kiekvieno įnašą. Pati bendriausia narystė – tarp „branduolio“ ir „partnerystės“, paprastai reiškianti pilną arba ne išitraukimą į komandą.

3. Planavimas ir sprendimų priėmimo procesas

Trečias aspektas, aiškinantis kaip dirba komanda ir kaip galima siekti efektyvumo, yra planavimo ir sprendimų priėmimo procesas komandoje. Kaip minėta anksčiau, resursų ir įgūdžių koordinavimas – svarbiausios komandos funkcijos. Paciento planų ir sprendimų priėmimo metodų koncepcijos padeda apibrėžti kaip dirba komanda dabar ir kaip galima pagerinti koordinavimą komandose. Paciento gydymo planavimo eiga paprastai svarstoma pagal tam tikras pakopas, kurios pateiktos 4 pav.



4 pav.. Gydyto plano etapai
(parengta pagal Thornicroft, 2001)

Kai kurios komandos turi vieną pagrindinį planą visiems klientams: visi klientai yra įvertinami, sudaromas ir vykdomas pagalbos planas, padaroma apžvalga ir užbaigimas komandoje, remiantis ta pačia pagrindine procedūra ir sprendimų priėmimo procesu. Kai kurios komandos turi skirtingus planus skirtingiems klientams, tokias kaip ilgalaikiams ir sunkiems klientams psichikos sveikatos komandose. Komandos turi skirtingus „priežiūros programų planus“, kurie pateikti 7 lentelėje.

7 lentelė . Sprendimų priėmimo ir planavimo būdai tarpdisciplininėse komandose
(parengta pagal J. Ovretveit'ą, 2001)

Sprendimų priėmimo ir planavimo būdai	Apibūdinimas
<i>1. Sudėtinis/paralelinis planavimas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • kiekviena profesija turi savą kryptį; • komandos susitikimai yra suderinti įvairius įnašus; • naudoja dauguma komandų.
<i>2. Paskirstymas ar „pašto dėžutė“</i>	<ul style="list-style-type: none"> • „pašto dėžutės komandų“ susitikimai skirti aptarimui ir nuorodų perdavimui atskiroms profesiniams kryptims; • iš profesinių pakraipų informacija perduodama grįžtamuoju būdu; • klientas remiasi komandos lyderiu (arba sekretoriumi), kuris informaciją perduoda/gauna komandos susitikime; • kiekvienas komandos narys gali incijuoti naujo kliento įtaukimą ir „atvejo svarstymą“ .
<i>3. Priėmimas ir paskyrimas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • komanda turi trumpalaikius komandos reagavimo susirinkimus - „priėmimui“; • komandos nariai turi pastovius etatus budėjimo grafikui priėmimo stadijoje.
<i>4. Priėmimas → įvertinimas → paskyrimų planavimas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • šiame procese yra dvi stadijos: viena - įvertinti ir viena – ilgalaikiam darbui. • įvertinimas detalesnis nei vieno gydytojo priėmimo skyriuje. Šis įvertinimas reikalingas tam, kad nuspręsti ar reikalingas tolesnis komandos darbas ir kas šį darbą atliks. Tai nereiškia, kad komandos žmogus, atliekantis įvertinimą ir toliau tęs darbą su šiuo klientu, nors nepertraukiamumui užtikrinti yra geriau kai tai atlieka tas pats komandos narys
<i>5. Priėmimas → įvertinimas → paskyrimai/sprendimai → peržvalgų planavimas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • peržvalga –papildoma darbo stadija nei 4-tojo darbo modelio; • apžvalgose komandos narys, atstovaujantis kliento atvejį, praneša apie darbo plano eigą ir dabartinius kliento poreikius, ir teikia komandai rekomendacijas dėl tolesnio darbo galimybių; • komanda sprendžia dėl atvejo užbaigimo arba jog „ši atvejį toliau laikome atviru“. Laikyti atvejį nebaigtu ir duoti ataskaitas – tai būdai garantuojantys atsakomybę/ atskaitomybę prieš komandą po intervencijos. Tai būdai , leidžiantys komandai kontroliuoti paslaugas klientui ir taip pat padidinti komandos resursų kontrolę; • toks darbo metodas įtakoja komandos integraciją, kas reikalauja labiau biurokratinės struktūros ir silpnina komandos narių autonomiją.
<i>6. Hibridinis paralelinis/sudėtinis metodas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • dažniausiai taikomas procesas; • atskirų profesinių krypčių/pakraipų mišinys, panaudojant 4,5 tipo darbo metodus; • paprastai, kai nebūtina daug profesijų (pavyzdžiui psichologija ir psichiatrija); • specialistai, teikiantys profesines paslaugas, „atsirūšiuoja“ iš komandos apžvelgiamų klientų savo srities problematiką ir gali įsijungti į paslaugų teikimą klientui komandoje bet kuriuose metodologiniuose lygmenyse

Ketvirtas aspektas komandos sampratai - išsiaiškinti kas administruoja komandą ir kiekvieną jos narį priklausomai nuo komandos struktūros elementų. Paaškinant komandų valdymą, būtina apibrėžti administracinio darbo struktūrą. Nors detalės tarp profesijų skiriasi ir priklauso nuo praktinio lyderio lygmens, bet esmė, kad kažkas privalo būti atsakingu, įvykdant šias **8 pagrindinės administravimo užduotis** (Thornicroft, 2001: 184):

- 1) darbo aprašo sudarymas;
- 2) personalo atranka/paskyrimas;
- 3) darbo pristatymas žmogui;
- 4) darbo paskirstymas;
- 5) darbo peržiūra/įvertinimas (priimti atsakomybę);
- 6) metiniai darbo įvertinimai ir tikslų nustatymas;
- 7) mokymai, profesinių kompetencijų vystymas ir garantijos darbo kokybei;
- 8) disciplinavimas – nuobaudų numatymas.

Tradiciškai, profesijų administratoriai yra atsakingi už kiekvieną iš šių uždavinių. Kai kuriose komandose profesijų administravimas yra išplėstinis. Išskiriamos 6 tipų administracinės struktūros (8 lentelė)

8 lentelė Tarpdisciplininių komandų administravimo būdai
(parengta pagal G. Thornicroft'ą, 2001).

Nr.	Pavadinimas	Svarbiausios struktūros savybės
1 tipas	<i>profesijų administravimo struktūra</i>	<ul style="list-style-type: none"> • specialistams vadovauja jų profesijos administratorius; • kiekvienas administratorius atlieka anksčiau išvardintas 8 užduotis, bet kiekvienas truputį skirtingu būdu dėl skirtumų tarp profesijų ir praktikų autonomijos; • ši struktūra komandos tinkle pasitaiko dažniausiai
2 tipas	<i>vieno administratoriaus struktūra</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 1-ojo tipo kraštutinumas - visiems vadovauja vienas žmogus, kuris įsipareigoja visoms 8 personalo valdymo užduotims kiekvienam personalo nariui; • įvedant pokyčius, administratorius ir komandos nariai gali tartis su tam tikros specialybės konsultantu, apibrėžiant konkrečias personalo užduotis; • šis modelis taikomas JAV, Australijoje ir keletose Europos valstybių, mažiau Anglijoje.
3 tipas	<i>bendra administracinė struktūra</i>	<ul style="list-style-type: none"> • populiaru teikiant apjungtas sveikatos ir socialines paslaugas; • komandos koordinatorius ir profesionalus vadovas, kurie dažnai taip pat yra komandos nariai, susitaria kas rūpinsis administraciniais uždaviniais arba kurias užduotis pasidalins.
4	<i>administracinė</i>	<ul style="list-style-type: none"> • administratorius sudaro kontraktus su komandos nariais;

<i>tipas</i>	<i>komandos struktūra, paremta kontraktais</i>	<ul style="list-style-type: none"> • lankstumas reikalingiems įgūdžiams, sudarant trumpalaikius kontraktus; • modelis leidžia komandos administratoriams kontroliuoti komandos narius per kontraktus, nors kontraktų biurokратиškumas gali priartinti prie biurokratinių vadybinių susitarimų; • komandos administratoriai išlaiko personalo valdymą, kas gali palengvinti priimant į darbą personalą, kuris teikia pirmenybę dirbti savo profesijos administracineje struktūroje
<i>5 tipas</i>	<i>hibridinės vadybinės struktūros</i>	<ul style="list-style-type: none"> • dažniausiai tokios komandos valdomos personalo, koordinuojant priklausomai nuo vienu narių bendro susitarimo ir kitų narių kontraktų; • komandų su mišriomis valdymo struktūromis daugėja.

Struktūra – vienas komandos aspektas, o reiktų nepamiršti kitų aspektų ir problemų komandose, kurios dažnai kyla dėl profesinių vaidmenų susikirtimų.

Profesiniai vaidmenys tarpdisciplininėje psichikos sveikatos komandoje

Kai kuriuose straipsniuose (Rawnsley, 1984; Gurovich, 2004) didelis vaidmuo komandoje priskiriamas gydytojui psichiatrai, kuris turi turėti lyderio savybių dėl aukštos kvalifikacijos, darbo patirties. Toks lyderis galėtų būti komandos “stuburu”. Pabrėžiama ir socialinių darbuotojų svarba tarpdisciplininėse komandose. Visų medicininių, socialinių ir buitinių sąlygų koordinavimas, anot PSO (The World Health report, 2002), yra tarpdisciplininė komandų pagrindinė funkcija. Socialinis darbuotojas, kurio patirtis ir žinios gali būti lemiamos kitų komandos narių darbui, gali įtakoti psichikos ligų diagnostiką ir gydymą tokiais elementais, kurie iki tol nebuvo naudojami. Labai svarbu, kad socialinio darbuotojo vaidmuo komandoje būtų apibrėžtas ir komandos nariai suprastų soc.darbo svarbą. Didžiausias vaidmuo komandoje tenka gydytojui psichiatrai dėl vyraujančio biologinio, medicininio požiūrio į psichikos ligas ir jų gydymą. Dar 1972 m. PSO pabrėžė, kad socialinė pagalba skiriasi nuo medicininės pagalbos, nes socialinė pagalba labiau grindžiama psichologija, sociologija ir elgesio mokslais, o tai reiškia, kad gydytojo įtaka ligos socialinei analizei bus ribota (The World Health report, 2002).

Taigi, psichikos sveikatos srityje tarpdisciplininiam komandiniam darbe ypač svarbus vaidmuo tenka socialiniams darbuotojams, kurie, be tiesioginio socialinio darbo, gali atlikti užimtumo specialisto, atvejų vadybininko ir kitus vaidmenis. Tai vaizdžiai atskleidžia, kad dirbant komandoje visi specialistai yra vertinami vienodai, visų suteikiama informacija apie pacientą yra svarbi, todėl ir aptariant įvertinimą, formuluojant diagnozę, gydymo ar reabilitacijos planą, dalyvauja visi psichikos sveikatos priežiūros specialistai (psichologai, psichiatrai, slaugytojai, socialiniai darbuotojai, socialiniai

pedagogai, užimtumo terapeutai ir kt.). Didėjantis socialinių darbuotojų vaidmuo psichiatrijos praktikoje, gydytojų psichiatrų bendradarbiavimo su socialiniais darbuotojais problema esant įvairioms sąlygoms ir skirtinguose pagalbos teikimo etapuose vis dar neturi vienareikšmio sprendimo (Povilaitienė, 2005).

Literatūroje neretai galima rasti palyginimų tarp tradicinio medicininio modelio (gydytojas ir slaugytojas) ir naujos pagalbos teikimo formos - tarpdisciplininių komandų, kur konsoliduotas įvairių specialistų darbas: visų pirma gydytojo psichiatro, psichologo, psichoterapeuto, socialinio darbuotojo. Nurodoma, kad tokių komandų vaidmuo psichiatrijoje auga (A. Uchtenhagen`as 1982), jei pagalba teikiama orientuojantis į bendruomenę. Šiose sąlygose ypač išauga socialinio darbo ir socialinio darbuotojo vaidmuo. Tačiau yra pastebėta, kad netgi ambulatoriškai ilgą laiką stebint pacientą (esant lėtinei ligos eigai ar ligai recidyvuojant) būtent gydytojas psichiatras ir psichikos sveikatos slaugytojas lieka labiausiai kompetentingais specialistais, dominuojančiais sprendžiant paciento problemas (Zainyšev, 2002:193)

Esant esminiams neatitikimams sprendžiant minėtą problemą I. Steinhart`as ir bendraautoriai (1990) iš Berlyno kelia klausimą - koks partnerystės lygis sieja gydytoją ir socialinį darbuotoją psichiatrijoje, kokios pretenzijos ir kokios realijos socialiniame - psichiatriniame modelyje, ar didės socialinių darbuotojų atsakomybė ir vaidmuo iš esmės nekeičiant pagalbos teikimo metodų?

Autoriai (Gurovich; Shmukler; Storozhakova, 2004: 132) išanalizavo vienos tarpdisciplininės psichikos sveikatos komandos darbą. Pacientų stebėjimas prasidėjo iškart po jų atvykimo iš psichiatrijos stacionaro. Išanalizuoti visi medikų ir pacientų kontaktai vykę per pirmuosius stebėjimo metus. Išanalizavus vaidmenis ir bendradarbiavimą pasirodė, kad: 14% atvejų nebuvo kurio nors specialisto - gydytojo ar socialinio darbuotojo dominavimo. Abu - gydytojas psichiatras ir socialinis darbuotojas vienodai dalyvavo gydymo procese. 15% atvejų taip pat dalyvavo abiejų profesijų atstovai, tačiau pagalbos teikimo procese keitėsi vieno iš specialistų dominavimas. Tačiau dominuojančio specialisto kaitą pacientai sutikdavo natūraliai, nes abu specialistai buvo vienodai pažįstami pacientui. 71% kontingento, skirtingai nei minėtose pirmose dviejuose grupėse, galima buvo išskirti "gydytojų pacientus" ir "socialinių darbuotojų pacientus". "Gydytojų pacientų" skaičius sudarė 50-60% ir buvo beveik stabilus, "Socialinių darbuotojų pacientų" skaičius turėjo tendenciją mažėti iki 20%. Lyginant gydytojų psichiatrų ir pacientų kontaktų skaičių, nustatyta, kad jų daugiau nei socialinių darbuotojų ir pacientų kontaktų. Tai atspindi gydytojo svarbą suteikiant pagalbą ypač svarbiais atvejais. Tačiau lyginant

laiką, kiek sugaišo gydytojas ir socialinis darbuotojas atlikdami savo darbus, pasirodė, kad socialinis darbuotojas skyrė apie 20% laiko daugiau nei gydytojas.

