Vilniaus universitetas

Filosofijos fakultetas

Socialinio darbo katedra

Rimantė Čepulytė

Socialinio darbo studijų programa

Magistro darbas

Projektų vadyba psichikos sveikatos priežiūros ir globos įstaigose

Darbo vadovė: Doc. V.Gevorgianienė

Vilnius 2009

TURINYS

SANTRAUKA....3
SUMMARY....4
ĮVADAS....5
1.TEORINĖ DARBO DALIS....6
1.1 Psichikos sveikatos priežiūros įstaigų situacija Lietuvoje....6
1.1.1 Psichikos sveikatos politika....6
1.1.2 Psichikos sveikatos priežiūros įstaigų finansavimas....8
1.2 Bendruomeninės iniciatyvos socialinės globos srityje....10
1.2.1 Socialinės globos decentralizavimo politika....10
1.2.2 Globos įstaigų žmonėms su negalia finansavimas....11
1.3 Valstybės iniciatyvos reformuojant psichikos sveikatos sritį....14
1.3.1 Valstybės vaidmuo administruojant ES struktūrinę paramą....15
1.3.2 Psichikos sveikatos priežiūros sritis 2007-2013 metų programavimo periode....16
1.4 Įstaigų vidinės galimybės keistis....20
1.4.1 Verslumo ugdymas....20
1.4.2 Vadyba socialiniame darbe....21
1.4.3 Įstaigų motyvacija keistis....22
1.4.4 Gerosios praktikos pavyzdžiai....24
1.5 Tyrimo problema, tikslas ir uždaviniai....26
2. TYRIMO METODIKA....27
2.1 Tyrimo metodas....27
2.2 Tiriamųjų atranka....29
2.3 Tyrimo eiga ir organizavimas....29
3. TYRIMO REZULTATŲ PRISTATYMAS IR APTARIMAS....30
3.1 Tiriamųjų socialinė demografinė charakteristika....30
3.2 Dalyvavimas projektų rengime....31
3.3 Požiūris į projektų rengimo reikalavimus....32
3.4 Įstaigų galimybės rengti ir vykdyti projektus....34
3.5 Darbuotojo motyvacijos veiksniai....35
3.6 Požiūris į projektų vadybą....38
3.7 Požiūris į kaitos procesą....41
IŠVADOS....44
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS....45
LITERATŪRA....46
PRIEDAI

Projektų vadyba psichikos sveikatos priežiūros ir globos įstaigose

SANTRAUKA

Šiuo metu psichikos sveikatos sričiai skiriamas ypatingas dėmesys, vykdomi sprendimai įtraukia pačias įstaigas į keitimosi procesą. Tai sąlygoja projektų vadybos poreikio atsiradimą.

Šio darbo tikslas - atlikti psichikos sveikatos priežiūros ir globos įstaigų situacijos teorinę analizę, išnagrinėti valstybės politiką sprendžiant jų problemas bei tyrimu nustatyti šių įstaigų motyvaciją ir galimybes keistis vykdant projektus. Šios įstaigos pasirinktos atsižvelgiant į tai, jog stacionarių paslaugų, teikiamų psichikos sveikatos negalią turintiems asmenims, teikimo kaštai ir kokybė reikalauja esminių pokyčių. Lietuvoje psichikos sveikatos srities modernizavimo procesas yra nukreiptas į bendruomeninių paslaugų tinklo sukūrimą bei esamų stacionarių paslaugų optimizavimą. Dalis Europos Sąjungos struktūrinių fondų lėšų bus skirta šiems tikslams įgyvendinti, o lėšos bus paskirstomos projektų būdu. Taigi svarbus kiekvienos įstaigos dalyvavimas rengiant ir vykdant projektus.

Pagrindiniai tiriamosios dalies uždaviniai: 1) ištirti įstaigų motyvaciją vykdyti projektus; 2) atskleisti įstaigų galimybes vykdyti projektus; 3) atskleisti darbuotojų požiūrį į projektų vadybą; 4) nustatyti, kokie veiksniai, respondentų nuomone, daro didžiausią įtaką pokyčiams psichikos sveikatos priežiūros ir globos srityse; 5) palyginti psichiatrijos ligoninių ir socialinės globos įstaigų darbuotojų atsakymus. Atlikta anketinė apklausa. Tyrime dalyvavo 68 asmenys, dirbantys su psichikos sveikatos sutrikimų turinčiais asmenimis. Socialiniai darbuotojai sudarė 75 procentus visų apklaustųjų. Tyrimo rezultatai parodė, jog įstaigos, turinčios projektų rengimo patirties, ir toliau ketina tęsti šią veiklą. Darbuotojai, dalyvavę projektų rengime, yra labiau motyvuoti rengti ir vykdyti projektus bei labiau patenkinti savo atliekamu darbu negu tie, kurie nedalyvavo projektų rengime. Apklausa parodė, jog psichiatrijos ligoninės turi didesnius žmogiškuosius ir finansinius išteklius projektų rengimui bei vykdymui, o socialinės globos įstaigos šiuos išteklius įvardino kaip mažus arba labai mažus. Respondentų nuomone, projektų vadyba suteikia galimybę keistis, tačiau iš dalies reiškia papildomo biurokratijos sluoksnio atsiradimą paslaugų teikimo srityje. Tačiau teigiamas konkurencijos vertinimas bei nuomonė, jog socialinės įstaigos turėtų įrodinėti savo veiklos efektyvumą, sudaro palankią erdvę pasikeitimams vykdyti.

Project Management in Mental Health Care and Social Care Institutions

SUMMARY

Recently, the sphere of mental health is under consideration, the decisions involve organizations into the process of turnover. This process results the need of project management.

The aim of this work is to perform a theoretical analysis of the situation in mental health care and social care institutions, to analyze the policy of government in solving problems of these institutions and empirically investigate the motivation and possibilities to change during the process of project management. These institutions were selected consider the fact that, that institutional services, provided to mentally disabled persons, need essential changes because of high costs and lack of quality. In Lithuania the process of modernization is directed to establishment of community services network and optimization of existing institutional services. The part of European Union funds will be provided to implement these goals. To sum up, it is important participation of every institution in developing and implementing projects.

The main tasks of empirical part are: 1) to research a motivation of institutions to implement projects; 2) to explore possibilities of institutions to implement projects; 3) to find out an attitude to project management; 4) to identify which factors by the respondent's opinion make the biggest influence on changes in mental health care and social care fields; 5) to compare the answers of mental health care and social care workers. The research was obtained by using questionnaire. 68 persons, working with mental disability patients, participated in the research. Social workers presented 75 percent of total respondents. The research results disclosed that institutions, which had experience in project implementation, would continue this activity. The workers, who have been involved in development of projects, were more motivated to develop and implement the projects also more satisfied with present job than those, who haven't been involved in development of projects. The research disclosed that psychiatric hospitals have better human and financial recourses for development and implementation of projects, but social care institutions these resources defined as low or very low. In opinion of respondents, the project management provides a possibility to change; despite this in a part it means an additional level of bureaucracy in delivery of services. On the other hand, a positive evaluation of competition and opinion that social institutions should demonstrate that they are providing effective services make a favorable condition to implement changes.

ĮVADAS

Psichikos sveikata – svarbiausia XXI amžiaus visuomenės sveikatos sritis ir prioritetinė sveikatos politikos kryptis pasaulyje. Tai sritis, reikalaujanti kiekybiškai ir kokybiškai naujų investicijų ir sprendimų, nes sutrikimų našta visuomenei nuolat auga ir pradeda vyrauti palyginant su kitais sveikatos sutrikimais (Psichikos sveikatos strategija, 2007). Psichikos sveikatos paslaugų modernizavimo procesas, nukreiptas į bendruomeninių paslaugų tinklo sukūrimą, yra ilgas, sudėtingas ir nuolatinis procesas.

Poreikis įrodyti psichikos pagalbos efektyvumą yra vienas svarbiausių socialinių barjerų, siekiant tinkamo finansavimo. Psichikos sveikatos įstaigos turi konkuruoti su kitomis įstaigomis dėl socialinių ar sveikatos apsaugos išteklių, kurie paprastai yra per maži (Pasaulio sveikatos organizacija, 2003). Atsiranda didesnis poreikis vadybiniams sugebėjimas, kurie padėtų valdyti organizacinius resursus vykdant plačius ir ilgalaikius veiklos pakeitimus.

Nors Lietuvoje psichikos sveikatos priežiūros sistemos reforma vykdoma laipsniškai, akivaizdu, jog esminių pokyčių šioje srityje nėra. Parengus Nacionalinę psichikos sveikatos strategiją 2007-2013 metams, atsiranda papildomos galimybės pasinaudoti Europos Sąjungos struktūrinių fondų parama modernizuoti psichikos sveikatos paslaugas. Struktūrinės paramos strategija yra derinama su kitomis valstybės programomis tokiomis kaip Nacionalinė Lisabonos strategijos programa, ilgalaikės raidos strategijos prioritetais. Strategijoje įtvirtinamas papildomas principas, kuriuo užtikrinama, jog ES struktūrinių fondų parama nepakeis ir nesumažins nacionalinių struktūrų išlaidų lygio. Nustatomas išlaidų lygis, kurį Lietuva turėtų išlaikyti 2007-2013 metų laikotarpyje. Taigi, projektai finansuojami ne tik ES, bet ir nacionalinėmis lėšomis.

Pokyčių sėkmė priklausys ne tik nuo politinių sprendimų, bet ir nuo pačių psichikos sveikatos priežiūros bei globos įstaigų iniciatyvos. Finansavimo organizacijų pritraukimas priklauso nuo aktyvumo rengiant projektus. Pačių įstaigų įtraukimas į reformavimo procesą – vienas efektyviausių būdų kaip išspręsti psichikos sveikatos problemas.

Šio darbo tikslas - atlikti psichikos sveikatos priežiūros ir globos įstaigų situacijos teorinę analizę, išnagrinėti valstybės politiką sprendžiant jų problemas bei tyrimu nustatyti šių įstaigų motyvaciją ir galimybes keistis vykdant projektus.

1.TEORINĖ DARBO DALIS

1.1Psichikos sveikatos priežiūros įstaigų situacija Lietuvoje

1.1.1 Psichikos sveikatos politika. Nuo 1989 Lietuvoje pradedama kurti moderni ir tarptautinius standartus atitinkanti psichikos sveikatos priežiūros sistema. 1995 metais priimamas Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas, įtvirtinantis pagrindus psichikos sveikatos priežiūros reformoms bei piktnaudžiavimo psichiatrija prevenciją. Nuo 1997 metų formuojama nacionalinė psichikos sveikatos strategija, steigiami Psichikos sveikatos centrai savivaldybėse ir pirminėse sveikatos priežiūros įstaigose, mažinamas ligonių skaičius psichikos sveikatos priežiūros stacionaruose (Juodkaitė, 2005).

Nors Lietuvoje vis labiau suvokiamas vienas iš dviejų svarbiausių naujųjų PSO Europos visuomenės psichikos sveikatos politikos principų – psichikos sveikatos, kaip prioritetinės sveikatos politikos krypties įtvirtinimo, tačiau Lietuvoje trūksta ryžtingų politikos sprendimų (Psichikos sveikatos strategija, 2007). Psichikos sveikatos priežiūros institucijose šis procesas yra lėtas ir sudėtingas. Lietuvos politika vis dėlto sudaro sąlygas stigmatizuojančių stacionarių paslaugų dominavimui.

Remiantis 2001 m. PSO metiniu pranešimu „Psichikos sveikata: Naujas supratimas, nauja viltis“ ir 2005 m. PSO Europos ministrų konferencijos dokumentais, psichikos sveikata pripažįstama svarbiausia XXI amžiaus pradžios visuomenės sveikatos sritimi, reikalaujančia kiekybiškai ir kokybiškai naujų investicijų ir sprendimų, nes psichikos sutrikimų našta visuomenei nuolat auga, pradeda vyrauti lyginant su kitais sveikatos sutrikimais (Psichikos sveikatos strategija, 2007). Lietuva, prisijungdama prie Helsinkio konferencijos dokumentų, įsipareigojo žengti kieky-biškai ir kokybiškai naujus žingsnius psichikos sveikatos politikoje. Kitas įsipareigojimas - siekti psichikos sveikatos sritį kuo labiau integruoti į visuomenės sveikatos sistemos infrastruktūrą, pirminę sveikatos priežiūrą, bendrąją sveikatos priežiūros, švietimo, socialinės apsaugos bei kitų sektorių infrastruktūrą.

2007 metų balandžio 3d. LRS nutarimu priimama Psichikos sveikatos strategija. Tai pirmasis dokumentas Lietuvoje, įtvirtinantis svarbiausius psichikos sveikatos priežiūros principus ir prioritetines kryptis. Dokumente įvardijamos šios psichikos sveikatos priežiūros įstaigų silpnybės:

1. valstybės ir savivaldybių institucijų, dirbančių psichikos sveikatos priežiūros srityje, atotrūkis, nepakankamas paslaugų integravimas į pirminę sveikatos priežiūrą;
2. nepakankamas bendradarbiavimas psichikos sveikatos priežiūros srityje;
3. nepakankamas sveikatos programų ir moderniosios bendruomeninės psichikos sveikatos priežiūros finansavimas;
4. nepakankamas valstybės ir savivaldybių sveikatos programų valdymas, koordinavimas, įgyvendinimo efektyvumo vertinimas;

5. savivaldybių biudžetuose nenumatytas finansavimas psichikos sveikatos priežiūrai;
6. nepakankamai išplėtota visuomenės informavimo psichikos sveikatos klausimais sistema;
7. didelė psichikos sveikatos priežiūros institucionalizacija; nepakankamai išplėtotas komplek-sinių bendruomeninių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų tinklas, taip pat ir tarp sektorių;
8. nepakankamas visuomenės pakantumas psichikos sutrikimų turintiems asmenims, didelė psichikos ligonių, jų šeimų ir psichikos sutrikimų stigmatizacija visuomenėje (Psichikos sveikatos strategija, 2007).

Nors per pastaruosius 15 metų padėtis Lietuvos stacionariose institucijose, lyginant su kitomis Baltijos valstybėmis, pagerėjo labiausiai, vis dėlto Lietuvoje uždarose psichikos sveikatos įstaigose akivaizdžiai pažeidžiamos pacientų teisės (Žmogaus teisių stebėsena uždarose psichikos sveikatos priežiūros ir globos institucijose, 2005). Šios įstaigos išlieka stigmatizuojančios, didinančios pacientų socialinę atskirtį.

Įvardijamos šios galimybės spręsti psichikos sveikatos priežiūros institucijų problemas:

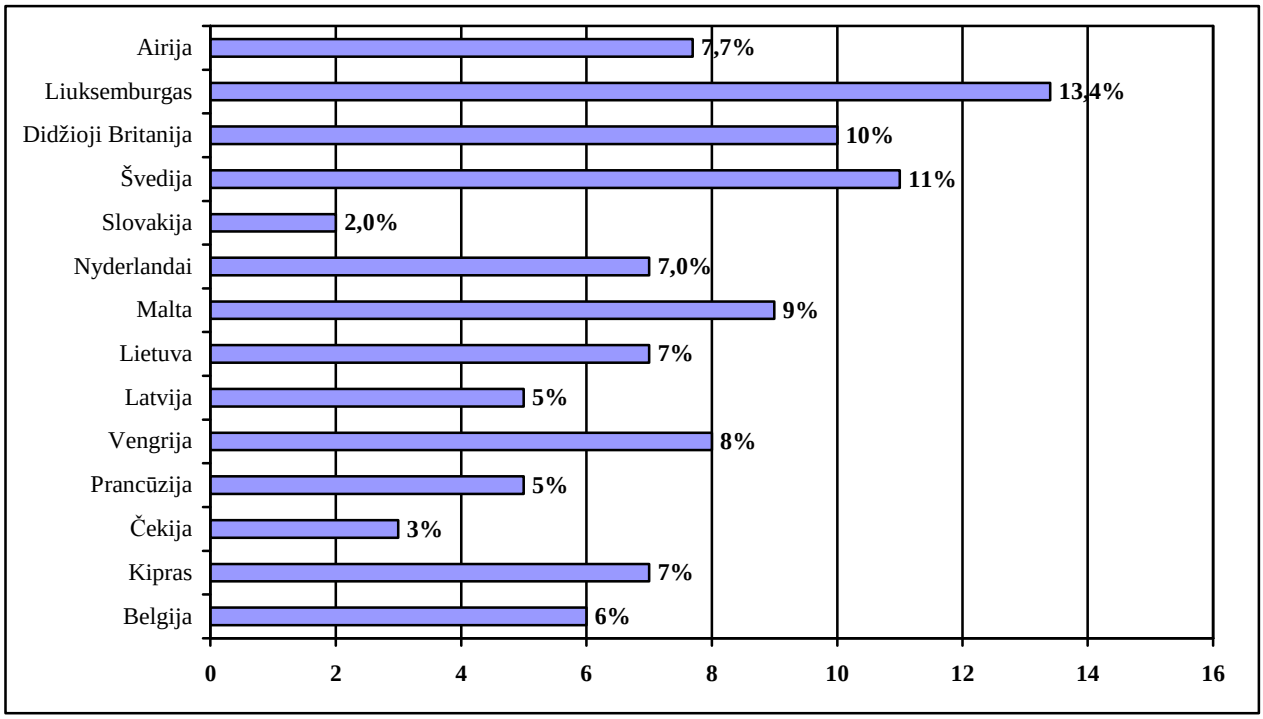
1. aktyvus socialinės apsaugos, švietimo, teisėsaugos, kitų sektorių dalyvavimas psichikos sveikatos stiprinimo veikloje;
2. didėjantis visuomenės pilietiškumas ir psichikos sveikatos reikšmės suvokimas;
3. tolesnis specialistų rengimo ir profesinio tobulinimo psichikos sveikatos priežiūros srityje plėtojimas;
4. naudojimasis Europos Sąjungos struktūrinių fondų ir kitų programų lėšomis;
5. tarptautinio bendradarbiavimo psichikos sveikatos priežiūros srityje plėtojimas ir dalyvavimas tarptautinėse programose;
6. naujų informacijos priemonių naudojimas informuojant visuomenę sveikos gyvensenos ir sveikatos stiprinimo klausimais;
7. deinstitucionalizacijos ir destigmatizacijos pritaikymas (Psichikos sveikatos strategija,2007).

Įgyvendinant reformas ypač svarbūs išorės rėmėjai. Tačiau svarbu įvertinti tai, jog dažniausiai rėmėjai patys renkasi prioritetus, kurie dažniausiai nesutampa su vyriausybės nustatytais. Pavyzdžiui, pastaruoju metu rėmėjų prioritetu tampa užkrečiamos ligos, o psichikos sveikatos apsauga vis rečiau tampa prioritetine. Tokiu atveju ypač svarbi vyriausybės pozicija: ar įtikinti rėmėjus skirti daugiau lėšų vyriausybės prioritetams, ar skirti daugiau savo ribotų išteklių psichikos sveikatos sutrikimams gydyti (Pasaulio sveikatos organizacija, 2001).

1.1.2 Psichikos sveikatos priežiūros įstaigų finansavimas. Finansavimas - tai mechanizmas, kuriuo remiantis planai ir strategijos įgyvendinami per lėšų paskirstymą. Jis paverčia planus ir politiką konkrečiais veiksmais. Adekvatus ir ilgalaikis finansavimas – lemiamas veiksnys, kuriant veiksmingą ir perspektyvią psichikos sveikatos sistemą (Pasaulio sveikatos organizacija, 2003).

Lietuvoje psichikos sveikatos priežiūra yra sudedamoji visos sveikatos priežiūros sistemos dalis.Tai specializuota sveikatos priežiūra, kurios tikslas – teikti psichiatrijos pagalbą, padėti žmogui prisitaikyti prie visuomenės gyvenimo ir grįžti į jį (Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas, 1995).

Pasaulio sveikatos pranešime nurodoma, jog vyriausybės, būdamos svarbiausios psichikos sveikatos kūrėjos, atsižvelgdamos į bendrą sveikatos apsaugos ir finansavimo sistemą, turi numatyti politiką, kaip saugoti ir gerinti gyventojų psichikos sveikatą. Skiriamos lėšos turėtų apsaugoti žmones nuo finansinės rizikos. Psichikos problemos pasaulyje sudaro 12 procentų bendros susirgimų naštos, tačiau daugelyje valstybių psichikos sveikatos apsaugai skiriama mažiau nei 1 procentas visuomenės sveikatos apsaugos biudžeto (Pasaulio sveikatos organizacija, 2001). Iš grafike pateiktų šalių akivaizdu, jog psichikos sveikatai Europoje skiriama vidutiniškai 7,2 procento nuo sveikatos apsaugos biudžeto (1 pav.). Lietuvos vyriausybės skiriama lėšų dalis statistiškai nesiskiria, tačiau svarbu kaip tikslingai tos lėšos yra panaudojamos.



1 pav. Sveikatos apsaugos biudžeto dalis (%), skiriama psichikos sveikatai (2001m.)

