TARPSEKTORINIO BENDRADARBIAVIMO MODELIO KŪRIMO PRIELAIDOS, GALIMYBĖS IR KLIŪTYS PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOJE DIRBANT SU SOCIALINĖS RIZIKOS ŠEIMOMIS

JORŪNĖ VYŠNIAUSKYTĖ-RIMKIENĖ,
ROBERTA MOTIEČIENĖ, LAURA VARŽINSKIENĖ

VYTAUTO DIDŽIOJO UNIVERSITETAS

Straipsnyje atskleidžiamas tarpsektorinio bendradarbiavimo modelio kūrimo prielaidos, galimybės ir kliūtys dirbant su socialinės rizikos šeimomis pirminės sveikatos priežiūros (PSP) sistemoje. Tarpsektorinio bendradarbiavimo patirties ir potencialo vertinimas bandomosiose PSP įstaigose vyko taikant veiklos tyrimo prieigą. Duomenys rinkti focus grupių metodu: kiekvienai profesinei grupei surinktos atskiros grupės. Siekiant sukurti tarpsektorinio bendradarbiavimo modelį, parengta mokymo programa skirtingų sektorių specialistams: šeimos gydytojams, bendrosios praktikos slaugytojoms ir socialiniams darbuotojams. Remiantis focus grupių rezultatais, gautais pasibaigus mokymams, pateikiamos tarpsektorinio bendradarbiavimo modelio įgyvendinimo rekomendacijos specialistams, dirbantiems PSP su socialinės rizikos šeimomis.

IVADAS

Pirminės sveikatos priežiūros įstaigose dirba specialistai, gydantys ligų sukeltus negalavimus. Tačiau siekiant padėti šeimai dažnai nepakanka vien gydyti. Socialinės rizikos šeima – viena pažeidžiamiausių visuomenės grupių, kuri dažnai dėl savo problemų sudėtingumo negeba

savarankiškai tvarkytis. Šiuolaikinėje visuomenėje socialinės rizikos šeimos dažnai išgyvena neigiamą patirtį gaudamos paslaugas, nes jos būna fragmentiškos arba dubliuojasi. Sukūrus tarpsektorines komandas pirminės sveikatos priežiūros įstaigose, teikiančiose paslaugas socialinės rizikos šeimoms, situacija palengvėtų.

2003 m. išleistame LR Socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakyme (Nr. A1-207) „Dėl darbo su socialinės rizikos šeimomis“ nurodoma, kad šeimoje kylanti problema dažniausiai yra kompleksinė, reikalaujanti tarpdisciplininio požiūrio. Priėmus šį įstatymą, pagalbą socialinės rizikos šeimoms teikiantys specialistai įpareigoti kurti ir vystyti tarpdisciplinines komandas, sprendžiančias socialinės rizikos šeimų problemas. Pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijoje (2007, Nr. V-717) siekiama aprėpti dvi sudėtingas veiklos sritis – sveikatos priežiūrą ir socialines paslaugas. Koncepcijoje nurodoma, kad būtina gerinti bendradarbiavimą tarp skirtingų sektorių – sveikatos priežiūros bei socialinių paslaugų teikėjų – bei „rekomenduoti savivaldybėms įtraukti šeimos gydytojus į savivaldybių parengtų sveikatos ir socialinių problemų sprendimo programų rengimą ir įgyvendinimą.“

Kaip rodo tyrimų apžvalga, skirtingų sektorių (medicinos ir socialinio) bendravimas ir bendradarbiavimas pirminės sveikatos priežiūros sistemoje tyrinėtas nedaug, tad atsiskleidžia jų bendradarbiavimo būtinybė. Anot S. Lyncho (2013), geresnė bendravimo kokybė tarp šeimos gydytojų bei socialinių darbuotojų gali parodyti ir atliepti daug psichosocialinių problemų, su kuriomis susiduriama pirminės sveikatos priežiūros sistemoje.

Šio straipsnio tikslas – atskleisti tarpsektorinio bendradarbiavimo modelio kūrimo prielaidas, galimybes ir kliūtis pirminės sveikatos priežiūros sistemoje dirbant su socialinės rizikos šeima šeimos gydytojų, bendrosios praktikos slaugytojų ir socialinių darbuotojų požiūriu. Uždaviniai – aptarti tarpsektorinio bendradarbiavimo modelio kūrimo procesą, pateikti rekomendacijas tarpsektorinio bendradarbiavimo PSP įgyvendinimo plėtrai.

TARPSEKTORINIS BENDRADARBIAVIMAS TARP SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IR SOCIALINĖS APSAUGOS SISTEMOS SPECIALISTŲ

Tarpsektorinis bendradarbiavimas tarp valstybinio, privataus ir nevyriausybinių sektorių tampa vis aktualesnis sprendžiant socialinės rizikos šeimų sveikatos problemas. Lietuvoje tarpsektorinis bendradarbiavimas teisiškai reglamentuotas, tačiau PSO idėjos, kaip paslaugos turėtų būti teikiamos, įgyvendinamos tik iš dalies. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakyme dėl šeimos gydytojų teisių, pareigų, kompetencijų ir atsakomybės teigiama, kad šeimos gydytojas *privalo bendradarbiauti su kitais darbuotojais, atliekančiais pirminę asmens sveikatos priežiūrą ir teikiančiais socialinę pagalbą; turi išmanyti šeimos sveikatos ir socialinės apsaugos pagrindus* (2005, V-1013, Vilnius).

Šeimos gydytojas, sprenddamas socialinės rizikos šeimų sveikatos problemas, dažniausiai dirba komandoje su sveikatos priežiūros sektoriaus atstovu, t. y. su bendruomenės slaugytojomis. Teisiškai tarpsektorinio bendradarbiavimo reglamentavimas su bendruomenės slaugytojomis pažymimas LR Sveikatos apsaugos ministro įsakyme (2011, Nr. 5) dėl bendruomenės slaugytojų teisių, pareigų, kompetencijų ir atsakomybių teikiant paslaugas. Reglamentuojama, kad bendruomenės slaugytojos *privalo informuoti reikiamas tarnybas apie galimą socialinių paslaugų poreikį ir inicijuoti socialinių paslaugų teikimą; bendradarbiauti su pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiais gydytojais, kitais asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros, slaugos specialistais ir socialinių paslaugų darbuotojais, papildomai turi žinoti socialinės pagalbos lėtinėmis ligomis sergantiems, specialiųjų poreikių turintiems ir rizikos grupėms priklausantiems asmenims būdus ir galimybes, slaugos namuose organizavimo ir teikimo ypatumus; socialinių paslaugų organizavimo bendruomenėje principus <...>*. Išanalizavus sveikatos priežiūros sistemos teisinę bazę dėl tarpsektorinio bendradarbiavimo principų įgyvendinimo, galima teigti: politiniu lygmeniu akcentuojama šeimos gydytojo atsakomybė dėl bendradarbiavimo su kitais sektoriais, o bendruomenės slaugytojos privalo informuoti reikiamas tarnybas ir inicijuoti socialinių paslaugų teikimą.

