

Vilniaus Universitetas
Filosofijos fakultetas
Informacijos visuomenės studijų centras

Kristina Seliutienė
Informacijos visuomenės studijų
magistro darbas

**SOCIALINIO DIALOGO IR SOCIALINĖS PARTNERYSTĖS VAIDMUO
PSIHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOJE**

Mokslinis vadovas: prof. Arūnas Augustinaitis

VILNIUS, 2008

Turinys

SOCIALINIO DIALOGO IR SOCIALINĖS PARTNERYSTĖS VAIDMUO PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOJE (SANTRAUKA)	3
THE ROLE OF SOCIAL DIALOGUE AND SOCIAL PARTNERSHIP IN MENTAL HEALTH CARE SYSTEM (SUMMARY)	4
ĮVADAS	5
I. SOCIALINIO DIALOGO IR SOCIALINĖS PARTNERYSTĖS KONTEKSTAS PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOJE	9
1.1. <i>Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų modelių istorinė raida</i>	9
1.2. <i>Socialinio dialogo esmė sveikatos sektoriuje ir partnerių įtraukimas</i>	13
1.3. <i>Socialinių partnerių tinklai ir struktūros, teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas</i>	19
II. UŽSIENIO ŠALIŲ PATIRTIS TEIKIANT PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGAS	29
2.1. <i>Modernios psichikos sveikatos priežiūros komponentai ir principai</i>	29
2.2. <i>Psichikos sveikatos sistemos integracija į bendrąją mediciną ir sąveika su sveikatos sistema</i>	39
2.3. <i>Vartotojų teisės ir nevyriausybinių organizacijų veikla. Pagalba sergančiųjų šeimoms</i>	40
2.4. <i>Darbuotojai ir profesinė kvalifikacija organizuojant darbą psichikos sveikatos komandose</i>	43
III. PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS REFORMAVIMAS, SITUACIJOS LIETUVOJE ANALIZĖ	48
3.1. <i>Reformos kryptys Lietuvoje ir gyventojų psichikos sveikatos apžvalga</i>	48
3.2. <i>Socialinio dialogo tarpsektorinės ir tarpžinybinės problemos Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemoje</i>	52
3.3. <i>Tyrimas - socialinis dialogas institucijoje</i>	58
IŠVADOS	72
LITERATŪROS SĄRAŠAS	74

SOCIALINIO DIALOGO IR SOCIALINĖS PARTNERYSTĖS VAIDMUO PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOJE

Santrauka

Informacijos visuomenėje, keičiantis visuomeniniams, technologiniams procesams, socialinio dialogo ir socialinės partnerystės vaidmuo didėja visose srityse. Tai ypač aktualu psichikos sveikatos priežiūros srityje, nes visa sistema praranda autonomiškumą ir yra veikiamą įvairaus lygio sąveikų, integruojami daugialypiai socialiniai santykiai. Socialinis dialogas ir socialinė partnerystė apima bendradarbiavimą, koordinavimą, konsultavimą, tarpininkavimą, apsikeitimą informacija, teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas. Socialinio dialogo ir socialinės partnerystės svarba išryškėjo prasidėjus struktūriniais pokyčiams psichikos sveikatos srityje, nes reformos apima daugiasektorinę politiką, į kurią įtraukiamas platus partnerių ir suinteresuotųjų ratas. Prastas bendradarbiavimas ir koordinavimas tarp teikiamų paslaugų ar skirtingų sektorių finansavimas veda prie prastos ir neefektyvios priežiūros.

Tyrimo tezė. Socialinis dialogas ir socialinė partnerystė tampa sudėtine šiuolainės visuomenės dalimi, keičiasi psichikos sveikatos priežiūros problemų sprendimo būdai, įtraukiami nauji metodai ir naujos pagalbos teikimo formos, tokios kaip socialinių partnerių tinklai, tarpdisciplininis komandinis darbas, stiprinama nevyriausybinių organizacijų ir pačių paslaugų vartotojų bei jų šeimų organizacijų įtaka.

Raktažodžiai: socialinis dialogas, socialinė partnerystė, socialinių partnerių tinklas, psichikos sveikatos priežiūros sistema.

THE ROLE OF SOCIAL DIALOGUE AND SOCIAL PARTNERSHIP IN MENTAL HEALTH CARE SYSTEM

Summary

With changes in societal and technical processes, the role of Social dialogue and social partnership in the Information society, have increased in all areas. This issue is crucial while talking about mental health care system. System is losing its autonomy and is determined by interactions of different levels. Multiple social relations are integrated. Social dialogue in mental health care services include all types of negotiation, coordination, mediation and consultation, starting with the exchange of information. Social dialogue has proved particularly important in situations of structural change and reform in the health sector. Such situations are particularly complex, however, and take a long time to evolve. They involve a wide variety of social partners and stakeholders who have to deal with a long agenda of issues. Insufficient or bad cooperation and coordination between services; single-sector approaches and specific organizational objectives, budgets and activities, leads to ineffective and low quality care services.

Thesis. Social dialogue and social partnership becomes a component of modern society. The problems of the mental health care system are solving by using new methods and forms, such as networks of social partners, interdisciplinary team work, capacity-building of NGO and representatives of services users and their families.

Keywords. Social dialogue, social partnership, network of social partners, mental health care system.

ĮVADAS

Informacijos visuomenėje socialinio dialogo ir socialinės partnerystės vaidmuo, keičiantis visuomeniniams, technologiniams procesams, išaugo visose srityse. Tai ypač aktualu psichikos sveikatos priežiūros srityje, nes ši sistema praranda autonomiškumą ir yra veikiamą įvairaus lygio sąveikų, integruojami daugialypiai socialiniai santykiai. Socialinis dialogo ir socialinės partnerystės sąvoka apima bendradarbiavimo, koordinavimo, konsultavimo, tarpininkavimo, apsikeitimo informacija ir kitas funkcijas psichikos sveikatos priežiūros sistemoje. Socialinio dialogo ir socialinės partnerystės svarba išryškėjo prasidėjus struktūriniam pokyčiams psichikos sveikatos srityje, nes reformos apima daugiasektorinę politiką, į kurią įtraukiamas platus partnerių ir suinteresuotųjų ratas. Prastas bendradarbiavimas ir koordinavimas tarp teikiamų paslaugų ar skirtingų sektorių finansavimas veda prie prastos ir neefektyvios priežiūros. Skirtingų organizacijų atsakomybė už platų paslaugų spektrą iškelia koordinavimo problematiką. Pagal socialinės partnerystės ir socialinio dialogo principų taikymą galima vertinti, kiek teikiamos paslaugos, įstaigos ar valstybės yra modernios, atviros naujovėms ir pokyčiams. Tradiciškai visuomenėje medikų vaidmuo buvo ir tebėra suvokiamas kaip išskirtinai individualus, paremtas asmenine kompetencija ir atsakomybe. Tačiau jau nuo XIX amžiaus žinoma, kad medicinoje turi būti sprendžiamos ir įvairios socialinės problemos. XXI amžiuje, remiantis Pasaulio Sveikatos organizacija (PSO), pagrindinę visuomenės sveikatos problemą sudaro susirgimai, kurių sukeltoms problemoms spręsti vien medicininių modelių nepakanka. Turi būti integruojami kitų mokslų pasiekimai, pavyzdžiui socialinių (World Health Organization, 2001). Tokia integracija įmanoma tik pradėjus taikyti modernias technologijas, paremtas socialinių partnerių interakcijomis ir vystant socialinį dialogą tarp paslaugų organizatorių, teikėjų, įtraukiant paslaugų vartotojus ir kitas suinteresuotas grupes. Kompleksinis psichikos sveikatos paslaugų įvertinimas, paslaugų teikimo metodų sudarymas ir vykdymas tampa įmanomi tik bendradarbiaujant kelių sričių ekspertams.