Tyrimo autoriai pabandė rasti skirtumus tarp “Gydytojų pacientų” ir “Socialinių darbuotojų pacientų”. Pasirodė, kad “Socialinio darbuotojo pacientų” ligos trukmė 1,5 metais trumpesnė. “Gydytojo pacientai”, skirtingai nei “Socialinio darbuotojo pacientai” prieš patekdami į skyrių turėjo darbą ir pajamų šaltinį. Svarbu pasirodė ir tai, kokią darbą pacientai turėjo iki pakliūdami į stacionarą. “Gydytojo pacientai” paprastai atlikdavo aukštos kvalifikacijos reikalaujantį darbą. “Socialinio darbuotojo pacientai” iki pakliūdami į skyrių, dažniausia gydėsi ambulatoriškai ir būdavo nukreipiami į darbo terapijos skyrius, tuomet kai “gydytojo pacientai” dažniausia būdavo hospitalizuojami. “Socialinio darbuotojo pacientai” mažiau laiko praleisdavo besigydydami. Autorių nuomone, tai nevisai tiksliai atskleidžia priežastis, kodėl gydytojų darbo sritis labiau dominuoja. Socialinės paslaugos, autorių nuomone, turėtų būti labiau svarbios nei yra. Svarbu ir tai, kad visuomenėje dar vyrauja nuomonė nepakankamai vertinanti biopsichosocialinį gydymo modelį.

Netgi išsprendus organizacines problemas, t.y. padidinus socialinių darbuotojų skaičių ir sudarius palankias sąlygas jų darbui, tebelieka socialinių darbuotojų ir kitų specialistų, dalyvaujančių komandos darbe, bendradarbiavimo problema.

Šios problemos gali būti išspręstos įvykdžius šias sąlygas (Gurovich, 2004:133):

- a) aiškiai atskirti visų specialistų pareigas ir atsakomybę visuose pagalbos teikimo etapuose;
- b) organizuoti visos komandos bendradarbiavimą ir atsakomybę už kiekvieną pacientą.

Taip organizuojant komandos darbą, būtina, kad kiekvienas komandos narys ne tik žinotų ir aktyviau vykdytų savo užduotis, bet ir suprastų kitų komandos narių pareigas ir atsakomybę. D. Goldberg`as ir P. Huxley`jus (1980, 1992) mano, kad Didžiojoje Britanijoje atskirtos medicinos ir socialinės sistemos turi būti apjungtos. Didelė dalis socialinių darbuotojų daromo darbo priskirtina psichikos sveikatos apsaugos socialinei tarnybai. Liūdnas faktas, kad nesuteikta socialinė pagalba pacientui pirmą kartą apsilankiusiam pas gydytoją reiškia ankstyvosios intervencijos ir antrinės profilaktikos galimybių nepanaudojimą. Socialiniai pagalbos aspektai dažnai yra ignoruojami. Jei socialinių darbuotojų aktyvumas komandose mažėja, tai rizikuojama nekokybiškai padėti sunkiai sergantiems žmonėms (Anthony, 1998:53).

Kokios bebūtų organizacinės problemos, reikalavimai tarpdisciplininiam bendradarbiavimui lieka labai aukšti. Tai paciento gaunamos paslaugos kokybės

tarpdisciplininis įvertinimas (Gurovich, 2004:133). Diagnostiką turi sudaryti ir medicininis, ir socialinis aspektai: šeimos sudėtis, anamnezė, vaikystėje patirtos problemos, dabar esančios materialinės ir psichologinės problemos, socialiniai ryšiai ir palaikanti aplinka. Gydomo tikslą reikėtų apibrėžti išvelgiant ir medicininius, ir socialinius veiksnius. Profesionalai turėtų aiškiai suprasti, kas ir už kokį darbą komandoje yra atsakingi. Būtina periodiškai peržiūrėti numatytus tikslus. Nuolatinė medicininė ir socialinė psichikos ligomis sergančiųjų priežiūra yra pagrindinis uždavinys teikiant pagalbą. Pagrindiniai priežiūros uždaviniai yra: diagnostika, konsultacijos, kontaktų užmezgimas (tarpininkavimas, kuris padėtų pacientui kontaktuoti su kitomis institucijomis, teikiančiomis reikalingas paslaugas), stebėjimas ir būklės vertinimas, t.y. tos veiklos, kurios padeda žmogui kasdieniame jo gyvenime (Gurovich, 2004:133).

Komandinio darbo organizavimui ir vertinimui praktinės reikšmės turi ir N. Mauthner`io ir bendraautorių (1998) tyrimas. Šio tyrimo duomenimis Škotijoje veikiančių psichikos sveikatos komandų darbas skiriasi ir komandų sudėtimi, ir darbo ypatumais. Daugelyje komandų dirba gydytojas psichiatras (90%) ir psichikos sveikatos slaugytojas (100%); be to komandose dirba socialinis darbuotojas (81%), užimtumo specialistas (81%). Rečiau komandose dirba kitų profesijų specialistai, pavyzdžiui klinikiniai psichologai dirba 55% komandų. Vidutiniškai vienoje komandoje dirba 11 specialistų. Paprastai komanda turi savo veiklos bendruomenę su 30- 80 tūkstančių gyventojų skaičiumi.

Tačiau yra daug neigiamų nuomonių dėl specialistų konstruktyvaus bendradarbiavimo komandose. Kaip teigia L. Fagin`as (1996) ir kt. autoriai, dažnai komandos nariai turi skirtingus sugebėjimus ir užima skirtingas vietas valdymo hierarchijoje. Aukštesnes vietas hierarchijoje turintys komandos nariai dažnai direktyviai perša savo nuomonę kitiems komandos nariams, o tai trukdo efektyviai dirbti ir sukelia konfliktus. Tačiau konfliktines situacijas sukelia ne tik tai. Išskiriamos tokios konfliktines situacijas sukeliančios problemos:

1. Harmoningam darbui trukdo *lyderiavimo ir atsiskaitomybės* klausimai. Kuo daugiau narių sudaro komandą, tuo dažniau kyla vidinių konfliktų (S. Ramon`as, 1989).
2. Sunkumai komandoje kyla dar ir dėl narių individualumo ir savo komandinių *vaidmenų* netekimo; *profesinių ribų* išsitrynimo tarp jų (J. Borus`as, 1978).
3. Neretai komandos darbo principai gali *atitolinti* komandą *nuo pacientų* ir klinikos. Sprendimai, kuriuos priima komanda, dažnai yra visiškai svetimi ir nepriimtini pacientams. Tuo tarpu labai daug laiko skiriama vidinių komandos ryšių

palaikymui. Pateikiami pavyzdžiai, kai 25% komandos darbo laiko, arba 140 vieno komandos nario darbo valandų per metus, yra skiriami administraciniam darbui.

4. Daugelyje Vakarų šalių padėtis apsunkinta dar ir tuo, kad komandos neretai funkcionuoja kaip atskiri padaliniai, pačios pasirašo sutartis ir įsipareigoja teikti pagalbą (Gurovich, 2004:133).

Prieš reziumuojant, reiktų priminti, jog Psichikos sveikatos įstatymas numato, kad Psichikos sveikatos centruose turi dirbti ir gydytojai psichiatrai, ir medicinos slaugytojos, ir psichologai bei socialiniai darbuotojai. Psichikos sveikatos specialistų komandinis darbas susijęs su bendradarbiavimu ir požiūrių pasikeitimu, o įvairių specialistų komandinio darbo esmė yra konsensusas tarp įvairių mokslo šakų. Visos mokslo šakos, susijusios su priežiūra ar gydymu, yra komandos dalys ir prisideda prie gydymo plėtojimo, vertinimo ir derinimo.

Apibendrinant galima pasakyti, kad nėra moksliskai pagrįstos teorijos apie optimalią komandos struktūrą ir jos darbo modelį. Viena iš komandos struktūros formavimo užduočių – nustatyti tarpdisciplininių komandų valdymą, kuris leistų pasireikšti skirtingų profesijų specialistų individualumui ir skirtingų lygių lyderyste. Toliau – nustatyti atsakomybes tam, kad pilnai išnaudoti komandos resursus: įvertinti poreikius ir užtikrinti, kad specialistų laikas pasiskirstytų būtiniausių poreikių tenkinimui. Kiekviena profesija ir kiekvienas specialistas turi savą supratimą apie problemų sprendimą, dažnai vedantį prie skirtingų sampratų apie komandos lyderio rolę. Komandos vadyba – kontraversinis (ginčytinas) dalykas, iškeliantis specialistų autonomijos problemas ir taip pat jų laiko kontrolės, ir profesijų savęs vaizdo ir statuso klausimus. Vis tik, nežiūrint į daugelį nesklandumų ir trūkumų, komandų nariai mano, kad komandinis darbas yra daug efektyvesnis tiek pacientui, tiek ir personalui: nepertraukiama, lengviau pacientams gaunama pagalba iš kitų struktūrų ir tarnybų, hospitalizacijos prevencija, didesnis paslaugų spektras, profesionalus palaikymas, geresnis psichiatro ir kitų specialistų ryšys, profesinių apribojimų sumažinimas, įvairių profilių komandos narių tarpusavio ryšių stiprinimas ir kt.

III. TYRIMO METODIKA

3.1. Tyrimo tikslai ir hipotezės

Tyrimo tikslas:

Įvertinti personalo, dirbančio Karoliniškių psichikos sveikatos centre, komandinio darbo ypatumus dirbant tarpdisciplininės psichikos sveikatos komandos metodais.

Uždaviniai:

1. Nustatyti egzistuojantį tarpdisciplininės psichikos sveikatos specialistų komandos darbą, ryšius tarp įvairių profesionalų grupių
2. Įvertinti personalo turimus įgūdžius dirbant tarpdisciplininės psichikos sveikatos specialistų komandos metodu.
3. Sudaryti specifinės išvadas apie komandinio darbo aspektų skirtumus ir bendrus bruožus kiekvienoje iš profesinių grupių: gydytojų-psichiatrų, slaugytojų, psichologų, socialinių darbuotojų.
4. Išanalizuoti Karoliniškių PSC darbuotojų požiūrį į komandinio darbo principų taikymą kasdienėje praktikoje.
5. Atskleisti bendras tendencijas apie dalinimąsi informacija tarp visų profesinių grupių.
6. Remiantis tyrimo metu gautais duomenimis išskirti galimas rekomendacijas profesionalų tarpusavio dialogui pagerinti ir komandinio darbo efektyvumui didinti.

Tyrimo hipotezė: į tarpdisciplininę psichikos sveikatos priežiūros komandą tolygiai įsilieja visų profesinių grupių nariai: tiek gydytojai-psichiatrai, tiek slaugos darbuotojai, tiek psichologai, tiek socialiniai darbuotojai.

3.2. Tyrimo metodai ir tyrimo proceso organizavimas

Buvo parengta kokybinio įvertinimo metodika, skirta nustatyti egzistuojančius tarpdisciplininės specialistų komandos darbo ypatumus, ryšius tarp įvairių profesionalų grupių. Klausimynas buvo sukurtas taip, kad atskleistų informacijos pasidalijimą tarp profesionalų – kaip galingą kasdienio klinikinio darbo instrumentą ir nuo personalo vertybių ir požiūrių priklausantį kintamąjį (žr. priedas Nr. 1). Sąmoningai vengta tiesioginių klausimų apie vertybines nuostatas darbo metu, apie darbo procedūrų ar kasdienių praktikų ir veiklų apibūdinimą. Būtent todėl koncentruotasi vien į informaciją ir stengtasi apibūdinti visus informacijos sklaidos aspektus. Visi pokalbių dalyviai buvo skatinami pateikti informaciją atliekant apklausą apie jų konkrečias veiklas, o ne išreikšti savo vertybines nuostatas.

Įvertinimo laikotarpis: 2004 Gruodis – 2005 Balandis.

Interviu - kaip tyrimo metodas

Metodas labiausiai išvystęs identifikaciją ir tarpusavio sąveiką yra vadinamas interviu. (Goldstein, 1969) Tai duomenų rinkimo metodas, kai moderatorius (interviuotojas) tiesiogiai bendrauja su pašnekovu pagal teminį pokalbio planą (šio tyrimo interviu konkretus planas pateikiamas priede Nr.1).

Denzin ir Linkoln (1994) besiremiantys Malinowski patirtimi akcentuoja, jog pokalbis ar giluminis interviu pasižymi specifinėmis charakteristikomis. Norint įsigilinti į atitinkamus klausimus, uždari klausimai tam tikslui nėra visai priimtini, todėl tyrimo metu stengtasi naudoti atvirus klausimus. Pats Malinowski savo atliekamuose lauko tyrimuose, nenaudojo uždarų klausimų ir nesivadovavo formaliu požiūriu į interviu. Kaip ir kiti lauko tyrimo atlikėjai, jis pastebi, kad tyrimo metu jis ir pats atsakinėjo į respondentų užduodamus klausimus. Antra, jis leido savo paties jausmams jį įtakoti. Tokiu būdu tyrėjas nutolsta nuo šalto, distanciją išlaikančio racionalaus interviu ėmėjo stereotipo.

Šio metodo pasirinkimą lėmė temos specifika. Giluminio interviu metu atskleidžiamos pašnekovo nuostatos, vertinimai, įsitikinimai, preferencijos, vertinimai ir pan. Giluminis interviu leidžia giliau pažvelgti į mąstymo struktūras, išsiaiškinti užslėptus poreikius ar išgvildinti naujus problemų sprendimus. Norint giliau pažvelgti į konkrečių specialistų darbą, priartėjama prie išgyvenimų, kurie ne visada yra prieinami ir nuoširdžiai atveriami. Norint prakalbinti žmogų, būtina sukurti pasitikėjimą. Pokalbis atrodė vienintelis metodas, galintis per trumpiausią laiką

užmegzti pasitikėjimo dialogą. Pasitikėjimo užsimezgis yra esminis elementas pokalbio sėkmei įvardinti.

Apklausėjas visame giluminio interviu procese nėra per daug aktyvus, nenukreipia pokalbio, bet skatina išsakyti, demonstruoja supratimą. Todėl tyrėjas naudojami ne griežta anketa, bet pokalbio planu, kuriame numatyti tam tikri klausimai.