Šaltinis: Knapp, McDaid, Mossialos ir kt., 2007

Pagal lovų skaičių psichiatrijos ligoninėse (2001 m.) Lietuva lenkia Europos vidurkį: Lietuvoje dešimčiai tūkstančių gyventojų tenka apie vienuolika lovų psichiatrijos ligoninėse, o Europoje vidutiniškai septynios (Knapp, McDaid, Mossialos ir kt., 2007). Pasaulio sveikatos organizacija

2001 metų pranešime nurodo, jog pasaulyje psichikos sveikatos priežiūros ligoninėse vietų skaičius yra labai įvairus, tačiau pasaulio vidurkis – 1,5 vietos, skaičiuojant 10 000 gyventojų. Kitas svarbus rodiklis, parodantis psichikos sveikatos priežiūros integravimą į bendrąją sveikatos apsaugą – lovų skaičius bendrosiose ligoninėse. Lietuvoje dešimčiai tūkstančių gyventojų tenka dvigubai mažiau lovų, skirtų psichikos ligoniams, bendrosiose ligoninėse negu daugelyje Europos šalių (Knapp, McDaid, Mossialos ir kt., 2007). Palyginus su Latvija, Lietuvos rodikliai yra artimesni Europos vidurkiui, tačiau Estijoje situacija šiuo atžvilgiu geresnė negu Lietuvoje.

Tokia finansavimo politika reikalauja permainų. Tikslinga mažinti psichiatrijos ligoninėse teikiamų paslaugų kiekį ir plėsti bendruomenėje teikiamas psichikos sveikatos paslaugas (Pasaulio sveikatos organizacija, 2001).Viena iš svarbiausių priemonių reformuojant šią sritį – psichikos sveikatos paslaugų integravimas į bendrą sveikatos apsaugos sistemą. 2001 m. duomenimis, Lietuvoje ambulatoriškai teikiamos paslaugos sudaro tik 9% valstybės išlaidų psichikos sveikatos priežiūrai (2 pav. priede).

L.Murauskienė, atsižvelgdama į 1999-2001 metų psichiatrinių ligoninių pertvarkos raidą, pastebi, jog finansavimo proporcija vykdant pertvarką nepakito: 16 % stacionarioms paslaugoms bendro profilio ligoninėse ir 84 % specializuotose ligoninėse. Specializuotų psichiatrinių ligoninių skaičius išliko tas pats, tik stacionarių paslaugų finansavimas sumažėjo 5 procentais. Bendrojo profilio ligoninių, teikiančių psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, skaičius sumažėjo nuo 40 iki 30, tačiau ambulatorinių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas bendrojo profilio ligoninėse išaugo nuo 7 iki 13 proc. visų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo šiose ligoninėse (Murauskienė, 2003). Taigi, Lietuvoje vykdomos psichikos sveikatos priežiūros pertvarkymo permainos yra laipsniškos, nėra imamasi kardinalių veiksmų. Todėl pasiekti rezultatai labai nežymūs ir iš esmės nepakeičia psichikos sveikatos priežiūros sistemos šalyje.

Pasaulio sveikatos organizacija nurodo, jog paslaugų teikimas bendruomenėje sąlygoja deinstitucionalizaciją. Uždaros psichiatrinės ligoninės turi būti keičiamos bendruomeninės priežiūros tarnybomis, paliekant keletą lovų psichiatrijos padaliniui. Bendruomeninių paslaugų nebuvimas ar neprieinamumas žmonėms, kuriems reikalinga ši pagalba, sąlygoja kad, laiku nesuteikiamos tinkamos psichikos sveikatos priežiūros paslaugos ankstyvuosiuose bet kokių psichikos sutrikimų etapuose. O turintiems vidutinę negalią beveik nelieka kitos išeities, kaip apsigyventi uždarose institucijose (Germanavičius, Rimšaitė, Pilt ir kt., 2006).

Lietuva iš Baltijos valstybių išsiskiria geresnėmis sąlygomis psichiatrijos ligoninėse ir socialinės globos įstaigose. Akivaizdu, jog tokią situaciją sąlygojo investicijos. Tačiau toks investavimas į centralizuotą sistemą yra kliūtis alternatyvios, bendruomeninės sistemos kūrimui, nes trūksta finansinių išteklių. Kuo daugiau investuojama į esamą nereformuotą sistemą, tuo sunkiau įgyvendinti deinstitucionalizavimo procesą (Germanavičius ir kt., 2006).

1.2 Bendruomeninės iniciatyvos socialinės globos srityje

1.2.1 Socialinės globos decentralizavimo politika. Nuo 1998 metų Lietuvos socialinių paslaugų politikos kryptis yra paslaugų decentralizavimas bei nestacionarių paslaugų vystymas (Žmogaus teisių stebėsena uždarose psichikos sveikatos priežiūros ir globos institucijose, 2005). Tais pačiais metais pradėta įgyvendinti Socialinių paslaugų infrastruktūros plėtros programa, kurios tikslas – gerinti socialinių paslaugų infrastruktūrą bendruomenėse, skatinant geros kokybės socialinių paslaugų teikimą, didinti jų prieinamumą socialinės rizikos šeimoms ir vaikams, neįgaliesiems, seniems žmonėms. Siekama dekoncentruoti ir decentralizuoti socialinių paslaugų infrastruktūros skirtumus regionuose, plėsti nestacionarių socialinių paslaugų įstaigų tinklą, paslaugų įvairovę, gerinti jų kokybę. „Per devynerius metus programai vystyti skirta 43,62 mln. litų, kurie buvo skirti socialinių paslaugų įstaigų rekonstrukcijos, remonto darbams, pagrindinių priemonių ir kitų prekių įsigijimo išlaidoms padengti“(Neįgaliųjų reikalų departamentas, 2008).

Tačiau bendruomeninė globa, palyginus su institucine globa, nebūtinai sumažina sveikatos sistemos išlaidas, bet pagerina gyvenimo kokybę ir pasitenkinimą paslaugomis. Priežiūros kokybė yra susijusi su paslaugų sąnaudomis (Juodkaitė, 2005). Reikalinga tiek bendruomeninė, tiek institucinė globa esant ūmioms sąlygoms. Tad valstybei itin svarbu surasti pusiausvyrą.

Būtina atsižvelgti ir į tai, jog Lietuvos vyriausybė per vienerius metus psichoneurologinių pensionatų finansavimui skiria kelis kartus daugiau lėšų, negu per 6 metus skyrė modernių alternatyvų plėtrai (Žmogaus teisių stebėsena uždarose psichikos sveikatos priežiūros ir globos institucijose, 2005). Toks faktas parodo, jog deklaruojama politika ir realūs sprendimai skiriasi – palaikoma stacionari globa, o investicijos skiriamos alternatyvoms yra per menkos.

Nors ir vykdoma reforma, įgyvendinama Socialinių paslaugų infrastruktūros programa, tačiau galinga centralizuota institucijų sistema žmonėms su negalia efektyviai atlaiko visas pastangas diegti reformas (Žmogaus teisių stebėsena uždarose psichikos sveikatos priežiūros ir globos institucijose, 2005).

Projekto „Žmogaus teisių stebėsena uždarose psichikos sveikatos priežiūros ir globos institucijose“ (2005) ataskaitoje pateikiamos pagrindinės kliūtys sėkmingai deinstitucionalizacijai:

- finansinis ir organizacinis spaudimas išlaikyti esamas institucijas;
- institucinę globą skatinančių mechanizmų finansavimas;
- teigiamas visuomenės požiūris į esamą sistemą;
- silpna socialinių paslaugų infrastruktūra;
- nepriklausomos stebėsenos ir kontrolės nebuvimas;
- teisinės bazės, ginančios pažeidžiamų individų teises, trūkumas.

Tarptautinė praktika rodo, kad globos bendruomenėje teikimas duoda geresnius rezultatus: geresnę gyvenimo kokybę, pagarbą žmogaus teisėms, o tai yra ekonomiškai naudingiau nei institucinė globa. Tačiau visuomenės apklausos rodo, jog pusė Lietuvos gyventojų pasisako už psichikos sutrikimų turinčių asmenų izoliavimą institucijose, kuriose būtų skirta nuolatinė priežiūra. Tik 30,8 procento respondentų mano, jog neįgalūs asmenys turėtų gyventi bendruomenėje, namuose, kartu su negalią turinčiais asmenimis, užtikrinant jiems adekvačias socialines paslaugas (Juodkaitė, 2005).

Daugelis savivaldybių vis dar orientuojasi į stacionarias paslaugas apskričių socialinės globos įstaigose ir nekuria bendruomeninių paslaugų tinklo. Net 18 procentų socialinės globos įstaigų gyventojų galėtų gyventi bendruomenėje, jeigu jiems būtų užtikrinamos tinkamos paslaugos (Juodkaitė, 2005). Leidinyje "Žmogaus teisės Baltijos šalių psichikos sveikatos priežiūros srityje" (2006) Lietuvai rekomenduojama priimti ilgalaikę socialinę paramą reglamentuojantį dokumentą, kuriame būtų numatyta taikyti bendruomenines bei lankomosios priežiūros paslaugas kaip alternatyvą stacionarioms; peržiūrėti ir koreguoti asmenų siuntimo į socialinės globos įstaigų sistemą; aiškiai apibrėžti gyventojų išvykimo iš socialinės globos įstaigų tvarką; padėti užmegzti bendruomeninius ryšius.

1.2.2 Globos įstaigų žmonėms su negalia finansavimas. Stacionarių įstaigų finansavimas rodo pasitikėjimą jomis, tačiau stacionarių paslaugų teikimas labai brangus. Sovietų Sąjungos laikotarpiu visos institucijos, teikiančios stacionarias paslaugas Centrinėje ir Rytų Europoje, buvo finansuojamos iš valstybės biudžeto. Vykstant decentralizavimo procesui, keitėsi ir stacionarias paslaugas teikiančių įstaigų finansavimas: lėšos iš valstybės biudžeto pervedamos į vietinės valdžios biudžetus. Pasaulio Banko duomenimis, 1996 metais Lietuvoje 25 procentai tokių įstaigų biudžetų buvo padengiami savivaldybių lėšomis, iš jų 45 procentai buvo skiriami vaikų globos įstaigoms, 31 procentas pagyvenusių žmonių globos įstaigoms tik keturi procentai neįgaliesiems (1lentelė).

1 lentelė. Nacionalinės ir vietos valdžios išlaidos stacionarioms įstaigoms Lietuvoje, 1996 (tūkst. litų)

Stacionarios įstaigos tipas	Iš viso	Valstybės biudžetas	Valstybės biudžetas (procentais)	Savivaldybių biudžetas	Savivaldybių biudžetas (procentais)
Viso	131,749	98,336	75	33,413	25
Vaikų globos įstaigos	27,785	15,312	55	12,473	45
Pagyvenusių žmonių globos įstaigos	31,337	21,558	69	9,779	31
Įstaigos žmonėms su negalia	61,510	59,008	96	2,502	4

Šaltinis: Tobis, 2000.

Išlaidos stacionarioms paslaugoms vaikams, neįgaliesiems ir pagyvenusiems asmenims 1996 metais Lietuvoje sudarė 1.75 procento valstybės biudžeto (Tobis, 2000). Nuo 1999 m. nuolat augo Lietuvos bendrasis vidaus produktas, tačiau išlaidos socialinei apsaugai palyginti su BVP nuolat mažėjo: 2007 socialinės apsaugos išlaidos sudarė 13,9 procento BVP. Palyginus su kitomis ES valstybėmis, tai vienas mažiausių rodiklių (Statistikos departamentas, 2008).

Pasaulio banko duomenimis, mažėjant stacionarių įstaigų finansavimui bei mažinant subsidijuotų vartotojų skaičių, didėja stacionarių įstaigų išlaikymo kaštai. Daugelyje šalių pablogėjo vaikų gyvenimo sąlygos ilgalaikiuose vaikų globos namuose. Labiausiai sumažėjo lėšos, skiriamos vaikui, gyvenčiam specialiose vaikams su negalia įstaigose. UNICEF teigimu, daugelis tų, kurie yra ypač priklausomi nuo valstybės, šiandien gauna mažiau finansinės paramos negu gaudavo socializmo laikotarpiu. 1995 metais Lietuvoje vienam vaikui, turinčiam negalią, buvo skiriamas 1,8 vidutinio šalies uždarbio dydžio išlaikymas stacionarioje įstaigoje (Tobis, 2000).

Statistikos departamento duomenimis, pastebima globos įstaigų skaičiaus neįgaliems asmenims didėjimo tendencija (2 lentelė). Stacionarių paslaugų poreikis išlieka aukštas, nes socialinių paslaugų tinklas savivaldybėse nėra pakankamai išvystytas ir žmonėms nelieka kito pasirinkimo kaip tik būti nukreiptiems į stacionarias globos įstaigas. Tačiau neįgalių gyventojų skaičius globos įstaigose suaugusiems nuo 2004 metų nuolat mažėjo. Šiam pokyčiui turėjo įtakos alternatyvių paslaugų plėtojimas: lankomoji priežiūra, dienos centrai. Lietuvoje veikia apie 30 dienos centrų, skirtų sutrikusio intelekto asmenims, tačiau nėra nė vieno skirto žmonėms, turintiems psichikos negalią, išskyrus pavienes iniciatyvas Vilniuje bei NVO veiklą (Tamašauskienė, 2003).

2 lentelė. Globos įstaigos žmonėms su negalia

	2004	**2005**	**2006**	**2007**
Globos įstaigos suaugusiems neįgaliesiems	27	27	27	30
Jose gyventojų, iš viso	5458	5412	5409	5370
Ikipensinio amžiaus	3316	3319	3342	3371
Globos įstaigos seniems žmonėms	89	88	91	84
Juose ikipensinio amžiaus gyventojų su negalia	615	611	588	615
Globos namai vaikams ir jaunimui su negalia	4	4	4	4
Jose gyventojų	711	735	733	724
Specialiosios mokyklos	48	46	48	49
Jose gyventojų	2794	2157	2086	1612
Specialiojo ugdymo centrai	15	15	18	20
Juose gyventojų	420	281	371	316

Šaltinis: Statistikos departamentas, 2008.

Nuo 2000 iki 2003 metų pensionatuose buvo įsteigta beveik du šimtai socialinių darbuotojų etatų, kai tais pačiais metais psichikos sveikatos priežiūros centruose tokių darbuotojų įdarbinta tik šešiasdešimt (Žmogaus teisių stebėsena uždarose psichikos sveikatos priežiūros ir globos institucijose, 2005). Ta rodo, kad vyriausybė investuoja į stacionarių paslaugų kokybę ir taip palaiko stigmatizuojančių paslaugų dominavimą. Lėšos, skiriamos bendruomeninių paslaugų plėtrai, yra nepakankamos: apie 70 procentų psichikos sveikatos biudžeto yra skiriama socialinės globos įstaigoms ir psichiatrijos ligoninėms (Knapp, McDaid, Mossialos ir kt., 2007).

Taigi, Lietuvoje vyrauja brangios ir mažiausiai vartotojų dalyvavimo bei veiklumo reikalaujančios paslaugos, nėra išplėtota ekonomiškai naudingesnė bendruomeninių paslaugų infrastruktūra (Juodkaitė, 2005). Norint skatinti kokybę, būtina keisti ne tik finansavimą, bet ir platesnes strategijas. Finansavimas iš esmės yra įrankis keisti psichikos sveikatos sistemą tam kad, tai būtų efektyvu. Finansavimas turi prisiderinti prie paslaugų teikimo sistemų ir esamų procesų bei atspindėti politines ir ekonomines realijas (Pasaulio sveikatos organizacija, 2003).

1.3 Valstybės iniciatyvos reformuojant psichikos sveikatos sritį

Lietuvos psichikos sveikatos politika aiškėja ir skaidrėja. Priimamuose dokumentuose ryškėja valstybės prioritetai. Tačiau esant ribotiems valstybės resursams tenka pasirinkti investavimo kryptį. Lietuvoje dominuoja tradicinė įstaigų sistema (centralizuotos psichiatrijos įstaigos, psichoneurologiniai pensionatai), kuri susiduria su finansinėmis problemomis. Todėl vyriausybė turi nuspręsti, kas yra svarbiau ar bet kokia kaina gelbėti šias įstaigas, ar vis dėlto imtis ryžtingų sprendimų ir finansiškai remti alternatyvias bendruomenės struktūras (Pūras, Žukauskaitė, Povilaitis, 2000).

Centralizuotos psichiatrijos įstaigos yra LR sveikatos apsaugos ministerijos sritis, o globos įstaigos žmonėms su negalia – LR socialinės apsaugos ir darbo ministerijos kompetencijos sritis. Vykdant deinstitucionalizavimo politiką susisieja abiejų ministerijų ribos, tokiu būdu vyriausybei tampa sudėtinga nustatyti finansavimo šaltinį. 2000 metų tarptautinėje konferencijoje dr. Dainius Pūras šią problemą įvardijo kaip aklavietę: pačių efektyviausių paslaugų neapmoka nei sveikatos draudimas (nes paslaugos nėra pakankamai „medicininės“), nei biudžetas (nes sveikatos paslaugas turi apmokėti sveikatos draudimas) (Pūras, Žukauskaitė, Povilaitis, 2000). Taigi, nors ir Lietuva turi aiškius prioritetus, akivaizdu, jog trūksta įstaigų veiklos, teikiamų paslaugų ir finansavo modelio, kuris išspręstų šią painią finansavimo problemą.

Svarbu, jog vyriausybei kuriant naują paslaugų teikimo sistemą nebūtų pamirštas vartotojas. Paslaugos turi būti priderintos prie vartotojų, o ne prie sistemos poreikių (Pūras, Žukauskaitė, Povilaitis, 2000). Efektyvių sprendimų priėmimas psichikos sveikatos srityje siejamas su kūrybiš-kumu, todėl sprendimai neturėtų būti priimami “iš viršaus“. Reikalingas sprendimų priėmimo ir atsakomybių pasidalinimas tarp valdžios ir nevyriausybinių organizacijų bei įvairių suinteresuotų grupių (Pūras, Povilaitis, Povilaitienė, 2002).

Vyriausybės politika ir išorės donorų finansinė parama yra glaudžiai susijusios. Geriausias rezultatas pasiekiamas tuomet, kai sutampa išorės organizacijų prioritetai su finansuojamos šalies prioritetais. Kiekvienu projektu siekiama tam tikro rezultato, įvardijamas ilgalaikis projekto poveikis ir siekiama veiklos tęstinumo.Veiklos tęstinumas neatsiejamas nuo vyriausybės politikos. Lietuvoje buvo įgyvendinta daugybė tarptautinių rėmėjų (Atviros visuomenės instituto, Ženevos iniciatyvos psichiatrijoje, Hamleto fondo, Pasaulio banko) finansuotų iniciatyvų. Jomis buvo siekiama stiprinti į bendruomenę orientuotą socialinių paslaugų infrastruktūrą, pateikti tyrimais pagrįstus įrodymus, jog esama sistema yra neefektyvi, tačiau norimam rezultatui pasiekti trukdė vietos valdžios pasyvumas ir vengimas pareikšti politinę valią. Vietos valdžia nepasekė donorų pavyzdžiu, neprisiėmė atsakomybės investuoti į modernią bei žmogaus teisių nepažeidžiančią

sistemą (Žmogaus teisių stebėsena uždarose psichikos sveikatos priežiūros ir globos institucijose, 2005).

Leidinyje „Žmogaus teisės Baltijos šalių psichikos sveikatos priežiūros srityje“ (2006) Lietuvos vyriausybei pateikiamos šios rekomendacijos:

1. Atlikti konkrečius veiksmus planuojant ir įgyvendinat deinstitucionalizavimo procesą.
    a) Sudaryti detalų didžiausių psichiatrijos ligoninių ir socialinės globos įstaigų uždarymo grafiką, numatant kaip bus perskirstomos lėšos atsižvelgiant į Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijas.
    b) Sukurti visapusišką planą, kaip suteikti bendruomenines paslaugas asmenims su psichine ar proto negalia, kurie šiuo metu yra stacionarių įstaigų pacientai.
    c) Sustiprinti ir sukurti bendruomenines paslaugas bei paremti neformalius paslaugų teikėjus (paprastai šeimos narius).
2. Paremti analitinius bei mokslinius tyrimus, kurie objektyviai įvertintų deinstitucionalizavimo procesą bei bendruomenių paslaugų plėtojimą.
3. Sukurti nepriklausomą žmogaus teisių stebėjimo sistemą, kuri būtų finansuojama valstybės, pagerinti turinčių negalią asmenų teisių apsaugą, kovoti su stigma, remti žmogaus teisių atstovavimo tarnybas.
4. Gerinti pirminės psichikos sveikatos priežiūros centrų vykdomą prevenciją.
5. Paremti nevyriausybinių organizacijų bendruomenės paramos sistemos plėtrą.

1.3.1 Valstybės vaidmuo administruojant ES struktūrinę paramą. Europos Sąjungos struktūrinė parama – tai būdas įgyvendinti vyriausybės politiką. Lietuva ne tik savo biudžeto lėšomis prisideda prie įgyvendinamų projektų, bet ir nustato finansuojamas kryptis.