Tyrimo tezė. Socialinis dialogas ir socialinė partnerystė tampa sudėtine šiuolaikinės visuomenės dalimi, keičiasi psichikos sveikatos priežiūros problemų sprendimo būdai, įtraukiami nauji metodai ir naujos pagalbos teikimo formos, tokios kaip socialinių partnerių tinklai, tarpdisciplininis komandinis darbas, stiprinama nevyriausybinų organizacijų ir pačių paslaugų vartotojų bei jų šeimų organizacijų įtaka.

Tyrimo objektas. Socialinis dialogas ir socialinė partnerystė teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas.

Tyrimo problema. Kokie socialinės partnerystės ir socialinio dialogo ypatumai, metodai, formos ir organizavimo sistemos, teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas.

Tyrimo tikslas - ištirti psichikos sveikatos paslaugų teikėjų, vartotojų bei kitų suinteresuotųjų socialinės partnerystės ir socialinio dialogo ypatumus informacijos visuomenės kontekste.

Pagrindiniai darbo *uždaviniai*:

1. Išnagrinėti psichikos sveikatos paslaugų sistemos veiklos organizavimo ir teikimo aspektus, išskiriant socialinės partnerystės, socialinių partnerių tinklų psichiatrijoje struktūras bei vaidmenį.
2. Atlikti užsienio šalių psichikos sveikatos priežiūros sistemos analizę, išskiriant modernius priežiūros komponentus, principus, atskleidžiant kaip keičiasi socialinio dialogo ir socialinių partnerių: vartotojų, nevyriausybinų organizacijų ir pačių profesionalų vaidmenys.
3. Išskirti socialinės partnerystės ir socialinio dialogo ypatumus reformuojant Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemą, palyginant sistemos elementus su Pasaulinės sveikatos organizacijos siūlomais modeliais. Remiantis empirinio tyrimo rezultatais, išskirti Vilniaus miesto bendruomenės aptarnaujančios įstaigos Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro (VMPSC) socialinio dialogo darbo vietoje kliūtis, kuriant nuoseklą paslaugų grandinę.

Darbo metodai. Rengiant šį darbą taikomi tyrimo metodai:

- *teorinė mokslinės ir periodinės literatūros analizė* pagrindžianti socialinių partnerių tinklų teorinę metodiką pagal Tornicroft G. (1999, 2001) psichikos sveikatos matricos modelį, Overveit (2003) tarpdisciplininių tinklų struktūras, Psichikos sveikatos paslaugų organizavimo bei teikimo principai analizuojami, remiantis biopsichosocialiniu modeliu kai paslaugos teikiamos bendruomenėje pagal Weeghel J. (2002). Socialinio dialogo sveikatos sektoriuje ir partnerių psichiatrijoje įtraukimas apibrežiamas naudojant Tarptautinės darbo organizacijos (2002, 2004) metodiką bei Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) rekomendacijas. Taip pat pateikiama teorinė analizė informacijos visuomenės požiūriu (Castells M. (2003); antrinė - Putnam R.D.(2000) cit. pgl. Kelly (2003)).

- *dokumentų analizė.* Analizuojami psichikos sveikatos priežiūrą reglamentuojantys dokumentai Pasaulyje ir Lietuvoje. Lietuvoje: Valstybinė Psichikos sveikatos strategija (2007), Vilniaus miesto psichikos sveikatos strategija (2006), Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas (1995) ir kt. Analizuojant užsienio patirtį remiamasi 2005 m. Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) Europos ministrų konferencijos Europos psichikos sveikatos deklaracija ir veiksmų planu, Europos bendrijų komisijos Žaliaja knyga: ES psichikos sveikatos strategijos kūrimas bei kitais juridiniais ir teisės dokumentais, reglamentuojančiais psichikos sveikatos priežiūros sistemos veiklą.
- *Interviu.* Siekiant išsiaiškinti VMPSC socialinio dialogo ir partnerystės ypatumus darbo vietoje, teikiant kompleksinę psichikos sveikatos pagalbą tarpdisciplininėse specialistų komandose, atliktas giluminis interviu su psichikos sveikatos specialistais, atskleidžiant vieno iš socialinio dialogo elemento darbo vietoje – informacijos pasidalijimo aspektus. Tyrimo analizė atliekama nagrinėjant interviu metu surinktą medžiagą. Respondentų nuomonės klasifikuojamos pagal panašumus, skirtumus, atsakant į vienus ar kitus klausimus ieškoma bendrų tendencijų ir pan.

Darbo struktūra. Darbo struktūra sudaryta atsižvelgiant į darbe iškeltus tikslus. Išskiriant psichikos sveikatos sistemos komponentus, pagalbos modelius ir socialinius tinklus tam tikrose kategorijose vadovaujamosi *sistemine* koncepcija, kuri į kiekvieną paslaugų elementą ar vykdomą programą atsižvelgia kaip į dalį platesnės pagalbos sistemos ir neišvengiamai atsižvelgia į ryšius tarp sudaračių paslaugas elementų (Tornicroft G., 1999, p.203), nes skirtingos įstaigos ir organizacijos, kurios šiais laikais teikia psichikos sveikatos paslaugas, neišvengiamai bendradarbiauja ir koordinuoja savo veiklas, įtraukdamos platų partnerių ir kitų suinteresuotųjų ratą.

Darbas suskirstytas į tris dalis, kurių pirmojoje pateikta psichikos sistemos raidos istorinė apžvalga, socialinio dialogo sveikatos sektoriuje esminiai komponentai bei išskiriamos socialinių partnerių tinklų psichiatrijoje charakteristikos bei struktūros. Antroje dalyje pagal užsienio šalių patirtį analizuojamas modernios psichikos sveikatos paslaugų teikimo modelis, jo principai, išskiriant biopsichosocialinius sveikatos priežiūros komponentus, integraciją į bendrąją mediciną, atsižvelgiama į vartotojų vaidmens stiprinimą ir nevyriausybinių organizacijų veiklą, taip pat psichikos sveikatos priežiūros specialistų vaidmenų pokyčius. Trečioji dalis skirta Lietuvos gyventojų psichikos sveikatos rodiklių, reformų krypčių analizei, išskiriamos socialinio dialogo tarpsektorinės, tarpžinybinės ir vartotojų įtraukimo problemos. Paskutinė dalis apima pagrindinio socialinio dialogo darbo vietoje elemento – pasidalijimo informacija įvertinimą Vilniaus miesto

psichikos sveikatos centre (VMPS). Tyrimo metu bandoma išsiaiškinti nuoseklios paslaugų grandinės modelio įgyvendinimą praktikoje ir įvertinti tarpdisciplininio komandino darbo spragas. Darbas baigiamas išvadomis, kur apibendrintos darbo eigoje konstatuotos idėjos bei faktai.