Socialinės apsaugos sistemoje analizuojant socialiniam darbuotojui keliamus kvalifikacinius reikalavimus (Nr. A1-2, 2006) teisiškai reglamentuojama: socialinis darbuotojas turi *aktyviai bendradarbiauti su vaiko*

teisių apsaugos, savivaldybės socialinės paramos, švietimo ir ugdymo, sveikatos priežiūros, teisėsaugos, užimtumo ir kitų sričių darbuotojais, kitais socialiniais darbuotojais, organizacijų, ginančių žmogaus teises ir interesus, atstovais, bendruomenės nariais, savanoriais. Jis turi gebėti tarpininkauti dėl kitų pagalbos priemonių (piniginės socialinės paramos, vaiko teisių apsaugos, užimtumo, sveikatos priežiūros, švietimo ir ugdymo, socialinio būsto, specialiųjų pagalbos priemonių ir kt.) asmeniui, šeimai ar bendruomenei teikimo. Remiantis teisiniais dokumentais, socialiniam darbuotojui skiriamas tarpininko vaidmuo tarp sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos sektorių, kai tarpininkaujant ir atstovaujant socialinės rizikos šeimai būtų kuriama tarpsektorinė pagalba konkrečiais atvejais.

Dažniausiai kylanti problema įgyvendinant tarpsektorinį bendradarbiavimą – socialinių darbuotojų etatų stoka pirminės sveikatos priežiūros sistemoje. Socialinis darbuotojas, dirbdamas socialinės rizikos šeimose, pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje galėtų užimti šias pareigas: socialinio darbuotojo, socialinio darbo vadybininko ir (ar) socialinio darbo organizatoriaus.

DARBO SU SOCIALINĖS RIZIKOS ŠEIMA PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOJE YPATUMAI

Socialinių darbuotojų, dirbančių pirminės sveikatos priežiūros sistemoje, paskirtis – *sustiprinti į 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* (Žin., 1999, Nr. 432/77).

Socialinės rizikos šeima – šeima, kurioje auga vaikų iki 18 metų ir kurioje bent vienas iš tėvų piktnaudžiauja alkoholiu, narkotinėmis, psichotropinėmis ar toksinėmis medžiagomis, yra priklausomas nuo azartinių lošimų, dėl socialinių įgūdžių stokos nemoka ar negali tinkamai prižiūrėti vaikų, naudoja prieš juos psichologinę, fizinę ar seksualinę prievartą, gaunamą valstybės paramą naudoja ne šeimos interesams ir todėl iškyla pavojus vaikų fiziniam, protiniam, dvasiniam, doroviniam vystymuisi ir saugumui (LR Socialinių paslaugų įstatymas, 2006).

Anot A. R. Matoso, L. M. Sousos (2004), socialinės rizikos šeimos išsiskiria chaotiška sąveika ir problemų seka, kuri paliečia visus šeimos narius.

1 LENTELĖ. SOCIALINIO DARBUOTOJO, DIRBANČIO PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS
SISTEMOJE FUNKCIJOS. (SUDARYTA PAGAL: ŽIN., 1999, NR. 432/77)

<ul style="list-style-type: none"> • 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 ir lengvatų, apie jo teises ir galimybes konkrečiu atveju; • sprendžia, kaip elgtis esant problemų, konfliktų, iškilusių dėl paciento sveikatos būklės, pakitimų, suteikia informaciją apie pacientui reikalingas pagalbos ištaigas 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • koordinuoja santykius su šeima, darbovieta ir padeda spręsti iškilusius konfliktus; • rengia paciento perkėlimo į globos ištaigą dokumentus; • raštu praneša savivaldybės globos ir rūpybos skyriui apie pacientui reikalingas socialines paslaugas; • sprendžia paciento socialines problemas, bendradarbiauja su gydytojais, slaugos specialistais; • konsultuojasi su kitų institucijų socialiniais darbuotojais; • į pagalbos procesą įtraukia paciento šeimą ir artimuosius; • kontroliuoja ir rekomenduoja socialinių paslaugų tęstinumą; • tobulina savo veiklą; • domisi socialinio darbo sveikatos apsaugos sistemoje patirtimi ir pasiekimais, taiko pažangią patirtį; • vertina savo pagalbos efektyvumą konkrečiam asmeniui ir siūlo darbo gerinimo priemones; • rengia socialinės veiklos ataskaitas ir pranešimus; • raštu fiksuoja socialinių paslaugų teikimo eigą tam tikslui skirtame žurnale; • socialiniai darbuotojai savo veikloje privalo laikytis gautos informacijos apie pacientą konfidencialumo.
--	--

Jų gyvenime kovojama su nepriežiūros, apleistumo, alkoholizmo, prostitucijos, nusikalstamumo, narkotinių medžiagų vartojimo, depresijos, psichozės ir panašiomis problemomis.

L. Kaplanas (1986) teigia, kad socialinės rizikos šeimos pasižymi šiomis charakteristikomis:

- ♦ *daugiau nei viena problema,*
- ♦ *vidinės ir išorinės problemos,*
- ♦ *krizės šeimoje.*

Šeimos išitraukimas į socialinių paslaugų gavimą pirminės sveikatos priežiūros sistemoje gali vykti, kai:

- ♦ pati šeima ieško pagalbos, kadangi žino socialines paslaugas ir teikiamų paslaugų pobūdį pirminės sveikatos priežiūros institucijoje,
- ♦ pirminės sveikatos priežiūros sveikatos specialistai identifikuoja socialinės rizikos šeimas ir nukreipia socialinį darbuotoją į šeimą,
- ♦ trečiasis asmuo (giminaitis, bendruomenės narys) praneša apie šeimą, kuriai reikalinga pagalba (Matos, Sousa, 2004).