Europos Sąjungos struktūrinė parama paskirstoma projektų būdu. Projekto valdymo ciklas prasideda **programavimo etapu** (2 pav. priede), kuriame valstybė pati apibrėžia struktūrinės paramos strategiją, lėšų paskirstymo kryptis, laukiamus rodiklius. Svarbu ne tik tai, kiek lėšų gaus Lietuva, bet ir tai, kaip teisingai jas investuos.

Struktūrinės paramos strategija derinama su kitomis valstybės programomis – tokiomis kaip Nacionalinė Lisabonos strategijos programa, ilgalaikės raidos strategijos prioritetais. Strategijoje įtvirtinamas papildomas principas, kuriuo užtikrinama, jog ES struktūrinių fondų parama nepakeis ir nesumažins nacionalinių struktūrų išlaidų lygio. Nustatomas išlaidų lygis, kurį Lietuva turėtų išlaikyti programavimo laikotarpyje.

Kitas svarbus projekto valdymo etapas, kuriame tarpinės institucijos (atitinkamos ministerijos) turi lemiamą įtaką yra projektų **finansavimo etapas**. Atrankos komitete, kuris vertina pateiktas paraiškas, turi dalyvauti susijusių ministerijų ir vadovaujančios institucijos atstovai. Galutinį sprendimą dėl finansavimo priima atitinkama ministerija (Europos Sąjungos struktūriniai fondai-

Lietuvai, 2004). Europos komisija šiame etape nedalyvauja, taigi pati valstybė priima galutinį sprendimą, ką finansuoti ir ko ne.

Lietuvos 2007-2013 metų Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo strategijoje žmogiškųjų išteklių plėtros veiksmų programoje iškeliami šie prioritetai:

1. kokybiškas užimtumas ir socialinė aprėptis;
2. mokymasis visą gyvenimą;
3. tyrėjų gebėjimų stiprinimas;
4. administracinių gebėjimų stiprinimas ir viešojo administravimo efektyvumo didinimas.
5. techninė parama žmogiškųjų išteklių plėtros veiksmų programos įgyvendinimui.

Socialinės apsaugos ir darbo ministerija šiuo laikotarpiu yra atsakinga už pirmo prioriteto „Kokybiškas užimtumas ir socialinė aprėptis“ priemonių, skirtų užimtumui didinti bei socialinei atskirčiai mažinti, darbo jėgos kompetencijai ir kvalifikacijai ugdyti, įgyvendinimą. Taip pat svarbi sanglaudos skatinimo veiksmų programa. Šios programos antrasis prioritetas „Viešųjų paslaugų kokybė ir prieinamumas: sveikatos, švietimo ir socialinė infrastruktūra“ apima:

- nestacionarių socialinių paslaugų infrastruktūros plėtrą;
- paslaugas neįgaliesiems;
- darbo biržų infrastruktūros modernizavimą;
- profesinio mokymo sistemos infrastruktūros modernizavimą.

2007-2013 metų nacionalinė bendroji strategija numato paprastesnes taisykles, mažesnes biurokratines kliūtis gauti ES subsidijas, o tai ypatingai svarbu ribotus išteklius turintiems paramos gavėjams, tokiems kaip ne pelno siekiančioms organizacijoms. Tačiau išteklių pasisavinimo sėkmė priklauso nuo pačios organizacijos.

1.3.2 Psichikos sveikatos priežiūros sritis 2007-2013 metų programavimo periode.

LR Sveikatos apsaugos ministerija Sanglaudos skatinimo veiksmų programoje numato 5 priemones, kuriomis bus gerinama psichikos sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas. *Priemonė „Diferencijuotų kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centrų įkūrimas“*. Šia priemone numatoma plėtoti kompleksinės vaikų ir paauglių sveikatos priežiūros paslaugas (ambulatorines-konsultacines, dienos stacionaro, krizių intervencijos, stacionaro). Remiamos veiklos: centrų įsteigimas, investavimas į patalpų remontą (rekonstravimą), įrengimą; aplinkos sutvarkymas, įrangos, reikiamo transporto įsigijimas. Galimi pareiškėjai – viešosios stacionarios asmens sveikatos priežiūros įstaigos, turinčios psichiatrijos skyrius ir sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis (LR Sveikatos apsaugos ministerija, 2008).

Priemonė „Psichiatrijos stacionaro modernizavimas“. Priemonės tikslas – modernizuoti ūmios psiciatrijos stacionariąją grandį pagal Europos Sąjungos reikalavimus. Remiamos investicijos į patalpų remontą, aprūpinimą šiuolaikinėmis specialios priežiūros priemonėmis, medicinine įranga.

Taip pat numatomos investicijos į teismo ekspertizės stacionaro modernizavimą (patalpų remontas, gydymo sąlygų gerinimas).

Priemonė „Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų stebėsenos įkūrimas“. Numatoma paremti Valstybinį psichikos sveikatos centrą, kuris vykdys psichikos sveikatos sistemos vertinimo ir stebėsenos veiklą.

Priemonė „Psichikos dienos stacionarų (centrų) įkūrimas“. Siekiama įsteigti iki 20 psichikos dienos stacionarų centrų) prie savivaldybių šalia jau sukurtos psichikos sveikatos centrų infrastruktūros. Projektus įgyvendina įstaigos, teikiančios pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, turinčios sutartis su ligonių kasomis ir aptarnaujančios ne mažiau kaip 45 tūkstančius gyventojų.

Priemonė „Krizių intervencijos centrų įkūrimas“. Priemonės tikslas - įsteigti iki penkių krizių intervencijos centrų didžiuosiuose Lietuvos miestuose. Projektus įgyvendins stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos, turinčios psichiatrijos skyrius ir sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis (LR Sveikatos apsaugos ministerija, 2008).

LR Socialinės apsaugos ir darbo ministerija šiuo programavimo periodu įgyvendina vieną iš svarbiausių priemonių socialinių paslaugų srityje – „Nestacionarių socialinių paslaugų infrastruktūros plėtra“. Priemonė numatyta Sanglaudos veiksmų programoje. Planuojama finansuoti 87 projektus regioninio projektų planavimo būdu. Būtent šioje priemonėje pareiškėjais gali būti:

- labdaros ir paramos fondai;
- savivaldybių administracijos;
- savivaldybių biudžetinės įstaigos;
- viešosios įstaigos;
- asociacijos;
- religinės bendruomenės ar bendrijos (LR Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, 2008).

Šios priemonės tikslas – gerinti nestacionarių socialinių paslaugų infrastruktūrą, mažinti regioninius skirtumus, dekoncentruoti ir decentralizuoti socialinių paslaugų organizavimą ir teikimą, didinti jų įvairovę, modernizuoti socialinių paslaugų įstaigų materialinę bazę, prisidėti prie asmenų, kuriems skirtos socialinės paslaugos arba jų šeimos narių sugrįžimo į darbo rinką. Pasirinkta labai plati tikslinė grupė: suaugę asmenys su negalia, neįgalūs ir sutrikusio intelekto vaikai, pagyvenę asmenys, socialinės rizikos šeimos, socialinės rizikos suaugę asmenys, asmenys, gaunantys ilgalaikę socialinę globą. Viena iš remiamų veiklų yra ir socialinės globos įstaigų pritaikymas nestacionarioms paslaugoms, mažinant stacionarias paslaugas gaunančių asmenų skaičių (LR Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, 2008).

Priemonių atitikimas strateginiams tikslams.

Palyginus Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos bei Sveikatos apsaugos ministerijos priemones, pagal kurias bus teikiami projektai, akivaizdu, kad šios įstaigos veikia skirtingomis paslaugų teikimo kryptimis. SADM siekia paslaugų dekoncentravimo ir decentralizavo, į galimus projektų pareiškėjus įtraukia įvairaus statuso organizacijas, tuo tarpu SAM remia tik jau teikiančias psichikos sveikatos priežiūros paslaugas įstaigas ir turinčias sutartis su ligonių kasomis. Nėra numatyta priemonių, įtvirtinančių abiejų ministerijų bendradarbiavimą.

Priemonėse psichikos sveikatos priežiūra atsispindi kaip prioritetinė sritis: psichikos sveikatos infrastruktūros plėtrai ir modernizavimui skirta 100 mln. litų (1 lentelė priede). Numatyta praplėsti psichikos sveikatos priežiūros įstaigų veiklą, įkuriant dienos, krizių, psichiatrijos centrus, tačiau nėra numatyta radikalių priemonių, skirtų mažinti lovų skaičiui psichiatrijos ligoninėse. Tai lems žymų valstybės išlaidų padidėjimą, kol bus imtasi ekonomiškai neefektyvių paslaugų mažinimo.

Vienas iš numatytų tikslų – psichiatrijos stacionaro modernizavimas. Šis prioritetas iš dalies paremia dabartinę institucionalizuotą sistemą, tačiau investicijos būtinos siekiant užtikrinti pacientų teises į kokybišką gydymą bei priežiūrą.

Planuojama įkurti 20 dienos stacionarų (centrų) esamose psichiatrinių ligoninių patalpose, tačiau L. Murauskienė pabrėžia prastą psichiatrinių ligoninių dislokaciją kaip vieną iš veiksnių, ribojančių ligoninių pertvarkos galimybes. Psichiatrinės ligoninės dažniausiai įsikūrusios atokiose vietose, todėl tampa problematiška teikti ambulatorines paslaugas didesniam pacientų srautui (Murauskienė, 2003).

Jan Pfeiffer (2000) pateikia klaidas, kurių reikėtų vengti reformuojant psichikos sveikatos priežiūros sistemą:

- sumažinti gydymą ligoninėje nesukūrus pagalbos struktūros bendruomenėje;
- keisti gydymą be nacionalinio ir regioninio planavimo ir koordinavimo;
- keisti tik iš „viršaus į apačią“ arba „iš apačios į viršų“.

Lietuva, kurdama ES lėšų panaudojimo priemones, nenumatė priemonių psichikos sveikatos įstaigų uždarymui ar visiškam reorganizavimui. Pacientų skaičių stacionaruose tikimasi sumažinti plečiant nestacionarias paslaugas (įsteigiant dienos centrus). Kiekvieną priemonę numatoma finansuoti valstybės projektų planavimo ar regioninio planavimo būdu. Įstaigoms pačioms iš dalies yra suteikiama galimybė dalyvauti reformavimo procese teikiant ir įgyvendinant projektus.

D.Tobis įvardija kelias svarbias rizikas, kurios gali atsirasti mažinant stacionarių paslaugų skaičių ir jas keičiant bendruomeninėmis paslaugomis. Viena jų – neadekvačių bendruomeninių paslaugų sukūrimas. Tokia rizika gali atsirasti dėl nepakankamai kvalifikuoto personalo darbo, dėl pačių paslaugų, kurios gali neatitikti asmens poreikių ar materialinių galimybių. Egzistuoja tikimybė, jog remiantis smulkiais pilotiniais projektais, nors ir sėkmingais bei kruopščiai

suplanuotais, galima suformuoti neadekvačią bendruomeninių paslaugų sistemą. Pilotiniai projektai paprastai yra maži, atspindys tik tam tikros dalies populiacijos specifinius poreikius. Reikalingas atsargus bei tęstinis planavimas, įvertinant visos populiacijos poreikius. Kita iš galimų rizikų – projektai gali būti neberemiami. Pasikeitus vyriausybei, šalies finansinei situacijai ar už projektus atsakingoms institucijoms, psichikos sveikatos priežiūros sistemos reformavimas gali tapti nebe prioritetine sritimi. Šie galimi pasikeitimai turėtų įtakos finansavimui, programiniam integralumui bei personalo kaitai (Tobis, 2000).

Lietuvos atveju, pasikeitus ekonominei situacijai, tikėtina rizika - valstybės investicijų sumažėjimas. Mažėjant šalies BVP (2008 m. ketvirtąjį ketvirtį BVP palyginus su 2007 m. Sumažėjo 1,5 procento (Statistikos departamentas, 2009) bei valstybei mažinant išlaidas, atsiranda grėsmė, jog psichikos sveikatos priežiūros ir globos reorganizavimo reforma gali būti pilnai neįvykdyta. Rengiant ES struktūrinių fondų paramos panaudojimo psichikos sveikatos priežiūros srityje priemones, remtasi Psichikos sveikatos optimizavimo galimybių studija, kuri susilaukė ekspertų kritikos, jog neatspindi realios situacijos.

Tačiau sudarytos priemonės tėra tik planas, nurodantis kuria kryptimi turėtų būti paskirstomi ištekliai. Rezultatas priklausys nuo to, kokius projektus pateiks institucijos, kaip tikslingai juos įgyvendis bei kokių rezultatų pasieks. Čia svarbus įstaigų aktyvus dalyvavimas teikiant projektų paraiškas ir kūrybiškumas rengiant bei vykdant projektus.

1.4 Įstaigų vidinės galimybės keistis

1.4.1 Verslumo ugdymas. Vienas iš efektyviausių būdų spręsti psichikos sveikatos problemas – aktyvus pačių įstaigų dalyvavimas reformuojant psichikos sveikatos priežiūros ir socialinės globos sritį. Tai galimybė įstaigai praplėsti teikiamas paslaugas, padaryti jas efektyvesnėmis bei įtraukti įstaigos darbuotojus į kūrybinį procesą. Pasak Pūro(2002), psichikos sveikatos sritis ypač reikalauja kūrybiškumo ir išradingumo bei susitarimo tarp įvairių suinteresuotų grupių.

Europos Komisija verslumą apibrėžia kaip žmogaus gebėjimą idėjas paversti veiksmais. Tai reiškia kūrybiškumą, naujoves, pasirengimą rizikuoti bei gebėjimą planuoti ir valdyti projektus siekiant iškeltų tikslų. Darbuotojams šis gebėjimas padeda suprasti su jų darbu susijusį kontekstą ir išnaudoti galimybes (Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetas, 2008). Verslumas siauresne prasme suprantamas kaip mokėjimas sukurti ekonominę vertę, pritraukti investicijas .

Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komiteto parengtoje nuomonėje dėl Verslumo ugdymo ir Lisabonos darbotvarkės teigiama, jog būtina skatinti verslumą viešajame sektoriuje siekiant efektyvesnio paslaugų teikimo.Viešajame sektoriuje verslumas turi būti derinamas su tikslu siekti bendrų piliečių interesų ir kartu sudaryti darbuotojams galimybes pagerinti darbo kokybę išlaisvinant verslumo potencialą naujose organizacijų formose. Būtina pripažinti bei skatinti kiekvieno darbuotojo kūrybingumą ir galimybes. Verslumo ugdymas – tai jėga, nuo kurios priklauso asmens gebėjimas daryti įtaką kolektyviniams tikslams ir socialiniams pokyčiams. Netgi ne pelno sektorius yra grindžiamas verslumo ugdymu (Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetas, 2008).

Išskiriamos trys pagrindinės žinių, įgūdžių ir nuostatų grupės, susijusios su verslumo ugdymo gebėjimais:

1) žinios apie savo asmenines galimybes, žinios apie profesines arba verslo galimybes, gebėjimas suvokti bendresnį vaizdą – žmonių gyvenimo ir darbo aplinką kuriančius dalykus, žinoti apie organizacijai iškylančius uždavinius bei atsirandančias galimybes;
2) įgūdžiai susiję su projektų valdymu: planavimas, organizavimas, valdymas, vadovavimas ir delegavimas, analizavimas, įvertinimas, ataskaitų rengimas bei protokolavimas. Šiai grupei taip pat priklauso sugebėjimas dirbti tiek savarankiškai, tiek komandoje, rizikos įvertinimas bei gebėjimas nustatyti savo stipriąsias ir silpnąsias puses;
3) motyvacija ir pasiryžimas siekti asmeninių ir (arba) darbo tikslų. Tai iniciatyvumas, nepriklausomybė, novatoriškumas asmeniniame ir socialiniame gyvenime bei darbe.

Verslumo ugdymas siejamas su socialinio dialogo stiprinimu.Taigi labai svarbu, kad darbuotojas gebėtų suprasti įstaigos socialinę atsakomybę bei vykdomą veiklą kaip priemonę remti bendruomenės pajėgumų stiprinimą (Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetas, 2008).

1.4.2 Vadyba socialiniame darbe. Didėjant sveikatos priežiūros išlaidoms ypač svarbus tampa efektyvus vadovavimas šioms įstaigoms. Socialinis darbuotojas yra įsipareigojęs teikti geriausias galimas paslaugas klientui.

Tačiau socialinis darbuotojas gali teikti tik tokią pagalbą, kuri yra numatyta įstatymuose bei teisės aktuose ir tik ši pagalba yra finansuojama. Paprastai pagalbos poreikis visuomenėje yra daug didesnis, negu tai numato valstybės socialinė apsauga. Pagalbos susilaukia tik tas asmuo, kurio problemos yra įvardintos socialinę pagalbą reglamentuojančiuose teisės dokumentuose ir jei atitinka nustatytus kriterijus. Socialiniai darbuotojai yra priversti rinktis tas veiklos formas, kurias finansuoja valstybė. Pavyzdžiui, dirbant su psichikos ligoniais labai veiksmingos yra ne tik pačių pacientų savipagalbos grupės, bet ir jų artimųjų savipagalbos grupės, tačiau šis darbo metodas nėra valstybės finansuojamas. Socialinė apsauga žymiai labiau priklausoma nuo politikų valios ir viešojo finansavimo nei kitos panašios sritys (Gvaldaitė, Švedaitė, 2005).

Weinbach (2003) teigia, jog socialinis darbuotojas neturi galimybės pasirinkti ar atlikti vadybininko funkcijas savo profesiniame darbe, ar ne. Galima tik pasirinkti, ar atlikti tam tikrą vadybinį darbą, kuris reikalauja papildomų laiko resursų, tačiau apskritai vadybos negalima išvengti. Darbuotojas turi suprasti vadovavimą organizacijai ir efektyviai vykdyti organizacijos funkcijas. Pats vadovavimas gali būti apibrėžiamas kaip darbo aplinkos įtakojimas, keitimas įvairiais būdais. Socialinis darbuotojas, būdamas vadybininko vaidmenyje, stengiasi susikurti optimalią darbo aplinką (Weinbach, 2003).

Coulshed (2006) akcentuoja tai, jog socialinis darbuotojas, būdamas vadybininko vaidmenyje, gali kritiškai įvertinti įstaigą, kurioje dirba, paslaugas, kurias teikia bei kriterijus, kuriais vadovaujasi. Nešališkas požiūris yra naudingas, nes leidžia įvertinti kaip paslaugos yra teikiamos ir kaip jos priimamos. Vadybos taikymas leidžia išvengti buvimo instrumentu ar „atpirkimo ožiu“, kai kas nors nepavyksta. Vadybiniai sugebėjimai darbuotojams leidžia atskirti, kada yra pačios paslaugų sistemos klaida, o ne asmeninė darbuotojo klaida bei įvertinti ar kriterijai, kuriais yra vadovaujamasi, yra geri, ar juos reikia keisti (Coulshed, 2006).

Socialinis darbuotojas, matydamas, jog organizacijos funkcionavimas yra kliuvinys patenkinti kliento poreikius, turi parengti priemones keisti organizaciją. Organizacijos keitimas gali būti apibūdintas kaip priemonė, skatinanti paslaugų teikimo organizacijos veiklos efektyvumą palaikant santykius su klientais, patobulinant formalias politikas, programas, procedūras ar vadovavimo praktikas. Siekiama pašalinti organizacijos sąlygas, kurios yra netinkamos klientams. Socialinis darbuotojas, prieš naudodamas keitimo iš vidaus strategiją, turi žinoti apie:

- agentūrą kaip socialinę sistemą;

- kliuvinius patenkinti poreikius (finansiniai ištekliai, politikos, procedūros, naudojami metodai);
- jėgas agentūroje ir bendruomenėje, kurios lemia agentūros funkcionavimą tenkinant poreikius;
- įprastus procesus, naudojamus siekiant pakeisti agentūras;
- sprendimų priėmimą;
- kiekvieną įtaką, galinčią paveikti sprendimų priėmimą;
- sprendimą priimančio asmens galimą nenorą pokyčiams (Johnson, 2001).

Socialinis darbuotojas yra arčiausiai kliento, todėl jo iniciatyvos bei pasiūlymai, kaip efektyviau teikti bei organizuoti paslaugas, nepaprastai svarbios.

Tačiau projektų vadyba atskiria darbuotoją nuo tiesioginio darbo su klientu. Egzistuoja kritiškas požiūris į šį procesą socialiniame darbe. L.C Jonhson (2001) nuomone, vadybinių paslaugų teikimo plėtra reiškia papildomo biurokratijos sluoksnio atsiradimą paslaugų teikimo srityje. Tokie darbuotojai dažnai susiduria su profesinių ir biurokratinių lūkesčių konfliktu – su žmonių poreikiais, skausmu, visuomenės neteisybėmis, agentūros politika, taisyklėmis ir nurodymais. Tačiau galima būti “geru biurokratu”- suderinti tai, ką geriausia turi profesionalumas ir biurokratija. Būtinybė mokytis biurokratinių įgūdžių atsiranda tuoment, kai yra neįmanoma suteikti profesionalių paslaugų nebūnant biurokratu. Realybė yra tokia, jog darant karjerą socialinio darbo srityje neišvengiamai teks dirbti biurokratinį darbą (Johnson, 2001).