Darbo reikšmė. Socialinė partnerystė ir socialinis dialogas psichikos sveikatos sistemoje - nauji, inovatyvūs ir galintys subalansuoti psichikos sveikatos paslaugų sistemos veiklą būdai. Lietuvoje jie tik pradedami įgyvendinti, vykstant psichikos sveikatos reformai. Todėl tai yra gana naujas reiškinys ir šis darbas gali būti naudingas buriant naujus partnerius, jų tinklus, didinant socialinio dialogo efektyvumą, atskleidžiant problematiką kasdieniame specialistų darbe, ieškant iškylančių problemų sprendimo būdų ir pan. Taip pat šis magistro darbas gali būti naudingas ne tik psichikos sveikatos, bet ir kitų veiklų srityse, kai darbas organizuojamas taikant bendradarbiavimo principus. Potenciali darbo nauda galima ir psichikos paslaugų vartotojams bei jų šeimos nariams, tikintis įtraukti juos dalyvauti socialiniame dialoge kaip lygiaverčius narius ir įtakoti teikiamų paslaugų efektyvumą.

Darbe naudojama citavimo tvarka – analizuojant kitų autorių mintis, skliaustuose pateikiama: autorius, data, puslapis. Jei pažodžiui pateikiama kito autoriaus mintis, tai tekste žymima kabutėmis. Nesant tikslaus lietuviško termino sąvokos apibrėžimo, kai kurie terminai skliaustuose pateikiami anglų kalba. Literatūros sąrašas sudarytas pagal autorių pavardes abecėlės tvarka, o įtraukiant keletą to paties autoriaus darbų – pagal chronologiją. Literatūra apima tokias temines sritis: teorinė literatūra, dokumentų analizė, interneto šaltiniai apie naujausias psichikos sveikatos paslaugų koncepcijas ir jų įgyvendinimą praktikoje. Lentelės ir iliustracijos numeruojami atskirai, eiliškumo tvarka, prie pavadinimo nurodant jų šaltinį.

I. SOCIALINIO DIALOGO IR SOCIALINĖS PARTNERYSTĖS KONTEKSTAS PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOJE

1.1. Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų modelių istorinė raida

Informacijos visuomenė ir globalizacija kaip įvairialypis socialinis fenomenas ne tik iškelia problemas, bet ir atveria naujas galimybes vystyti psichikos sveikatos priežiūros sistemai. Tiriant socialinių pokyčių ir psichikos sveikatos tarpusavio ryšį, daugiau dėmesio skiriama socialiniams ir ekonominiams informacijos amžiaus pokyčiams: socialinio kapitalo, socialinių tinklų, naujų darbo formų, užimtumo struktūrų transformacijoms nagrinėti. Castells teigimu, reorganizacija vyksta taikantis prie neprognazuojamos ekonominės ir technologinės kaitos, o „svarbiausias pokytis – tai perėjimas nuo vertikalios biurokratijos prie horizontalios bendrovės modelio“ (Castells, 2003, p. 177). Būdingi bruožai: į procesą, o ne į tikslą orientuota organizacija; horizontalioji hierarchija; komandinė vadyba; veiklos efektyvumas vertinamas pagal kliento pasitenkinimo lygį; visų lygių darbuotojų informavimas, mokymas ir t.t. (pagal Castells, 2003, p. 177). „Prie inovacijų terpės konsolidavimo bei dinamizavimo smarkiai prisidėjo įvairių pakraipų socialiniai tinklaiSocialiniai tinklai keičia bendruomenes, kuomet vietinės bendruomenės tampa viena iš daugelio socialinių tinklų formavimo bei palaikymo galimybių“ (Castells., 2003, p. 129). A. Poviliūnas socialinį kapitalą išskiria kaip pilietinės visuomenės indikatorių, išreiškiantį geresnę, solidaresnę visuomenę, kurios bene pagrindinis bruožas – tai aktyviai, ryžtingai ir kompetentingai visuomenės reikaluose dalyvaujantys eiliniai piliečiai (pagal Poviliūnas, 2001, 43 – 59 p.). Globalios informacijos visuomenėje „socialinio kapitalo padariniai akivaizdūs, nes mažėjantis bendruomenių sutelktumas, silpnina socialinę paramą ir didina psichosocialinį sergamumą“ (Putnam, 2000, cit. pgl. Kelly, p.465) „Socialinio kapitalo atkūrimas svarbus visai visuomenei, bet ypatingai svarbus ir neatidėliotinas psichikos sveikatos srityje. Naujai integruojamos programos, modeliai turi esminį poveikį mažinant psichikos sutrikimų stigmatizaciją, didinant visuomenės reintegracijos lygį ir didinant socialinį kapitalą.....Socialinio kapitalo reprodukcija iškelia nelengvą užduotį, kurios sprendimas priklauso nuo detaliai išnagrinėtos sąveikos tarp vietinių, nacionalinių ir tarptautinių strategijų.“ (Kelly, 2003, p. 469). Šiame kontekste ypatingai svarbus tampa socialinio dialogo ir socialinės partnerystės stiprinimas psichiatrijoje.

Socialinė partnerystė ir socialinis dialogas psichiatrijoje tapo reikšmingi prasidėjus psichikos sveikatos priežiūros reformoms, tai yra nebuvo aktualūs iki „deinstitutionalizavimo eros“ pradžios (Weeghel, 2002, p.537) Istorinė paslaugų vystymosi tendencijų apžvalga atspindi kokios problemos įtakojo dabartinių modelių pasirinkimą. Žiūrint iš **istorinės** retrospektyvos pozicijų, psichikos sveikatos paslaugų vystymosi modelius charakterizuoja trys laikotarpiai, kurių datos kiek varijuoja skirtingose šalyse (pagal Thornicroft G, 2001, p. 46-59):

1. *Psichikos ligonių prieglaudų plėtra* (1880-1950 m.). Šiuo laikotarpiu taikomas vien biologinis metodas - medikamentinis gydymo būdas, o sprendimų ir atsakomybės teisė priskiriama tik gydytojui psichiatru. Atokiose vietovėse buvo kuriamos uždaros psichiatrijos prieglaudos, kuriose pacientai gaudavo globą ir pagrindines paslaugas gyvybei palaikyti. Politiniuose debatuose ryškiausias buvo utilitarinis požiūrio taškas – psichikos sveikatos priežiūra vadovavosi tokia skaičiavimo strategija, jog didžiausią naudą visuomenei neša minimalios išlaidoms priežiūrai, remiantis tuo jog psichikos ligos neišgydomos, pacientai negali būti naudingi visuomenei, todėl turi būti izoliuoti nuo bendruomenės. Tokiomis aplinkybėmis pacientų skaičius vis didėjo ir peraugo tuometines prognozes, pavyzdžiui, per 1850-1990 metų periodą D. Britanijoje ligonių padauėjo 3 kartus (vidutiniškai vienoje įstaigoje nuo 297 iki 961), (Thornicroft, 1999, p.53)

2. *Psichikos ligonių prieglaudų nuosmukis* (1950-1980). Šis procesas pasireiškė daugelyje išsivysčiusių šalių, kai paaiškėjo sisteminiai paslaugų trūkumai. Akivaizdžiausias neigiamas šių įstaigų poveikis pacientams - įgūdžių praradimas. Susirūpinimą kėlė ir dažni netinkamo elgesio su pacientais atvejai, geografinis ir profesinis institucijų bei personalo izoliavimas, prasta atskaitomybė, neefektyvus administravimas, neteisingas lėšų naudojimas, menka personalo kvalifikacija ir kokybės užtikrinimo procedūrų stoka.