Giluminis interviu pasižymi panašiomis ar net vienodomis charakteristikomis kaip ir kasdienio darbo praktikoje socialinių darbuotojų naudojami interviu. Esminis skirtumas būtų tai, kad tyrimo metu atlikdamas interviu, tyrėjas neatsakingas už situacijos pagerinimą ar pakeitimą. Nors, dauguma tyrinėtojų sutinka, kad tyrimo interviu atliekantis asmuo taip pat yra atsakingas. Tyrėjo atsakomybė - palikti respondentą ne blogesnėje situacijoje nei prieš tyrimo interviu pradžią. (Goldstein, 1969) Šis aspektas - nesukelti respondento nuovargio, nepalikti jo sudirgusio - įtakoja tai, kad kai kuriais momentais interviu įgaudavo dialogo atspalvį, nes respondentai ir patys užduodavo klausimus.

Giluminis interviu kaip tyrimo metodas turi ir atitinkamų apribojimų. C. M. Charles (1999) nuomone, interviu reikalauja daug laiko ir tai apriboja respondentų skaičių, kurie galėtų būti įtraukti į tiriamąjį darbą. Prieš pradėdant tyrimą buvo planuota tirti ir lyginti kelių Psichikos sveikatos centrų specialistus, bet dėl žymių laiko sąnaudų ir kitų trukdžių (pavyzdžiui, nepertraukiamo personalo darbo grafiko ir motyvacijos tyrimui stokos) tyrimas apsiribojo Karoliniškių PSC darbuotojų apklausa. Todėl esant nedideliame respondentų skaičiui, mažai tikėtina, kad duomenys parodys populiacijos ypatybes.

Po įvykusio interviu pokalbio didžiausi sunkumai siejami su duomenų pateikimu. Kadangi šio metodo tikslas yra *supratimas*, atsiranda keblumai norint sukurti aiškų struktūruotą duomenų pateikimą. Tyrėjas turi kiek galima empatiškiau įeiti į respondentų vaidmenį ir stengtis situaciją pamatyti iš respondentų perspektyvos, o ne išryškinti savo akademinį išsilavinimą ar išankstines nuostatas.

Tyrimo procesas

a) istaigos pristatymas. *Pagrindiniai Karoliniškių PSC tikslai ir suformuota politika.*

Karoliniškių PSC savo veiklą pradėjo 1998 metais, reorganizavus sveikatos priežiūros sistemą ir pradėjus steigti psichikos sveikatos centrus Lietuvoje. Šiuo metu Karoliniškių psichikos sveikatos centre dirba keturios profesinės grupės, teikiančios paslaugas Centro klientams: psichologai, slaugytojai, socialiniai darbuotojai, psichiatrai. Psichikos sveikatos centro patalpose veikia psichoterapijos ir užimtumo klubas "Aušra", jungiantis žmones su psichine negalia, jų šeimos narius bei psichikos sveikatos priežiūros specialistus.

Psichikos sveikatos centro tikslas - gerinti savo aptarnaujamos teritorijos psichinę gyventojų sveikatą, sumažinti sergamumą organizuojant ir teikiant specializuotą bei kvalifikuotą pirminę psichiatrijos pagalbą.

Pagrindinės centro veiklos sritys:

1. teikti medicinos pagalbą ūmių psichikos sutrikimų atvejais;
2. teikti neatidėliotiną pirmąją pagalbą, jeigu dėl ūmių psichikos sutrikimų kyla grėsmė gyvybei;
3. prireikus siųsti psichikos ligonius į psichikos centro stacionarą;
4. vykdyti ambulatorinę psichikos sveikatos priežiūrą;
5. teikti pagalbą asmenims ištikus dvasinei krizei, gresiant savižudybei bei po mėginimų nusižudyti;
6. stebėti pacientus, psichikos ligonius, kurių psichikos sutrikimai dažnai paūmėja ir paūmėjimo metu kelia pavojų jų pačių ir aplinkinių sveikatai arba gyvybei;
7. kartu su socialinės globos ir rūpybos organizacijomis teikti asmenims, turintiems psichikos sutrikimų, socialinę pagalbą, dalyvauti jų reabilitacijoje ir habilitacijoje;
8. teikti psichologinę pagalbą psichikos sutrikimų turinčių asmenų šeimoms;
9. gerbti pacientų teises, laikytis medicinos etikos ir medicininės paslapties reikalavimų;
10. tvarkyti medicininę statistinę dokumentaciją pagal nustatytus reikalavimus;

Karoliniškių PSC procedūrų schemos aprašyme nurodoma, kad „pagrindinis darbas prasideda nuo medikamentų vartojimo. Kiekvienos komandos psichiatras, iš slaugos specialistų paėmęs išrašus iš stacionaro, įvertina situaciją ir nurodo iškviešti psichiatrinei priežiūrai būtinus ligonius į ambulatorinį priėmimą. Atvykus ligoniui, įvertinama būseną ir numatomos pagrindinės gydymo kryptys:

- medikamentinė,
- socialinė situacija (darbas, mokymasis ir t.t.)

- psichologinės problemos šeimoje, aptariamoms atitinkamai su ligoniu ir specialistais (psichologu, soc.darbuotoju, slaugos specialistu).
- invalidumą turinčius ligonius bandoma nusiųsti į kurią nors bendruomenę.

Socialiniams darbuotojams pacientus siunčia gydytojai psichiatrai arba, esant reikalui, jie patys kreipiasi dėl socialinių paslaugų. Socialinių darbuotojų pareiga -supažindinti pacientus su centre teikiamomis socialinėmis paslaugomis, surasti tinkamą būdą padėti tam tikroje situacijoje, skirti reikiamą socialinių paslaugų rūšį arba ieškoti kitų galimybių patenkinti socialinių paslaugų poreikį (žr. socialinio darbuotojo funkcijų aprašas – priedas Nr. 3).

b) respondentai (tiriamieji)

Tyrime dalyvavo 16 respondentų. Visi jie - psichikos sveikatos priežiūros specialistai, dirbantys Karoliniškių PSC nuo 4 iki 7 metų. Apklausta generalinė visuma, todėl respondentai buvo įvairių amžiaus tarpsnių: jauniausiam - 27 metų, vyriausiai - 67. Interpretuojant duomenis į amžiaus kriterijų nebuvo kreipiamas dėmesys. Tyrimo metu kalbėta su respondентаis jų darbo metu. Tiriamieji geranoriškai sutiko dalyvauti tyrime ir duoti interviu. Visi tiriamieji yra psichikos sveikatos priežiūros specialistai, turintys atitinkamos srities aukštąjį arba aukštesnįjį išsilavinimą

Tiriamieji (iš viso: 16 žmonių) suskirstyti į 4 profesines grupes (žr. 6 lentelė)

6 lentelė. Tiriamųjų dalyvavimas ir charakteristikos

Profesionalų grupė	Kviestų asmenų skaičius	Dalyvavusių asmenų skaičius	Amžius	Lytis		Išsilavinimas
				V	M	
1. Psichiatrai	5	5	35-65	-	5	Aukštasis (100%)
2. Slaugytojai	5	5	50-67	-	5	Aukštesnysis (100%)
3. Psichologai	3	3	28-37	-	3	Aukštasis (100%)
4. Socialiniai darbuotojai	3	3	27-38	1	2	Aukštasis (100%)

c) tyrimo aplinka

Tyrimui pasirinktos Karoliniškių poliklinikos PSC patalpos. Du susitikimai vyko personalo kambaryje, kiti – socialinio darbuotojo kabinete. Kabinetai buvo gerai izoliuoti, juose nebūdavo pašalinių asmenų, abiejuose kabinetuose buvo patogus kėdžių ir stalo išsidėstymas, tinkantis pokalbiui. Keletą kartų į kabinetą po pasibeldimo įėjus kitam centro darbuotojui, neįvykdavo sumaištis ir tai neturėdavo lemiamos įtakos pokalbio eigai. Tik tuo metu respondentai arba tyliau kalbėdavo, arba minutei nutildavo ir lukterėję kol vėl liksime vieni, tęsdavo nutrūkusią mintį. Paklausti, ar jų netrikdo šioji aplinka, visi respondentai be dvejonių sutikdavo kalbėtis pasiūlytame kambaryje. Susitikimai vykdavo antroje dienos pusėje, kai darbo grafiko užimtumas mažesnis, kai PSC vyksta mažiau gydytojų-psichiatrų, psichologų ar socialinių darbuotojų konsultacijų, todėl respondentai niekur neskubėjo, pilnai galėjo skirti savo laiką pokalbiui.

d) duomenų rinkimas

Susitikimai su respondентаis vyko giluminio interviu būdu, turint apibrėžtą pokalbio planą, susidedantį iš dešimties temų liečiančių klausimų. Klausimų eiliškumo nebuvo laikomasi. Kaip pažymi K. Kardelis (Kardelis, 1997), interviu metodu galima gauti informacijos apie vidinius, nematomus veiklos motyvus, subjektyvų respondentų požiūrį. Šiam metodui būdinga eilė psichologinių niuansų susijusių su bendravimo forma bei tyrėjo sugebėjimu išklausti tiriamąjį. Todėl kiekvienas susitikimas buvo

labai individualus, klausimų eiga priklausydavo nuo paties respondento, nuo jo atsakymų pobūdžio, nuo jo ištraukimo ir gebėjimo dėstyti savo mintis. Respondentai nebuvo stabdomi kai kiek nukrypdamo nuo užduodamų klausimų. Tačiau tokie nukrypimai nuo tiesioginio klausimo turėjo ir labai reikšmingos informacijos, atskleidė svarbių aspektų, išryškino tai, kas patiems respondentams buvo itin svarbu.

Kiekvieno pokalbio metu gavus kliento sutikimą kalbėtis, jiems pateikdavau du būdus kaip tyrėjui galima būtų fiksuoti jų mintis: audio įrašu ir užrašymu popieriaus lape. Keturi iš respondentų nepanoro, kad būtų įrašomas pokalbis, kitų audio įrašas visai netrikdė ir nevaržė, jie neišreiškė jokio nepatogumo - sutiko, kad pokalbio eiga būtų įrašinėjama. Audio įrašai palengvino pokalbį – pats tyrėjas turėjo daugiau galimybių pilnai ištraukti į interviu ir pokalbiui tai suteikdavo betarpiškumo ir laisvumo.

e) tyrimo dalyvių pristatymas

Tyrimo interpretacijai dalyvių sąrašas buvo sudarytas taip, kad jie atstovautų 4 profesionalų grupes. Buvo planuotas ir įvyko pokalbis su visomis psichikos sveikatos priežiūros profesinėmis grupėmis.

I respondentų grupė

Gydytojai – psichiatrai

Karoliniškių PSC dirba ir buvo apklausti 4 suaugusiųjų ir 1 vaikų psichiatras. Su kiekvienu iš jų interviu vyko individualiai. Pokalbiai truko ilgiausiai - 1 valandą ir 45 minutes, trumpiausiai – 57 minutes. Gydytojų – psichiatrų, dirbančių Karoliniškių PSC, ryšiai įstaigoje palaikomi su: administracija, gydytojų taryba, stebėtojų bei slaugos tarybomis, I, II lygio specialistais, medicinos statistika, registratūra, medicinos auditu. Oficialiai reglamentuojami kontaktai:

- horizontalūs - stacionarinės ir reabilitacinės gydymo įstaigos, vaistinės, soc. rūpybos įstaigos;
- vertikalūs - SAM, departamentas, SAS, VLK.TLK, Sodra, konsultacinė poliklinika. Sveikatos mokymo centras.

Karoliniškių PSC gydytojo psichiatro pareigų instrukcija, pagrindinės funkcijos ir atsakomybės pateiktos priede Nr. 3

// respondentų grupė

Slaugytojai

Slaugos darbuotojai – centro slaugos vyr. administratorius ir PSC slaugos darbuotojai. Su kiekvienu iš jų interviu vyko individualiai. Pokalbiai truko ilgiausiai - 1 valandą ir 15 minutes, trumpiausiai – 45 minutes. Slaugytojų, dirbančių Karoliniškių PSC, palaikomi kontaktai:

- horizontalūs - su skyriaus ir poliklinikos slaugytojomis, kitų PSC slaugos specialistais, socialiniais darbuotojais ir kt.
- vertikalūs - su poliklinikos administracija, VPSC, Sveikatos mokymo centru ir kitomis vadovujančiomis organizacijomis.

Slaugytojų ryšiai: administracija, slaugos taryba, statistikos, registratūros, miesto PSC darbuotojais socialinės rūpybos įstaigomis.

Karoliniškių PSC slaugytojų pareigybinė instrukcija, pagrindinės funkcijos ir atsakomybės pateiktos priede Nr. 4

/// respondentų grupė

Psichologai

Karoliniškių PSC dirba 3 klinikiniai psichologai. Su kiekvienu iš jų interviu vyko individualiai. Pokalbių trukmė - nuo 2 valandų iki 1 valandos. Psichologų, dirbančių Karoliniškių PSC, palaikomi kontaktai:

- horizontalūs - su Karoliniškių PSC ir kitų poliklinikos skyrių darbuotojais;
- vertikalūs – su poliklinikos administracija ir kitomis vadovujančiomis įstaigomis.

Psichologų ryšiai: su vadovybe ir kitais sveikatos priežiūros dalyviais, tiesioginis pavaldumas Karoliniškių PSC vedėjai. Detalus psichologų pareigybių aprašas pateikiamas 5 priede.

/V respondentų grupė

Socialiniai darbuotojai

Iš Karoliniškių PSC dirbančių 4 socialinių darbuotojų interviu įvyko su 3, nes vienas iš socialinių darbuotojų yra pats tyrėjas, todėl siekdamas tyrimo objektyvumo savo nuomonės nepateikė. Su kiekvienu iš socialinių darbuotojų interviu įvyko individualiai, pokalbių trukmė svyravo nuo 2 valandų iki 3 valandų. Socialinių darbuotojų, dirbančių Karoliniškių PSC, formalūs ryšiai numatyti: su poliklinikos administracija, seniūnija, kitomis socialinės apsaugos ir rūpybos organizacijomis, su

kliento šeimos nariais, teisėsaugos įstaigomis. Pareigybiniai nuostatai reglamentuoja šiuos formalius kontaktus:

- horizontalius - su Karoliniškių PSC, terapijos skyrių darbuotojais;
- vertikalius - su skyriaus vedėja, poliklinikos administracija bei vadovaujančiomis įstaigomis.