Tarpsektorinis specialistų bendradarbiavimas gali sumažinti socialinės rizikos šeimų problemas ir pagerinti gyvenimo kokybę. Šiuo atveju nerekomenduojama individuali veikla problemoms spręsti, kadangi socialinės rizikos šeimų problemos paprastai yra sudėtingos, sprendimo būdas nėra akivaizdus ir reikalauja žinių, gebėjimų bei informacijos iš skirtingų sričių, o pats sprendimas – įvairių idėjų ir sprendimų galimybių.

B. Vijeikienė ir J. Vijeikis (2000) apibrėžia komandą kaip kartu dirbančių asmenų grupę, kurioje visų narių buvimas yra būtinas tikslui įgyvendinti ir kiekvieno nario individualiems poreikiams patenkinti. Šiame straipsnyje terminu „komanda“ apibūdinama konkrečios socialinės rizikos šeimos problemoms spręsti suburti specialistai (Nelsonas, Ekonomis, 1999).

Galima išskirti keletą pagrindinių tarpsektorinės komandos privalumų: didesnis perspektyvų skaičius leidžia tiksliau įvertinti socialinės rizikos šeimos situaciją ir rasti alternatyvas jų problemų sprendimui; kompleksinės komandos narių interpretacijos suteikia galimybę atskleisti daugiau nagrinėjamos problemos aspektų; nariai pasižymi didesniu atvirumu naujoms idėjoms, didesniu lankstumu; skirtingų perspektyvų analizė suteikia daugiau kūrybiškumo.

Skirtingų specialistų darbas komandoje gali turėti ir tam tikrų neigiamų aspektų: tokia komanda paprastai pasižymi didesniu dviprasmiškumu, kompleksišku, nepasitikėjimu, tarpsektorinėje komandoje slypi

potencialių komunikavimo sutrikimų; gali atsirasti sunkumų siekiant bendrų susitarimų ar derinant diversiškas perspektyvas.

Nesvarbu, kokio tipo yra, komanda turi atlikti tam tikras funkcijas: kelti užduotis ir tikslus, sugebėti nustatyti kylančias problemas, rinkti informaciją, faktus apie komandos veiklą, išsakyti idėjas bei nuomones ir interpretuoti pasiūlymus, patikslinti neaiškumus, siūlyti sprendimus, nustatyti, kiek sutariama dėl priimto sprendimo (Barvydienė, Kasiulis, 1998).

Šiandien vis daugiau pirminės sveikatos priežiūros sistemos specialistų pripažįsta socialinio darbuotojo poreikį komandos, sprendžiančios socialinės rizikos šeimų problemas, sudėtyje.

TYRIMO METODOLOGIJA

Igyvendinant Lietuvos mokslo tarybos finansuojamą projektą „Tarpsektorinis bendradarbiavimas sprendžiant sveikatos problemas socialinės rizikos šeimose“ (Nr. SIN-13/2012), 2013 m. atliktas kokybinis tyrimas, kuriuo siekta ištirti tarpsektorinio bendradarbiavimo modelio kūrimo prielaidas pirminės sveikatos priežiūros sistemoje, dirbant su socialinės rizikos šeimomis.

Kokybinis geros praktikos tarpsektorinio bendradarbiavimo patirties ir potencialo vertinimas bandomosiose PSP įstaigose vyko taikant veiklos tyrimo (angl. *action research*) prieigą. Veiklos tyrimo (toliau – VT) taikymo principas – vykstant tarpsektorinio bendradarbiavimo pokyčiams įsitraukti į procesą ir jį tyrinėti. Prieš pristatant jo eigą, svarbu trumpai aptarti tyrimo paradigmą: tai padės geriau suprasti tiek tyrimo eigą, tiek planuojamus pokyčius. VT tyrimais siekiama socialinės veiklos praktikus įtraukti į sąlygų ir priemonių, tenkinančių organizacijos poreikių įgyvendinimą, tyrimą socialinės veiklos metodikų pagrindu (Bitinas, Rupšienė, Židžiūnaitė, 2008, p. 139). Kiekviena mokslo ir praktikos sritis vystosi savais etapais ir dažnai pripažįstama, kad skirtingos mokslo šakos turi per mažai žinių iš kitų mokslo sričių (pvz., socialiniai darbuotojai – apie mediciną ir atvirkščiai – šeimos gydytojai – apie socialinę požiūrį). Tad susidūrus su kompleksiniais atvejais, pavyzdžiui, su socialinės rizikos šeima, dėl žinių, skirtingo pagalbos įsivaizdavimo ir pagalbos konteksto interpretavimo (pvz., traktavimo, ką gali PSP ir seniūnijos socialinis darbuotojas) tarpsektorinis bendradarbiavimas

tarp šeimos gydytojo, bendruomenės slaugytojo ir socialinio darbuotojo dažnai gali būti nepakankamas. Veiklos tyrimo esmė – ne tik tyrinėti esamą bendradarbiavimo patirtį, bet ir inicijuoti pokyčius. Todėl tyrimas turėtų būti suprantamas ir kaip komandinio modelio išbandymas. VT esmė – ne „primesti“ tarpsektorinį komandinį modelį, o kartu su grupe išbandyti bent keletą komandinio darbo principų bei kviesti dalyvius pagal šalies pagalbos kontekstą pritaikyti juos pagalbos procese, dirbant su rizikos grupės šeima. Tokiu atveju tyrimo dalyviai tampa savo patirties ekspertais, o tyrėjas perteikia klientų patirtį visuomenei (Kidd, Krat, 2005). Pagrindiniai tyrimo aspektai atspindi šiuos kertinius elementus: supratimą, abipusį įsitraukimą, pokytį ir asmeninį augimą, kuris vyksta tyrimo proceso metu. Veiklos tyrimo metu tiek tyrėjams, tiek tyrimo dalyviams teko atskleisti kritinę patirties refleksiją; tame procese išryškėjo pokyčiai ir naujas suvokimas, koks tarpsektorinis bendradarbiavimas egzistuoja PSP sistemoje, dirbant su socialinės rizikos šeimomis, ir koks jis galėtų būti tyrimo dalyvių profesinėje veikloje.

VT sudarytas iš penkių etapų – (1) esamos tarpsektorinio bendradarbiavimo patirties vertinimo, (2) susipažinimo su komandinio darbo modeliais ir jų išbandymas, (3) komandinio darbo išbandymas simuliacinėje aplinkoje (modelio pritaikymas susidūrus su socialinės rizikos šeima PSP įstaigos kontekste), (4) pakartotino tarpsektorinio bendradarbiavimo patirties vertinimo (pokyčio įvertinimas), (5) gerosios praktikos pasidalijimo ir sklaidos.