L. Dominelli (1996) akcentuoja, jog socialinio darbo profesijos pagrindas yra sugriautas. Kuriami nauji darbo metodai, o senieji nebereikalingi. Pernelyg daug dėmesio skiriama diskusijoms apie paslaugų finansavimą, organizavimą bei socialinių darbuotojų mokymą, nutolstama nuo socialinio darbo esmės. Ypač kritikuojamas atvejo vadybos metodas, nes jis leidžia pasireikšti rinkos dėsniams iki šiol buvusioje „šventoje ir neliečiamoje” profesijoje: vietoj kliento ir darbuotojo santykio atsiranda pirkėjo – teikėjo santykis paslaugų organizavime ir teikime.

1.4.3 Įstaigų motyvacija keistis. Socialinio darbo įstaigos yra priverstos nuolat įrodinėti savo veiklos reikalingumą. Tam tikri socialinio darbo įstaigų projektai gali būti lengvai nutraukiami ir nebetęsiami, nes pasikeičia socialinės politikos prioritetai, vyriausybės programos arba trūksta finansavimo (Gvaldaitė, Švedaitė, 2005).

Tokie pokyčiai skatina ieškoti naujų veiklos būdų, kurie padėtų operatyviai ir kokybiškai spręsti iškylančius klausimus. Vienas iš jų – projektinė veikla. Šiuo būdu per gana trumpą laiką išsprendžiamos svarbios veiklos efektyvumo ir kokybės problemos. Pati projekto sąvoka gali būti suprantama kaip:

- iš anksto numatytas ir parengtas veikimo planas;
- laikina veikla, kurią griežtai riboja tikslūs pradžios ir pabaigos momentai;

- susitarimas, turintis tam tikrų tikslų;
- sistema, apimanti išsikeltus tikslus, kuriems įgyvendinti kuriami objektai, nustatomi ištekliai, numatomi valdymo sprendimai ir priemonės jiems įgyvendinti (Kučinskienė, Kučinskas, 2005).

Socialinių projektų objektas yra žmogus ir aplinka (sociumas). Projektas yra atviras naujoms idėjoms ir originaliems sprendimams. Projektų prireikia, kai įprastos administracinės priemonės tampa nepakankamai efektyvios spęsti socialines problemas. Projektai skatina daryti kolektyvinius sprendimus. Projektas kyla iš pačios organizacijos, todėl jo vykdytojai turi jausti šios veiklos stimulus ir būti aktyvūs savo idėjų gyvendintojai (Kučinskienė, Kučinskas, 2005). Socialinių projektų kūrimas paprastai yra sudėtingas ir rizikingas. Šiame procese labai svarbūs žmogiškieji ištekliai, ne tik asmenybiniai gebėjimai ir savybės, bet ir tarpdalykinis pasirengimas (Kučinskienė, Kučinskas, 2005). Taip pat reikšmingos įstaigos finansinės galimybės: projekto parengimo išlaidos, dalinis projekto finansavimas. Socialinių projektų rezultatų kokybė ir efektyvumas dažnai sunkiai yra išmatuojama standartiniais mato vienetais, todėl labai svarbu apsibrėžti rezultato charakteristikas (Kučinskienė, Kučinskas, 2005).

L.C. Jonhson (2001) pabrėžia, jog socialinių paslaugų organizacijos turi išskirtinių savybių, lemiančių jos veiklą. Šių organizacijų tikslai yra išoriniai (orientuoti į aplinką), darbuotojai yra tarnautojai, o ne produkto gamintojai. Organizacija, kuri labai rūpinasi paslaugos kokybe ir veiksmingumu, gali efektyviai panaudoti net ribotus išteklius teikiant paslaugą. Tuo tarpu įstaiga, kurios pagrindinis siekis yra pelnas ir kuri nuolat riboja paslaugas, nesugebės likti atsidavusi socialinio darbo etikai ir vertybėms .

Įstaigos paprastai priešinasi pokyčiams, nes tai pakeičia jų sistemą, funkcionavimą, sukelia netikrumą. Svarbu įvertinti du veiksnius: esamą riziką darbuotojui, kuris vykdo pasikeitimą ir kitų organizacijos asmenų galimą pasipriešinimą. Tokioje situacijoje labai padeda kompromisinis požiūris. Darbuotojai, kurie įsitikinę, jog jų planas bus priimtas, paprastai sulaukia neigiamo atsakymo. O asmenys, besirūpinantys įstaigos gerove kartu su kitais nariais, dažnai randa visiems priimtiną sprendimą (Johnson, 2001).

Psichikos sveikatos priežiūros įstaigų sistema Lietuvoje yra monopolinė, nėra sukurto alternatyvių bendruomeninių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų tinklo. Todėl tokių paslaugų teikimo monopolistai neturi motyvacijos keisti esamą sistemą (Žmogaus teisių stebėsena uždarose psichikos sveikatos priežiūros ir globos institucijose, 2005). Atsiradus alternatyvioms paslaugoms, atsirastų ir konkurencija bei motyvacija keistis. Pakeitus biurokratinio finansavimo mechanizmą ir įtraukus konkurencingas sistemas, pagerėtų teikiamų paslaugų kokybė, efektyviau būtų paskirstomos lėšos. Vienas iš būdų pakeisti finansavimą – psichikos paciento krepšelio sukūrimas, kuris įstatymiškai suteiktų galimybę pacientui pasirinkti ar stacionarias paslaugas, ar

bendruomenines. Taip kartu su kliento pasirinkimu keliautų ir finansavimas tam tikrai įstaigai (Žmogaus teisių stebėsena uždarose psichikos sveikatos priežiūros ir globos institucijose, 2005). Reformos psichikos sveikatos priežiūros srityje skatina paslaugų teikimo reorganizavimą, įtraukiant pačias įstaigas į kaitos procesą. Įstaigos turi prisitaikyti prie naujų pokyčių, įrodyti, jog dirba produktyviai bei efektyviai. Toks kaitos procesas iš dalies reiškia didesnį darbo krūvį mažesniais ištekliais. Atsiradus įstaigų konkurencijai dėl finansavimo, tuo pačiu didės poreikis kooperuotis norint koordinuoti paslaugų teikimą. Įstaigos, norėdamos išlikti, turės nuolat balansuoti tarp konkurencijos ir kooperacijos (Johnson, 2001).

Tačiau psichoneurologiniai pensionatai iš esmės nekito nuo pirmųjų jų atsiradimo metų. Nors stacionarių globos įstaigų veiklą reglamentuojantys teisės aktai bei psichoneurologinių pensionatų nuostatai įtvirtina ambicingus tikslus, tokius kaip „integracija į visuomenę“, „teisių ir interesų saugojimas ir gynimas“, „savarankiškumo ir gebėjimo pasirūpinti savimi atstatymas“, bet šios įstaigos susilaukia daug kritikos iš žmogaus teisų gynėjų ir nevyriausybinių organizacijų. Psichoneurologinių pensionatų veikla skiriasi nuo teisės aktuose reglamentuojamų tikslų: labai dažnai ribojamos bei pažeidžiamos pagrindinės žmogaus teisės (Povilaitienė, Rimšaitė, Stukanė, 2006).

Nevyriausybinės organizacijos yra atviros pasikeitimams, jos organizuoja naujo tipo paslaugas bendruomenėje, aktyviai siekia reformų, atlieka įvairius tyrimus. Viena esminių problemų, ta, kad įstaigų veikla paprastai būna epizodinė, susijusi su konkrečiu projektu. Bendruomenėje teikiamos paslaugos tol, kol vyksta finansavimas. Siekiant užtikrinti tokių paslaugų tęstinumą, reikalingas nuolatinis finansavimas (Povilaitienė, Rimšaitė, Stukanė, 2006).

1.4.4 Gerosios praktikos pavyzdžiai. 2007 metų leidinyje „Psichikos sveikatos politika ir praktika Europoje“ Vilniuje, Vasaros gatvėje esantis Vilniaus miesto psichikos sveikatos centras pateikiamas kaip gerosios praktikos pavyzdys, iliustruojantis deinstitucionalizavimo iniciatyvas. Dėka energingo ligoninės vadovo pastangų bei noro pagerinti psichikos sveikatos paslaugų kokybę Vilniuje, įstaiga tapo atvira reformoms. Projektą finansavo olandų vyriausybė ir Vilniaus miesto savivaldybė. Projekto tikslas - sukurti naujus paslaugų teikimo modulius: įkuriamos Krizių intervencijos, Valgymo sutrikimų, Psichosocialinės reabilitacijos ir Psichoterapijos tarnybos. Svarbu tai, jog buvo sistemiškai įtraukta įvairios suinteresuotos grupės: tiek ligoninės vadovybė, tiek paslaugų vartotojai. Keičiant stacionarias paslaugas į nestacionarias iškilo tolesnio finansavimo rizika, tačiau pasikeitus valdžiai, finansavimas patvirtinamas ir pradedama formuoti bendruomeninių paslaugų vystymo politika. Tai unikalus pavyzdys kaip iš sovietinio tipo psichikos sveikatos priežiūros įstaigos sukuriama moderni ir integruota psichikos sveikatos paslaugas teikianti įstaiga (Knapp ir kt., 2007).

Kitas gerosios praktikos pavyzdys – Vilniaus miesto savivaldybės Socialinės paramos centro iniciatyva sukurtas dienos centrų tinklas Vilniaus mieste. Tinklas sukurtas pasitelkiant dienos centro „Šviesa“ ilgametę patirtį bei rekomendacijas dėl sutrikusios psichikos žmonių poreikių patenkinimo organizavimo. Kartu bendradarbiaujant su seniūnijų socialiniais darbuotojais, 2000 metais buvo įkurti dienos centrai Naujininkuose, Žirmūnuose ir Justiniškėse, o iki 2002 metų dar 5 dienos centrai. Socialinių paslaugų teikimą iš dienos centro „Šviesa“ perėmė Socialinės paramos centras. Šis pavyzdys parodo efektyvų socialinės pagalbos taikymą, kaip be didelių investicijų pavyko ženkliai pagerinti psichikos sutrikimų turinčių asmenų gyvenimo kokybę bei sumažinti socialinę atskirtį. Taigi svarbu nepamiršti panaudoti turimus praktinės patirties resursus, atsižvelgti į sudarytas socialinių paslaugų teikimo galimybes bei jau sukurtą įstatyminę bazę (Tamašauskienė, 2003).

Šie praktiniai pavyzdžiai parodo projektų reikšmingumą ir sėkmę. Tereikia pačių įstaigų darbuotojų iniciatyvos ir ryžto. Visi pasikeitimai prasideda nuo idėjos. Svarbu, kad idėjos iniciatorius turėtų motyvuotą komandą, kuri padėtų rengti ir įgyvendinti projektą.

1.5 Tyrimo problema, tikslas ir uždaviniai

Tyrimo problema. Psichikos sveikatos sričiai skiriamas ypatingas dėmesys. Pastaruoju metu priimami sprendimai, kuria kryptimi organizuoti veiklą psichikos sveikatos srityje. Orientuojamasi į žmogaus teisių užtikrinimą, modernių paslaugų spektrą, prevenciją. Dalis lėšų šiai sričiai stiprinti bus skiriama iš 2007-2013 m. Europos Sąjungos struktūrinių fondų (Sebekienė, 2009). Valstybė kurdama prioritetus nurodo, kas ir kaip turėtų įsisavinti skiriamą paramą.Tačiau galutinis rezultatas priklausys ne tik nuo valstybės sprendimų bet ir nuo įstaigų aktyvaus dalyvavimo. Įstaigos, norėdamos įsisavinti paramą, o kartu ir prisidėti prie strateginių tikslų įgyvendinimo, turi rengti projektų paraiškas. Rengiant bei vykdant projektus reikalingos tam tikros žinios, finansinis kapitalas bei motyvacija. Iškyla klausimas, kiek iš tiesų psichikos sveikatos priežiūros ir globos įstaigos yra pajėgios parengti ir įgyvendinti projektus. Antra, šios įstaigos yra monopolinės, nėra konkurencijos, nėra sukurtos alternatyvios sistemos. Manoma, jog tokios įstaigos nėra motyvuotos keistis ir siekia išsaugoti esamą darbuotojų skaičių.

Tyrimų duomenimis, uždarose psichikos sveikatos priežiūros ir globos įstaigose yra pažeidžiamos žmogaus teisės bei egzistuoja alternatyvių, nestacionarių paslaugų trūkumas. ES struktūrinės paramos priemonės parengiamos atliekant šalies situacijos analizę, nustatan problemines sritis, reikalaujančias investicijų. 2007-2013 metų ES struktūrinių fondų priemonėmis, tokiomis kaip „Nestacionarių socialinių socialinių paslaugų infrastruktūros plėtra", „Diferencijuotų kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centrų įkūrimas", „Psichiatrijos stacionaro modernizavimas", „Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų stebėsenos užtikrinimo infrastruktūros modernizavimas", „Psichikos dienos stacionarų (centrų) įkūrimas", „Krizių intervencijos centrų įkūrimas" siekiama pagerinti teikiamų stacionarių paslaugų kokybę, jų kontrolę bei sukurti naujas paslaugas, alternatyvias stacionarioms. Pagal šias priemones viešosios stacionarios asmens sveikatos priežiūros įstaigos, turinčios psichiatrijos skyrius bei kitos įstaigos pagal atitinkamas priemones galės teikti projektų paraiškas. Atsižvelgiant į šias galimybes, pasirinktos dvi tikslinės grupės: psichiatrijos ligoninės bei globos įstaigos žmonėms su negalia.

Tyrimo tikslas – atskleisti psichikos sveikatos priežiūros ir globos įstaigų motyvaciją bei galimybes keistis vykdant projektus.

Tyrimo uždaviniai:

1. Ištirti įstaigų motyvaciją vykdyti projektus.
2. Atskleisti įstaigų galimybes vykdyti projektus.
3. Atskleisti darbuotojų požiūrį į projektų vadybą.
4. Nustatyti, kokie veiksniai, respondentų nuomone, daro didžiausią įtaką pokyčiams psichikos sveikatos priežiūros ir globos srityse.
5. Palyginti psichiatrijos ligoninių ir socialinės globos įstaigų darbuotojų atsakymus.

2. TYRIMO METODIKA

2.1 Tyrimo metodas

Tyrimo tipas – kiekybinis. Duomenys surinkti naudojant anketinę apklausą. Anketinė apklausa pasirinkta siekiant apklausti kuo didesnę pasirinktą tikslinę grupę įvairiuose Lietuvos regionuose. Anketinės apklausos būdu surinkti duomenys yra objektyvūs, tiksliai susisteminami ir paprasčiau apdorojami.

Tyrimas atliktas siekiant išsiaiškinti socialinių darbuotojų bei įstaigų vadovų, dirbančių psichikos sveikatos priežiūros ir globos srityse, motyvaciją bei galimybes keisti organizacijų veiklą vykdant projektus. Socialiniai darbuotojai, atlikdami vadybininko funkcijas įgyja galimybę keisti savo darbo aplinką, ją optimizuoti, gerinti paslaugų kokybę (Coulshed, 2006; Weinbach, 2003). Projektų vadovu dažniausiai tampa asmuo, inicijavęs projektą. B. Neverauskas teigia, jog projektų vadovams būdinga aukšta kvalifikacija, sugebėjimas nepriekaištingai vadovauti komandai, įvairialypė praktinė patirtis (B.Neverauskas, cit. pg. Kučinskienė, 2005). Atsižvelgiant į tai, į tiriamųjų grupę įtraukti ir įstaigų vadovai. Tiek vadovams, tiek socialiniams darbuotojams buvo pateikta vienoda anketa (priede), sudaryta iš 20 įvairių klausimų:

- uždari klausimai: 1-6, 8-10, 13, 14, 16, 19, 20;
- mišrūs: 7, 11,12, 17, 18;
- atviras klausimas -15.

Dalyvavimas projektų rengime. Pirmieji du anketos klausimai skirti išsiaiškinti, ar respondentas turi patirties projektų rengime. Remiamasi prielaida, jog tiriamieji, turintys patirties projektų rengimo srityje skirtingai atsakinės negu tiriamieji, neturintys patirties.

Požiūris į projektų rengimo reikalavimus. Trečiuoju anketos klausimu siekiama išsiaiškinti, kiek respondento nuomone, trunka parengti paraišką. Dauguma ES Sanglaudos programos projektų psichikos sveikatos srityje atrenkama valstybės projektų planavimo ar regionų planavimo būdu (žiūrėti 1 lent. priede). Įstaigoms siunčiami pasiūlymai teikti paraiškas ir dažniausiai nurodomas iki 2 mėnesių trunkantis pateikimo terminas. Atsakymai į trečiąjį klausimą parodys, ar nurodytas paraiškos pateikimo terminas nėra per trumpas.

Šeštu numeriu pažymėtu anketos klausimu siekiama išsiaiškinti respondentų požiūrį į ES struktūrinių fondų projektų rengimo biurokratinius reikalavimus. Remiamasi prielaida, jog neigiamas biurokratinių reikalavimų vertinimas, reiškia mažesnę motyvaciją rengti projektus. Atsakymai į septintąjį anketos klausimą parodys, ar įstaigos yra pajėgios savarankiškai rengti ir įgyvendinti projektus.

Įstaigų galimybės rengti ir vykdyti projektus. Rengiant ir vykdant projektus svarbus pačios įstaigos finansinis indėlis projekto biudžete. Darbuotojų buvo prašoma įvertinti pateiktose skalėse įstaigų finansines ir personalo galimybes (5 klausimas). Pirmoji skalės padala reiškia labai mažas galimybes, antroji – mažas, skalės vidurys – vidutines, ketvirtoji – dideles galimybes ir penktoji – labai dideles galimybes.

Darbuotojo motyvacijos veiksniai. Aštuntame anketos klausime pateikiami veiksniai, kurie teigiamai ir neigiamai įtakoja darbuotojo motyvaciją vykdyti projektus. Teigiami veiksniai pažymėti antruoju, ketvirtuoju ir penktuoju numeriais. Neigiami veiksniai pažymėti pirmuoju ir trečiuoju numeriais.

Devintasis anketos klausimas sudarytas remiantis F. Hercbergo motyvacijos teorija, kuri pagrįsta prielaida apie pasitenkinimą ir nepasitenkinimą darbu. Motyvacija - veikimo pagrindas, skatinamoji priežastis, veiksnys. F.Hercbergas išskiria darbo aplinkos veiksnius (organizacijos politika, saugumas, statusas, gamybiniai santykiai, darbo užmokestis, darbo sąlygos, kontrolė, administracijos elgesys) ir motyvacijos veiksnius (saviraiška, pažanga, atsakomybė, pripažinimas, sėkmė). Autoriaus nuomone, darbo aplinkos veiksniai nemotyvuoja darbuotojų veiklos, jie tik užtikrina, jog neatsiras nepasitenkinimas darbu (cit. Vikipedija, 2009).

Požiūris į projektų vadybą. Dešimtuoju numeriu pažymėtame klausime respondentams pateikiami teiginiai, kuriais siekiama atskleisti, kam respondentai priskiria projektų kūrimo funkciją, kaip sieja su socialinio darbo sritimi bei kaip vertina projektų vadybą. Lentelėje 1, 2, 4 ir 5 teiginiai yra vertinamai kaip neigiami, pritarimas šiems teiginiams traktuojamas kaip žemesnė motyvacija vykdyti projektus.

Požiūris į kaitos procesą psichikos sveikatos priežiūros ir globos srityse. Teorinėje darbo dalyje atskleisti du skirtingi požiūriai į finansavimo, investicijų paiešką bei pritraukimą socialinėse įstaigose. Anketos 11 klausimo 1 ir 3 dalys atspindi kritišką požiūrį investicijų bei finansavimo paiešką.; 2 ,4 – teigiamą.

Įgyvendinant pasikeitimus šiose srityse, svarbu atskleisti pačių darbuotojų požiūrį į konkurenciją bei bendruomeninių paslaugų plėtrą. Remiamasi prielaida, jog teigiamas požiūris į konkurenciją (12kl.) bei bendruomenines paslaugas (13 kl.) motyvuoja įstaigą keistis. Respondentų taip pat prašoma įvardinti veiksnius, kurie trukdo ir kurie inicijuoja pasikeitimus.

Demografiniai klausimai. Tai klausimai apie respondento amžių, darbo stažą, užimamas pareigas. Ši informacija svarbi siekiant suskirstyti tiriamuosius į atskiras grupes bei nustatyti priklausomybės ryšius.

2.2 Tiriamųjų atranka

Tyrime dalyvavo socialiniai darbuotojai bei vadovai, dirbantys psichiatrijos ligoninėse bei globos įstaigose žmonėms su negalia (suaugusiems). Šios įstaigos buvo pasirinktos atsižvelgiant į šiuos aspektus :

- šios įstaigos teikia stacionarias paslaugas, stacionarią globą;
- stacionarių paslaugų bei stacionarios globos finansavimui skiriama didžioji valstybės psichikos sveikatos lėšų dalis;
- šią sritį siekiama reformuoti, vienas iš prioritetų – bendruomeninių paslaugų plėtra;
- šios įstaigos yra galimi pareiškėjai ES struktūrinių fondų paramai gauti.