Visi pokalbiai buvo įrašomi į garso juostą, kartu buvo stebimas dalyvių neverbalinis elgesys interviu metu. Vėliau visas turinys buvo perrašytas, ir atlikta kokybinė analizė.

3.3. Tyrimo rezultatai – tarpdisciplininio komandinio darbo modelis institucijoje

Norint nustatyti tarpdisciplininio komandinio darbo modelį Karoliniškių PSC, tikslinga apibrėžti profesionalų požiūrį į darbą ir pasirengimą dirbti komandoje. Tam išskirti atskiri psichikos sveikatos specialistų grupių profiliai: gydytojais-psichiatrai, psichikos sveikatos slaugytojos, psichologai ir socialiniai darbuotojai.

Tyrimo interpretacija

Gydytojai – psichiatrai

Psichiatras – tai specialistas, kuris pirmas priima klientą, sužino informaciją apie kliento nusiskundimus, medicininės (somatinės ir psichikos) ir socialines problemas. Kadangi psichiatras surenka daugiausiai informacijos apie klientą, tai nuo psichiatro priklauso, kaip jis pasidalins surinkta informacija su kitais psichikos sveikatos specialistais.

Priklausomai nuo psichiatro požiūrio į problemą (problemos kilmę, sprendimo būdus; t.y. “kokius akinius psichiatras nešioja”), jis vėliau įtraukia arba neįtraukia kitų psichikos sveikatos specialistus į tyrimo bei pagalbos planą. Pvz.: kai psichiatras laikosi daugiau biologinio kliento problemų kilmės modelio, specialistai, taikantys nebiologinius gydymo ir pagalbos metodus, gali būti neįtraukti į kliento gydymą. Vaizdingai tariant, kitos spalvos akinius nei psichiatras nešiojantys

specialistai (pavyzdžiui: psichologai, socialiniai darbuotojai) nebus įtraukti. Citatos iš individualių pasisakymų: gydytojas - *“esant reikalui inicijuojau susirinkimą”*; kiti specialistai – *“kada bus susirinkimas pasako gydytoja”*, *“sergantis gydytojui viską papasakoja ir jei gydytojui reikia pagalbos mane pakviečia”*, *“svarbiausias žodis tenka .*

Nėra informacijos, kurią sukaupia psichiatras, perdavimo kitiems psichikos sveikatos darbuotojams, sistemos. Susirinkimai arba atsiskaitymai už nuveiktą darbą yra bene vienintelis informacijos apie klientą apsiskeitimas tarp specialistų, tačiau jų metu informaciją psichiatrai yra linkę gauti, o ne suteikti. Psichiatrai filtruoja informaciją, pateikiamą kitiems psichikos sveikatos specialistams. Kuo kitas specialistas psichiatro yra suvokiamas kaip *“vertingesnis ar sugebantis informaciją suprasti”*, tuo daugiau psichiatrai yra linkę su tokiu specialistu dalintis informacija.

Psichiatrų tarpe nėra aiškaus konfidencialumo supratimo. Jie nežino, kokią informaciją jie turi saugoti, o kokia turi dalintis su kitais (pvz.: psichiatrai teigia, kad intymus kliento gyvenimas yra konfidenciali informacija, tuo tarpu mintys apie savižudybę nėra suvokiamos, kaip slėptina nuo kitų specialistų). Visa informacija, kuri yra perduodama kitiems specialistams, psichiatrų yra suprantama, kaip informacijos paviešinimas. Informaciją, kurią psichiatras gauna, tarsi turėtų būti saugoma *„kaip Šveicarijos banke“* (cituojamas individualus pasisakymas). Konfidencialumo samprata psichiatrų tarpe yra naudojama informacijos apie klientą neperdavimo kitiems specialistams paaiškinimui, tačiau ji iš esmės prieštarauja komandinio darbo tarpdisciplininėje psichikos sveikatos specialistų komandoje principams, ir komandiniam darbui kliudo. Anot psichiatrų, konfidencialia informacija galima dalintis tik tarp tos pačios profesijos asmenų, neperduodant informacijos kitiems specialistams.

Klaidinga konfidencialumo samprata tarp psichiatrų yra esminė kliūtis informacijos perdavimui kitiems specialistams.

Galima teigti, kad tarp psichiatrų ir kitų psichikos sveikatos specialistų sąveika yra pagrįsta hierarchiniais tarpusavio santykiais. Bendravimą ar tarimąsi su kitais specialistais psichiatrai supranta kaip nurodymų kitiems specialistams davimą. Visų kitų tyrime dalyvavusių profesinių grupių atstovai vieningai išsakė nuomonę, kad gydytojais-psichiatrai yra įstaigos specialistų hierarchijos piramidės viršūnėje.

Psichiatrijos slaugytojai

Slaugytojoms buvo sunku apibrėžti savo funkcijas, sunku atskirti savo atliekamą darbą nuo bendro psichikos sveikatos centro ar kitų specialistų veiklos. Jų atliekamoje veikloje neatsispindi psichiatrinės slaugos ypatumai, didžiausią dėmesį skiria klientų registracijai ir kitos dokumentacijos (ir medicininės) apskaitai ir tvarkymui. Bendravimas su klientais dažniausiai nėra nei reguliarus, nei struktūruotas. Bendraudamos su klientu slaugytojos remiasi ne profesiniais įgūdžiais, o gyvenimiška patirtimi. Kontakto su klientu užmezgimas yra spontaniškas, nesukuriant terapinės aplinkos. Bendravimas su klientu yra dažniausiai atsitiktinis, ir slaugytojos nepažymėjo turinčios specifinį bendravimo su klientų planą. Paprastai iniciatyvos bendrauti su klientu jos imdavosi, matydamos kliento nuotaikos pasikeitimus (pvz.: „*klientė ateina iš namų apsiverkusi*“).

Pirminę informaciją apie klientą slaugytojos dažniausiai gauna iš gydytojų-psichiatrų. Slaugytojos informaciją kitiems specialistams suteikia (kaip ir gydytojais-psichiatrai) – filtruodamos. Poreikio dalintis informacija su psichologais iš viso neišsako, o informaciją gydytojams psichiatrams linkę suteikti nepilnai. Slaugytojų gaunama informacija iš socialinių darbuotojų ir psichologų yra atsitiktinė, priklausanti nuo aplinkybių („*kai užeina į kabinetą*“).

Slaugytojai yra nepasitikinti savimi profesinė grupė. Jie nesijaučia, kad yra kitų specialistų vertinami, jaučiasi esą kitų specialistų nurodymų vykdytojais. Slaugytojai nedalyvauja diagnostiniame procese, nekvestionuoja psichiatro suformuluotų diagnozių. Galima teigti, jog slaugytojai stokoja tarpdisciplinio komandinio darbo žinių arba jų nepritaiko praktiniame darbe (cit.: „*stokoja slaugytojos platesnio supratimo ir iniciatyvos*“; slaug.: „*kiekvienas yra atsakingas tik už savo darbą*“). Slaugytojų bendravimas su klientais yra gana atsitiktinis, dažniausiai įtakotas aplinkybių.

Dalį informacijos apie klientus perduodami kitiems specialistams slaugytojai filtruoja remdamiesi subjektyviais kriterijais. Vertinant slaugytojų ryšius su kitais specialistais, daugiausia informacijos apie klientą slaugytojai gauna iš gydytojų-psichiatrų; informacija iš socialinių darbuotojų ir psichologų gauna epizodiškai.

Psichologai

Psichologų darbą sudaro psichodiagnostika, psichologinis konsultavimas. Psichologinį konsultavimą sąlyginai galima suskirstyti į tris sritis: a) psichologinis konsultavimas kaip dalis intervencijos gydant psichozę; b) psichologinis konsultavimas, esant ryškiems nerimo ir depresijos sutrikimams; c) psichologinis konsultavimas, esant asmenybės sutrikimams. Dalį darbo laiko psichologai skiria klientų aptarimui su kolegomis. Daugiausiai darbo laiko psichologai skiria psichodiagnostikai, tačiau šią veiklą jie nevertina kaip itin prasmingą.

Stipriausias psichologų ryšys su kitais specialistais yra psichologų ryšys su psichiatrais. Analizuojant psichologų ir gydytojų-psichiatrių ryšius nustatyta, kad nurodymus atlikti psichodiagnostinius tyrimus psichologai gauna iš psichiatrių. Įvertinę klientą psichologai gali savarankiškai nuspręsti atlikti papildomus tyrimus ar pradėti taikyti psichologinį konsultavimą. Savo išvadą apie psichologinio tyrimo rezultatus ar psichoterapijos/psichokorekcijos eigos aprašymą psichologai pateikia psichiatrui. Vertinant šį procesą, nustatyta, kad sistemingo kliento būklės aptarimo beveik nėra, o bendravimas tarp psichologo ir psichiatro yra gana atsitiktinis (cit.: „*informaciją apie klientą galiu psichiatrui suteikti, jei jis paklaus*“). Kita vertus, psichologai negauna grįžtamojo ryšio apie jų atlikto tyrimo naudą, kiek jų išvados įtakoja diagnozės nustatymą, gydymo ar slaugos plano sudarymą ir t.t. Galima teigti, kad psichologo ekspertizė Karoliniškių PSC yra reikalinga gana formaliai, skirta vien įvykdyti tyrimų planą. Iš visų atliekamų darbų psichologai labiausiai vertina jų atliekamą psichologinį konsultavimą.

Socialiniai darbuotojai

Socialiniai darbuotojai psichikos sveikatos priežiūros sistemoje yra santykinai nauja profesija. Socialinių darbuotojų darbo sritis yra labai plati. Be tiesioginio darbo su klientu Karoliniškių PSC didelę jų darbo dalį sudaro darbas ne centro viduje – klientų interesų atstovavimas ir bendravimas su kitomis įstaigomis (stacionarios psichikos sveikatos priežiūros įstaigos Vilniuje, Darbo birža, savivaldybės socialinės paramos skyrius, psichoneurologiniai pensionatai, užimtumo centrai, teismai, policija, seniūnijos ir kt.), klientų artimaisiais, kaimynais.

Nurodydami labai plačią teikiamų paslaugų apimtį, socialiniai darbuotojai nurodė jaučią kai kurių specializuotų žinių stoką, pvz.: teisės.

Susidaro įspūdis, kad Karoliniškių PSC socialiniai darbuotojai sprendžia daug socialinių problemų, kurias galėtų (o gal net ir turėtų) spręsti bendruomenė, kliento

artimieji, seniūnijų socialiniai darbuotojai. Kitaip tariant, klientas patekęs Karoliniškių PSC „atsineša“ su savimi daugybę socialinių problemų, kurios net nepradėtos spęsti. Galima manyti, kad jei dalis socialinių problemų būtų pradėtos spęsti bendruomenės aplinkoje, dalies klientų hospitalizacijų būtų galima išvengti. Socialiniai darbuotojai patiria informacijos stygių iš kitose įstaigose dirbančių socialinių darbuotojų.

Bendradarbiavimas su kitais karoliniškių PSC specialistais: daugiausia informacijos socialiniai darbuotojai gauna iš gydytojų-psichiatrų, kurie padeda identifikuoti socialines kliento problemas. Informacija tarpusavyje socialiniai darbuotojai dalinasi bendruose socialinių darbuotojų susirinkimuose, kurie vyksta vieną kartą per savaitę. Bene vienintelė vieta, kuomet socialiniai darbuotojai keičiasi informacija su kitomis profesinėmis grupėmis yra Karoliniškių PSC vykstantys susirinkimai, kurie negali būti prilyginti komandos pasitarimui. Susirinkimuose vyrauja medicininio pobūdžio informacija (apie klientų psichikos būseną, gydymą, slaugą, šalutinius medikamentų reiškinius ir kt.), žymiai mažiau dėmesio skiriant socialinių klausimų aptarimui (*„dažnai susitinka ne visa komanda, o specialistai kurie kompetetingi gydyme“*). Taip pat susirinkimų laikas nėra reguliarus (*„kada vedėja sumano ar kai kokia problema iškyla“*.)

Pagal savo atliekamą darbą, sprendžiant klientų socialines problemas, socialiniai darbuotojai jaučiasi esą savarankiška profesine grupe, atskira nuo medicininės problemas sprendžiančių specialistų grupės (psichiatrų, slaugytojų, psichologų). Socialiniai darbuotojai dirba gana autonomiškai, panašiai kaip ir psichologai. Esminis skirtumas tarp šių grupių yra tai, kad psichologai norėtų dirbti savarankiškai, tuo tarpu socialiniai darbuotojai išreiškia norą aktyviai dirbti komandinio darbo principu, bendradarbiauti su visomis profesinėmis grupėmis (*„norėtuši, kad visi keistų požiūrį į komandinį darbą, labiau domėtuši ką kiti daro, pasikeistų nuomonėm, bet reikia lyderio ir reguliarumo“*).

Tyrimo apibendrinimas

Apibendrinant gydytojų – psichiatrų profesinį įnašą į komandinį bendradarbiavimą, galima pasakyti, kad lyginant su kitomis profesinėmis grupėmis, psichiatrai yra mažiausiai motyvuoti egzistuojančią bendravimo tarp specialistų sistemą labiau priartinti prie komandinio darbo modelio. Informacijos sutelkimas ir valdymas psichiatrams suteikia ypatingą statusą, pagrįstą hierarchiniais santykiais su kitais psichikos sveikatos specialistais. Taip pat ryški problema, trukdanti komandiniam darbui yra psichiatrų skirtingai suprantamas konfidencialumas.

Apibendrinant psichologų profesinę grupę, tyrimo eigoje išryškėja, kad psichologai Karoliniškių PSC yra kiek formaliai bendraujanti ir bendradarbiaujanti profesinė grupė su gydytojais-psichiatrais, glaudesnius ryšius palaikanti su kitais psichikos sveikatos specialistais. Psichologams daug darbo laiko užima psichodiagnostinė veikla, kuri psichologams yra mažai prasminga, nes psichologai negauna grįžtamojo ryšio apie jų atlikto tyrimo naudą.