Veiklos tyrimo metu sukurtos 4 *focus* grupės – atskiros šeimos gydytojų, bendrosios praktikos slaugytojų ir socialinių darbuotojų bei viena bendra. Paskutinė *focus* grupė sudaryta po mokymų programos praėjus 2 mėnesiams. Tikslinės atrankos metodu į *focus* grupes buvo atrinkta po 10 specialistų, dirbančių su socialinės rizikos šeimomis. Kadangi kai kuriose poliklinikose, dalyvavusiose tyrime, nėra socialinio darbuotojo etato, atliekant atranką kiti socialiniai darbuotojai buvo parinkti teritoriniu principu iš arčiausiai esančių socialinių paslaugų įstaigų. Tyrime dalyvavo šeimos gydytojai kartu su savo bendrosios praktikos slaugytojais bei šiose įstaigose dirbantys socialiniai darbuotojai iš keturių Kauno miesto ir dviejų Kauno rajono bandomųjų poliklinikų (valstybinių ir privačių), socialiniai darbuotojai dalyvavo iš trijų Kauno miesto ir vienos Kauno rajono įstaigų. *Focus* grupių veikla truko po 3 valandas.

2 LENTELĖ. VEIKLOS TYRIMO ETAPAI

1 etapas		2 etapas		3 etapas		4 etapas
Esamo tarpsektorinio bendradarbiavimo patirties įvertinimas		Komandinio darbo teorija ir praktika		Komandinio darbo praktinis išbandymas		Bendradarbiavimo patirties po mokymo vertinimas
1 <i>focus grupė</i> 10 šeimos gydytojų		Komandinio darbo modelio pristatymas ir praktinis išbandymas		Socialinės rizikos šeimos krizių sprendimas komandinio darbo principu: praktinis tarpsektorinės komandos principų taikymas simuliacinėje aplinkoje		
2 <i>focus grupė</i> 10 bendruomenės slaugytojų	⇨		⇨		⇨	Bendra <i>focus grupė</i> : šeimos gydytojai, bendruomenės slaugytojai, socialiniai darbuotojai
3 <i>focus grupė</i> 10 socialinių darbuotojų						
⇩						
Pasiruošimas mokymams	⇨					5 etapas Gerosios praktikos sklaida
						Atviro stalo diskusija apie tarpsektorinį bendradarbiavimą dirbant su rizikos grupės šeima (Mokslinė-praktinė konferencija 2013 11 06)

Pasibaigus paskutinės *focus grupės* susirinkimui, buvo nuspręsta papildomai susitikti su darbuotojais, kurie nedalyvavo mokymuose (kontrolinę grupę sudarė 24 dalyviai, neatstovavę bandomosioms PSP

įstaigoms). Jiems buvo užduoti tie patys klausimai, kaip ir pirmoms trimis *focus* grupėms.

Siekiant atskleisti tarpsektorinio bendradarbiavimo modelį šalies kontekstu ir įvertinti jo veiksmingumą (praėjus dviem mėnesiams), *focus* grupių metu pusiau struktūruoto interviu buvo analizuojamos šios temos:

- ♦ Kas yra socialinės rizikos šeima?
- ♦ Kaip sekasi spręsti socialinės rizikos šeimų problemas?
- ♦ Pasitelkus atvejo analizės metodą, buvo įvardyti tarpsektorinės komandos vaidmenys sprendžiant rizikos šeimų problemas.

Tyrimo duomenys apdoroti temų analizės metodu. Tyrimo dalyvių požiūriai atskleidžiami unikalia tyrimo dalyvių kalba. Duomenų kodavimo procese siekta susieti išskylančias temas su pirminiu tyrimo klausimu.

TYRIMO REZULTATAI

TARPSEKTORINIO BENDRADARBIAVIMO MODELIO KŪRIMAS

PASIRENGIMAS MOKYMAMS

Siekiant sukurti tarpsektorinio bendradarbiavimo modelį pirminės sveikatos priežiūros sistemoje, dirbant su socialinės rizikos šeimomis, pirmiausia buvo atlikta užsienių šalių mokslinės literatūros analizė. Analizuojant kolegų gerąją aptariamąs srities patirtį nuspręsta remtis atvirojo dialogo (toliau – AD) metodu. Atvirasis dialogas (angl. *Open Dialogue Approach*) – plačiai taikomas metodas Skandinavijos šalių pirminės sveikatos priežiūros įstaigose, psichinės sveikatos centruose ir ligoninėse. 25 metų skandinavų patirtis taikant šį komandinio darbo metodą parodė, kad jis veiksmingas sprendžiant sudėtingus atvejus praktikoje: padeda gydyti pacientus ne medicininėmis priemonėmis ir veikia kaip prevencija. AD metodas 80 % veiksmingas teikiant ne medikamentinę pagalbą. Daug šeimų teigė, kad buvo labai svarbu pradėti kalbėtis remiantis atvirojo dialogo metodu, nes išmoko labai daug dalykų (Seikkula ir kt., 2003; Seikkula ir kt., 2006).

Pagrindiniai AD principai (Seikkula ir kt., 2003):

- ♦ Generuoti dialogą – ne spręsti, o vykdyti savianalizės procesą, kad visi nariai turėtų galimybę pasidalyti savo nuomone ir įžvalgomis.
- ♦ Nuo pirmo susitikimo įtraukti šeimą.
- ♦ Komandinių susitikimų metu laikomasi tam tikrų taisyklių. (Jeigu darbo pradžioje nėra galimybių kartu su visa šeima susitikti, siūloma dirbti atskirai su šeimos nariais. Komandinių susitikimų svarba – kalbėtis su šeima nuo pat darbo proceso pradžios).
- ♦ Susitikimų metu niekas negali žėisti (emociškai, seksualiai, fiziškai) kito komandos nario.
- ♦ Dirbant su šeima labai svarbu klausytis, kokiais žodžiais šeima kalba – kaip apibūdina savo patirtį.

Siekiant atskleisti tarpsektorinio bendradarbiavimo modelį šalies kontekstu, *focus* grupių metodu buvo surinkti duomenys iš atskirų profesinių grupių.

Pirmiausia siekta nustatyti, kaip skirtingų sričių specialistai apibūdina socialinės rizikos šeimą. Iš visų *focus* grupių tyrimo duomenų paaiškėjo, kad dalis socialinės rizikos šeimos charakteristikų apibrėžiama panašiai, bet svarbu pastebėti, kad yra ir skirtingų vertinimų (žr. 3 lentelę).