Šie sisteminiai trūkumai keitė ankstesnius gydymo stereotipus ir sąlygojo *deinstitutionalizavimo* pradžią, kurią apibūdina trys pagrindiniai komponentai:

- netinkamo hospitalizavimo atsisakoma, pereinama prie ambulatorinių paslaugų;
- pacientų perkėlimas į bendruomenę;
- bendruomeninės paramos sistemų kūrimas.

3. *Psichikos sveikatos priežiūros reformų laikotarpis* (nuo 1980 m.). Šiam laikotarpiui būdinga neigiamo požiūrio į gydymą ligoninėse ir deinstitucionalizavimo iliuzijos pabaiga bei poreikis kurti mišrią struktūrą. Pabrėžiama subalansuota psichikos sveikatos priežiūra, kuri iškelia socialinės partnerystės ir socialinio dialogo būtinybę, nes plečiasi pagalbos tinklai, kuriuose bendradarbiauja ne tik priežiūros specialistai, bet ir kitos įvairios suinteresuotos grupės. Pagrindinis šio etapo tikslas - plėtoti įvairias **subalansuotas priežiūros** bendruomenines įstaigas. Šiame procese bandoma išsaugoti teigiamas prieglaudų funkcijas, atsisakant neigiamų šių įstaigų veiklos aspektų. Papildomai prie pirminės psichikos sveikatos priežiūros plėtojami atskiri komponentai: ambulatorinės įstaigos, bendruomeninės psichikos sveikatos komandos, ūmios pagalbos skyriai, ilgalaikė ambulatorinė priežiūra gyvenamosios vietos principu, užimtumo centrai ir kt.

Psichikos sveikatos subalansuotos priežiūros, modernių paslaugų komponentai pagal užsienio šalių patirtį nuodugniau analizuojami antroje darbo dalyje, o pagrindinius principus apibūdina šie kriterijai (World Health Organization, 2005, p. 3):

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

Socialinis dialogas ir **socialinė partnerystė** šių dienų psichiatrijoje grindžiama bendradarbiavimo plėtojimu ir koordinavimu tarp paslaugų komponentų, priežiūros perkėlimu iš ligoninių į bendruomenę. Tokiu būdu priežiūros bendruomenėje rezultatai tampa palankesni daugeliui pacientų. (Warner, 2004: 35). Kaskart daugiau dėmesio skiriama tam, kad teikiamos paslaugos kiek įmanoma atitiktų pačių vartotojų norus bei lūkesčius. I socialinę partnerystę įsitraukia nemažai nevyriausybinių organizacijų, paslaugų vartotojus ir jų artimuosius vienijančių organizacijų, kurių dėka patys paslaugų vartotojai betarpiškai įsijungia į psichikos sveikatos priežiūros reformavimo ir paslaugų teikimo procesą. Šiuolaikinis „subalansuotos priežiūros“ modelis akcentuoja paslaugų teikimą įprastose bendruomeninėse įstaigose, kuo arčiau paslaugos gavėjo gyvenamosios vietos. Gydymas ligoninėse - savalaikis, kuo trumpesnis ir taikomas tik tada, kai būtina. Tokia, subalansuota bendruomeninės biopsichosocialinės paslaugas propaguojanti, psichikos sveikatos sistema pasižymi tuo, kad pagrindinį vaidmenį

sveikatos priežiūros įstaigose atlieka ne tik gydytojai, slaugytojai, kitas medicinos personalas, bet ir šiais laikais sveikatos priežiūros įstaigose ir už jų ribų dirbantys socialiniai darbuotojai, psichologai bei kiti specialistai, nes visų šių profesijų komponentai yra būtini. Kiekvienam specialistui, psichikos sveikatos priežiūros sistemoje, svarbu ne tik kliento, čia dažnai vadinamo pacientu, bet ir kitų profesionalų, dirbančių medicinos įstaigose, atsakomybės, teisų, pareigų pažinimas. Teikiant paslaugas tenka bendradarbiauti ne tik psichiatrams, slaugytojams, psichologams, socialiniams darbuotojams, bet ir patiems vartotojams, jų šeimoms bei kitiems bendruomenės nariams, todėl svarbu yra aptarti ka apskritai apima socialinis dialogas sveikatos sektoriuje, kokie gali būti socialiniai partneriai, socialinių paslaugų tinklai ir jų struktūros psichikos sveikatos priežiūros sistemoje

1.2. Socialinio dialogo esmė sveikatos sektoriuje ir partnerių įtraukimas

Socialinio dialogo sąvoka plačiąja prasme apibūdina bendradarbiavimo požiūrį į darbo santykius. Ši sąvoka dažniausiai vartojama Tarptautinės darbo organizacijos (TDO) ir Europos sąjungoje (ES), bet taip pat ir kiti terminai tokie, kaip partnerystė darbe ar darbinė vadybos partnerystė, yra naudojami šioje sampratoje (International Labor Organization, 2004, p.6). Socialinio dialogo ir socialinių partnerių sveikatos sektoriuje apibrėžimas buvo nustatytas Tarptautinės darbo organizacijos užbaigiant Jungtinių Susitikimą dėl Socialinio dialogo sveikatos apsaugoje 2002 metais ir įtraukia skirtingus elementus ir tipus institucijų, šakos, tarpšakinio, vietinius ir nacionalinius lygmenis.

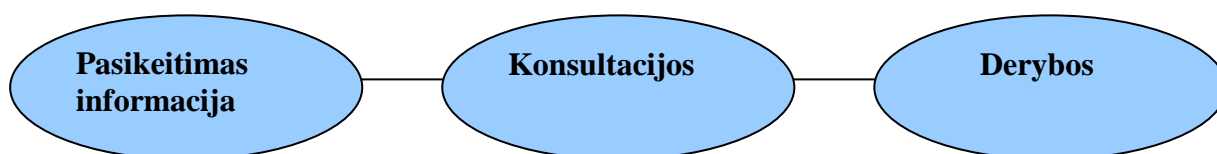
„**Socialinis dialogas** sveikatos paslaugų srityje gali apimti visas konsultavimo ir tarpinikavimo rūšis, pradedant apsikeitimu informacija (sisujusia su bendrais interesais ekonominėje ir socialinėje politikoje) tarp valdžios atstovų, darbdavių bei darbuotojų. Šie socialinio dialogo elementai yra esminiai rezultatams, kurių siekia socialiniai partneriai, bet tuo pat metu jų (socialinių partnerių) pasirinkimas priklauso nuo užsibrėžtų tikslų“ (International Labor Organization, 2004, p.2) . Siekiant socialinio dialogo būtinas bendras suvokimas. Taigi, socialinio dialogo proceso pradžioje, socialiniai partneriai turėtų turėti aiškų suvokimą:

- apie socialinio dialogo elementus, kurie turėtų būti įtraukti
- bei kas priims sprendimą apie tų elementų įtraukimą

„**Socialiniai partneriai** sveikatos srityje iš esmės yra valdžios atstovai kaip “reguliuotojai” ar kaip darbdaviai, privačių darbdavių ir darbuotojų organizacijos sveikatos sektoriuje. Tačiau, kuomet egzistuoja finansinė sveikatos sektoriaus įtaka kitoms valdžios struktūroms, darbdaviams ir darbuotojams, tai kiti suinteresuotieji iš už sveikatos sektoriaus ribų gali būti taipogi įtraukti į politikos formavimą. Per pastaruosius du dešimtmečius keitėsi organizacijos bei institucijos, atstovaujančios suinteresuotųjų grupes sveikatos srityje. Įtraukiama didesnė valdžios lygių įvairovė. Nauji, privatūs darbdaviai įžengė į sveikatos sektorių bei susijusių paslaugų teikimą.“ (International Labor Organization, 2004, p.2).

Socialinio dialogo elementai

Kaip nurodoma socialinio dialogo apibrėžime, socialinių partnerių pa(si)rinkimas ir į(si)traukimas gali būti labai įvairus, priklausantis nuo siekiamo tikslo organizacijose, sektoriuose, tarpsektoriniuose, vietiniuose ar nacionaliniuose lygmenyje. Kaip socialiniai partneriai supranta socialinio dialogo pagrindus sveikatos sektoriuje ir kad šis supratimas būtų tolygesnis tarp pačių partnerių, reiktų kelti tokius klausimus: a) diskusijas apie tai, kas yra socialinis dialogas; b) kokie socialinio dialogo elementai gali būti įtraukti; c) kas apspręs(nulems) šių socialinio dialogo elementų įtraukimą. Tarptautinė darbo organizacija (International Labor Organization, 2004, p.6) išskiria šiuos esminius socialinio dialogo elementus: pasikeitimą informacija, konsultacijas ir derybas (žr.1 pav.)



1 pav. Skirtingi socialinio dialogo elementai (International Labor Organization, 2004, p.6)

Pasikeitimas informacija yra vienas iš pagrindinių ir būtinų elementų efektyviam socialiniam dialogui. Savarankiškai, jis nenumato jokios apibrėžtos diskusijos dėl svarstomų problemų, bet vis dėl to tai yra esminė dalis tų procesų, dėl kurių dialogas ir sprendimai vyksta.

Konsultacijos reikalauja šalių įsipareigojimo apsikeisti nuomonėmis, kuris savo ruožtu gali paskatinti gilesnį, nuodugnesnį dialogą. Šalys dalyvaujančios trišaliuose ar dvišaliuose organuose, gali dalyvauti derybose ir skatinti formalių susitarimų užbaigimą. Kai kurie iš jų yra tikrai konsultaciniai ir informaciniai organai, kiti yra įgalioti, kad pasiektų susitarimų, įpareigojančių šalis.

Derybos yra esminė ir viena iš labiausiai paplitusių socialinio dialogo formų. Šalys gali įsitraukti į kolektyvines derybas tiek įmonės lygmenyje, tiek tam tikros šakos, regioniniame, nacionaliniame ar tarptautiniame lygmenyse (International Labor Organization, 2004, p.6).

Socialinis dialogas struktūrinių pokyčių situacijose

Socialinio dialogo svarba išryškėjo prasidėjus struktūriniams pokyčiams bei reformoms sveikatos apsaugos srityje. Reformos sveikatos sektoriuje yra ypatingai sudėtingos ir ilgai vystosi. Jos įtraukia plačią įvairovę socialinių partnerių, kuriems reikia gairių ilgai svarstant problemines veiklos sritis. Užduotis dažnai pasirodo esanti tokia neįveikiama, kad kai kurie iš socialinių partnerių galbūt neturi kompetencijos ir galimybių visapusiškai dalyvauti. Kompetencijų vystymas turi būti skatintinas, siekiant parengti socialinius partnerius dalyvavimui socialiniame dialoge. (International Labor Organization, 2004, p.6) Sudėtingos situacijos yra geriau sprendžiamos, jei yra nuolatinis socialinio dialogo procesas, kuris įgalina partnerius aptarti svarstomas problemas, anksčiau negu jos tampa skubios ir tokiu būdu dalyvauti ankstyvame sprendimų priėmimo procese. Reguliarūs diskusijų forumai, efektyvios komunikacijos priemonės, žiniasklaidos įtakos didinimas ir nuolatinė profesionalų dominuojančių problemų analizė palengvinta būtinų pokyčių eiga. Socialiniai partneriai reformų eigoje turi apsispręsti dėl mechanizmų, kurie kaip ankstyvo įspėjimo sistema parodytų, kada sveikatos apsaugos reformos yra reikalingos; kas bus įtraukiama į nenutrūkstamas konsultijas dėl reformų procesų ir kas pateiks profesionalią vyraujančių problemų analizę.

Socialinio dialogo mechanizmus siekia nustatyti dauguma šalių ir tik kai kurioms tai pavyko įgyvendinti (International Labor Organization, 2004, p.19). Sudėtingos struktūrinių pokyčių situacijos reikalauja įvairių socialinių partnerių įsitraukimo, ypač tų, kurie jau turi kontaktą vienas su kitu socialinio dialogo situacijose ir nustatyti labiau tolygų dialogą, kas palengvintų ankstyvą struktūrinių problemų sveikatos sektoriuje diagnozavimą.

Šiuo tikslu, pradžioje naudinga analizuoti esamą socialinio dialogo situaciją, o paskui apsispręsti kaip informacija apie dominuojančias problemas galėtų būti panaudota reformose „ankstyvomis įspėjimo sistemomis“ ir taip pat apsispręsti kokia būtina tolesnė profesionali vyraujančių problemų analizė. Galimu įrankiu tokiam „atvaizdavimui“ Tarptautinė darbo organizacija pateikia matricą, kuri suteikia bendrą supratimą apie tai, kur ir kaip informacija apie vyraujančias problemas galėtų būti surinkta jau egzistuojančių socialinio dialogo institucijų (žr. 1 lentelė). Ši matrica tik pateikia sąrašą galimų probleminių sričių ir socialinio dialogo institucijų; skiltys ir eilės turi atitikti egzistuojančias socialinio dialogo institucijas bei vyraujančias problemas (International Labor Organization, 2004, p.20).