Tyrimas buvo atliekamas Lietuvos mastu, išsiunčiant anketas į skirtingus regionus. Klausimynai išsiųsti pagal Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos pateiktą socialinės globos įstaigų žmonės su negalia sąrašą (žiūrėti priedą). Anketos išsiųstos 27 įstaigoms pagal sąrašą.

Kita tiriamųjų grupė – psichiatrijos ligoninių vadovai ir socialiniai darbuotojai. Anketos išsiųstos 7 ne Vilniaus mieste esančioms psichiatrijos ligoninėms. Vilniuje apklausa atlikta apklausiant VšĮ Respublikinės Vilniaus psichiatrijos ligoninės Socialinės pagalbos skyriaus socialinius darbuotojus.

2.3 Tyrimo eiga ir organizavimas

Tyrimas vyko dviem etapais:

- Apklausa paštu. Respondentams buvo siunčiami vokai su prašymu dalyvauti tyrime, anketomis ir atgaliniu voku. Atgalinis vokas buvo apmokėtas (su pašto ženklu) bei su gavėjo adresu. Apklausa anoniminė, todėl siuntėjo adresas atgaliniame voke nebuvo nurodytas. Socialinės globos įtaigoms viename voke buvo siunčiama po dvi anketas (vadovui ir socialiniam darbuotojui), o psichiatrijos ligoninėms – po tris anketas. Viso išsiųsta trisdešimt keturi vokai su 75 anketomis. Gautos 43 užpildytos anketos.
- Papildoma apklausa. Atsižvelgiant į tai, jog iš socialinės globos įstaigų gautų anketų skaičius yra daug didesnis, atlikta papildoma psichikos sveikatos priežiūros srities socialinių darbuotojų apklausa. Gavus Respublikinės Vilniaus psichiatrijos ligoninės Socialinių paslaugų skyriaus vadovės sutikimą atlikti apklausą, darbuotojams išdalintos 28 anketos, užpildytos 25.

Iš viso tyrime dalyvavo 68 anketos. Duomenys suvesti naudojantis statistine duomenų apdorojimo programa SPSS 17.0 for Windows. Gauti rezultatai palyginti naudojant požymių homogeniškumo kriterijų. Taip pat ieškoti dažniai, procentiniai pasiskirstymai.

3. TYRIMO REZULTATŲ PRISTATYMAS IR APTARIMAS

3.1 Tiriamųjų socialinė demografinė charakteristika. Viso tyrime dalyvavo 68 psichikos sveikatos srityje dirbantys asmenys. Atsakymai gauti iš 18 skirtingų Lietuvos pensionatų bei keturių psichiatrijos ligoninių. Aštuonioliktame anketos klausime respondentų buvo prašoma nurodyti, kokias pareigas užima: socialinio darbuotojo, įstaigos vadovo arba prašoma įrašyti kitas pareigas. Tiriamieji kaip kitas pareigas įvardino skirtingų padalinių vadovų pareigas (socialinio padalinio, socialinės ir asmens sveikatos priežiūros tarnybos vadovo pareigas). Respondentų pasiskirstymas pagal įstaigas ir užimamas pareigas pateiktas 3 lentelėje. Socialiniai darbuotojai sudarė 75 proc. visų apklaustųjų, o įstaigų ir padalinių vadovai sudarė 25 procentus. Socialinės globos įstaigų darbuotojų grupė – 58,8 procentai socialinių darbuotojų ir 41,2 procentai vadovų. Kita tiriamųjų grupė – psichiatrijos ligoninių darbuotojai, šią grupę sudarė 91,2 proc. socialinių darbuotojų.

3 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal įstaigas ir užimamas pareigas

		Užimamos pareigos			
		Socialiniai darbuotojai	Įstaigų vadovai	Padalinių vadovai	**Viso**
Įstaiga	Socialinės globos	20	10	4	34
	% nuo visų respondentų	29,4%	14,7%	5,9%	50%
	Psichiatrijos ligoninė	31	3	0	34
	% nuo visų respondentų	45,6%	4,4%	0%	50%
Viso		51	13	4	68
		75%	19,1%	5,9%	100%

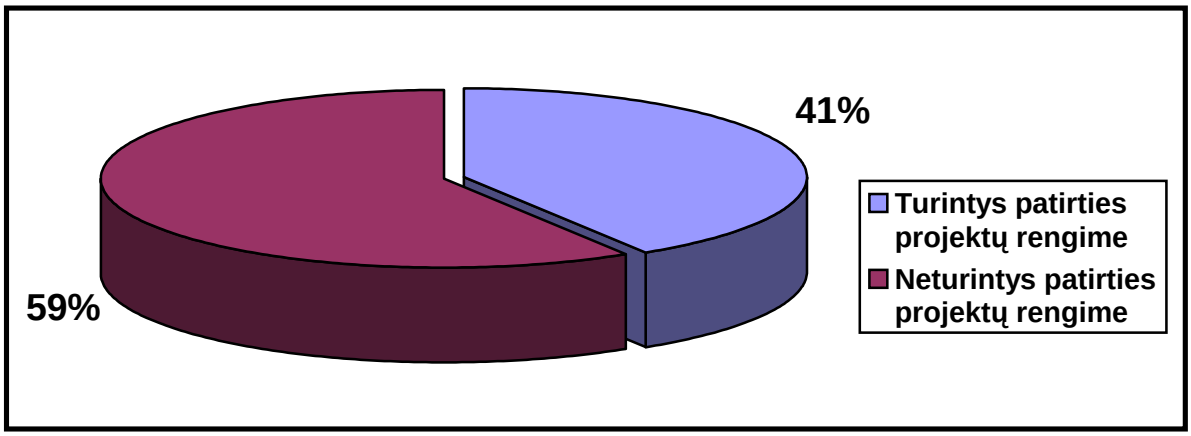
Respondentų buvo prašoma nurodyti darbo stažą dabartinėje darbovietėje: 94 procentai nurodė, jog turi 5 metų ar dar didesnį darbo stažą dabartinėje darbovietėje. Tokie duomenys leidžia teigti, jog respondentai turi ilgametę darbo patirtį psichikos sveikatos srityje. Didžiausia apklaustųjų dalis priklausė 35-44 metų amžiaus grupei (4 lentelė).

4 lentelė. Pasiskirstymas pagal amžių ir užimamas pareigas

		Amžius					
		25-34	**35-44**	**45-54**	**55-64**	**65 ir daugiau**	**Viso**
Pareigos	Socialinis darbuotojas	14	26	1	8	2	51
	Įstaigos vadovas	0	2	6	5	0	13
	Padalinio vadovas	0	2	2	0	0	4
Viso		14	30	9	13	2	68

3.2 Dalyvavimas projektų rengime. Visos 4 apklaustos psichiatrijos ligoninės yra rengusios projektų paraiškas. Socialinės globos įstaigų tiriamųjų grupės sudėtis: 65 procentai darbuotojų iš įstaigų, rengusių paraiškas, ir 35 procentai darbuotojų iš įstaigų, neturinčių projektų paraiškų rengimo patirties.

Respondentų buvo klausiama apie jų asmeninį dalyvavimą projektų rengime. Pagal šį faktą tiriamieji pasiskirstė į dvi grupes: turinčių patirties ir neturinčių patirties (1 pav.). Turinčiųjų patirties grupėje socialiniai darbuotojai sudarė 64,3 procentus, o likusiąją dalį – 35,7 procentus sudarė įstaigų ir padalinių vadovai. O palyginus su visais tyrime dalyvavusiais socialiniais darbuotojais, turintys projektų rengimo patirties socialiniai darbuotojai sudarė 35,3 procentus. Nors tik trečdalis socialinių darbuotojų yra rengę projekto paraišką, tačiau šis skaičius parodo, jog projektinė veikla yra reikšminga socialinio darbo srityje.



1 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal dalyvavimą projektų rengime

Palyginus socialinių darbuotojų, dirbančių psichiatrijos ir socialinės globos įstaigose, dalyvavimą projektų rengime, akivaizdu, jog pensionatų socialiniai darbuotojai dvigubai aktyviau dalyvauja projektų rengime (5 lentelė). Šį faktą reikėtų vertinti atsižvelgiant į įstaigos dydį bei joje dirbančių socialinių darbuotojų skaičių. Psichiatrijos ligoninės tiek pacientų, tiek socialinių darbuotojų skaičiumi gerokai skiriasi nuo socialinės globos įstaigų. Taigi tik 26,5 procentai apklaustų psichiatrijos ligoninių darbuotojų yra dalyvavę projektų rengime, o socialinės globos įstaigų - 55,9 procentai. Iš visų apklaustų vadovų (įstaigų ir padalinių) 58,8 procentai yra dalyvavę projektų paraiškų rengime. Visi apklaustų psichiatrijos ligoninių vadovai yra dalyvavę projektų rengime, tačiau daugiau negu pusė apklaustų socialinės globos įstaigų vadovų nėra dalyvavę projektų rengime. Amžius ir dalyvavimas projektų rengime nėra tarpusavyje priklausomi.

5 lentelė. Dalyvavimas projektų rengime pagal profesijas ir įstaigas

Įstaiga			Pareigos			
			Socialinis darbuotojas	**Įstaigos vadovas**	**Padalinio vadovas**	**Viso**
Globos	**Ar Jūs dalyvavote paraiškos rengime ?**	**Taip**	12	3	4	19
		%	35,3%	8,8%	11,8%	55,9%
		Ne	8	7	0	15
		%	23,5%	20,6%	0%	44,1%
	Viso		20	10	4	34
			58,8%	29,4%	11,8%	100%
Psichiatrijos ligoninė	**Ar Jūs dalyvavote paraiškos rengime ?**	**Taip**	6	3		9
		%	17,6%	8,8%		26,5%
		Ne	25	0		25
		%	73,5%	0%		73,5%
	Viso		31	3		34
			91,2%	8,8%		100%

Tyrimo duomenimis 60,3 procento apklaustųjų mano, jog jų įstaiga pasinaudos ES struktūrinių fondų lėšomis (6 lentelė). Statistiškai reikšmingai (p=0,00) skiriasi 4 klausimo darbuotojų atsakymai iš įstaigų, rengusių projekto paraišką ir iš įstaigų nerengusių projekto paraiškos. Įstaigos, rengusios paraišką, ir toliau ketina tęsti šią veiklą, o įstaigos, neturinčios patirties, abejoja arba nemano, jog pasinaudos ES struktūrinių fondų lėšomis. Statistiškai reikšmingai išsiskyrtė atsakymai į šį klausimą, palyginus psichiatrijos ir socialinės globos įstaigų darbuotojų ketinimus pasinaudoti ES parama. Nors 55,9 proc. pensionatų darbuotojų ir 64,7 proc. psichiatrijos ligoninių darbuotojų mano, jog pasinaudos ES paramos lėšomis, tačiau net 20,6 proc. pensionatų darbuotojų mano, jog jų įstaiga nepasinaudos ES paramos programos lėšomis. Ši socialinės globos įstaigų darbuotojų dalis (20,6 proc.), mananti, jog jų įstaiga nepasinaudos paramos lėšomis, taip pat neturi ir projektų rengimo patirties. Tai reiškia, kad penktadalis socialinės globos įstaigų darbuotojų yra nemotyvuoti rengti projektus.

6 lentelė. Dalyvavimas ES struktūrinių fondų 2007-2013m. programavimo periode

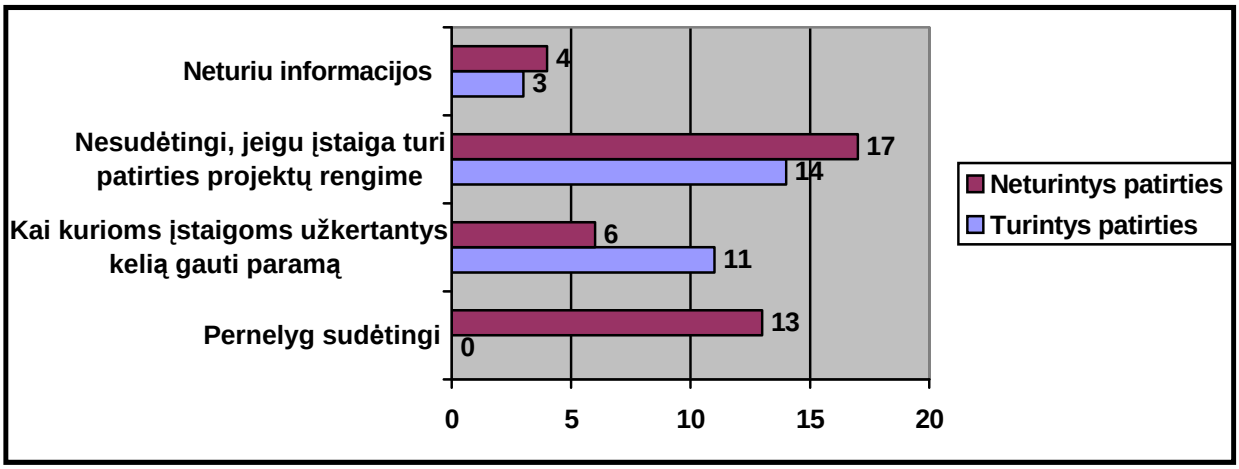
		Ar įstaiga žada pasinaudoti ES struktūrinių fondų lėšomis?			
		Ne	**Taip**	**Nežinau**	**Viso**
Ar Jūsų įstaiga rengė projekto paraišką?	**Taip**	0	41	15	56
	%	0%	60,3%	22,1%	82,4%
	Ne	7	0	5	12
	%	10,3%	0%	7,4%	17,6%
Viso		7	41	20	68
		10,3%	60,3%	29,4%	100%

3.3 Požiūris į projektų rengimo reikalavimus. Respondentų nuomonė apie ES struktūrinių fondų projektų rengimo biurokratinius reikalavimus pasiskirstė įvairiai:

- 19,1 proc. apklaustųjų teigė, jog reikalavimai yra pernelyg sudėtingi;

- 25 proc. apklaustųjų mano, kad tokie reikalavimai kai kurioms įstaigoms užkerta kelią gauti paramą;
- 45,6 proc. tiriamųjų mano, kad reikalavimai yra nesudėtingi, jeigu įstaiga turi patirties projektų rengime;
- 10,3 proc. neturėjo informacijos.

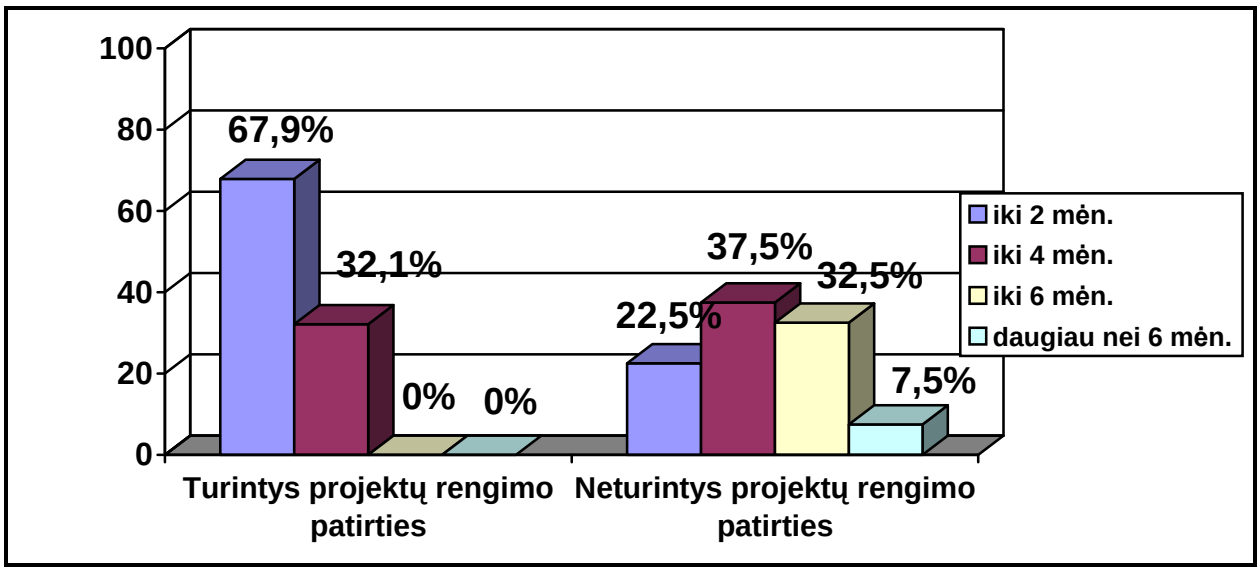
Taip pat statistiškai reikšmingai išsiskyrė projektų rengime dalyvavusių ir nedalyvavusių asmenų nuomonės (p=0,004). Turintys patirties reikalavimus įvertino labiau teigiamai (2 pav.), tačiau iš jų net 39, 3% pažymi, jog biurokratiniai reikalavimai kai kurioms įstaigoms užkerta kelią gauti ES struktūrinių fondų paramą.



2 pav. ES projektų rengimo biurokratinių reikalavimų vertinimas

Tyrimo duomenimis, 67,9 procento turinčių patirties projektų rengime respondentų mano, jog paraiškai parengti pakanka 2 mėnesių (3 pav.). Toks faktas įrodo, jog paraiškų pateikimo terminas (2 mėn.) nėra per trumpas. Statistiškai reikšmingai skiriasi neturinčių patirties nuomonė (p=0.00), šie tiriamieji nurodo ilgesnį paraiškų rengimo terminą: tik 22,5 proc. neturinčių patirties projektų rengime nurodo 2 mėn. terminą, o didžioji dalis – 70 proc. nurodo 4 ir 6 mėn. terminą. Taigi ši respondentų dalis mano, jog projekto rengimo procesas yra ilgas, nors praktiškai jis trunka gerokai trumpiau. Tokia nuomonė turi neigiamos įtakos projektų rengimo ir vykdymo motyvacijai.

Statistiškai reikšmingai (p=0,001) skyrėsi psichiatrijos ligonių ir pensionatų darbuotojų nuomonės apie projekto paraiškos rengimo laiką. 64,7 proc. pensionatų ir tik 17,6 proc. psichiatrijos ligoninių darbuotojų mano, jog projektui parengti pakanka 2 mėnesių. Lyginant skirtingų įstaigų darbuotojų nuomones apie projektų rengimo laiką, atsakymai pasiskirstė panašiai kaip ir turinčių bei neturinčių projektų rengimo patirties tiriamųjų grupėje. Pensionatų darbuotojų atsakymai panašūs į turinčiųjų patirties projektų rengime, o psichiatrijos darbuotojų – į neturinčiųjų. Tokį atsakymų panašumą lėmė dvigubai aktyvesnis socialinės globos įstaigų darbuotojų dalyvavimas projektų rengime (55,9 proc. socialinės globos ir 26,5 proc. psichiatrijos).



3 pav. Projekto paraiškos rengimo laikas

3.4 Įstaigų galimybės rengti ir vykdyti projektus. Palyginus psichiatrijos ligoninių ir socialinės globos įstaigų darbuotojų nuomones apie įstaigų finansines galimybes rengti ir vykdyti projektus, išryškėjo statistiškai reikšmingas skirtumas: 67,6 proc. apklaustų psichiatrijos ligoninių darbuotojų atsakė, jog šių įstaigų finansinės galimybės yra didelės, o 73,5 proc. pensionatų darbuotojų įstaigų galimybes įvertino kaip mažas arba labai mažas (7 lentelė). Taigi psichiatrijos ligoninės turi didesnes finansines galimybes dalyvauti projektų rengime ir vykdyme negu socialinės globos įstaigos.Tokiam skirtingam vertinimui turi įtakos ir pačių įstaigų finansavimas bei įstaigų dydis. Finansinės galimybės yra reikšmingos tiek rengiant, tiek vykdant projektą. Paprastai finansavimo taisyklės pateikiamos konkrečiuose programavimo dokumentuose. Tačiau vykdant projektą gali įvykti įvairių pokyčių (valiutų kursų pasikeitimas, pridėtinės vertės mokesčio pasikeitimas ar kt.), dėl kurių tenka ieškoti papildomų finansavimo šaltinių (Kučinskienė, 2005).