Apibendrinant socialinių darbuotojų atsakymus, akivaizdu jog socialinių darbuotojų teikiamos Karoliniškių PSC paslaugos yra labai plataus spektro, bet nėra aiškios socialinių darbuotojų, dirbančių PSC, kompetencijos ribos. Stipriausias socialinių darbuotojų ryšys įvertinant klientų socialines problemas yra su gydytojais-psichiatrais ir su psichologais. Būdami savarankiška profesine grupe, atskira nuo medicininės hierarchinės specialistų struktūros, socialiniai darbuotojai, kaip ir psichologai, pasižymi kitokiu požiūriu į kliento problemų kilmę, jų sprendimo būdus, atstovauja mažiausiai biologizuotą požiūrį į klientą. Socialiniai darbuotojai iš visų keturių profesinių grupių išsako didžiausią poreikį bendradarbiauti su kitomis profesinėmis grupėmis ir dirbti komandoje.

Reziumuojant tyrimo rezultatus, galima teigti, kad kiekviena profesinė grupė skirtingai supranta ir skirtingai įgyvendina komandinio darbo principų taikymą praktinėje veikloje. Iškyla nemažai barjerų, problemų bendradarbiavimui, laisvam informacijos pasidalijimui, nes vis dar ryškūs hierarchiniai santykiai tarp profesinių grupių, neišspręsti organizaciniai klausimai, nepilnai panaudoti vidiniai resursai ir pan. Vis tik, nežiūrint vien akivaizdžių problemų, galima išvelgti kai kurias komandinio darbo apraiškas Karoliniškių PSC: organizuojami susirinkimai, probleminių situacijų aptarimas ir kt.

Tyrėjo refleksija

Po susitikimų su respondentais, atlikus literatūros analizę ir gautų duomenų interpretaciją išryškėjo kai kurie šio tyrimo ribotumai. Pirmiausia, susidūrimas su literatūra ir praktiniai susitikimai su respondentais atvėrė tarpdisciplinio komandinio darbo psichikos sveikatos priežiūros institucijoje problematikos paaiškinimo multiproblematiškumą, kuris neleido padaryti kategoriškų apibendrinimų. Bandytas atrasti dėsningumus šiame darbe tapo sąlyginis. Karoliniškių PSC, kaip ir kitos tokio pobūdžio institucijos pasižymi išskirtiniu darbo specifiškumu, įtakojamu ne tik profesinių kompetencijų, bet ir asmenybinių darbuotojų savybių.

Antra, mano kaip tyrėjo emocinė būseną pabaigus šį tyrimą buvo gana dviprasmiška: iš vienos pusės, susitikimai su tyrime dalyvavusiais žmonėmis ir literatūros analizė buvo lyg atskiras "universitetas", neįkainuojamai praturtinęs mane kaip besivystantį socialinio darbo profesionalą bei tyrėją. Iš kitos pusės, pabaigus darbą atrodė, kad šios problemos užsklandos taip ir nepavyko praskleisti. Pabaigus darbą pradėjo kilti nauji klausimai, hipotezės, nauji atsakymai ir įžvalgos. Natūraliai šis tyrimas virto tarsi pilotažiniu, įvadiniu, padėjusiu susiorientuoti problemos lauke ir prieiti prie man kaip tyrėjui svarbiausios išvados – tarpdisciplininio komandinio darbo esmė yra konsensusas tarp įvairių mokslo šakų ir jog ši multidimensinė bendradarbiavimą įtakoja tiek profesiniai įgūdžiai, tiek asmeninės savybės. Gilesniam supratimui ir išsamesnės interpretacijos padarymui praverstų ir kiti duomenų rinkimo metodai: ilgesnis respondentų stebėjimas, gausesnis susitikimų skaičius, o ypatingai susipažinimas su kitų institucijų darbo aplinka. Nors kita vertus, koncentruotas pokalbis vienoje institucijoje padėjo išryškinti esmes.

Akivaizdu, kad visuose tyrimų srityse prieš darant patikimas išvadas privalu išspręsti interpretacijos problemą. Ši dilema iškyla, nes natūralus pasaulis yra kompleksinis ir vienareikšmiai negalima atrasti paprastų faktų. Todėl informacija gali būti gauta tik per labai rūpestingą stebėjimą ir analizę. Jei to nėra paisoma, rizikuojama tyrimuose labiau pateikti savo išankstinius nusistatymus ar nuomones, o tyrimų metodologija reikalauja išankstinės pozicijos neturėjimo. Tokios nuostatos laikymasis praktikoje reikalauja iš tyrėjo didelio profesionalumo, kuris nepasiekiamas pirmą kartą atliekant tokio pobūdžio tyrimą.

IŠVADOS

Atsižvelgiant į literatūros analizę, tiriamojo darbo procesą, pobūdį, gautus duomenis, daromos išvados, kurios siejasi su tyrimo pradžioje išsikeltais uždaviniais:

1. Viena svarbiausių Lietuvos sveikatos priežiūros reformos kryptių - laipsniškas perėjimas nuo vyraujančios pagalbos ligoninėse prie ambulatorinių paslaugų bendruomenėje, steigiant savivaldybių Psichikos sveikatos centrus.
2. Tiek tarptautinėje literatūroje, tiek nacionalinėse sveikatos programose akcentuojama, jog šiuolaikiniai psichikos sveikatos priežiūros būdai reikalauja naujų požiūrių ir aukštus veiklos rodikius sąlygoja integruota, visapusiška sveikatos ir socialinės pagalbos sistema., nes psichikos sveikata yra kompleksinis fenomenas, aprėpiantis daugelį socialinių, aplinkos, biologinių ir psichologinių veiksnių.
3. Įvairiais tyrimais ir darbo praktika pagrįsta, kad žmonėms su psichikos sutrikimais atskirų specialistų pagalba retai kada yra veiksminga, tuo tarpu žymiai veiksmingesnis yra biopsichosocialinis gydymo bendruomenėje modelis, kai komandoje teikiama kartu socialinė ir psichologinė pagalba bei psichiatrinis gydymas.
4. Apibūdinant komandas svarbiausia yra komandos samprata, tikslas, struktūra, vaidmenų pasiskirstymas komandose, lyderių vaidmuo. Kiekviena iš šių sudedamųjų dalių turi stiprų poveikį komandos funkcionavimui ir efektyvumui.
5. Komandinis darbas psichiatrijoje labiau koordinuoja įvairių disciplinų specialistų darbą, be to darbas racionaliau paskirstomas tarp komandos narių tiek kuriant gydymo planus, tiek motyvuojant komandos narių darbą
6. Atlikto tyrimo duomenys teigia, kad įstaigoje vis dar egzistuoja hierarchiniai specialistų santykiai, o hierarchija yra viena iš pagrindinių kliūčių lygiaverčiam bendravimui ir informacijos keitimuisi. Blogiausiai informacija perduodama tarp aukščiausioje ir žemiausioje grandyje dirbančių specialistų.
7. Komandinio darbo metodų taikymui kliūdo klaidinga konfidencialumo samprata, nes įstaigoje konfidencialumas suvokiamas klaidingai – vieni specialistai linke neperduoti informacijos apie klientą kitiems specialistams suvokdami tai, kaip profesinės paslapties atskleidimą. Dėl to neįmanomas komandinis klientų aptarimas ir klaidinga konfidencialumo samprata daro neigiamą įtaką komandinio darbo principų taikymui.

REKOMENDACIJOS

Atliktas komandinio darbo tyrimas Karoliniškių PSC ir gautų rezultatų analizė įgalina pateikti praktines rekomendacijas šios įstaigos teikiamų paslaugų efektyvinimui ir tarpdisciplininio komandinio darbo gerinimui:

1. Rekomenduojama keisti įstaigoje egzistuojančią bendravimo tarp specialistų praktiką. Dabartinio bendravimo tarp specialistų praktika beveik neatitinka komandinio darbo principų. Diegiant komandinio darbo metodiką, reikia egzistuojančius hierarchinius specialistų santykius versti partneryste pagrįstais santykiais, kuriuose gerbiama visų specialistų kompetencija.
2. Rekomenduojamas laisvas ir lygiavertis informacijos keitimasis tarp specialistų, skatinant kiekvieną specialistą keistis informacija apie klientus, išsakant savo nuomonę, abejones, nesutikimą.
3. Rekomenduojami reguliarūs tarpdisciplininės specialistų komandos susitikimai, kuriose vyktų klientų aptarimas.
4. Rekomenduojama personalo narius mokyti komandinio darbo principų.
5. Rekomenduojama aiškiai įvardinti konfidencialumo sampratą – konfidencialumo turėtų būti laikomasi komandos ribose, o ne individualiame kliento-specialisto santykiyje. Egzistuojantis konfidencialumo supratimas, kuomet vienas ar kitas specialistas saugo informaciją apie klientą nuo kitų specialistų, yra rimta kliūtis diegiant komandinį darbą. Užtuot informaciją perdavus laisvai, informacija nuo kitų specialistų slepiama, bijant pažeisti konfidencialumą.
6. Labai svarbi užduotis - toliau vystyti darbinius metodus teikiant paslaugas. Jei liga laiku nediagnozuojama ir nėra gydoma, kol netampa kritiška, neigiamas pasekmes patiria ir klientas, ir jo/ jos šeimos nariai, ir visuomenės sveikatos apsaugos sistema. Todėl svarbu susilpninti psichozinę krizę ankstyvose fazėse, kai pacientas ir jo/jos aplinka bei valstybinė sveikatos apsaugos sistema turi resursų padėti žemesniu lygiu. Toks pagalbos organizavimas pagerina paslaugų prieinamumą ir tęstinumą.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Anthony W. ir kt. Psichiatrinė reabilitacija / William Anthony, Mikal Cohen, Marianne Farkas. Šiauliai, 1998. 242 p. ISBN 9986-9212-2-8
2. Belblin Meredith R. Management Teams – Why they succeed or fail. Cambridge, 2003 (antras leidimas, red.- Butterworth heinemann; pirmoji publikacija - 1981). 224 p. ISBN 0750659106
3. Cragan J. F. ir kt. Communication in Small Groups: Theory, Process, and Skills / John F. Cargan, David W. Wright, Chris r. Krasch. Wadsworth, 2003. 368 p. ISBN 0534545513
4. Dembinskas A. Psichiatrija. Vilnius, 2003. 738 p. ISBN 9955-511-21-4
5. Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo. Lietuvos Respublikos Aukščiausioji Taryba. Nutarimo Nr. I-1939. Priimta: 1991-10-30// Valstybės žinios. – 1991, Nr.33-893
6. Doheny M., Cook Ch., Stopper C. The Discipline of Nursing. An Introduction. Third Edition. – Norwalk, Connecticut, 1992.
7. E-Health Report: Optimal Model Report 2005-01-05 . Stockholm, Sweden. - [žiūrėta 2005-02-20]. Prieiga per Internetą <www.sam.lt>
8. Encyclopedia of Social Work/ 1997 Supplement (19th Ed (3 Vol Set)). Washington, DC.: NASW Press, 1997. ISBN: 0871012561
9. Engelhardt D. Praktinės medicinos etika: medicinos disciplinų spektras. Vilnius, 1997. 240 p. ISBN 9986-524-13-X
10. Falloon I. Integrated mental health care / Ian R. H. Falloon, Grainne Fadden. New York, 1995. 335 p. ISBN 0 521 49972 0
11. Foster A. Managing mental health in the community: chaos and containment / Angela Foster, Vega Zagier Roberts. London, 1998. 235 p. ISBN 415167973
12. Germanavičius A. Komandinis darbas medicinoje ir psichiatrijoje // Slauga. – 2004, Nr. 12(96), p. 4-5. ISSN 1648-0570
13. Gurovich I. Ya. Organizacija raboty mezhdisciplinarnykh brigad / I. Ya. Gurovich, A. B. Shmukler, Ya. A. Storozhakova // Psichosocialnaja terapija i psichosocialnaja reabilitacija v psichiatrii. Maskva, 2004. 492 p. ISBN 5-901645-76-5
14. Hardis I. Gydytojas, medicinos sesuo, ligonis. Vilnius, 1988. 222 p. ISBN 5-420-00392-9

15. "Įgūdžių formavimas Lietuvos bendruomenės psichikos sveikatos priežiūros organizacijose, taikant žmonėms su psichikos negalia darbinės reabilitacijos ir apsaugoto būsto metodus / PHARE ACCESS 2000 remiamas projektas": seminaro mokomoji medžiaga. Vilnius, 2003
16. Jacikevičius A. Siela, mokslas, gyvensena. Vilnius, 1999. 202 p. ISBN 9986-465-10-9
17. Johnson L.C. Socialinio darbo praktika. Bendrasis požiūris. – Vilnius, 2001.
18. Kasiulis J. Vadovavimo psichologija / Juozas Kasiulis, Violeta Barvydienė. Kaunas, 2004. 327 p. ISBN 9955-09-078-2
19. Komandų formavimas bei valdymas. Iš *Europulsas* [interaktyvus]. 2005, kovas [žiūrėta 2005-05-09]. Prieiga per Internetą: http://www.europulsas.lt/pages/nz_07.htm
20. Lange-Ernst M. Efektyvus depresijų ir baimės ligų gydymas. Vilnius, 2002. 96 p. ISBN 9955-439-12-2
21. Lietuvos standartas. Sveikata. Terminai ir apibrėžimai. – Vilnius, 1997.
22. Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymas// Valstybės žinios, 1996,Nr.63-1479; 2000,Nr.64-1924; 2002,Nr.13-473; 2002,Nr.68-2769.
23. Lietuvos Respublikos Civilinis kodeksas. VĮ Teisinės informacijos centras. Vilnius, 2000.
24. Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas 1996 m. spalio 3 d. Nr. I-1562. Iš Litlex [žiūrėta 2005-02-20]. Prieiga per Internetą: www.litlex.lt
25. Lietuvos Respublikos Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas. Lietuvos Respublikos Seimas. Nutarimo Nr. I-924. Priimta: 1995-06-06 // Valstybės žinios.- 1995, Nr. 53-1290
26. Lietuva ir ET. Europos Tarybos informacijos centras. - [žiūrėta 2005-02-20]. Prieiga per internetą www.etib.lt
27. Lietuvos sveikatos programa. Lietuvos Respublikos Seimas. Nutarimo Nr. VIII-833. Priimta: 1998-07-02 // Vlastybės žinios. – 1998, Nr. 64-1842
28. LR Sveikatos apsaugos ministro ir LR Socialinės apsaugos ir darbo ministrės 1999 m. spalio 6 d. įsakymas Nr. 432/77 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatų”. - <http://www.socmin.lt>.
29. Meulen R.H.J. ir kt. Medicinos etika / Prof. dr. R.H.J. ter Meulen, prof. dr. E. van Leeuwen, prof. dr. H.A.M.J. ten Have. Vilnius, 2003. 346 p. ISBN 9986-745-77-2
30. Naujovės socialiniame darbe / Socialinių darbuotojų rengimo centras prie SADM. Vilnius, 2003. 254 p. ISBN 9986-454-67-0