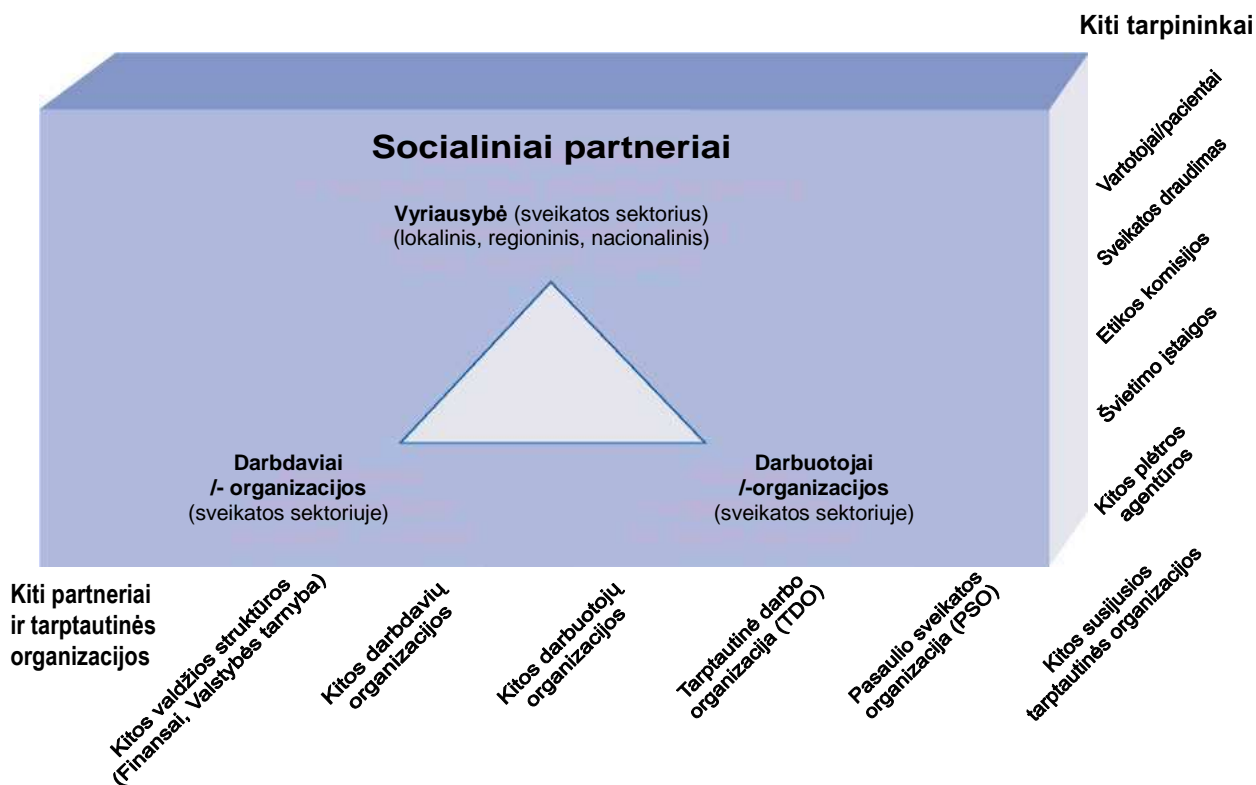
1 lentelė. Socialinio dialogo sveikatos sektoriuje matrica (pagal International Labor Organization, 2004, p.20)

→ Dalyvaujantys socialiniame dialoge ↓ ↓ Struktūrinių problemų sritys	Valdžia: • Vietinė, • Regioninė, • Nacionalinė	Darbdaviai: • Visuomeniniai • Privatūs • Darbdavių tinklai (networks)	Darbuotojai: [vairių profesijų atstovai (Gydytojai, slaugytojai, kitas personalas)	Kt.suinteresuotieji: Vartotojai/pacientai, etikos komisijos, moterų organizacijos ir pan.)
Teikiamos sveikatos paslaugos, įtraukiami: • sveikatos paslaugų standartai, • finansavimas, paslaugų kokybė, • informavimo sistemos, • technologijos, • vaistų “vadyba” • krizių vadyba				
Žmogiškųjų išteklių valdymas: • darbo galimybės • atlyginimas ir kitos privilegijos • vadovavimas • mokymai • personalo poreikio lygis ir mobilumas				
Visuomenės sveikata: saugi aplinka, sveikas maistas ir pan.				
Paslaugų kokybės pristatymas- dėmesys vartotojams				
Sveikatos apsaugos reformų finansavimas				
Demografiniai pokyčiai sveikatos paslaugų vartotojų ir darbuotojų				

Socialinis dialogas sveikatos apsaugos sektoriuje nevyksta vakuume. Socialinis dialogas reikalingas, kad į svarstomas problemas būtų įtraukti konkretūs ekonominių, socialinių ir darbinių problemų sprendimai. Iš principo viskas, kas susiję su sveikatos sektoriumi turi būti įtraukta į socialinį dialogą (International Labor Organization, 2004, p.21). Kad svarstomos problemos būtų identifikuotos, kiekvienas socialinis partneris turi turėti teisę nagrinėti svarstyti problemas. Sveikatos sektoriuje šitos svarstomos problemos yra dažnai susijusios su nustatytais reformomis, sveikatos apsaugos finansavimu, sveikatos apsaugos paslaugų kokybe, darbo sąlygomis, įgūdžiais ir visą gyvenimą trunkančiu mokymusi, tinkamo personalo paieška ir išlaikymu, karjeros planavimu, apmokėjimo sistemomis ir lyčių lygybės klausimais. „Moters, kurios sudaro sveikatos priežiūros darbo jėgos daugumą, daugelyje šalių susiduria su diskriminacija, įskaitant neteisingą apmokėjimą. Socialinis dialogas gali teigiamai paveikti

svarstomos problemos sprendimą ir įgalinti moteris būti proporcingai atstovaujamos socialinio dialogo institucijose.” (International Labor Organization, 2004, p.21).

Visi socialiniai partneriai turi nustatyti darbotvarkę (*angl. agenda*) kartu, taigi sutikti dėl daugelio socialinio dialogo darbotvarkės klausimų, tokių kaip svarstytinės problemos ir koku būdu darbotvarkė socialiniam dialogui sveikatos apsaugoje bus nustatyta. Socialiniai partneriai sveikatos srityje iš esmės yra valdžios atstovai kaip reguliuotojai ar kaip darbdaviai, privačių darbdavių ir darbuotojų organizacijos sveikatos sektoriuje. Tačiau, kuomet egzistuoja finansinė sveikatos sektoriaus įtaka kitos valdžios struktūroms, darbdaviams ir darbuotojams, kiti suinteresuotieji iš už sveikatos sektoriaus ribų gali būti taipogi įtraukti į politikos formavimą. Per pastaruosius du dešimtmečius keitėsi organizacijos bei institucijos, atstovaujančios grupės (interesų) sveikatos srityje. Nauji privatūs darbdaviai įžengė į sveikatos sektorių bei su juo susijusių paslaugų teikimą. Taip pat įtraukiama didesnė valdžios lygių įvairovė. Socialinių partnerių sveikatos sektoriuje ir kitų susijusių suinteresuotojų bei susijusių tarptautinių organizacijų kategorijos išskirtos 2 paveikslėlyje.



2 pav. Socialiniai partneriai, kiti suinteresuotieji sveikatos sektoriuje ir susijusios tarptautinės organizacijos (International Labor Organization, 2004, p.15).

Partnerių ir suinteresuotųjų psichikos sveikatos srityje įtraukimas.