7 lentelė. Finansinių galimybių rengti ir vykdyti projektus vertinimas

		Finansinės galimybės					
		Labai mažos	**Mažos**	**Vidutinės**	**Didelės**	**Labai didelės**	**Viso**
Įstaiga	**Globos**	29,4 %	44,1%	5,9%	20,6%	0%	100%
	Psichiatrijos ligoninė	0%	8,8%	11,8%	67,6%	11,8%	100%
Viso		14,7%	26,5%	8,8%	44,1%	5,9%	100%

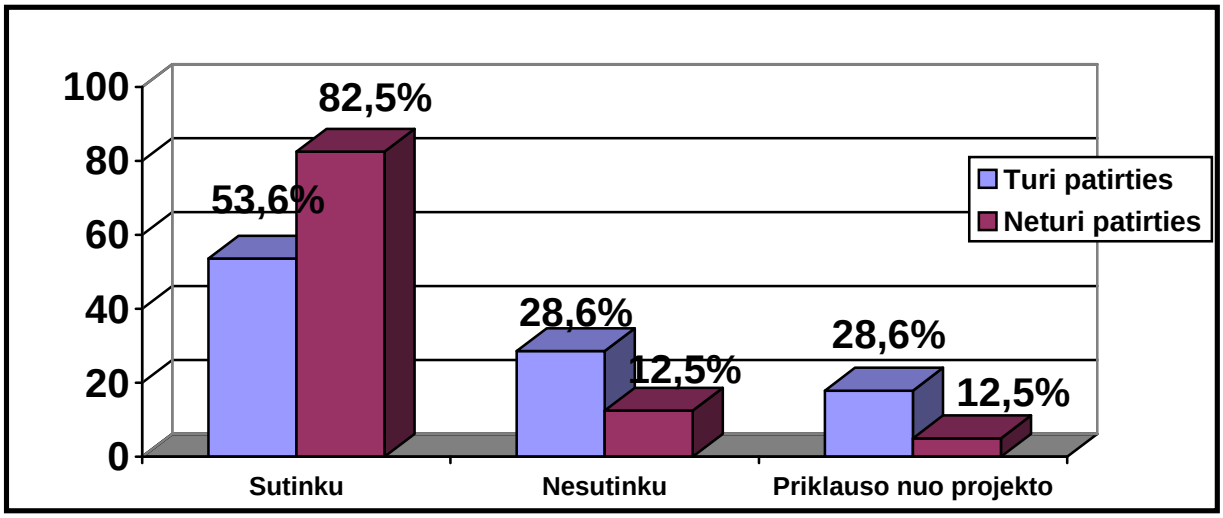
Skirtingų organizacijų darbuotojai nevienodai įvertino ir personalo galimybes rengti bei vykdyti projektus (8 lentelė). Nors psichiatrijos ligoninių personalo galimybės daugiausiai įvertintos kaip didelės (52,9 proc.) arba labai didelės (26,5 proc.), tačiau tik 26,5 procentai apklaustų šių įstaigų darbuotojų dalyvavo projektų rengime. Priešinga situacija yra socialinės globos įstaigose: 67,6 proc. apklaustųjų personalo galimybes įvertino kaip labai mažas arba mažas, o dalyvavimas projektų

rengime siekė net 55,9 procento. Taigi šie duomenys leidžia teigti, jog psichiatrijos ligoninės turi didesnius žmogiškuosius ir finansinius išteklius projektų rengimui ir vykdymui, tačiau pensionatuose dirbantys socialiniai darbuotojai dažniau dalyvauja projektų rengime negu dirbantys psichiatrijos ligoninėse.

8 lentelė. Personalo galimybių rengti ir vykdyti projektus vertinimas

		Personalo galimybės					
		Labai mažos	**Mažos**	**Vidutinės**	**Didelės**	**Labai didelės**	**Viso**
Įstaiga	**Globos**	23,5 %	44,1%	11,8%	20,6%	0%	100%
	Psichiatrijos ligoninė	0%	11,8%	8,8%	52,9%	26,5%	100%
Viso		11,8%	27,9%	10,3%	36,8%	13,2%	100%

Dažnai projekto idėja gimsta ir yra plėtojama vieno asmens, kuris ieško papildomų žmogiškųjų išteklių jai įgyvendinti. Pasitelkiant papildomą komandą (pvz. konsultacinę firmą) gali būti sunku suprasti projekto vadovo idėjas ir jas įgyvendinti. Efektyviausias būdas yra, kai tie patys asmenys dalyvauja projekto rengime ir vykdyme (Kučinskienė, 2005). Tačiau net 71 procentas apklaustųjų sutinka, jog rengiant ir įgyvendinant projektus būtinos konsultacinės firmos paslaugos. Statistiškai reikšmingai skyrėsi rengusių ir nerengusių projektus respondentų nuomonės (p=0.033) (4 pav.). 82,5 proc. neturinčių ir 53,6 proc. turinčių projektų rengimo patirties, mano, kad konsultacinės firmos paslaugos yra būtinos. Daugumos nuomonė parodo, jog organizacijoms yra sudėtinga savarankiškai įvaldyti projektų vadybos sistemą, ypač toms, kurios neturi patirties projektų rengimo srityje.



4 pav. Konsultacinės firmos paslaugų būtinumas

3.5 Darbuotojo motyvacijos veiksniai. Palyginus turinčių ir neturinčių projektų rengimo patirties tiriamųjų atsakymus į pateiktus teiginius, statistiškai reikšmingai išsiskyrė pirmų 3 teiginių,

susijusių su laiku, žiniomis ir tikslingumu, vertinimas (9 lentelė). Turintys projektų rengimo patirties yra labiau motyvuoti rengti ir vykdyti projektus, nes:

- turi daugiau laiko projektams kurti – 60,7% turinčių ir tik 27,5% neturinčių patirties visiškai nesutinka arba nesutinka su teiginiu „neturiu pakankamai laiko projektams kurti";
- turi daugiau žinių – 46,4% turinčių patirties mano, jog turi pakankamai žinių projektams kurti ir vykdyti, tačiau 70% kitos grupės respondentų abejoja savo žiniomis ir 25% mano, jog neturi pakankamai atitinkamų žinių;
- turintys patirties projektams priskiria didesnę reikšmę – 42,9% visiškai nesutinka su teiginiu „nematau tikslo kurti projektus", o net 32,5% nerengusių projektų asmenų abejoja projektų tikslingumu (pasirenka atsakymą „nei taip nei ne").

9 lentelė. Teiginių, turinčių įtakos darbuotojo motyvacijai, vertinimas

Teiginys	**reikšmė**	**df**	**p**
1. Neturiu pakankamai laiko projektams kurti.	17,869	4	**0,001**
2. Turiu pakankamai žinių projektams kurti ir vykdyti.	23,793	3	**0,00**
3. Nematau tikslo kurti projektus.	21,324	3	**0,00**
4. Sulaukčiau kolegų pagalbos ir palaikymo, jei inicijuočiau projektą.	5,445	3	0,142
5. Inicijuočiau projektą, jeigu už savo pastangas gaučiau atitinkamą uždarbį.	5,596	3	0,133

Palyginus psichiatrijos ligoninių ir socialinės globos įstaigų darbuotojų atsakymus į aštuntąjį klausimą, statistiškai reikšmingai išsiskyrė teiginio „inicijuočiau projektą, jeigu už savo pastangas gaučiau atitinkamą uždarbį" vertinimas (p=0,00). Dvigubai daugiau pensionatų darbuotojų pritaria šiam teiginiui. Psichiatrijos ligoninių darbuotojai uždarbiui, gautui vykdant projektus, suteikia ne tokią didelę reikšmę: 20,6% nesutinka su penktu teiginiu ir 35,3 % abejoja. (10 lentelė).

10 lentelė. Uždarbio vertinimas

		Inicijuočiau projektą, jeigu už savo pastangas gaučiau atitinkamą uždarbį					
		Visiškai nesutinku	**Nesutinku**	**Nei taip, nei ne**	**Sutinku**	**Visiškai sutinku**	**Viso**
Įstaiga	**Globos**	0%	0%	8,8%	70,6%	20,6%	100%
	Psichiatrijos ligoninė	0%	20,6%	35,3%	32,4%	11,8%	100%
Viso		0%	10,3%	22, %1	51,5%	16,2%	100%

Abi tiriamųjų grupės (globos ir psichiatrijos ligoninių) motyvuojančius veiksnius įvertino aukščiau (vidurkis 2,54) negu darbo aplinkos veiksnius (vidurkis 2,33) (11 lentelė). Dirbančius psichiatrijos ligoninėse labiausiai tenkina saviraiškos galimybės ir darbo sąlygos, socialinės globos įstaigų darbuotojus – darbo sąlygos ir darbo santykiai. Abi tiriamųjų grupės nurodė didžiausią nepasitenkinimą gaunamu atlyginimu.

11 lentelė. Motyvuojančių ir darbo aplinkos veiksnių vertinimas pagal įstaigas

	Globos įstaiga	**Psichiatrijos ligoninė**
Darbo aplinkos veiksniai		
Organizacijos politika	2,82	2,21
Saugumas	2,74	2,44
Darbo santykiai	2,18	2,15
Darbo užmokestis	**3,41**	**3,26**
Darbo sąlygos	2,18	2,09
Motyvacijos veiksniai		
Atsakomybė	2,29	2,26
Saviraiškos galimybės	**2,47**	**1,94**
Pripažinimas	2,41	2,18
Asmeninė pažanga	2,58	2,53

Pastaba: 1 -„ visiškai tenkina”, 2 -„tenkina”, 3 - „iš dalies tenkina”, 4 - „netenkina”, 5 - „visiškai netenkina”.

Įvertinus respondentų atsakymus į motyvuojančius ir darbo aplinkos veiksnius pagal jų dalyvavimą projektų rengime, išaiškėjo dar didesni skirtumai (12 lentelė). Statistiškai reikšmingai skirtingi respondentai įvertino atsakomybę (p=0,00), saugumą (p=0,01), darbo santykius (p=0,014), saviraiškos galimybes (p=0,01), darbo užmokestį (p=0,00), pripažinimą (p=0,00) ir darbo sąlygas (p=0,09). Turintys projektų rengimo patirties labiausiai patenkinti darbo sąlygomis, atsakomybe, saviraiškos galimybėmis ir pripažinimu. Tokie rezultatai leidžia daryti išvadą, jog darbuotojai, dalyvaujantys projektų rengime, yra labiau patenkinti savo darbu negu tie, kurie nedalyvauja projektų rengime. Atsižvelgiant į tai, jog iš dalyvavusiųjų projektų rengime grupės socialiniai darbuotojai sudarė 64,3 proc., galima teigti, kad projektų vadyba socialiniame darbe turi teigiamos įtakos pasitenkinimui darbu.

Tačiau A. Rushton ir K. Beaumont (2002) nuomone, vadybiniai procesai socialiniame darbe atskyrė darbuotoją nuo tiesioginio darbo su klientu. Skirtingai negu kitų profesijų, tokių kaip psichologų ar psichiatrų, kurių paaukštinimas pareigose nereiškia atsiskyrimo nuo praktikos, tiesioginio darbo su klientu. Tokiems procesams turėjo įtakos griežta ir nelanksti organizacijų struktūra. Tyrimo dalyvių požiūris į projektų vadybą pateikiamas 3.6 dalyje.

12 lentelė. Veiksnių vertinimas pagal dalyvavimą projektų rengime

	Turintys projektų rengimo patirties	**Neturintys projektų rengimo patirties**
Darbo aplinkos veiksniai		
Organizacijos politika	2,50	2,53
Saugumas	2,50	2,65
Darbo santykiai	1,96	2,30
Darbo užmokestis	**2,64**	**3,83**
Darbo sąlygos	**1,75**	**2,41**
Motyvacijos veiksniai		
Atsakomybė	**1,82**	**2,60**
Saviraiškos galimybės	**1,93**	**2,40**
Pripažinimas	**1,89**	**2,58**
Asmeninė pažanga	2,36	2,69

Pastaba: 1 -„ visiškai tenkina”, 2 -„tenkina”, 3 - „iš dalies tenkina”, 4 - „netenkina”, 5 - „visiškai netenkina”.

3.6 Požiūris į projektų vadybą. Respondentai geriau įvertino teiginius, motyvuojančius kurti ir vykdyti projektus (3 ir 6) – atsakymų vidurkis 3,8 (arčiausiai„ sutinku” reikšmės), o neigiamai motyvuojantiems teiginiams pritarė iš dalies – atsakymų vidurkis 3 (13 lentelė).

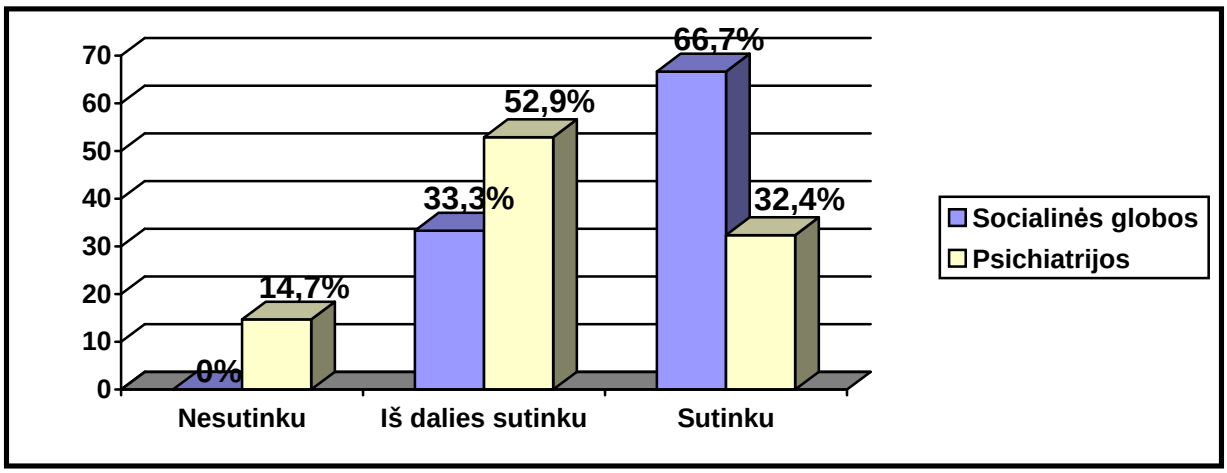
13 lentelė. Požiūris į projektų vadybą

Ar rengėte projektą ?	**1.Projekto kūrimas yra sudėtingas ir rizikingas.**	**2.Projekto kūrimas - vadovo užduotis.**	**3.Galimybė organizacijai keistis**	**4.Papildomas biurokratijos sluoksnis.**	**5.Gali rengti tik turintys specialių gebėjimų ir patirties.**	**6.Neišvengiamai svarbi patirtis siekiant karjeros soc.darbe.**
Taip	3,39	**2,18**	4,00	3,07	3,25	3,59
Ne	3,44	**2,95**	3,85	3,03	3,45	3,75

Pastaba:1-„visiškai nesutinku,” 2-„nesutinku”, 3-„iš dalies sutinku”, 4-„sutinku”, 5-„visiškai sutinku”.

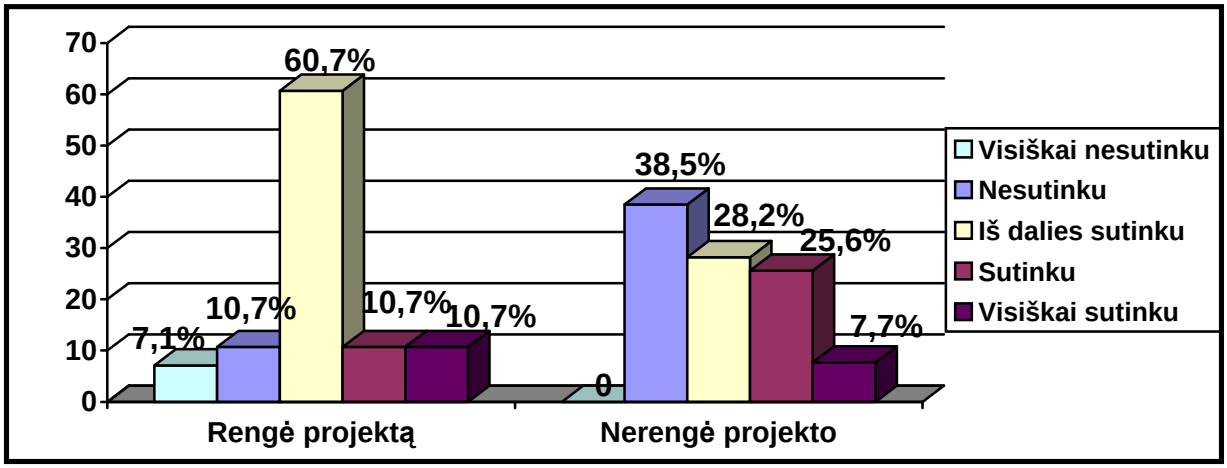
Teiginio „*projekto kūrimas yra sudėtingas ir rizikingas*” vertinimas. Abi tiriamųjų grupės, suskirstytos pagal dalyvavimą projektų rengime, vieningai iš dalies sutiko, jog projekto kūrimas yra sudėtingas ir rizikingas. Tačiau šį teiginį statistiškai reikšmingai skirtingai (p=0,006) įvertino socialinės globos įstaigų ir psichiatrijos ligoninių darbuotojai. Dvigubai daugiau pensionatų darbuotojų (66,7 proc.) negu psichiatrijos darbuotojų (32,4 proc.) sutiko su šiuo teiginiu (5 pav.). Šio teiginio vertinimas yra susijęs su įstaigų personalo bei finansinėmis galimybėmis. Tyrimo duomenimis socialinės globos įstaigos turi mažesnius finansinius bei personalo išteklius

projektams rengti ir vykdyti, todėl ir projekto kūrimą vertina kaip labiau rizikingą ir sudėtingą procesą.



5 pav. Teiginio „projekto kūrimas yra sudėtingas ir rizikingas procesas" vertinimas

Teiginio *„projekto kūrimas - vadovo užduotis*" vertinimas. Statistiškai reikšmingai skyrėsi šio teiginio vertinimas, atsižvelgiant į respondentų dalyvavimą projektų rengime: su šiuo teiginiu visiškai nesutiko arba nesutiko 68 procentai dalyvavusių projektų rengime, ir tik 38,5 procento nedalyvavusių. Projektų vadovui reikalinga komanda, projekto sėkmė priklauso nuo žmonių, kurie jį rengia ir įgyvendina (cit. Kučinskienė, 2005). Taigi svarbu, jog įstaigų darbuotojai taip pat būtų suinteresuoti vykdyti projektus. Tyrimo rezultatai parodė, jog nedalyvavusieji projektų rengime darbuotojai buvo labiau linkę priskirti projektų kūrimo funkciją vadovui negu dalyvavusieji. Socialinės globos ir psichiatrijos įstaigų darbuotojų požiūris šiuo klausimu statistiškai reikšmingai nesiskyrė.



6 pav. Teiginio „projektų vadyba – papildomas biurokratijos sluoksnis" vertinimas

Teiginio *„projektų vadyba suteikia galimybę organizacijai keistis"* vertinimas. Turinčių projektų rengimo patirties vertinimas statistiškai reikšmingai skyrėsi nuo neturinčiųjų (p=0,027).

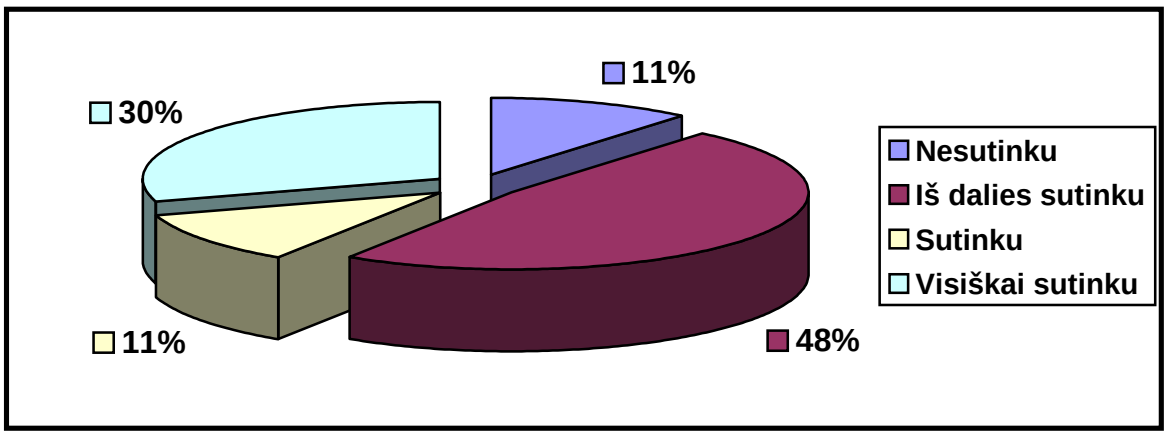
Dalyvavusieji projektų rengime labiau pritarė, jog projektų vadyba suteikia galimybę organizacijai keistis. Socialinės globos įstaigų darbuotojai taip pat labiau pritarė šiam teiginiui, nes didesnė šios grupės dalis turinti patirties projektų rengime. Tokia pati tendencija išryškėjo ir teiginio *„projektų vadyba paslaugų teikimo srityje reiškia papildomo biurokratijos sluoksnio atsiradimą”* vertinime. 60,7 procento darbuotojų, rengusių projektą, iš dalies sutinka, jog projektų vadyba reiškia papildomą biurokratijos sluoksnį (6 pav.). Taigi, respondentų nuomone, projektų vadyba suteikia galimybę keistis, tačiau iš dalies reiškia papildomo biurokratijos sluoksnio atsiradimą paslaugų teikimo srityje.

Teiginio *„rengti projektus gali tik asmenys, turintys specialių gebėjimų ir patirties šioje srityje”* vertinimas. Nors šio teiginio vertinimas statistiškai reikšmingai nesiskyrė pagal rengusiųjų ir nerengusiųjų grupę, tačiau statistiškai reikšmingai skyrėsi socialinės globos ir psichiatrijos darbuotojų nuomonės. Net 73,5 procentai pensionatų darbuotojų sutiko, kad projektams rengti reikalingi specialūs gebėjimai ir patirtis (14 lentelė).