31. Ovretveit John. Multidisciplinary teams [interaktyvus]. 2001 [žiūrėta 2005-03-23].
Prieiga per internetą: <<http://www.nhv.se/>>
32. „Naujo tipo psichikos sveikatos paslaugų standartizavimas“: psichikos sveikatos paslaugos bendruomenėje / ALF ir Ženevos iniciatyvos Lietuvoje projektas . Vilnius, 2004. 79 p.
33. Paliulionienė V. Efektyvi vidinė komunikacija – kelias į sėkmę. Iš *Verslo žinių* [interaktyvus]. 2004-01-08 [žiūrėta 2005-01-23]. Prieiga per internetą: < www.vz.lt >
34. Personalo vertė ir vadyba: konsultacijų žinynas vadovams. Dienraščio *Verslo žinios* projektas, autoriai – įvairių įmonių, organizacijų vadovai, konsultantai, specialistai. Vilnius, 2005. 400 p.
35. Pieters D. Įvadas į pagrindinius socialinės apsaugos principus. Vilnius, 1998. 148 p. ISBN 9986-752-34-5
36. Povilaitienė I. Pirmasis psichozės epizodas. V.: Ženevos iniciatyva psichiatrijoje, 2005. 18 p. ISBN 9955-9479-4-2
37. Psichiatrijos aktualijos. Vilnius, 1997. 118 p. ISBN 9986-689-11-2
38. „Psichikos sveikata XXI amžiuje“: nacionalinė konferencija [Vilnius, 2001 m. balandžio 30 d.] : konferencijos tezės. Vilnius, 2001. 38 p.
39. „Psichikos sveikata Lietuvoje: aktualijos ir perspektyvos“: apskrito stalo diskusija [Vilnius, 2002]: pranešimų tezės / Seimo sveikatos reikalų komitetas, Sveikatos apsaugos ministerija, VU Medicinos fakultetas, Lietuvos psichiatrijų asociacija.. Vilnius, 2002
40. Psichikos sveikatos centro socialinio darbuotojo pareigų instrukcija. Vilnius, 2000.
41. „Psichikos sveikatos priežiūra naujajame amžiuje“: tarptautinė konferencija [Vilnius, 2001 m. sausio 19 d.]: pranešimų tezės. Vilnius, 2001. 31 p.
42. „Psichosocialinės reabilitacijos paslaugų plėtra: regioninių modelių patirties apžvalga ir nacionalinės strategijos įgyvendinimas“: konferencija [Vilnius, 2002 m. spalio 4 d.]: konferencijos padalomoji medžiaga. Vilnius, 2002. 28 p.
43. Psichoterapijos ir užimtumo klubo „Aušra“ įstatai. Vilnius, 2000.
44. Pūras D. Negalės žmonės sugrįžta į visuomenę, – Vilnius. 1999.
45. Pūras D. Įstatymai jų papildomieji aktai, valstybinės programos: moksliskai pagrįstos psichikos sveikatos strategijos rengimas: nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. V.: „Baltijos kopos“, 2001. 43 p.
46. Rummery K., Glendinning C. Working Together: Primary care involvement in commissioning social care services// *Debates in Primary Care*, Nr. 2- Mančesteris, 1997.

47. Schrijvers A.J.P. Health and health care in the Netherlands: a critical self-assessment of Dutch experts in medical and health sciences. Utrecht, 1997. 325 p. ISBN 90 352 1636 9
48. Valstybinis psichikos sveikatos centras [interaktyvus]. Vilnius [žiūrėta 2005-01-29]. Prieiga per internetą : <www.vpsc.lt>
49. Socialinės paramos teikimo asmenims, sergantiems psichikos ligomis ir turintiems proto negalią, strategijos parengimas bei pasiūlymų dėl optimalaus stacionarios globos ir bendruomeninių socialinių paslaugų santykio nustatymo: antrojo tyrimų etapo ataskaita / Darbo ir socialinių tyrimų institutas. Vilnius, 2003. 89 p.
50. Socialinio darbo pradžiamokslis: PHARE 2001 Žmoniškųjų išteklių plėtros fondo subsidijų programos „Profesinis rengimas siekiant ekonominės ir socialinės sanglaudos“: Utenos kolegijos projektas. Kaunas, 2004. 256 p. ISBN 9955-581-20-4
51. Socialinių paslaugų įstatymas. Vilnius, 2002.
52. Socialinių paslaugų katalogas. Vilnius, 2000.
53. Sveikata 21: pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione XXI amžiuje.// Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. 218 p. ISBN 9986-882-02-8
54. Sutton C. Socialinis darbas, bendruomenės veikla ir psichologija. Vilnius, 1999. 234 p. ISBN 9986-9357-0-9
55. Teresevičienė M. Mokymasis bendradarbiaujant / Margarita Teresevičienė, Genutė Gedvilienė. Vilnius, 1999. 134 p. ISBN 9986-9205-9-0
56. The World Health report 2002. Mental health: New understanding, new hope. World Health Organisation, 2002.
57. Thornicroft G. Textbook of Community Psychiatry / Graham Thornicroft, George Szmukler. Oxford University Press, New York, 2001. 585 p. ISBN 0 19 262997 2
58. Vijeikienė B. Komandinio darbo pagrindai: mokymo priemonė studentams / Birutė Vijeikienė, Juozas Vijeikis. Vilnius, 2000. 136 p. ISBN 9986-00-294-X
59. VŠĮ Karoliniškių poliklinikos psichikos sveikatos centro darbuotojų nuostatai. – 2000.
60. Warner R. Schizofrenijos aplinka: praktikos, politikos ir komunikacijos naujovės. Vilnius, 2003. 143 p. ISBN 9955-433-06-X
61. Wetterberg L. Psichiatrija: kišeninė knyga. Klaipėdos Universitetas, 1994. ISBN 91-971272-13
62. Woodcock M. Teambuilding strategy / Mike Woodcock and Dave Francis. England, 1994. 137 p. ISBN 0566074966

63. Zainyšev I. *Texnologija socialnoi raboty*. Moskva: Mockovski gosudarstveny universitet, 2002. 242 p. ISBN 5-691-00523-5
64. Žalimienė L. *Socialinės paslaugos: mokomoji knyga*. Vilnius, 2003. 180 p. ISBN 9986-19-530-6

REZIUMĖ UŽSIENIO KALBA

The work concerns the peculiarity of multidisciplinary team work, providing community mental health services. Theory defines the main principles of arranging the services, overview the tendency of reforms in field of psychiatry in Lithuania, propose brief development review, overlook legislation, highlighting various professional work components in the care system. The main purpose of research is to make an evaluation of Karoliniskiu mental health center's staff and team work peculiarities parasitizing multidisciplinary team work method.

Research was made using qualitative analysis, which identifies multidisciplinary team work, measures links between various professional groups. Conclusions: it is clear, that the institution has top-down (hierarchical) interactions, uneven information sharing between professional groups: psychiatrists, psychologists, nurses, social workers. Those are the main obstacles in building multidisciplinary team work in practice and equal interaction in between professionals; in case to make the treatment of patient's problems more effective, it is necessary to enforce team work and change the information sharing system in institution – hierarchical collaboration should be changed to equal collaborating, while every professional's competence has equal wage in general work process.

Interviu klausimynas

1. Kaip Jūs apibūdintumėte savo veiklą – ką Jūs, kaip savo profesijos atstovas darote?
2. Kokią informaciją apie klientus Jūs gaunate/negaunate iš kitų profesionalų ir kokią jiems perduodate/neperduodate?
3. Kaip dažnai komandos nariai susitinka aptarti probleminių situacijų?
Ar susitikimai reguliarūs, ar priklauso nuo iškilusios problemos sudėtingumo?
4. Kas dažniausiai inicijuoja komandos susirinkimus?
5. Kaip komandos nariai turintys skirtingas profesines kvalifikacijas apjungia savo individualias kompetencijas planuojant pagalbą klientui?
6. Kokie gebėjimai ir asmeninės savybės reikalingi specialistams dirbantiems komandoje?
Sąrašas (pažymėti 2-3): bendravimas, tolerancija, pagarba, gebėjimas susikalbėti, pasidalijimas lūkesčiais, informacija ir pan.
7. Kaip pasireiškia komandos darbe individuali ir komandinė atsakomybė?
8. Kurie komandos nariai (specialistai) dažniausia dominuoja planuojant komandos veiklą ir kodėl? Ką laikote komandos lyderiu?
9. Koku būdu ir kaip dažnai komanda aptaria, analizuoja, įvertina savo darbo rezultatus?
10. Ką reikėtų daryti siekiant sustiprinti psichikos sveikatos centre dirbančias komandas?

**SVARBIAUSI TEISĖS AKTAI, SUSIJĘ SU PSICHIKOS SVEIKATA:
LR ĮSTATYMAI, LR VYRIAUSYBĖS NUTARIMAI,
LR SVEIKATOS APSAUGOS, SOCIALINĖS APSAUGOS IR DARBO MINISTERIJŲ BEI
VALSTYBINĖS LIGONIŲ KASOS ĮSAKYMAI**

Teisės aktai, susiję su psichikos sveikatos profesionalų rengimu ir jų darbu:

- 1.LR Gydytojo medicinos praktikos įstatymas - specializuotos medicinos praktikos licencija (96.09.25 1-1555).
- 2.Dėl specialybės profesinės kvalifikacijos įvertinimo tvarkos (LR S AM, VU rektorius ir KMU rektorius įsakymas Nr. 485/R-211/396 (99.11.1 L)).
- 3.Lietuvos medicinos norma MN53:1998: Gydytojas psichiatras.
- 4.Medicinos etikos kodeksas.
- 5.Dėl asmens sveikatos priežiūros specialybių ir subspecialybių sąrašo LRS AM ministro įsakymas Nr.61 (1999 02 05).
- 6.99.02.27. LR SAM ministro įsakymą: Dėl sertifikatų atlikti tam tikras asmens sveikatos priežiūros paslaugas išdavimo, perregistravimo, jų galiojimo sustabdymo, panaikinimo ir atnaujinimo tvarkos.
- 7.LR SAM ministro įsakymas Nr. 110 (99.03.09.): Dėl pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos, jų teikimo bei apmokėjimo ir psichikos sveikatos centro pavyzdinių įstatų bei specialistų veiklos.
- 8.Psichoterapeuto darbo normos projektas (darbo grupės vadovas E.Laurinaitis).
- 9.Europos psichoterapeuto sertifikatas (suteikimo kriterijai ir procedūra).
- 10.LPA Etikos kodeksas.
- 11.LR SAD ministerijos įsakymas 98 01 29, Nr.31: Dėl socialinių darbuotojų kvalifikacinių reikalavimų ir atestavimo tvarkos patvirtinimo.
- 12.Socialinių darbuotojų etikos kodeksas.
- 13-16. Lietuvos medicinos norma:
13. Bendrosios praktikos slaugytojo;
14. Slaugytojo padėjėjo;
15. Bendruomenės slaugytojo;
16. Psichikos sveikatos slaugytojo.
- 17.LR SAM ministro įsakymas 98.10.02. Nr.1277 Dėl bendrosios praktikos slaugytojo (slaugytojos) rengimo standarto.
- 18.Medicinos norma MN 20: 1994 slaugos etikos pagrindai.

Susijusių įstatymų sąrašas:

- Gydytojų rengimo rezidentūroje pertvarkymas - 1993, 27-635 LR SAM.
- Visuomenės sveikatos priežiūros specialybių ir subspecialybių sąrašas - 1997, 55 - 1285, 1999 m. Vasario 5 d. Nr.61 LR SAM.
- Informacija apie naujas patvirtintas bei respublikiniame standartizacijos ir metrologijos centre įregistruotas medicinos ir higienos normas - 1993, 27 - 636 LR SAM.
- Sertifikatų atlikti tam tikras asmens sveikatos priežiūros paslaugas išdavimo, perregistravimo, jų galiojimo sustabdymo, panaikinimo ir atnaujinimo tvarka - 1999, 21-609 LR SAM.
- Gydytojų medicinos praktikos licencijavimo nuostatai - 1998, 59 - 1687 LR SAM
- Papildomos medicinos praktikos bei profesinio tobulinimosi trukmė ir mastas, atnaujinant licenzijos galiojimą, jei licenzija nebuvo perregistruota per vienerius metus;