Psichikos sveikatos priežiūros srityje įtraukiamas labai platus partnerių diapazonas, nes psichikos sveikatos vystymas apima duogiasektorinę politiką. Struktūros ir procesai reikalingi visuose lygmenyse, kad palengvintų ir suderintų bendradarbiavimą tarp visų dalyvių ir sektorių. Daugelis potencialių partnerių nežino, kokią naudą jie gali įgyti investuodami į psichinės sveikatos skatinimą. Todėl egzistuoja poreikis įveikti problemas, susidariusias dėl vieno sektoriaus metodų ir specifinių organizacinių tikslų, biudžetų ir veiksmų. Viena iš šitų problemų yra mechanizmų trūkumas, kad suburtų partnerius sisteminiam bendradarbiavimui.

Sveikatos sektorius gali prisiimti organizavimo funkcijas, skatindamas aktyvų psichinės sveikatos propagavimą, gynimą ir drąsindamas kitus sektorius prisijungti prie tarpsektorinių veiksmų, pasidalijant tikslus ir išteklius. Tokia partnerystė yra reikalinga skirtinguose lygmenyse (tarptautiniame, šalies, regioniniame ir vietiniame), ir turi įtraukti daugelį veikėjų: vyriausybiniai ir nevyriausybiniai organai, profesionalai viduje (sveikatos sektoriaus) ir už sveikatos sektoriaus ribų, pramonės ir privataus sektoriaus atstovai, žiniasklaida ir pilietinė visuomenė (World Health Organization, 2005, p. 55).

Visų sektorių įsitraukimas yra fundamentalus norint užtikrint, kad programos atspindėtų prioritetus, turėtų platų palaikymą ir vyktų nuosekliai. Visos šitos iniciatyvos susitelkia ties "bendro dalyvavimo ir planavimo" modeliais, tokių kaip įstatyminiai komitetai ir tarybos su ilgalaikiais mandatais, specializuotos darbo grupės, formalios bendradarbiavimo grupės ir labiau neoficialūs ir specialiai tam tikslui sukurti partnerystės susitarimai. Nevyriausybinių organizacijos (NVO) yra būtini partneriai, nes jie yra esminis šiuolaikinės pilietinės visuomenės komponentas, kuris iškelia žmonių svarstomų problemų supratimą, skatina permainas ir kuria dialogą dėl egzistuojančios politikos. Ypatinę reikšmę turi organizacijos, besirūpinančios pilietinėmis, kultūrinėmis, ekonominėmis, politinėmis ir socialinėmis teisėmis, įskaitant tas, kurios gina teises: vaikų, religinių ar tautinių mažumų ir žmonių su fizine ir psichine negalia. Jų vaidmuo psichinės sveikatos propagavime ir psichikos sutrikimų prevencijoje turi būti sustiprintas (World Health Organization, 2005, p. 56).

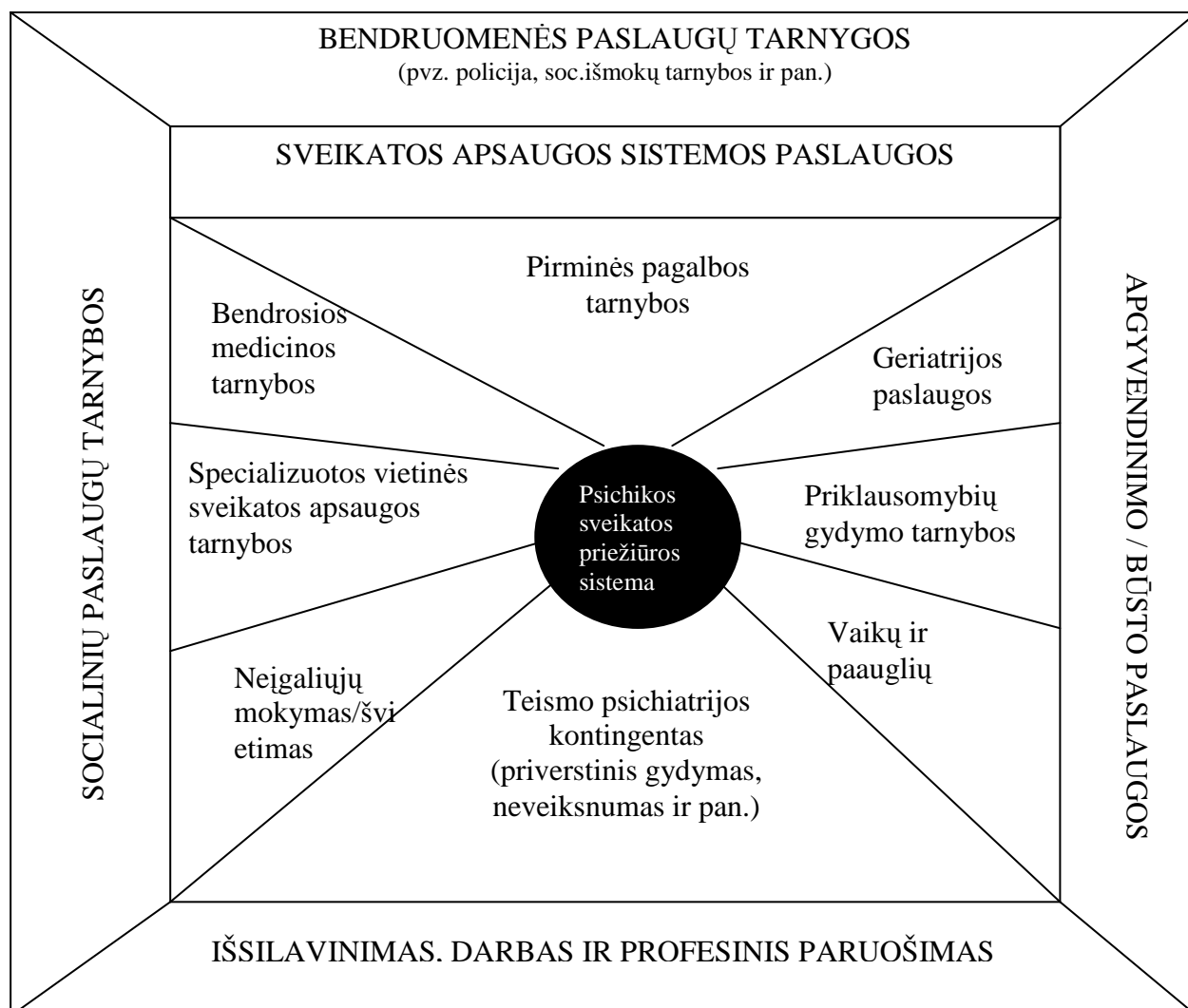
Taigi, socialinis dialogas gali vykti skirtinguose lygmenyse ir gali turėti daug formų, pradedant griežtai struktūruotomis nacionalinėmis institucijomis, baigiant santykiškai darbo vietoje. Pagrįstumas ir atstovavimo lygis siejamas su kontekstu konkrečioje sveikatos sistemos srityje ir joje svarstomomis problemomis, turint omeny visus galimus suinteresuotuosius, kai visi socialinių partnerių atstovai suvokiami kaip lygiaverčiai partneriai.

1.3. Socialinių partnerių tinklai ir struktūros, teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas

Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų sistemos struktūroje, vertinant iš sisteminio požiūrio taško, galima išskirti 3 sąlyčio taškus:

1. pačiame psichikos sveikatos paslaugų tinkle – tarp paslaugų komponentų;
2. sveikatos apsaugos sistemoje – tarp bendrosios medicinos ir psichikos sveikatos sistemos paslaugų;
3. tarp sveikatos apsaugos sistemos ir kitų bendruomeninių tarnybų, tokių kaip socialinių paslaugų ar būsto aprūpinimo tarnybos (Tornicroft, 1999, p.204).