14 lentelė. Požiūris į gebėjimus ir patirtį vykdant projektus

		Rengti projektus gali tik asmenys, turintys specialių gebėjimų ir patirties šioje srityje					
		Visiškai nesutinku	**Nesutinku**	**Iš dalies sutinku**	**Sutinku**	**Visiškai sutinku**	**Viso**
Įstaiga	**Globos**	0%	0%	26,5%	73,5%	0%	100%
	Psichiatrijos ligoninė	5,9%	26,5%	35,3%	26,5%	5,9%	100%
Viso		2,9%	13,2%	30,9%	50,0%	2,9%	100%

Teiginio *„siekiant karjeros socialinio darbo srityje, neišvengiamai svarbi projektų vadybos patirtis”* vertinimas. Asmenys, neturintys projektų rengimo patirties, statistiškai reikšmingai skirtingai įvertino šį teiginį - labiau teigiamai (75 proc. pritarė teiginiui ir 25 proc. iš dalies pritarė) negu turintys patirties. O dalyvavusiųjų projektų rengime nuomonė pasiskirstė įvairiai (7 pav.).

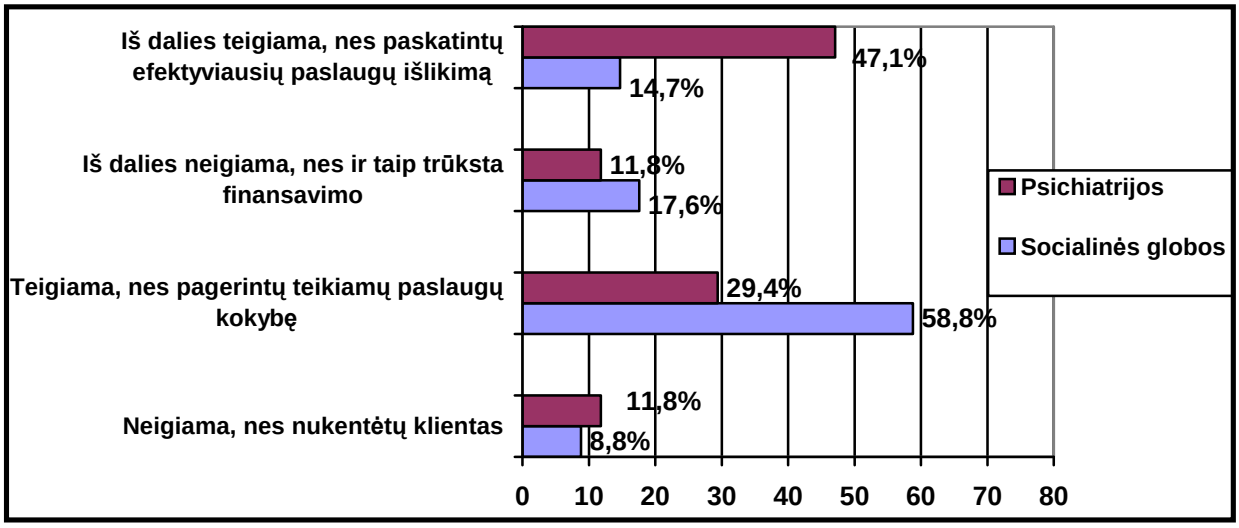


7 pav. Dalyvavusiųjų projektų rengime požiūris į projektų vadybą socialiniame darbe

Pačių socialinių darbuotojų požiūris į projektų vadybos svarbą socialiniame darbe statistiškai reikšmingai skyrėsi nuo įstaigų ir padalinių vadovų požiūrio. Visi padalinių vadovai visiškai pritarė, jog projektų vadybos patirtis yra neišvengiamai svarbi siekiant karjeros socialiniame darbe. Tačiau socialinių darbuotojų vertinimas buvo įvairesnis: 5,9 proc. socialinių darbuotojų nesutiko, 37,3 proc. iš dalies sutiko, 51 proc. sutiko ir 5,9 proc. visiškai sutiko su projektų vadybos svarba socialiniame darbe.

3.7 Požiūris į kaitos procesą. Respondentų nuomone, finansavimo, investicijų paieška ir pritraukimas psichikos sveikatos priežiūros ir globos srityse suteikia galimybę įstaigoms ieškoti naujovių (52,9 proc.) bei reiškia efektyvų būdą pagerinti vadovavimo ir paslaugų teikimo kokybę (33,8 proc.). Pirmąjį variantą (reiškiantį naujoves) dažniau rinkosi psichiatrijos ligoninių darbuotojai - 73,5 proc., o antrąjį (reiškiantį vadovavimo ir paslaugų kokybę) dažniau rinkosi socialinės globos įstaigų darbuotojai - 41,2 procento. Dalis pensionatų tiriamųjų nurodė, jog finansavimo, investicijų paieška turėtų būti valstybės rūpestis (26,5 proc.). Tai priešinga nuomonė, neskatinanti vykdyti projektų, tačiau atspindinti kitokį požiūrį į socialinių įstaigų funkcijas. Vis dėlto nė vienas respondentas nemano, jog tai iš dalies prieštarauja moralinėms vertybėms ir įstaigų funkcijai. Priešingai, 72,1 procento apklaustųjų mano, jog socialinės įstaigos turėtų įrodinėti savo veiklos efektyvumą. A.Langer (2006) kritiškai vertina pokyčius socialinio darbo srityje, kuri teigia, jog socialinio darbo profesija yra grindžiama pasitikėjimu, darbuotojo autonomija, o pastaruoju metu vertybės pasikeitė ir išliko vienintelė bei pati svarbiausia vertybė - „efektyvumas". Akivaizdu, kad socialinėms įstaigoms ekonominiai kriterijai, tokie kaip efektyvumas, kokybė, tampa vis labiau aktualūs.

Tiriamieji taip pat teigiamai vertino konkurenciją psichikos sveikatos srityje (8 pav.). Daugumos socialinės globos įstaigų darbuotojų atsakymai kaip ir 11 klausime atspindi paslaugų kokybės trūkumą. Teigiamas konkurencijos vertinimas iš dalies reiškia ir įstaigų norą keisti esamą situaciją.



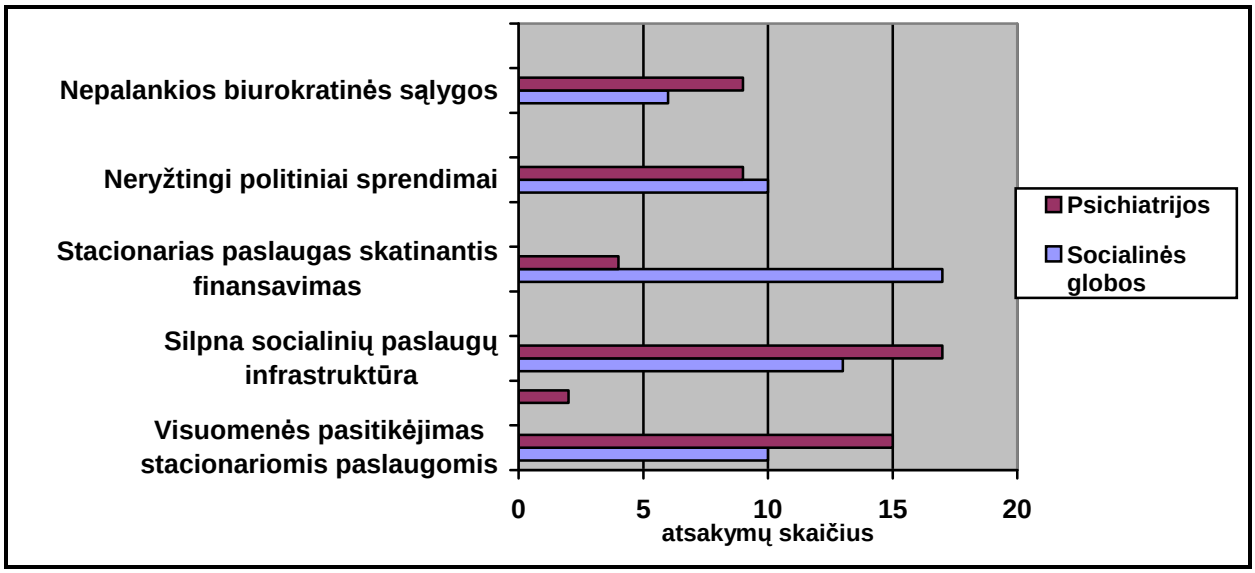
8 pav. Konkurencijos vertinimas psichikos sveikatos srityje

Lietuvai rekomenduojama plėsti lankomosios priežiūros paslaugas, bendruomenines bei jas taikyti kaip alternatyvias stacionarioms (Germanavičius ir kt., 2006). Teigiama, jog net iki 18 procentų socialinės globos gyventojų galėtų gauti bendruomenines paslaugas vietoj stacionarių, jeigu būtų užtikrinamos paslaugos (Juodkaitė, 2005). Atliktas tyrimas parodė, jog 79,4 procento apklaustųjų mano, kad bendruomenines paslaugas vietoj stacionarių galėtų gauti iki 5 ir iki 10 procentų pacientų (globotinių) (15 lentelė). Psichiatrijos ligoninių ir socialinės globos darbuotojų nuomonė šiuo klausimu statistiškai reikšmingai nesiskyrė (p=0,115). Tačiau daugiausia pensionatų darbuotojų mano, jog bendruomenines paslaugas galėtų gauti iki 10 proc. globotinių, o psichiatrijos ligoninių darbuotojų daugumos nuomone, jog tik iki 5 procentų pacientų. Darbuotojai vis dėlto nurodo nedidelį procentą pacientų ar globotinių, kurie galėtų gauti alternatyvias paslaugas. Tačiau tokiai nuomonei turi įtakos ir alternatyvių bendruomeninių paslaugų stoka.

15 lentelė. Bendruomeninės paslaugos

		Koks procentas Jūsų įstaigos pacientų (globotinių) galėtų gauti bendruomenines paslaugas vietoj gaunamų stacionarių?				
		Iki 5 proc.	**Iki 10 proc.**	**Iki 15 proc.**	**15 proc. ir daugiau**	**Viso**
Įstaiga	**Globos**	38,2%	50,0%	11,8%	0%	100%
	Psichiatrijos ligoninė	44,1%	26,5%	23,5%	5,9%	100%
Viso		41,2%	38,2%	17,6%	2,9%	100%

Respondentų buvo prašoma pasirinkti labiausiai trukdančius veiksnius pasikeitimams psichikos sveikatos priežiūros ir globos srityse. Nuomonės pasiskirstė įvairiai (9 pav.), tačiau didžiausias procentas tiriamųjų įvardino silpną socialinių paslaugų infrastruktūrą (30 atsakymų).



9 pav. Pasikeitimams trukdantys veiksniai

Toks rezultatas parodo, kad trūksta socialinių paslaugų, galinčių pakeisti brangias ir dažnai neefektyvias stacionarias paslaugas. Pensionatų darbuotojai kaip labiausiai trukdantį veiksnį nurodė stacionarias paslaugas skatinantį finansavimą. Tokia nuomonė pabrėžia valstybės vaidmens svarbą vykdant pasikeitimus šioje srityje.

Kaip labiausiai teigiamai įtakojantį veiksnį tiriamieji įvardino vyriausybės politiką (nacionalinių strategijų kūrimą, ministerijų veiklą) bei tinkamą finansavimą. Respondentų nuomone, trečias labiausiai įtakojantis veiksnys - visuomenės požiūris. Taip pat keletas respondentų pabrėžė, kad teigiamiems pasikeitimams psichikos sveikatos srityje daugiausiai įtakos turi darbuotojų kompetencija, išsilavinimas. Tai iliustruoja globos įstaigos socialinio darbuotojo nuomonė: *„didele dalimi visi teigiami pokyčiai šios srities įstaigose prasidėjo nuo tada, kai buvo pradėta atsižvelgti į personalo išsilavinimą, priimant į darbą. Keitėsi dirbančiųjų požiūris į psichikos negalės asmenį, tuo pačiu keitėsi ir klientų gyvenimo kokybė”*. Kai kurie respondentai įvardino nevyriausybinių organizacijų bei pilietinių iniciatyvų svarbą.

Darbuotojų nuomone, didžiausi pasikeitimai psichikos sveikatos srityje labiausia siejami su išoriniais veiksniais, nepriklausančiais nuo pačių įstaigų iniciatyvos. Tačiau akcentuojama ir kvalifikuoto personalo reikšmė, įtakojanti paslaugų kokybę bei naujas iniciatyvas.

IŠVADOS

- Teorinėje dalyje nagrinėtos psichikos sveikatos priežiūros ir socialinės globos sritys reikalauja kiekybiškai ir kokybiškai naujų investicijų. Kaip vienas iš efektyviausių būdų minimas aktyvus pačių įstaigų dalyvavimas reformuojant psichikos sveikatos sritį. Projektų vadyba įtraukia organizaciją į kaitos procesą, todėl svarbu, kad institucijų darbuotojai būtų motyvuoti rengti ir vykdyti projektus.

- Respondentai, turintys projektų rengimo patirties, yra labiau motyvuoti rengti ir vykdyti projektus bei labiau patenkinti savo dabartiniu darbu negu tie, kurie nedalyvavo projektų rengime. Įstaigos, turinčios projektų rengimo patirties, ir toliau ketina tęsti šią veiklą, o įstaigos neturinčios patirties, abejoja ar nemano, jog pasinaudos ES struktūrinių fondų lėšomis.

- Respondentų nuomone, psichiatrijos ligoninės turi didesnius žmogiškuosius ir finansinius išteklius projektų rengimui ir vykdymui, o socialinės globos įstaigų darbuotojai šiuos išteklius įvardino kaip mažus arba labai mažus. Tačiau, tyrimo duomenimis, dvigubai daugiau socialinės globos įstaigų socialinių darbuotojų dalyvauja projektų rengime negu psichiatrijos ligoninių.

- Daugumos respondentų požiūris į projektų vadybą yra teigiamas: projektų vadyba suteikia galimybę keistis, tai svarbi patirtis siekiant karjeros socialiniame darbe. Tačiau, respondentų nuomone, projektų vadyba iš dalies reiškia ir papildomo biurokratijos sluoksnio atsiradimą paslaugų teikimo srityje. Tik maža dalis tiriamųjų mano, jog finansavimo, investicijų paieška ir pritraukimas turėtų būti valstybės rūpestis. Dauguma pasisako už konkurencijos atsiradimą šioje srityje bei pritaria, kad socialinės įstaigos turėtų įrodinėti savo veiklos efektyvumą.

- Tyrimo duomenimis, pagrindiniai veiksniai, trukdantys esminiams pasikeitimams psichikos sveikatos priežiūros ir globos srityse, yra susiję su silpna socialinių paslaugų infrastruktūra bei visuomenės pasitikėjimu stacionariomis paslaugomis. Pensionatų darbuotojai kaip labiausiai trukdantį veiksnį išskyrė stacionarias paslaugas skatinantį finansavimą. Veiksniai, labiausiai įtakojantys teigiamus pasikeitimus šioje srityje, respondentų nuomone, yra susiję su vyriausybės politika, tinkamu finansavimu bei visuomenės požiūriu.

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Psichikos sveikatos srityje atsiranda didesnis poreikis vadybiniams sugebėjimams, kurie padėtų valdyti organizacinius resursus vykdant ilgalaikius veiklos pasikeitimus. Stacionarių paslaugų, teikiamų psichikos sveikatos sutrikimų turintiems asmenims, kokybė ir šių paslaugų teikimo kaštai parodo, kad sistema reikalauja esminių pokyčių. Vykdant pasikeitimus Lietuvos psichikos sveikatos srityje įtraukiamos pačios įstaigos į kaitos procesą, vienas iš pavyzdžių – projektų vykdymas. Tačiau tyrimo rezultatai parodė, jog organizacijų aktyvumas rengiant projektus nemenka dalimi priklauso nuo ankstenės vykdytos projektinės veiklos. Darbuotojai, turintys projektų rengimo patirties, yra labiau motyvuoti rengti ir vykdyti projektus. Šie asmenys projektams teikia didesnę reikšmę, nurodo trumpesnį projekto paraiškos rengimo laiką, projektų rengimo reikalavimus vertina kaip mažiau sudėtingus. Ankstesnių tyrimų duomenimis (Žmogaus teisių stebėsena uždarose psichikos sveikatos priežiūros ir globos įstaigose, 2005; Vilniaus miesto bendruomeninių psichikos paslaugų tyrimas,2006) šiose įstaigose dažnai pažeidžiamos žmogaus teisės, teikiamos paslaugos yra neefektyvios. Siekiant efektyvių pasikeitimų visoje sistemoje, reikia įtraukti bei motyvuoti kuo didesnį stacionarių paslaugų teikėjų skaičių.Tiriamieji vieningai sutiko, kad konkurencija psichikos sveikatos priežiūros srityje yra teigiamas reiškinys ir kad socialinės įstaigos turėtų įrodinėti savo veiklos efektyvumą. Tokia teigiama darbuotojų nuostata yra palanki erdvė pasikeitimamas vykdyti.

Respondentai pabrėžė vyriausybės politikos svarbą psichikos srityje. Įvadinėje dalyje nagrinėtas įstaigų finansavimas parodė, kad ištekliai, skiriami stacionarioms paslaugoms, yra didžiuliai. Apklausti socialinės globos įstaigų darbuotojai akcentavo teikiamų paslaugų kokybės gerinimo poreikį bei nurodė, kad pasikeitimams šioje srityje trukdo stracionarias paslaugas skatinantis finansavimas.

Abi tiriamųjų grupės nurodė didžiausią nepasitenkinimą gaunamu atlyginimu dabartiniame darbe. Tačiau asmenys, dalyvaujantys projektų rengime, statistiškai reikšmingai yra labiau patenkinti savo uždarbiu, saviraiškos galimybėmis, atsakomybe ir kitais veiksniais. Šie veiksniai labai svarbūs gerinant tiek teikiamų, tiek alternatyvių paslaugų teikimą.

LITERATŪRA

1. *Coulshed, V., Mullender, A., Jones, D. N., Thompson, N., Management in Social Work, Palgrave Macmilllan, Basingtoke, 2006, p. 12-13*

2. *Dominelli, L., Deprofessionalizing Social Work: Anti-Opressive Practice, Competencies and Postmodernism/TheBritish Journal of Social Work, vol.26, 1996, p. 153,154,156.[žiūrėta 2009-02-10]. Prieiga per internetą:<http://bsw.oxfordjuornals.org/cgi/content/abstract/26/2/153>*

3. *Germanavičius, A., Rimšaitė, E., Pilt, E.,Pūras, D., Juodkaitė, D., Leimane-Veldmeijere, I., Žmogaus teisės Baltijos šalių psichikos sveikatos priežiūros srityje, 2006, p.15, 16, 24, 32-35.*

4. *Gvaldaitė, L., Švedaitė, B., Socialinio darbo metodai, Vilnius, 2005, p. 17-19*

5. *Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetas, Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komiteto nuomonė dėl Verslumo ugdymo ir Lisabonos darbotvarkės //Europos Sąjungos oficialusis leidinys, pranešimo nr. 2008/C 44/20, 2008 02 16, p. C44/85, C44/86, C44/88. [žiūrėta 2008-11- 15]. Prieiga per internetą: < http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:044:0084:0090:LT:PDF>*

6. *Europos Sąjungos struktūriniai fondai – Lietuvai, Vertimo, dokumentacijos ir informacijos centras, 2004, p. 9*

7. *Johnson, L. C., Socialinio darbo praktika: bendrasis požiūris, VU Specialiosios psichologijos laboratorija, Vilnius, 2001, p. 2011, 215, 218-220, 312-314*

8. *Juodkaitė, D., Lietuvos psichikos sveikatos politika: nuo deistitucionalizacijos prie bendruomeninių paslaugų, Eugrimas, Vilnius, 2005, p. 30-32, 35, 36, 53, 55.*

9. *Langer, A, Trust as a Criterion and Heuristic Approach to Sociopolitical Consultation: an Alternative View on Ethics and Values of Profesionalism in Social Work // Current Sociology, 2006, vol. 54(4)p.664. .[žiūrėta 2009-01-27].*
   Prieiga per internetą: <http://csi.sagepub.com/cgi/content/abstract/54/4/663>

10. *LR Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, Visos patvirtintos priemonės, 2008. [žiūrėta 2008 -12-14]. Prieiga per internetą:< http://www.esparama.lt/2007-2013/lt/gaires/patvirtintos_priem>*

11. *LR Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, Socialines paslaugas teikiančių įstaigų adresai.[žiūrėta 2009-03-25]. Prieiga per internetą: <http://www.socmin.lt/index.php?-650542850>*

12. *LR Sveikatos apsaugos ministerija, Visos patvirtintos priemonės, 2008.[žiūrėta 2008 -12-14]. Prieiga per internetą: <http://www.esparama.lt/2007-2013/lt/gaires/patvirtintos_priem>*

13. *Knapp M., McDaid D., Mossialos E., Thornicroft G., Mental Health Policy and Practice Across Europe, European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2007, p.*

14. *Kučinskienė, R., Kučinskas, V., Socialinių projektų rengimas ir valdymas, Klaipėdos universiteto leidykla, Klaipėda, 2005, p. 5, 9, 34-37, 72-75, 79.*