Kaip matyti iš 3 lentelės, visi specialistai nurodė vienodus socialinės rizikos šeimos bruožus – gausų alkoholio vartojimą, bedarbius tėvus, tėvų socialinių įgūdžių stoką, motyvacijos keisti socialiai nepriimtina gyvenimo būdą stoką, tėvystės įgūdžių stoką, skurdą, vaikų nepriežiūrą, vienišą mamą, auginančią vaikus, gyvenančią su skirtingais, probleminio elgesio partneriais, tėvų suvokimo bei intelekto apribojimus. Skirtingų specialistų išskirti socialinės rizikos šeimos bruožai tiesiogiai siejasi su šalies įstatymuose pateiktu apibrėžimu. Įdomu pastebėti, jog smurtą kaip socialinės rizikos šeimų bruožą nurodė tik socialiniai darbuotojai. Šį vertinimą galima aiškinti tuo, kad socialiniai darbuotojai tiesiogiai dirba su smurto apraiškomis šeimoje. Tačiau gali reikšti ir tai, kad sveikatos sektoriaus specialistai dar per mažai dėmesio skiria smurto apraiškoms.

Tyrimo metu taip pat paaiškėjo, kad skirtingų sektorių atstovai minimaliai įsivaizduoja, ko gali tikėtis vieni iš kitų sprendžiant socialinės rizikos šeimų problemas. Ypač išryškėjo medikų nežinojimas, kokia

3 LENTELĖ. KAIP APIBRĖŽIAMA SOCIALINĖS RIZIKOS ŠEIMA

Socialinių darbuotojų	Šeimos gydytojų	Bendruomenės slaugytojų
Gausus alkoholio vartojimas	Gausus alkoholio vartojimas	Gausus alkoholio vartojimas
Asmenys, auginantys vaikus ir neturintys darbo	Asmenys, auginantys vaikus ir neturintys darbo	Asmenys, auginantys vaikus ir neturintys darbo
Socialinių įgūdžių stoka	Socialinių įgūdžių stoka	Socialinių įgūdžių stoka
Motyvacijos stoka	–	Motyvacijos stoka
Tėvystės įgūdžių stoka	Tėvystės įgūdžių stoka	Tėvystės įgūdžių stoka
Skurdas	Skurdas	Skurdas
Suvokimo bei intelekto apribojimai	Suvokimo bei intelekto apribojimai	Suvokimo bei intelekto apribojimai
Vaikų nepriežiūra	–	Vaikų nepriežiūra
–	Vieniša mama, auginanti vaikus, gyvenanti su skirtingais, probleminio elgesio partneriais	Vieniša mama, auginanti vaikus, gyvenanti su skirtingais, probleminio elgesio partneriais
Smurtas	–	–
–	–	Socialiai remtini žmonės
Psichinės problemos	Psichinės problemos	–
–	Kai šeimoje yra senas asmuo ir nėra kam juo rūpintis	–
–	Kai šeimoje yra negalė	Žmonės, auginantys vaikus, neturintys savo būsto
–	Tėvai užsienyje, močiutės augina	–
Išsienėjusios problemos	–	–
Platus problemų spektras	–	–
Vaikų iš šeimos atėmimas	–	–
Turtingi, išsilavinę asmenys, turintys problemų	–	–

veikla užsiima socialiniai darbuotojai ir kuo jie gali būti naudingi aiškinantis sudėtingus atvejus šeimose. Atsiskleidė ir skirtingas požiūris į tarpsektorinės komandos narių vaidmenis. Remiantis minėtais tyrimo rezultatais buvo parengta ir aprobuota 36 akademinių valandų (VDU bei LSMU) mokymų programa. 2013 m. pavasarį buvo organizuoti dviejų dienų mokymai socialiniams darbuotojams, šeimos gydytojams ir bendrosios praktikos slaugytojams. Tarp mokymų dalyviai turėjo susiburti į tarpsektorines komandas ir spręsti pasirinktą socialinės rizikos šeimos atvejį savo (bandomojoje pirminės sveikatos priežiūros arba socialinių paslaugų) institucijoje. Mokymų metu buvo taikomi įvairūs mokymosi metodai: paskaita, darbas grupėse, vaidmenų žaidimai, atvejo analizė, diskusijos, introvizija, refleksija, savarankiška užduotis tarpsektorinėms komandoms.

MOKYMŲ PATIRTIS

Įvertinus mokymų procesą, galima išskirti keletą išryškėjusių aspektų. Visų trijų profesijų atstovai pradžioje pasižymėjo gynybiškumu ir nerimu, už kurių, galima numanyti, „slėpėsi“ ne tik socialinio ir medicinos sektorių profesijos specifika, bet ir maža bendradarbiavimo su kitais sektoriais patirtis, nevienodas mokymosi patyrimas („dažniausiai mes tik išklausome teorines paskaitas, o tokių praktinių užsiėmimų nesam pratę gauti“). Mokymai atskleidė, kad sveikatos sektoriaus atstovai nežino, kokia konkrečia veikla užsiima socialiniai darbuotojai. Medicinos sektoriaus atstovams kilo šie pagrindiniai klausimai: Kokiomis situacijomis / kokioms problemoms iškilus ir kur kreiptis į socialinius darbuotojus? Kam ir kada perduoti informaciją apie sudėtingas socialines problemas šeimoje? Kur gauti išsamią informaciją apie pacientą?

Kadangi išryškėjo didelis sveikatos sektoriaus darbuotojų poreikis aiškiau suprasti, koks socialinių darbuotojų darbas, vietoj planuotų 30 minučių, skirtų šiai temai, prireikė 2 valandų. Po jų grupėje atsirado bendrumo bei pasitikėjimo atmosfera, išaiškėjo socialinių darbuotojų veiklos pobūdis, net kilo užuojauta šios profesijos atstovams dėl labai didelio darbo krūvio bei atsakomybės („Jūs Dievo našlaitės“ šeimos gydytoja).