- profesinio tobulinimosi tvarka ir mastas perregistruojant bei atnaujinant licenziją-1998, 59 - 1688 LR SAM.
- Laikinoji gydytojo medicinos praktikos licenzijų išdavimo tvarka - 1998, 59 - 1689 LR SAM
 - Gydytojo medicinos praktikos įstatymas - 1996, Nr. I - 1555 LR SAM
 - Lietuvos Respublikos gydytojo medicinos praktikos įstatymo 1, 3, 9, 10, 12, 13, 14, 17 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymas, 1998 m. gegužės 19 d. Nr. VIII-748 LR SAM
 - Lietuvos Respublikos gydytojo medicinos praktikos įstatymo įsigaliojimo ir įgyvendinimo įstatymo pakeitimo įstatymas, 1998 m. Gegužės 19 d. Nr. VIII - 749 LR SAM
 - Geros klinikinės praktikos taisyklės, 1998 m. birželio 12 d. Nr. 320 LR SAM
 - Dėl Lietuvos medicinos normos MN 53: 1998 „Gydytojas psichiatras. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė" patvirtinimo, 1998 m. rugpjūčio 17d. Nr. 468 LR SAM
 - Dėl Lietuvos medicinos normos „Slaugė - padėjėja (Slaugas - padėjėjas). Funkcijos, pareigos, teisės, kompetencija ir atsakomybė" tvirtinimo, 1995m. kovo 20 d. Nr. 153 LR SAM
 - Dėl Slaugės - padėjėjos (Slaugo - padėjėjo) pareigybės patvirtinimo ir dėl tarnybinio atlyginimo nustatymo, 1996 m. kovo 7d. Nr. 134 LR SAM
 - Dėl Lietuvos medicinos normos „Slaugės etikos pagrindai", 1994 m. gruodžio 30 d. Nr. 469 LR SAM
 - Dėl Lietuvos medicinos normos MN 5: 1998 „Bendruomenės slaugytoja (slaugytojas). Funkcijos, pareigos, teisės, kompetencija ir atsakomybė" patvirtinimo, 1998 m. lapkričio 27d. Nr. 691 LR SAM
 - LR SAM ministro įsakymas Nr. 110 (99.03.09.): Dėl pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos, jų teikimo bei apmokėjimo ir psichikos sveikatos centro pavyzdinių įstatų bei specialistų veiklos.
 - LR Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas 95.06.06. Nr.I-924
 - LR Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo papildymo skyriumi ir 1 straipsnio papildymo įstatymas 99.12.02. Nr.VIII-1461
 - LR SADM įsakymas - 1998 m. sausio 29 d. Nr. 31 Vilnius - dėl socialinių darbuotojų kvalifikacinių reikalavimų ir atestavimo tvarkos patvirtinimo.
 - LR SAM ir LR SADM įsakymas - 1999 m. spalio 6 d. Nr. 432/77 Vilnius - dėl sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatų
 - VLK įsakymas - 1999 m. kovo 10 d. Nr. 29 Vilnius - dėl paslaugų, už kurias mokama iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, klasifikatoriaus patvirtinimo
 - VLK įsakymas - 1999 m. balandžio 26 d. Nr. 50 Vilnius - dėl valstybinės ligonių kasos 1999 03 10 įsakymu nr. 29 patvirtinto "paslaugų, už kurias mokama iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, klasifikatoriaus" papildymo
 - LR SAM įsakymas - 1999 m. gegužės 27 d. Nr. 256 Vilnius - dėl pirminio, antrinio ir tretinio lygių psichiatrijos ir psichoterapijos paslaugų teikimo suaugusiems reikalavimų bei bazinių kainų tvirtinimo
 - LR SADM įsakymas - 2000 m. sausio 4 d. Nr. 1-1 Vilnius - dėl socialinį darbą dirbančių darbuotojų pareigybių sąrašo patvirtinimo
 - LR socialinių paslaugų įstatymas - 1996 m. spalio 9 d. Nr. I-1579 Vilnius
 - LR ŠMM įsakymas - 1998 m. spalio 2 d. Nr. 1277 Vilnius - dėl bendrosios praktikos slaugytojo (slaugytojos) rengimo standarto
 - LR psichikos sveikatos priežiūros įstatymo papildymo IX-1 skyriumi ir 1 straipsnio papildymo įstatymas - 1999 m. gruodžio 2 d. Nr. VIII-1461 Vilnius

Teisės aktai, reglamentuojantys psichikos sveikatos paslaugų teikimą:

I. LR Įstatymai

1. Lietuvos Respublikos gyventojų apsirūpinimo gyvenamosiomis patalpomis ĮSTATYMAS: priedai 1,2,3,4,5 (Lietuvos Respublikos Aukščiausioji Taryba - Atkuriamasis Seimas /Įstatymas II- 2455 /1992.04.07 /Galioja /Valstybės žinios, 1992 Nr.14-378);
2. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos ĮSTATYMAS (Lietuvos Respublikos Seimas /Įstatymas /I-552 /1994.07.19 /Galioja /Valstybės žinios '1994 Nr.63 - 1231);
3. Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės ĮSTATYMAS (Lietuvos Respublikos Seimas /Įstatymas /I-857 /1995.04.18 /Galioja /Valstybės žinios '1995 Nr.44 -1073);
4. Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros ĮSTATYMAS (Lietuvos Respublikos Seimas /Įstatymas /I-924 /1995.06.06 /Galioja /Valstybės žinios '1995 Nr.53 - 1290);
5. Sveikatos draudimo ĮSTATYMAS (Lietuvos Respublikos Seimas /Įstatymas /I-1343 /1996.05.21 /Galioja /Valstybės žinios '1996 Nr.55 - 1287, Valstybės žinios '1996Nr.99);
6. Ginklų ir šaudmenų kontrolės ĮSTATYMAS (Lietuvos Respublikos Seimas /Įstatymas /I-1423 /1996.07.02 /Valstybės žinios '1996 Nr.69 -1665);
7. Socialinių paslaugų ĮSTATYMAS (Lietuvos Respublikos Seimas /Įstatymas /I-1579 /1996.10.09 /Galioja /Valstybės žinios '1996 Nr.104 - 2367);
8. Narkologinės priežiūros ĮSTATYMAS (Lietuvos Respublikos Seimas /Įstatymas /VIII-156 /1997.03.25 /Galioja /Valstybės žinios '1997 Nr.30 - 711);
9. Narkotinių ir psichotropinių medžiagų kontrolės ĮSTATYMAS (Lietuvos Respublikos Seimas /Įstatymas /VIII-602 /1998.01.08 /Galioja /Valstybės žinios '1998 Nr.8 - 161);
10. Invalidų socialinės integracijos įstatymo pakeitimo ir papildymo ĮSTATYMAS (Lietuvos Respublikos Seimas /Įstatymas /VIII-904 /1998.10.22 /Galioja /Valstybės žinios '1998 Nr.98 - 2706);
11. Sveikatos sistemos įstatymo pakeitimo ĮSTATYMAS (Lietuvos Respublikos Seimas /Įstatymas /VIII-946 /1998.12.01 /Galioja /Valstybės žinios '1998 Nr.112 - 3099);
12. Specialioji, o ugdymo ĮSTATYMAS (Lietuvos Respublikos Seimas /Įstatymas /VIII-969 /1998.12.15 /Galioja /Valstybės žinios '1998 Nr.115 - 3228);
13. Narkotinių ir psichotropinių medžiagų pirmtakų (prekursorių) kontrolės ĮSTATYMAS (Lietuvos Respublikos Seimas /Įstatymas /VIII-1207 /1999.06.01 /Galioja /Valstybės žinios '1999 Nr.55 -1764);
14. Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo papildymo ĮSTATYMAS 1999 m. gruodžio mėn. 2d. Nr. 108 -3127;
15. Žmogaus audinių ir organų donorystės ir transplantacijos ĮSTATYMAS (Lietuvos Respublikos Seimas /Įstatymas /I-1626 /1996.11.19 /Galioja /Valstybės žinios '1996 Nr.116-2696);
16. Lietuvos Respublikos žmogaus audinių ir organų donorystės ir transplantacijos ĮSTATYMAS (Lietuvos Respublikos Seimo kanceliarija /1999.12.21 /Aktuali/);

II. LR Vyriausybės nutarimai

17. Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų nustatymo darbingiems, bet be svarbių prižasčių nedirbantiems asmenims (Lietuvos Respublikos Vyriausybė /Nutarimas /1543 /1995.12.08 /Galioja/Valstybės žinios '1995 Nr.102 - 2288)
18. Dėl Savivaldybėje sudaromos psichikos sveikatos komisijos nuostatų patvirtinimo (Lietuvos Respublikos Vyriausybė /Nutarimas /99 /1996.01.17 /Galioja /Valstybės žinios '1996 Nr.7 - 180)

19. Dėl Psichikos sveikatos centro nuostatų patvirtinimo (Lietuvos Respublikos Vyriausybė /Nutarimas /234 /1996.02.09 /Galioja /Valstybės žinios '1996 Nr.15 - 399)
20. Dėl Lietuvos Respublikos invalidų socialinės integracijos įstatymo įgyvendinimo (Lietuvos Respublikos Vyriausybė /Nutarimas /439 /1997.05.08 /Galioja /Valstybės žinios'1997 Nr.41 - 1009)
21. Dėl Teismo psichiatrinės, narkologinės ir psichologinės ekspertizės organizavimo bei atlikimo tvarkos patvirtinimo (Lietuvos Respublikos Vyriausybė /Nutarimas /712 /1997.07.03 /Galioja /Valstybės žinios '1997 Nr.65 - 1586)
22. Dėl Socialinių paslaugų infrastruktūros plėtros 1998-2000 metų programos (Lietuvos Respublikos Vyriausybė /Nutarimas /202 /1998.02.19 /Galioja /Valstybės žinios '1998 Nr.19- 478)
23. Dėl ginklų ir šaudmenų apyvartą reglamentuojančių taisyklių patvirtinimo (Lietuvos Respublikos Vyriausybė /Nutarimas /436 /1998.04.10 /Galioja /Valstybės žinios '1998 Nr.37 - 974)
24. Dėl Valstybės tabako kontrolės programos patvirtinimo (Lietuvos Respublikos Vyriausybė /Nutarimas /954 /1998.07.30 /Galioja /Valstybės žinios '1998 Nr.69 - 2010)
25. Dėl Valstybės alkoholio kontrolės programos patvirtinimo (Lietuvos Respublikos Vyriausybė /Nutarimas /212 /1999.02.25 /Galioja /Valstybės žinios '1999 Nr.21 - 603)

III. LR Sveikatos apsaugos, Socialinės apsaugos ir darbo ministerijų bei Valstybinės ligonių kasos įsakymai

26. Dėl neštumo nutraukimo operacijos atlikimo tvarkos (Sveikatos apsaugos ministerija /Įsakymas /50 /1994.01.28 /Galioja /Valstybės žinios '1994 Nr.18 - 299)
27. Dėl sveikatos apsaugos ministerijos 1992 04 21 įsakymo Nr.144 "Dėl gyventojų sveikatos tikrinimo tvarkos" 7 priedo pakeitimo (Sveikatos apsaugos ministerija /Įsakymas /561 /1995.10.19 /Negalioja /Valstybės žinios '1996 Nr.13 - 348)
28. Dėl būtiniosios medicinos pagalbos (Sveikatos apsaugos ministerija /Įsakymas /35 /1996.01.12 /Galioja /Valstybės žinios '1996 Nr.70 - 1701)
29. Dėl pirminio asmens psichikos būklės patikrinimo tvarkos patvirtinimo (Sveikatos apsaugos ministerija /Įsakymas /133 /1996.03.07 /Galioja /Valstybės žinios '1996 Nr.28-695)
30. Dėl ligų ir sveikatos problemų, dėl kurių negalima tinkamai naudotis civiliniais ginklais, sąrašo ir asmenų, norinčių įsigyti civilinį ginklą, medicininio patikrinimo tvarkos patvirtinimo (Sveikatos apsaugos ministerija /Įsakymas /221 /1997.04.24 /Galioja /Valstybės žinios '1997 Nr.42 - 1039)
31. Dėl vaistų receptų rašymo ir vaistų išdavimo tvarkos vaistinėse (Sveikatos apsaugos ministerija /Įsakymas /348 /1997.06.19 /Galioja /Valstybės žinios '1997 Nr.60-1435)
32. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos 1997 m. rugsėjo 17 d. įsakymas Nr. 112 (Socialinių paslaugų katalogas) (Socialinės apsaugos ir darbo ministerija /Įsakymas /112 /1997.09.17 /Galioja /Valstybės žinios '1998 Nr.22 - 553)
33. Dėl bazinių kainų tikslinimo (Sveikatos apsaugos ministerija /Įsakymas /602 /1997.11.10 /Galioja /Valstybės žinios '1997 Nr. 103 - 2607)
34. Dėl substitucinės terapijos taikymo sergantiesiems priklausomybe nuo opioidų tvarkos patvirtinimo (Sveikatos apsaugos ministerija /Įsakymas /702 /1997.12.22 /Galioja /Valstybės žinios '1998 Nr.13 - 326)
35. Dėl brangiųjų tyrimų ir procedūrų bazinių kainų patvirtinimo (Sveikatos apsaugos ministerija /Įsakymas /721 /1997.12.31 /Galioja /Valstybės žinios '1998 Nr.25 - 652)
36. Dėl sveikatos apsaugos ministerijos 1997 12 22 įsakymo Nr.702 papildymo (Sveikatos apsaugos ministerija /Įsakymas /68 /1998.02.03 /Galioja /Valstybės žinios '1998 Nr.13-327)

37. Dėl asmenų, norinčių įsigyti civilinį ginklą, medicininio tikrinimo tvarkos (Sveikatos apsaugos ministerija /Įsakymas /107 /1998.03.02 /Galioja /Valstybės žinios '1998 Nr.25-654)
38. Dėl apmokėjimo už ilgai gydomus ligonius psichiatrijos stacionaruose tvarkos patvirtinimo ir SAM 1997 07 15 įsakymo Nr.399 bei S AM 1997 12 31 įsakymo Nr.721 papildymo (Sveikatos apsaugos ministerija /Įsakymas /273 /1998.05.27 /Galioja /Valstybės žinios '1998 Nr.52 - 1436)
39. Dėl bazinių kainų patvirtinimo (Sveikatos apsaugos ministerija /Įsakymas /329 /1998.06.18/Galioja/Valstybės žinios'1998 Nr.57 - 1611)
40. Dėl narkologinės priežiūros įstatymo poįstatyminių teisės aktų tvirtinimo (Sveikatos apsaugos ministerija /Įsakymas /544 /1998.09.25 /Galioja /Valstybės žinios '1998 Nr.86-2407)
41. Dėl vaistų ir vaistinių medžiagų, kurių į Lietuvos Respublikos valstybinį vaistų ir vaistinių medžiagų registrą neįrašytus analogus leidžiama parduoti, sąrašo tikslinimo tvarkos patvirtinimo (Sveikatos apsaugos ministerija /Įsakymas /687 /1997.12.17 /Negalioja /Valstybės žinios '1997 Nr.118 - 3067)
42. Dėl nedarbingumo pažymėjimų bei nėštumo ir gimdymo atostogų pažymėjimų davimo taisyklių 1.3, 1.4, 1.5, 2.2, 2.3, 2.7, 2.10, 2.11, 2.12, 3.1, 3.4, 9.7, 9.12 ir 9.14 punktų dalinio pakeitimo bei papildymo (Socialinės apsaugos ir darbo ministerija /Įsakymas /63 /1999.01.07 /Galioja /Valstybės žinios '1999 Nr.7 - 157)
43. Dėl pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos, jų teikimo bei apmokėjimo tvarkos ir psichikos sveikatos centro pavyzdinių įstatų bei specialistų veiklos (Sveikatos apsaugos ministerija /Įsakymas /110 /1999.03.09 /Valstybės žinios'1999 Nr.25 - 722)
44. Dėl pirminio, antrinio ir tretinio lygių psichiatrijos ir psichoterapijos paslaugų teikimo suaugusiesiems reikalavimų bei bazinių kainų tvirtinimo (Sveikatos apsaugos ministerija /Įsakymas /256 /1999.05.27 /Galioja /Valstybės žinios '1999 Nr.48 - 1557)
45. Dėl valstybinės ligonių kasos direktoriaus 1999 03 10 įsakymu Nr. 29 patvirtinto "Paslaugų, už kurias mokama iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, klasifikatoriaus" papildymo (Valstybinė ligonių kasa /Įsakymas /66 /1999.06.11 /Galioja /Valstybės žinios ' 1999 Nr.55 - 1799)
46. Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 05 27 įsakymo Nr.256 pakeitimo ir papildymo (Sveikatos apsaugos ministerija /Įsakymas /360 /1999.08.03 /Valstybės žinios '1999 Nr.67 - 2177)
47. Dėl donorių sveikatos tikrinimo tvarkos, privalomųjų tyrimų sąrašo, reikiamų donorių sveikatos rodiklių bei donoro apklausos anketos reikalavimų patvirtinimo (Sveikatos apsaugos ministerija /Įsakymas /519 /1999.11.30 /Galioja /Valstybės žinios '1999 Nr.104- 3010)
48. Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo (Sveikatos apsaugos ministerija /Įsakymas /49 /2000.01.28 /Galioja /Valstybės žinios '2000 Nr.10 - 253)

Karoliniškių PSC gydytojo psichiatro pareigų instrukcija

Atsakingas už (pagrindinės funkcijos):

1. būtiniosios medicinos pagalbos teikimą prireikus medicinos gydytojo kompetencijai priskirtas paslaugas;
2. pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kokybę;
3. medicinos etikos ir deontologijos reikalavimų laikymąsi.
4. statistikai patikimą paslaugų apskaitą ir atskaitomybę;
5. vidaus darbo tvarkos, darbų ir priešgaisrinės saugos taisyklių reikalavimų vykdymą.
6. savarankiškai padarytas profesines klaidas aplaidumą, netinkamą jam priklausančių funkcijų vykdymą, taip pat už teisių viršijimą atsako pagal LR Įstatymus ir gali būti traukiamas drausminėn, administracinėn ar baudžiamojon atsakomybėn.