15. *Murauskienė, L., Ekonominis vertinimas //Psichikos sveikatos paslaugos bendruomenėje, Psichosocialinės reabilitacijos asociacija ir Ženevos iniciatyva psichiatrijoje, Protegus, 2003, p.65-66.*

16. *Nacionalinė bendroji strategija: Lietuvos 2007-2013 metų Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo strategija konvergencijos tikslui įgyvendinti, 2007. [žiūrėta 2007 -12-02]. Prieiga per internetą: <www.euro.lt/documents/es_paramos_panaudojimo_dokumentai/Strategija_2007-03-30.doc ->*

17. *Neįgaliųjų reikalų departamentas, Šiemet socialinių paslaugų plėtrai savivaldybėse – 12 mln. litų, 2008. [žiūrėta 2008 -12-15]. Prieiga per internetą: <http://www.ndt./files/File/Archyvas/2008_balandis.doc>*

18. *Pasaulio sveikatos organizacija, Psichikos sveikatos finansavimas, Psichikos sveikatos politikos ir paslaugų vadovas, 2003, p.2, 8, 52, 53*

19. *Pasaulio sveikatos pranešimas, 2001. Psichikos sveikata: naujas supratimas, nauja viltis [iš anglų kalbos vertė Ieva Barakauskaitė, Laima Jančiūtė], Valstybinis psichikos sveikatos centras, Vilnius, 2002, p. 91-92, 94, 103-104*

20. *Pfeiffer, J., Psichikos sveikata Rytuose ir Vakaruose: ko galime išmokti vieni iš kitų, plenarinė diskusija // Psichikos sveikatos priežiūra naujajame amžiuje: tarptautinė konferencija, Vilniaus universitetas, 2000 m birželio 2-3 d./ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Psichosocialinės reabilitacijos asociacija, Vilniaus universitetas, Psichikos sveikatos iniciatyva // Psichosocialinės reabilitacijos asociacija, 2000, p. 48*

21. *Pūras, D., Beieškant sutarimo dėl psichikos sveikatos strategijos // Psichikos sveikatos priežiūra naujajame amžiuje: tarptautinė konferencija, Vilniaus universitetas, 2000 m birželio 2-3 d./ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Psichosocialinės reabilitacijos asociacija, Vilniaus universitetas, Psichikos sveikatos iniciatyva // Psichosocialinės reabilitacijos asociacija, 2000, p. 10, 11*

22. *Pūras, D., Povilaitis R., Povilaitienė I., Geriausios Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros programos, II dalis, Psichosocialinės reabilitacijos asociacija, 2002, p. 4*

23. *Povilaitienė, I., Rimšaitė, E., Stukanė, K., Vilniaus miesto bendruomeninių psichikos paslaugų tyrimas //Psichikos sveikatos paslaugos bendruomenėje: neįgaliųjų įdarbinimas, straipsnių rinkinys, Baltprima, 2006, p. 7*

24. *Psichikos sveikatos strategija, LR Seimo nutarimas dėl Psichikos sveikatos strategijos patvirtinimo, 2007 m. balandžio 3d. NR. X -1070, [žiūrėta 2008 -10-03]. Prieiga per internetą: <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_bin?p_id=295147>*

25. *Rushton, A., Beaumont, K., Clinical Child Psychology and Psychiatry // Social Work in Healthcare Settings: Turning Full Circle?, vol. 7, 2002, [žiūrėta 2009 -03-15]. Prieiga per internetą: <http://ccp.sagepub.com>*

26. *Sebekienė, L., Konferencijoje pristatyta valstybės psichikos sveikatos strategija, Sveikatos apsaugos ministerija, [žiūrėta 2009-03-05]. Prieiga per internetą: <http://www.sam.lt/lt/news/pranesimai_spaudai?id=2367>*

27. *Statistikos departamentas, Socialinė apsauga Lietuvoje 2007, Vilnius, 2008, [žiūrėta 2008 -12-14]. Prieiga per internetą: <http://www.stat.gov.lt/lt/catalog/list/?cat_y=2&cat_id=3&id=1341&PHPSESSID=ee593f24d0dbf29870b31cf3c6d33203>*

28. *Tamašauskienė, J., Dienos centrų veikla //Psichikos sveikatos paslaugos bendruomenėje. Psichosocialinės reabilitacijos asociacija ir Ženevos iniciatyva psichiatrijoje, Protegus, 2003, p. 59-60*

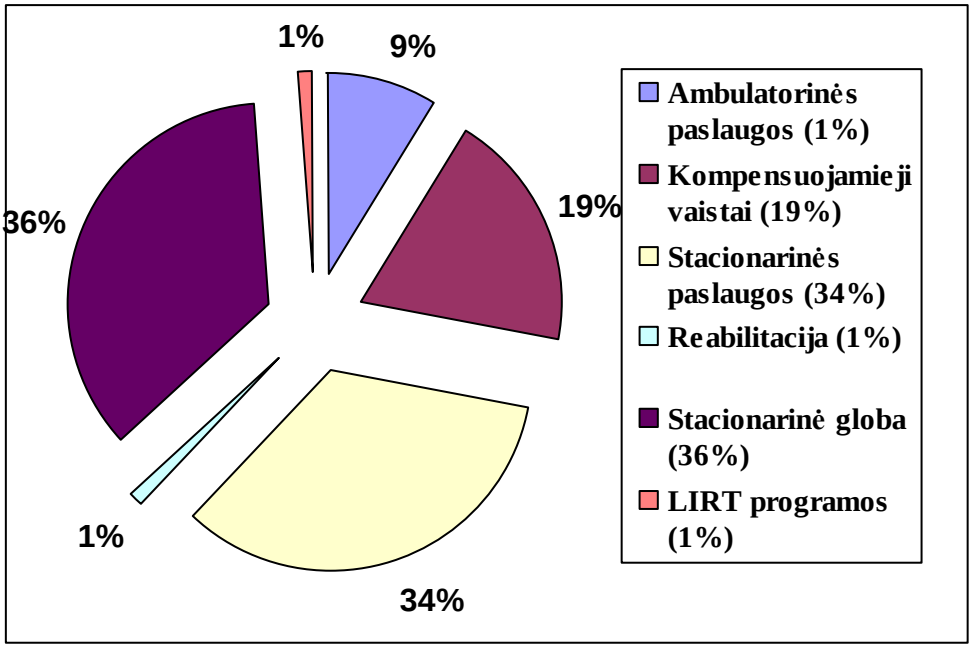
29. *Tobis ,D., Moving from Residential Institutions to Community-Based Social Services in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union, The World Bank, Washington, 2000. [žiūrėta 2008 -11-12]. Prieiga per internetą: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/ECAEXT/0,,contentMDK:20219227~isCURL:Y~pagePK:146736~piPK:146830~theSitePK:258599,00.html>*

30. *Žmogaus teisių stebėsena uždarose psichikos sveikatos priežiūros ir globos institucijose, projekto ataskaita, ekspertų grupė: Germanavičius A., Pūras D., Šakalienė D., Rimšaitė E., Mališauskaitė L., Povilaitis R., 2005 [žiūrėta 2008 -09-30]. Prieiga per internetą: www.hrmi.lt/downloads/structure//psi_ataskaita_170x245.pdf –*

31. *Vikipedija, laisvoji enciklopedija, F.Herbergo motyvacijos teorija,[žiūrėta 2009-03-02]. Prieiga per internetą: <http://lt.wikipedia.org/wiki/Motyvacija>*

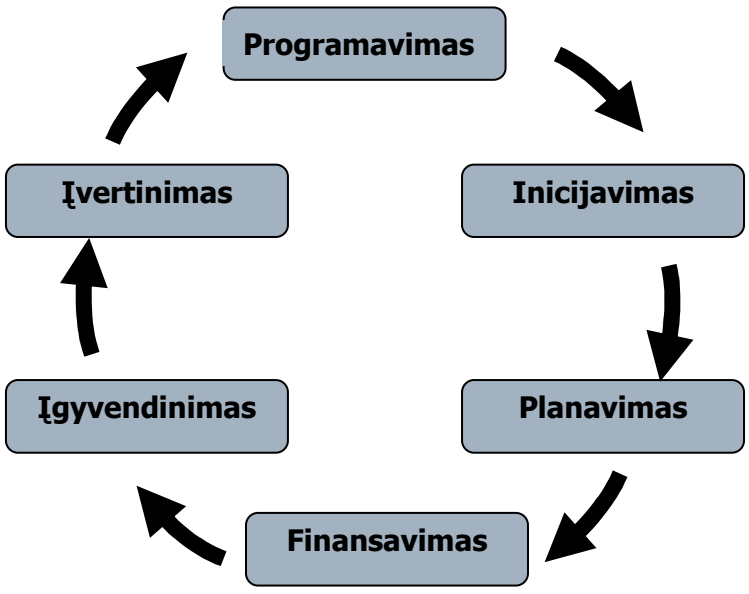
32. *Weinbach, R. W., The Social Worker as Manager: a Practical Guide to Success, Pearson Education, Boston, 2003, p. 4-5*

PRIEDAI



1 Pav. Valstybės išlaidos psichikos sveikatos priežiūrai 2001m.

Šaltinis:Murauskienė,L., Ekonominis vertinimas // Psichikos sveikatos paslaugos bendruomenėje, 2003



2 pav. Projekto ciklo valdymo etapai

1 lentelė. ES Sanglaudos programos priemonės psichikos sveikatos srityje (2007-2013)

Priemonė	**Atsakinga ministerija**	**Atrankos būdas**	**Galimi pareiškėjai**	**Objektų sk.**	**Skiriama suma lt (ES + LT)**
Diferencijuotų kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centrų įkūrimas	SAM	valstybės projektų planavimas	viešosios stacionariosios asmens sveikatos priežiūros įstaigos, turinčios psichiatrijos skyrius ir sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis	5	15 000000
Psichiatrijos stacionaro modernizavimas	SAM	valstybės projektų planavimas	viešosios stacionariosios asmens sveikatos priežiūros įstaigos, turinčios psichiatrijos skyrius ir sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis; Valstybinė teismo psichiatrijos tarnyba prie SAM	6	15 000000
Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų stebėsenos užtikrinimo infrastruktūros modernizavimas	SAM	valstybės projektų planavimas	Valstybinis psichikos sveikatos centras	1	588 235
Psichikos dienos stacionarų (centrų) įkūrimas	SAM	regionų projektų planavimas	viešosios stacionariosios asmens sveikatos priežiūros įstaigos, turinčios psichiatrijos skyrius ir sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis ir aptarnaujančios ne mažiau kaip 45 tūks. gyventojų	20	59 411765
Krizių intervencijos centrų įkūrimas	SAM	regionų projektų planavimas	stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos, turinčios psichiatrijos skyrius ir sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis	5	10 000000
Viso (SAM psichikos sveikatos pr. srityje)				**37**	**100 000000**
Nestacionarių socialinių paslaugų infrastruktūros plėtra	SADM	regionų projektų planavimas	labdaros ir paramos fondai, savivaldybių administracijos, savivaldybių biudžetinės įstaigos, všį.,asociacijos, religinės bendruomenės ar bendrijos	87	179 964706

Šaltinis: LR Sveikatos apsaugos ministerija, LR Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, 2008.

2 lentelė. Globos įstaigos suaugusiems neįgaliesiems

Apskritis, savivaldybė	***Įstaiga***	***Vietų skaičius***	***Adresas***
Kauno apskritis			
	Strėvininkų pensionatas	252	Mūro Strėvininkai, Kaišiadorių raj.
	Kėdainių pensionatas	133	Šlapaberžės km., Kėdainių raj.
Klaipėdos apskritis			
	Šilutės pensionatas	534	Macikų k., Šilutės raj.
Marijampolės apskritis			
	Suvalkijos pensionatas	211	Katiliškių km., Marijampolės sav.
	Kalvarijos pensionatas	120	Kušliškių km., Kalvarijos sav.
	Ilguvos pensionatas	75	Ilguvos km., Šakių raj.
	Didvydžių pensionatas	300	Augalų km., Vilkaviškio raj.
Panevėžio apskritis			
	Kupiškio pensionatas	123	Šnipeliškio km., Kupiškio raj.
	Jotainių pensionatas	196	Dvaro 1, Jotainių km., Panevėžio raj.
	Lavėnų pensionatas	107	Lavėnų km., Pasvalio raj.
	Skemų pensionatas	404	Skemų km., Rokiškio raj.
Panevėžio raj. sav.	VšĮ „Vilties namai“	16	Medžiotojų 1, Skynimų km., Panevėžio raj.
Šiaulių apskritis			
	Jurdaičių pensionatas	333	Jurdaičių km., Joniškio raj.
	Linkuvos pensionatas	326	Linkavičių km., Pakruojo raj.
	Aukštelkės pensionatas	299	Aukštelkės km., Šiaulių raj.
Tauragės apskritis			
	Adakavo pensionatas	200	Adakavo km., Tauragės raj.
Telšių apskritis			
	Stonaičių pensionatas	202	Stonaičių km., Plungės raj.
	Dūseikių pensionatas	275	Dūseikių km., Telšių raj.
Mažeikių raj. sav.	VšĮ Mažeikių „Vilties erdvė“ savarankiško gyvenimo namai	18	Šerkšnės g.2a, Mažeikiai
Utenos apskritis			
	Visagino pensionatas	180	Karklų km., Ignalinos raj.
	Aknystos pensionatas	340	Aknystų km., Anykščių raj.

Vilniaus apskritis			
	Prūdiškių pensionatas	151	Prūdiškių km., Vilniaus raj.
	Strūnos pensionatas	210	Strūnos km., Švenčionių raj.
	Jasiuliškių pensionatas	331	Jasiuliškio km., Ukmergės raj.
Vilniaus m. sav.	Sutrikusio intelekto žmonių globos bendrija “Vilniaus Viltis”	9	Vytenio 37, Vilnius
	Pensionatas "Vilties namai"	33	Rukeliškių 44, Vilnius
Ukmergės raj. sav.	Socialinių paslaugų centro Neįgaliųjų bendrabutis (savarankiško gyvenimo namai)	47	Vytauto 75, Ukmergė

Šaltinis:LR Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, 2009.

Gerbiamas Respondente,

Šiuo metu psichikos sveikatos sričiai skiriamas ypatingas dėmesys, vykdomi sprendimai įtraukia pačias įstaigas į keitimosi procesą. Tai sąlygoja projektų vadybos poreikio atsiradimą.VU Socialinio darbo katedra (Rimantė Čepulytė) atlieka tyrimą, kuriuo siekiama atskleisti, kiek psichikos sveikatos priežiūros bei globos įstaigos turi galimybių rengti ir įgyvendinti projektus. Jūsų nuomonė yra labai svarbi.

Anketa yra **anoniminė**. Duomenys **konfidencialūs** ir bus naudojami tik apibendrintai tyrimo tikslams. Atsakymus žymėti apvedant tinkamą atsakymą arba kaip nurodyta prie klausimo.

1. Ar Jūsų įstaiga yra rengusi projekto paraišką?

1) Taip
2) Ne
3) Neturiu informacijos

2. Ar Jūs dalyvavote projekto paraiškos rengime ?

1) Taip
2) Ne

3. Kiek, Jūsų nuomone, reikia laiko parengti projekto paraišką ?

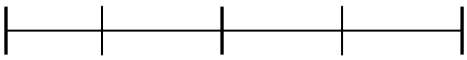
1) Iki 2 mėn.
2) Iki 4 mėn.
3) Iki 6 mėn.
4) Daugiau nei 6 mėn.

4. Ar Jūsų įstaiga žada pasinaudoti Europos Sąjungos 2007-2013 metų programavimo periodo struktūrinių fondų lėšomis ?

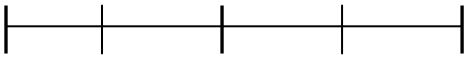
1) Ne
2) Taip
3) Nežinau

5. Įvertinkite įstaigos, kurioje dirbate, galimybes rengti ir vykdyti projektus (skalėje pažymėkite "x"):

Finansinės galimybės

Labai mažos  Labai didelės

Personalo galimybės

Labai mažos  Labai didelės

6. Jūsų nuomone, ES struktūrinių fondų projektų rengimo biurokratiniai reikalavimai yra:

1) nesudėtingai įgyvendinami;
2) pernelyg sudėtingi;
3) kai kurioms įstaigoms užkertantys kelią gauti paramą;
4) nesudėtingi, jeigu įstaiga turi patirties projektų rengime;
5) neturiu informacijos.

7. Rengiant ir įgyvendinant projektus būtinos konsultacinės firmos paslaugos:

1) sutinku
2) nesutinku
3) kita (įrašykite).....

8. Pažymėkite (“x”), kaip sutinkate su pateiktais teiginiais.

	Visiškai nesutinku	**Nesutinku**	**Nei taip, nei ne**	**Sutinku**	**Visiškai sutinku**
1. Neturiu pakankamai laiko projektams kurti.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Turiu pakankamai žinių projektams kurti ir vykdyti.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Nematau tikslo kurti projektus.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Sulaukčiau kolegų pagalbos ir palaikymo, jei inicijuočiau projektą.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Inicijuočiau projektą, jeigu už savo pastangas gaučiau atitinkamą uždarbį.	☐	☐	☐	☐	☐

9. Pažymėkite(“x”), kurie veiksniai Jus tenkina dabartiniame darbe

	Visiškai tenkina	Tenkina	Iš dalies tenkina	Netenkina	Visiškai netenkina
Organizacijos politika					
Atsakomybė					
Saugumas					
Darbo santykiai					
Saviraiškos galimybės					
Darbo užmokestis					
Pripažinimas					
Darbo sąlygos					
Asmeninė pažanga					

10. Pažymėkite (“x”), kaip sutinkate su pateiktais teiginiais

	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Iš dalies sutinku	Sutinku	Visiškai sutinku
1. Projekto kūrimas yra sudėtingas ir rizikingas.					
2. Projekto kūrimas - vadovo užduotis.					
3. Projektų vadyba suteikia galimybę organizacijai keistis.					
4. Projektų vadyba paslaugų teikimo srityje reiškia papildomo biurokratijos sluoksnio atsiradimą.					
5. Rengti projektus gali tik asmenys, turintys specialių gebėjimų ir patirties šioje srityje.					
6. Siekiant karjeros socialinio darbo srityje, neišvengiamai svarbi projektų vadybos patirtis.					

11. Kokia yra Jūsų nuomonė apie finansavimo, investicijų paiešką ir pritraukimą psichikos sveikatos ir globos srityse? (pasirinkite labiausiai priimtiną variantą arba įrašykite).

1) Tai turėtų būti valstybės rūpestis ir pareiga.
2) Tai efektyvus būdas pagerinti vadovavimo ir paslaugų teikimo kokybę.
3) Tai iš dalies prieštarauja moralinėms vertybėms ir įstaigų funkcijai.
4) Tai suteikia galimybę įstaigoms ieškoti naujovių.
5) Kita (įrašykite).....

12. Konkurencijos atsiradimas psichikos sveikatos srityje būtų :

1) neigiama, nes nukentėtų klientas;
2) teigiama, nes pagerintų teikiamų paslaugų kokybę;
3) iš dalies neigiama, nes ir taip trūksta finansavimo;
4) iš dalies teigiama, nes paskatintų efektyviausių paslaugų išlikimą;
5) kita (įrašykite).....

13. Koks procentas Jūsų įstaigos pacientų (globotinių) galėtų gauti bendruomenines paslaugas vietoj gaunamų stacionarių ?

1) Iki 5 procentų
2) Iki 10 pocentų
3) Iki 15 procentų
4) 15 procentų ir daugiau.

14. Jūsų nuomone, kokie veiksniai labiausiai trukdo įgyvendinti pasikeitimus psichikos sveikatos priežiūros ir globos srityse? (galite pasirinkti kelis variantus):

1) visuomenės pasitikėjimas stacionariomis paslaugomis;
2) nepakankamas pačių įstaigų noras keistis;
3) silpna socialinių paslaugų infrastruktūra;
4) stacionarias paslaugas skatinantis finansavimas;
5) neryžtingi politiniai sprendimai;
6) nepalankios biurokratinės sąlygos.

15. Koks veiksnys labiausiai inicijuoja pasikeitimus psichikos sveikatos priežiūros ir globos srityse ?(atsakymą įrašykite):

.....

.....

.....

16. Ar socialinės įstaigos turėtų įrodinėti savo veiklos efektyvumą?

1) Taip
2) Ne
3) Neturiu nuomonės

17. Jūs dirbate:

1) socialinės globos įstaigoje;
2) psichiatrijos ligoninėje;
3) kita (įrašykite).....

18. Jūsų pareigos:

1) socialinis darbuotojas(-a)
2) įstaigos vadovas(-ė)
3) kita (įrašykite).....

19. Koks yra Jūsų darbo stažas šioje įstaigoje ?

1) Iki vienerių metų
2) 1-2 metai
3) 3-4 metai
4) 5 metai ir daugiau.

20. Jūsų amžius:

1) 18-24
2) 25-34
3) 35-44
4) 45-54
5) 55-64
6) 65 ir daugiau

Dėkoju už atsakymus!