Ypač ryškus teigiamas aspektas pasirodė antrą mokymų dieną, kai šeimos gydytojų, socialinių darbuotojų ir bendrosios praktikos slaugytojų

komandos susėdo tarpusavyje tartis, kaip galima išspręsti praktikoje kylančius sudėtingus šeimų atvejus. Akivaizdu, kad tai buvo pirmoji galimybė šiems profesionalams pasikalbėti tarpusavyje apie bendrą darbą komandoje. Tai viena svarbiausių šio modelio stiprybių, nes vėliau pasibaigus praktinėms užduotims dalyviai entuziastingai teigė, jog tarpsektorinis „bendradarbiavimas veikia“. Mokydamiesi kartu dirbti komandoje, dalyviai bendrai suprato, kas yra tarpsektorinė komanda ir kaip ji „veikia“. Nagrinėdami realius atvejus, medicinos ir socialinio sektorių atstovai turėjo galimybę pamatyti, kokios pagalbos ir funkcijų tarpsektorinėje komandoje gali vieni iš kitų tikėtis.

Be žinių, perteiktų mokymų metu, vyko ir vertybinių pokyčių. Pastebėta ne tik visuomenės, bet ir medicinos sektoriaus specialistų susiformavusi neigiama nuostata į šeimą, turinčią daugybinių ir chroniškų socialinių problemų: *Jie patys kalti, kad pateko į šias situacijas*. Mokymų metu aptariant socialinio darbo su šiomis šeimomis principus, pristatant įgalinantį požiūrį, buvo formuojamas ir teigiamas požiūris į šeimą.

Atsiskleidė, kad visos trys profesinės grupės dėl didelės darbų apimtys yra labai užsiėmusios ir sunkiai įsivaizduoja, kaip papildomus susitikimus tarpsektorinėje komandoje suderinti su tiesioginiu darbu nenumačius atskiro laiko bei papildomo apmokėjimo. Taip pat paaiškėjo, kad skirtingų sektorių atstovai nežino, kaip galėtų bendradarbiauti tarpusavyje. Vis dėlto socialinių darbuotojų grupė išsakė gana aiškų šių trijų profesinių grupių komandos bendradarbiavimo modelį. Ypač pabrėžta medicinos darbuotojų svarba peržiūrint šeimos atvejus.

Mokymų pradžioje planuota pristatyti Skandinavijos šalyse veiksmingai veikiančią tarpsektorinio bendradarbiavimo modelį – atvirojo dialogo metodą. Deja, atsižvelgus į specifinės grupės išreikštus poreikius, bendradarbiavimo patirtį bei galimybes bandomosiose PSP įstaigose ji įgyvendinti, nuspręsta tiesiogiai jo neaptarti. Buvo remtasi vienu šio modelio principu: mokymuose dalyvauja skirtingų sektorių komandos nariai, dirbantys su šeimomis, turinčiomis specifinių poreikių. Atsižvelgiant į skandinavų kolegų gerąją šio metodo patirtį, svarbu paminėti, jog sistemiški mokymai visoje institucijoje vyko trejus metus. Kolegų teigimu, iš pradžių buvo sunku, nes susidurta su pasipriešinimu, neigatyviais

dalyvių jausmais, tačiau gana ilgas ir nuoseklus mokymų laikas padėjo tai įveikti (Seikkula ir kt., 2003).

Atsižvelgiant į mokymų patirtį ir visų *focus* grupių rezultatus, išskirti tarpsektorinio bendradarbiavimo modelio principai:

1. Susipažinimas: asmeninis komandos narių kontakto užmezgimas.
2. Darbinių sąvokų išsivardijimas ir aptarimas (pvz., kas yra socialinės rizikos šeima? – kad komanda vienodai suprastų).
3. Kiekvieno sektoriaus atstovo galimybių, kompetencijų, lūkesčių, funkcijų komandoje aptarimas.
4. Komandos vadovo įvardijimas.
5. Šeimos įtraukimas į komandos sudėtį.
6. Konkretaus tikslo kartu su šeima įvardijimas.
7. Veismų plano kartu su šeima parengimas.
8. Komandos susitikimų vietos aptarimas.
9. Susitikimų laiko (dažnumo, trukmės) aptarimas.
10. Atvejo su šeima komandoje užbaigimas ir stebėjimas.

Įvertinus visą mokymų procesą, galima išskirti veiksmus, padėjusius ir apsunkinusius bendradarbiavimo tarpsektorinėje komandoje modelio kūrimą ir taikymą. Teigiamo rezultato sulaukta atsižvelgus į konkrečios tarpsektorinės grupės poreikius; įtakos turėjo ir ryškus visų trijų profesijų atstovų poreikis tarpusavyje bendradarbiauti, mokymų vadovų komandos suderinamumas. Reikia įvertinti, kad mokymų dalyviai pasižymėjo didele motyvacija, atvirumu naujoms idėjoms, aukštais tarpsektorinio bendradarbiavimo lūkesčiais mokymų metu bei ateities perspektyvoje.

Pasibaigus mokymams galima daryti išvadą: dvi dienos tokio pobūdžio kvalifikacijos kėlimui yra per mažai. Baigiamosios *focus* grupės dalyviai pripažino tik nedaugelis pabandę taikyti tarpsektorinio bendradarbiavimo modelį siekiant socialinės rizikos šeimoms padėti. Viena pagrindinių priežasčių, trukdančių praktikoje pritaikyti tarpsektorinio bendradarbiavimo modelį, – per menkos žinios, kita – aplinkos (t. y. PSP įstaigos) nesuvokimas, ką dalyviai išmoko.

ŠEIMOS GYDYTOJŲ, BENDRUOMENĖS SLAUGYTOJŲ IR SOCIALINIŲ DARBUOTOJŲ REKOMENDACIJOS TARPSEKTORINIO BENDRADARBIAVIMO MODELIO ĮGYVENDINTI

Šeimos gydytojos, bendruomenės slaugytojos ir socialinės darbuotojos į paskutinę *focus* grupę po mokymų programos susirinko praėjus dviem mėnesiams. Tyrėjos klausė specialistų, kaip pasikeitė jų požiūris į socialinės rizikos šeimą po šio projekto. Vienos dalyvės teigimu, labiausiai pasikeitė medikų požiūris: *Turbūt socialiniams nelabai pasikeitė, kaip pasakyti. Tik medikam.* Kita specialistė pastebėjo platesnę pagalbos resursų bei pagalbos pobūdžio perspektyvą: *Pasikeitė, gal šiek tiek praplatėjo tai, kad yra daugiau šeimų, kurioms būtų galima kažkuo padėti, pagelbėti, paieškoti, pasiūlyti, padrąsinti, susižinoti. Negali siūlyti žuvies, bet kad yra meškerių, žinokit, mes dabar pamokyti.*