Atlieka darbus (funkcijas):

1. Teikia būtinąją pagalbą, prireikus - medicinos gydytojo kompetencijai priskirtas medicinos paslaugas.
2. Teikia pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas ligoniui apsilankius poliklinikoje (SAM 1997 06 30 Įsakymo Nr.359 3 priedas), MN 53-1998;:
 - kalbasi su ligoniu, surenka anamnezę,
 - apžiūri ligonį nustato preliminarią diagnozę ir tolimesnio tyrimo planą,
 - atlieka tyrimus, skiria ir kontroliuoja gydymą, atlieka kitus būtinus veiksmus, reikalingus paciento sveikatai gerinti.
 - išrašo vaistams receptus ir nurodo, kaip juos vartoti
 - tvaiko medicinine dokumentaciją
 - išnaudojus visas ambulatorinės diagnostikos ar gydymo galimybes, paruošia ligonius stacionariniam gydymui,
 - propaguoja sveiką gyvenseną, ligų profilaktikos ir sveikatos saugojimo bei ugdymo priemones.
 - atlieka laikinojo nedarbingumo ekspertizę, užtikrina kompensuojamų vaistų pagrįstumą.
 - atrenka ligonius, kuriems reikalinga sisteminga dispanserinė priežiūra.
 - atlieka profilaktinius sveikatos tikrinimus pagal SAM isak. Nr.301 ir kitus.
 - valstybine kalba kokybiškai pildo statistinės apskaitos dokumentus pagal patvirtintą registrą
 - nustatyta tvarka pateikia statistines ir kitas privalomos atskaitomybės žinias.
3. Nustatyta tvarka praneša teritoriniam visuomenės sveikatos centrui apie išaiškintą ar įtariamą nelaimingą atsitikimą, ūminę apskaitomą užkrečiamąją ligą, apsinuodijimą, sanitarijos ir epidemiologijos režimo pažeidimą.
4. Nustatyta tvarka praneša policijai apie sužeidimus šaltuoju ar šaunamuoju ginklu bei kitus smurtinius sužalojimus.
5. Užtikrina, kad būtų naudojamos tik tokios sveikatos priežiūros technologijos, kurios aprobuotos ir leistos naudoti Lietuvos Respublikoje.
6. Laikosi medicinos etikos ir deontologijos reikalavimų, gerbia paciento teisę ir saugo jo medicininę paslaptį Įstatymo nustatyta tvarka.
7. Laikosi poliklinikos vidaus tvarkos bei darbo ir priešgaisrinės saugos taisyklių
8. Atlieka kitas Įstatymuose ir teisės aktuose numatytas pareigas
9. Vykdo kolektyvines sutarties nuostatas.

Karoliniškių PSC slaugytojos pareigų instrukcija

Atsakingas(-a) už (pagrindinės funkcijos):

1. medicinos etikos ir deontologijos, aseptikos ir antiseptikos taisyklių reikalavimų laikymąsi, bei paciento medicininės paslapties išsaugojimą,
2. poliklinikos vidaus tvarkos, darbo ir priešgaisrinės saugos taisyklių laikymąsi,
3. MN 28:1996, MN 22:1997 ir kitų teisės aktų, VPSC, Visuomenės sveikatos centro, skyriaus vedėjos ir vyr. slaugytojos nurodymų, poliklinikos direktoriaus įsakymų, vykdymą.
4. padarytas profesines ir etikos klaidas, aplaidumą ar netinkamai atliekama slauga atsako asmeniškai pagal LR galiojančius įstatymus.

Atlieka darbus (funkcijos):

1. Nustato, kokios slaugos reikia slaugomam asmeniui ir kokios pagalbos reikia jo šeimai, globėjams, aplinkiniams.
2. Bendrauja su pacientais, stengiasi pirmiausia tenkinti svarbiausius jų poreikius, taip pat skatinti ir mokyti pacientą bei jo šeimos narius pačius dalyvauti slaugoje,
3. Registruoja visus slaugos veiksmus paciento stebėjimo bei surinktų apie jį žinių lape ir naudojami šia informacija tik slaugai gerinti. Įgyvendina šiuolaikinės slaugos mokymo principus, akcentuodama slaugos svarbą, kitam aptarnaujančiam personalui.
4. Tobulina psichikos sveikatos slaugos praktiką, analizuoja ir apibendrina slaugos darbą, teikia pasiūlymus administracijai, slaugos specialistams.
5. Bendradarbiauja su kitų profesijų žmonėmis, ištaigomis, nuo kurių priklauso ar gali priklausyti žmonių psichikos sveikata.
6. Kruopščiai slaugo įvairaus amžiaus žmonės, rūpinasi jų sveikata saugumu, reabilitacija.
7. Atlieka gydytojo paskyrimus, informuoja pacientus apie paskirtą vaistą poveikį, nurodo profilaktikos būdus, stebi kaip veikia vaistai, ar nesukelia neigiamų poveikių.
8. Praneša gydytojui apie pastebėtas procedūrų komplikacijas, užsiima psichikos sveikatos slauga, kuri atitinka ir socialinę ligonių padėtį, padeda jiems reabilituotis ir integruotis į visuomenę.
9. Laikosi psichiatrijos etikos dėl paciento gyvenimo, elgesio, socialinių sąlygų, laikosi konfidencialumo reikalavimų.
10. Įvertina paciento elgesio pasikeitimus, bendravimą su kitais pacientais ar medicinos personalu.
11. Įvertina paciento intelektą, mąstymą, emocijas, atmintį, valią, suvokimą ir kitus pokyčius.
12. Įvertina somatinius sutrikimus: kvėpavimo, virškinimo, širdies veiklos, pulso, kraujospūdžio, veido spalvą, akių išraišką ir kt.
13. Vykdo priklausomybės ligų prevencijos darbą.
14. Teikia skubiąją medicinos pagalbą, kai nėra gydytojo ir iškyla grėsmė paciento gyvybei (klinikinė mirtis, koma, šokas, kolapsas, asfiksija, širdies veiklos sutrikimas, traumas).
15. Dalyvauja slaugos darbuotojų susirinkimuose, konferencijose, kvalifikacijos kėlimo užsiėmimuose.
16. Nustatyta tvarka kelia dalykinę specializaciją bei tobulinasi kvalifikacijos kėlimo kursuose.
17. Valstybine kalba kokybiškai pildo medicininę dokumentaciją, darbo apskaitos ir atsiskaitomybės formas.
18. Paruošia reikiamą dokumentaciją ir kitas medžiagas gydytojo darbui kabinete, reguliuoja ligonių priėmimą, pagal gydytojo nurodymus teikia medicinos pagalbą.
19. Ekonomiškai ir saugiai vartoja medikamentus ir dezinfekcinius preparatus, (tikrina jų galiojimo laiką), naudoja instrumentus.
20. Baigusi(-ęs) darbą, sutvarko kabinetą, dokumentaciją, instrumentus ir kita, laikydamasi darbų ir priešgaisrinės saugos instruktorių reikalavimų.

Karoliniškių PSC psichologų pareigų instrukcija**Atsakingas už (pagrindinės funkcijos):**

1. medicinos etikos normų laikymąsi, medicininės paslapties išlaikymo užtikrinimą.
2. Asmeniškai atsako pagal psichikos sveikatos priežiūros įstatymą ir kitus Lietuvos Respublikos įstatymus.
3. padalytas klaidas, aplaidumą, netinkamą priklausančių funkcijų vykdymą, taip pat už teisių viršijimą traukiamas drausminėn, materialinei, administracinei ar baudžiamojon atsakomybėn įstatymų nustatyta tvarka.

Atlieka darbus (funkcijas):

1. atlieka psichologinę diagnostiką vaikams, paaugliams ir suaugusiems, kuriuos atsiunčia gydytojas psichiatras;
2. teikia psichologinę pagalbą asmenims, kuriuos atsiunčia pirminio psichikos sveikatos centro gydytojai psichiatrai, nustatę diagnozę ir numatę psichologinės pagalbos būtinumą;
3. teikia pagalbą krizių atvejais asmenims, išgyvenusiems psichologines traumas, sutrikdančias jų funkcionavimą;
4. teikia pagalbą užtikrindami psichologinę reabilitaciją ir readaptaciją tiems asmenims, kurie turi psichikos problemų bei jų šeimos nariams;
5. teikia psichologines konsultacijas pirminio psichikos sveikatos centro darbuotojams poststresogeninių darbinių situacijų. Teikia psichologines konsultacijas, sprendžiant darbuotojų konfliktus, jeigu jie pageidauja,
6. tvarko savo darbą atspindinčius dokumentus pagal patvirtintą registrą, kuriuose pažymi darbo turinį, apimtį, kokybę, pasiektus rezultatus.
7. teikia pasiūlymus darbo gerinimo klausimais;
8. susipažįsta su pirminio psichikos sveikatos centro, jo darbui reikalingais dokumentais, programomis, projektais;
9. kelia kvalifikaciją, dalyvaudamas konferencijose, seminaruose ir kitokiuose renginiuose, suderinus su PSC vadovybe.

Karoliniškių PSC Socialinio darbuotojo pareigų instrukcija

Atsakingas už (pagrindinės funkcijos):

1. socialinės problemos nustatymą,
2. socialinės paramos plano sudarymą ir vykdymą,
3. paramos įvertinimą,
4. savo profesinės veiklos tobulinimą,
5. pareiginių funkcijų nevykdymą ar netinkamą vykdymą, taip pat už padarytą žalą socialiniai darbuotojai atsako LR įstatymų nustatyta tvarka

Atlieka darbus (nurodyti pagrindines funkcijas):

1. įvertina paciento socialinę situaciją;
 - 1.1. surenka ir kaupia informaciją apie paciento socialines problemas ir aplinką,
 - 1.2. tarpininkauja tarp sveikatos priežiūros personalo ir paciento,
 - 1.3. sudaro individualų socialinės pagalbos pacientui planą,
 - 1.4. numato socialinės pagalbos pacientui konkrečias priemones ir būdus;
2. teikia informaciją ir konsultuoja pacientą:
 - 2.1. apie įstatymus dėl socialinių garantijų *kc* lengvatų,
 - 2.2. apie jo teises ir galimybes konkrečiu atveju,
 - 2.3. kaip elgtis esant problemoms, konfliktams, iškilusiems dėl paciento sveikatos būklės pokyčių, apie pacientui reikalingas pagalbos įstaigas ir padeda jas pasirinkti;
3. padeda tvarkyti globos, rūpybos, paslaugų namuose, pensijų gavimo dokumentus;
4. informuoja ir konsultuoja paciento artimuosius apie pagalbos poreikį ir priemones;
5. organizuoja ir dirba su paciento savipagalbos grupėmis;
6. koordinuoja savo veiklą, bendradarbiauja ir su kitomis institucijomis:
 - 6.1. gali atstovauti ir ginti paciento teises ir teisėtus interesus įvairiose institucijose bei organizuoti juridinę pagalbą,
 - 6.2. koordinuoja santykius su šeima ir padeda spręsti konfliktus,
 - 6.3. rengia paciento perkėlimo į globos įstaigą dokumentus,
 - 6.4. rastu praneša savivaldybės globos ir rūpybos skyriui apie pacientui reikalingas socialines paslaugas,
 - 6.5. sprendžia paciento socialines problemas, bendradarbiauja su gydytojais ir slaugos specialistais,
 - 6.6. konsultuojasi su kitų institucijų socialiniais darbuotojais;
7. į pagalbos procesą įtraukia paciento šeimą ir artimuosius;
8. kontroliuoja ir rekomenduoja socialinių paslaugų teštinumą;
9. tobulina savo veiklą:
 - 9.1. domisi socialinio darbo sveikatos apsaugos sistemoje patirtimi ir pasiekimais, taikoma pažangią patirtį
 - 9.2. vertina savo pagalbos efektyvumą konkrečiam asmeniui ir siūlo darbo gerinimo priemones.
 - 9.3. rengia socialinės veiklos ataskaitas ir pranešimus;
10. rastu fiksuoja socialinių paslaugų teikimo eigą tam tikslui skirtame žurnale;
11. savo veikloje laikosi gautos informacijos apie pacientą konfidencialumo;
12. dalyvauja poliklinikos organizuojamuose susirinkimuose, konferencijose, komisijose, bendruose moksliniuose tyrimuose;
13. gauna darbui reikalingas priemones, reikalingą informaciją iš savivaldybės, seniūnijų ir kitų įstaigų, ją analizuoja,
14. teikia pasiūlymus socialiniam darbui gerinti,
15. kelia savo profesinę kvalifikaciją.