Viena mokymuose dalyvavusių šeimos gydytojų teigė po šios programos aiškiai suvokusi, kas yra socialinis darbuotojas ir kokias funkcijas jis geba atlikti: *Dar man vienas didelis teigiamas dalykas yra, kad tavo darbą, pasirodo, gali kažkas atlikti, kažkokie sudėtingi dalykai, kurių mes nežinom, kaip tą daryti, tai pasirodo socialiniam darbuotojui yra paprasta, ten surasti psichologą, ten suorganizuoti pagalbą, kuri mum atrodo labai mistinė ir labai sudėtinga. Taip pat akcentuota paaiškėjusi pasakymo perduosime socialiniam prasmė.*

Kalbėdama apie tarpsektorinį bendradarbiavimą, šeimos gydytoja formulavo pirmąją rekomendaciją, susijusią su grįžtamojo ryšio gavimu: *Norėčiau raštiškai kreiptis ir raštiškai gauti atsakymą, kad kažkas vyksta. Šeimos gydytojos teigė į socialinių darbuotojų gaunamus raštu atsakančios itin greitai, o į mediko siunčiamą užklausimą apie socialinės rizikos šeimą beveik negaunama grįžtamosios informacijos: Nes iš tikrųjų, kai socialiniai darbuotojai užklausia, tai mes raštu ir atsakome gana greitai, o kai mes užklausiam, tai nieko nepasako.*

Šeimos gydytojai, bendruomenės slaugytojos ir socialinės darbuotojos pabrėžė, kad svarbu tarpusavyje dalytis informacija, bet išryškino, kad joms sunkiai prieinama informacija iš psichikos sveikatos centrų: *Turiu dar vieną pastebėjimą apie psichikos sveikatos centrus dėl informacijos pasidalinimo, jie saugo paslaptis. Šeimos gydytoja akcentavo, jog bendradarbiavimas tarp socialinių darbuotojų yra labai svarbus, bet ji rekomenduoja,*

kad socialiniai darbuotojai pateiktų informaciją medikams apie šeimas, su kuriomis dirba: *Jeigu socialiniai darbuotojai pasiima kažkokią šeimą globoti, jie galėtų pranešti šeimos gydytojui, kad aš dabar rūpinuosi ta šeima. Aš tada galiu ambulatorinėje kortelėje užsirašyti to socialinio darbuotojo telefono numerį, man kas neaišku, aš jai paskambinsiu, nes šiaip mes atgalinio ryšio iš socialinio darbuotojo neturime. Ar jie rūpinasi, ar jie nesirūpina, aš nieko nežinau.*

Formuluojant rekomendacijas tarpsektoriniam bendradarbiavimo modeliui įgyvendinti išryškėjo, jog pirminės sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys specialistai pabrėžia teisinių žinių trūkumą. Viena tyrimo dalyvių teigė: *Aš nežinau labai daug įstatymų ir aš jų netaikau nei sau, nei kitiems, todėl aš nežinau, ką daryti.* Medikų, dalyvavusių *focus* grupėje teigimu, pranešimas socialinėms tarnyboms apie vaiko nepriežiūrą prilygsta šeimos skundimui, bet pagal visus teisinius dokumentus šeimos gydytojui ir bendruomenės slaugytojos privalo informuoti ir net inicijuoti socialinių paslaugų teikimą. Tačiau tyrimo dalyviai baiminasi suklysti ir bijo teisinės atsakomybės: *Kad visada yra baimė tos teisinės atsakomybės, nes realiai lygiai taip pat socialinis darbuotojas bijo, kad būtų nepaduotas į teismą, jeigu kreipiasi be reikalo, taip ir gydytojas nenori konfliktuoti su šeima, jeigu jis be reikalo pranešė apie nepriežiūrą, tai čia tas tikrai yra.* Išryškėjo ne tik baimė dėl teisinės atsakomybės, bet ir nerimas prarasti pacientus. Bendruomenės slaugytoja dalijosi patirtimi: pranešus apie vieną šeimą vaiko teisių gynėjams, šeima paliko privačią kliniką ir prisiregistravo kitoje, todėl baimė netekti pacientų neleidžia kištis privatų į šeimos gyvenimą.

Vertindami mokymų poveikį tyrimo dalyviai pastebėjo: *Labai būtų naudinga visiems gydytojams, jog būtų skaitomas paskaitų kursas, kas liečia socialines problemas, sprendimus, visiems, gal net įstatymiškai reiktų tai reglamentuoti, galbūt kažkas pajudėtų kitaip, jeigu tai būtų kaip valstybinė politika.*

Medikų teigimu, tarpsektorinio bendradarbiavimo modelis galėtų būti realizuojamas praktikoje, jeigu vienyčių bendras tikslas ir jeigu iniciatyvos burti komandą imtųsi socialinis darbuotojas: *Gal socialinis darbuotojas turėtų susirinkti tą savo komandą tokią, vis tiek nuo jo prasideda, jis galbūt daugiau pamato, mes kažkiek galime informuoti tą socialinį darbuotoją, bet jau jisai turėti domėtis, burti aplink save tą komandą.* Bendruomenės slaugytoja

taip pat pritarė, kad sprendžiant sveikatos problemas socialinės rizikos šeimose komandiniam darbui būtų naudingas šeimos gydytojo ir socialinio darbuotojo asmeninis kontaktas, ji neabejojo, jog šeimos gydytojas visuomet surastų laiko pokalbiams su socialiniu darbuotoju.

Focus grupės dalyviai rekomendavo aiškiai aprašyti tarpsektorinio bendradarbiavimo procedūras, kurios būtų aiškos kiekvieno sektoriaus darbuotojui. Jie pabrėžė ne tik procedūrų aprašymą, bet ir tai, kad darbas šiose komandose turėtų būti finansiškai apmokamas: *Procedūra turi būti aprašyta, bet ir darbas turi būti apmokamas*. Socialinio ir medicinos sektorių atstovai kiekvienos įstaigos administracijai rekomendavo sukurti vieną bendrą duomenų bazę, kurioje būtų visa informacija, kas, kur ir kaip konkrečiame mieste galėtų padėti. Taip pat akcentavo, kad įstaigose galėtų dirbti ir teisininkas, kuris teiktų reikalingą informaciją.

Viena aktualiausių rekomendacijų – valstybiniu lygmeniu galėtų būti reglamentuota, jog kiekvienai sveikatos priežiūros įstaigai privalu turėti socialinio darbuotojo etatą, apmokamą ne iš vidinių resursų, – tai *turėtų būti valstybės apmokamas etatas*.

Pabaigoje *focus* grupės šeimos gydytojai, bendruomenės slaugytojos ir socialiniai darbuotojai priėjo bendrą išvadą – kiekvienoje organizacijoje reikalingas tarpsektorinis komandinis darbas. Todėl jų formuluojama rekomendacija siūlo sudaryti sąlygas tarpdisciplininei komandai: *Kad būtų daromi komandiniai susirinkimai*. Šeimos gydytojai pabrėžė rekomendaciją, skirtą socialiniams darbuotojams, skatindami juos būti aktyvesnius ir labiau matomus visuomenėje ginant savo profesiją ir rodant darbo rezultatus: *Aš dar galvoju, kad dar socialinei institucijai daugiau kreiptis į visuomenę, daugiau kalbėti su visuomene apie save, apie tai, ką įmanoma padaryti, ką įmanoma pagerinti, kaip tai galima padaryti. Žmonės turi žinoti apie tai ir tada jie bus aktyvesni*.

IŠVADOS

Mokymų metu tyrimo dalyviai įgijo naujų žinių ir įgūdžių, kaip dirbti tarpsektorinėje komandoje su socialinės rizikos šeima, formavo teigiamą požiūrį į šeimas, turinčias daugybinių problemų, sužinojo skirtingų sektorių veiklas ir funkcijas, kurios gali padėti spręsti sudėtingus atvejus.

Focus grupių rezultatai ir mokymų patirtis padėjo išskirti pagrindinius tarpsektorinio bendradarbiavimo modelio principus. Tačiau tik nedaugelis tyrimo dalyvių pabandė pritaikyti tarpsektorinio bendradarbiavimo modelį socialinės rizikos šeimoms padėti. Tam įtakos turėjo vidiniai dalyvių ir išoriniai organizacijos veiksniai. Daugumai tyrimo dalyvių dviejų mokymų dienų buvo per mažai, kad įgytų pakankamai žinių dirbti komandoje gydant sunkius atvejus. Tarpsektorinio bendradarbiavimo modelio pritaikymą praktikoje apsunkino tai, kad iš vienos PSP įstaigos dalyvavo tik viena komanda (2–3 darbuotojai): grįžę į savo PSP įstaigas jie buvo nesuprasti kolegų ir stokojo palaikymo diegiant naują bendradarbiavimo modelį. Mokymuose dalyvavo po dešimt kiekvienos profesijos atstovų, bet akivaizdu, kad tai per mažai ir būtina suteikti galimybę tarpsektorinio bendradarbiavimo įgūdžius lavinti platesnei profesionalų auditorijai – organizacijos, miesto, šalies mastu.

REKOMENDACIJOS

Ateityje rekomenduotina, organizuojant panašius mokymus, į lektorių komandą įtraukti socialinio ir sveikatos sektorių atstovus: tai leistų geriau ir išsamiau suprasti abiejų sektorių specifiką ir geriau atliepti mokymų dalyvių poreikius. Taip pat rekomenduotina ilginti mokymų laiką, kad būtų galima giliau ir išsamiau išanalizuoti temas bei sukurti bendrą supratimą apie tarpsektorinio bendradarbiavimo galimybes, sprendžiant socialinės rizikos šeimų problemas.

Socialiniams darbuotojams, dirbantiems ne pirminės priežiūros įstaigose, rekomenduotina bendradarbiauti su sveikatos priežiūros darbuotojais ir pateikti jiems informaciją apie socialinės rizikos šeimas, su kuriomis dirba, suteikti grįžtamąjį ryšį apie socialinės rizikos šeimą, dėl kurios socialiniai darbuotojai kreipėsi į šeimos gydytojus.

Parengti formalų tarpsektorinio bendradarbiavimo reglamentą tarp pirminės sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas teikiančių institucijų. Reglamente turėtų būti aiškiai išdėstytos skirtingų komandos narių funkcijos, atsakomybė, veiklos procedūros bei jų registravimo tvarka.

Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų administracijai siūloma inicijuoti ir reguliariai organizuoti komandinius mokymus skirtingų sričių

įstaigų specialistams (šeimoms gydytojams, bendruomenės slaugytojams, socialiniams darbuotojams, psichologams ir kt.).

LITERATŪRA

1. Barvydienė, V., Kasiulis, J. (2001). *Vadovavimo psichologija*. Kaunas: Technologija.
2. Bitinas, B., Rupšienė, L., Židžiūnaitė, V. (2008). *Kokybinių tyrimų metodologija*. Klaipėda.
3. Kaplan, L. (1986). *Working with multiproblem families*. Lexington (Mass).
4. Kidd, S. A., Kral, M. J. (2005). Practicing Participatory Action Research. *Journal of Counseling Psychology*, 2: 187–195.
5. Lynch, S. (2013). Communication with Pediatricians: developing Social Work Practice in Primary Care. *Social Work in Health Care*, 52 (4): 397–416.
6. LR Socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymo „Dėl socialinių darbuotojų kvalifikacinių reikalavimų aprašo ir socialinį darbą dirbančiųjų profesinės kvalifikacijos tobulinimo tvarkos aprašo patvirtinimo. (Žin., 2006, Nr. A1-2).
7. LR Socialinių paslaugų įstatymas, 2006. Valstybės Žinios, NR. 17-589.
8. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 57:2011 Bendruomenės slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė patvirtinimo“ (Žin., 2011, Nr. V).
9. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė patvirtinimo“ (Žin., 2005, Nr. V-1012).
10. LR Sveikatos apsaugos ministro ir LR Socialinės apsaugos ir darbo ministrės įsakymo „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatų“ (Žin., 1999, Nr. 432/77).
11. Matos, A. R., Sousa, L. M. (2004). How Multiproblem Families Try to Find Support in Social Services. *Journal of Social Work*, 1: 65–80.
12. Nelsonas, B., Ekonomis, P. (1999). *Vadyba žaliems*. Kaunas: Smaltija.
13. Seikkula, J., Aaltonen, J., Rasinkangas, A., Lakare, B., Holma, J., Lehtinen, V. (2003). Open Dialogue Approach: Treatment Principles and Preliminary Results of a Two-year Follow-up on First Episode Schizophrenia. *Ethical and Human Sciences and Services*, 5 (3): 163–182.
14. Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keranen, J., Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, 16 (2): 214–228.
15. Vijeikienė, B., Vijeikis, J. (2000). *Komandinio darbo pagrindai*. Vilnius: Rosma.