Kai kurie svarbiausi psichikos sveikatos paslaugų sistemos sąlyčio taškai su pagrindiniais sveikatos sistemos komponentais ir keturiomis pagrindinėmis bendruomeninių paslaugų kategorijomis grafiškai pavaizduoti 3 paveiksle.



3 pav. Pagrindiniai sąlyčio taškai psichikos sveikatos priežiūros sistemos su kitomis sveikatos apsaugos ir bendruomenės tarnybų agentūromis (Tornicroft, 1999, p. 204)

G. Tornicroft (1999, p.203) teigia, kad pagrindinė problema iškyla dar prieš nustatant ryšius tarp nepsichiatrinių medicininių paslaugų, nes pirmiausia būtina nustatyti kokiais metodais vadovaujamosi apjungiant psichikos veiktos paslaugų komponentus į vieną sistemą. Ir jei tokius metodus pavyksta nustatyti psichikos sveikatos sistemoje viduje, tai kontaktų ypatumai su kitomis nepsichiatrinėmis tarnybomis tampa žymiai aiškesni (G. Tornicroft, 1999, p.203). Šiuo tikslu toliau nagrinėjami tinklai ir jų struktūros pačioje psichikos sveikatos priežiūros sistemoje, nes asmenys, sergantys psichikos sutrikimais, pasižymi psichologinės, socialinės pagalbos ir kitais ypatingais poreikiais, kurių nespecializuotos bendruomenės tarnybos ir jų tinklai gali neteikti. (Germanavičius, 2004, p. 4). Specializuotos psichikos sveikatos priežiūros tarnybos ir jų tinklai bendruomenėje - tai pagrindinė psichikos sveikatos paslaugų sistemos grandis, kuri siekia teikti visapusiškas paslaugas tam tikroje geografinėje vietovėje (G. Tornicroft, 1999, p. 31).

Kaip pažymi Ovretveit (2002, 345-351 p.) psichikos sveikatos paslaugų sistemoje būna įvairaus pobūdžio socialinių tinklų, pavyzdžiui, projektų partneriai ar kitokie būdai pagalbos koordinavimui, todėl svarbu pagrįsti kam reikalingi socialinių partnerių tinklai ir kokios būna psichikos sveikatos paslaugų tinklų dinamikos ir struktūrų koncepcijos.

Kadangi egzistuoja skirtingų tipų tinklai psichiatrijoje, jų tikslai taip pat skirtingi. Viena iš tinklo rūšių – personalo, dirbančio skirtingose įstaigose, subūrimas. Kitas pavyzdys, kai socialinis dialogas vyksta vienoje įstaigoje. Lentelėje Nr.2 Pateikiami pagrindiniai tinklų psichiatrijoje tipai ir taip pat jų koordinavimo būdai.

2 lentelė. Pagrindiniai tinklų tipai psichikos sveikatos priežiūros sistemoje. (parengta paagl Ovretveit, 2003).

Tinklo tipas	Tikslai	Pavyzdžiai
Formalūs paslaugų teikimo tinklai	Paslaugų apimties apibrėžtai populiacijai numatymas ir resursų valdymas tinklo viduje	Bendruomeninės psichikos paslaugų tarnybos su kolektyvine atsakomybe, numatant psichikos sveikatos specialistų paslaugas 60 tūkst. žmonių populiacijai su atskaitingu grupės lyderiu ir tam tikru biudžetu.
Projektų tinklai	Užduoties įvykdymas per paskirtą laikotarpį	Darbo grupė, teikianti pasiūlymus ryšių pagerinimui tarp pirminės sveikatos priežiūros sistemos ir psichikos sveikatos priežiūros specialistų.
Valdymo/paslaugų organizavimo tinkalai	Paslaugų biudžeto kolektyvinės atsakomybės paskirstymas arba aptarimas su pagrindiniu vadovu/valdytoju, kuris atsakingas už tam tikrų paslaugų biudžetą	Psichikos sveikatos paslaugų sektoriaus valdymo tinklas arba skyriai ir aukščiausio lygio psichikos sveikatos paslaugų valdymo/vadovavimo komandos.
Tinklo komanda	Apsikeitimas informacija ir jos perdavimas kitiems, dažniausiai per „tinklo susitikimus“	Pirminės sveikatos priežiūros komandos ar laisvai suburtos didelės bendruomeninės psichikos priežiūros komandos su mažai formalizuota struktūra
Atvejo vadybos arba kliento pagalbos tinklas	Skirtingas paslaugas organizuoja ir koordinuoja vienas žmogus	Skirtingi žmonės rūpinasi pagalbos teikimu, kurį koordinuoja atvejo vadybininkas

Realiai veikiančių socialinių partnerių tinklų funkcionavimas paprastai skiriasi, nes informacijos ir atsakomybių dalijimasis formaliuose ir neformaliuose tinkluose pasiskirsto tarp įvairių paslaugų teikėjų (institucijų ar darbuotojų), kurie dažnai nesusiję su medicina. Kai

kuriuose situacijose policijos, darbo biržos darbuotojas ar net bendruomenės seniūnas, su kuriuo dalijamasi informacija ir elgiamasi kaip su komandos nariu, gali būti dalis funkcionuojančio tinklo.

J. Ovretveit'as (2003, p.207) mano, kad specializuotų psichikos sveikatos tinklų veikla turi būti organizuojama tarpdisciplininio komandinio darbo principais. „Komandinis darbas klinikinėje psichiatrijoje yra naudingas dėl to, kad labiau koordinuoja įvairių disciplinų specialistų darbą, be to darbas racionaliau paskirstomas tarp komandos narių tiek kuriant terapinius planus, tiek motyvuojant komandos narių darbą“ (Ovretveit, 2003, p. 207). Tarpusavio palaikymas ir motyvacija įtakoja optimalią kiekvieno specialisto ir viso pagalbos tinklo galimybių realizaciją, užtikrinant ne tik geresnius ryšius tarp paslaugų teikėjų, bet ir didinant klientų pasitenkinimą paslaugomis. Psichikos sveikatos komanda teikia paslaugas lanksčiu, pagalbos intensyvumą pritaikydama prie konkrečių paciento poreikių. Pvz., kai ligos būklė sunki, su pacientu susitinkama dažnai, o būklei stabilizavusis kontaktai apribojami iki minimumo. Tyrimais įrodyta, kad šios komandos (Naujo tipo psichikos sveikatos paslaugų standartizavimas, 2004, p.19): sumažina hospitalizavimo atvejus ir lovdienų skaičių, pagerina būsto ir užimtumo situaciją, taip pat padidina klientų pasitenkinimą paslauga. Pagrindiniai psichikos sveikatos priežiūros komandų veikimo *principai* (Germanavičius, 2004, p. 4):

- *Tolerancija* - suprantama kaip vengimas išankstinių sprendimų ir gydymo planavimo, neišsiaiškintų situacijų, taip pat paciento ir jo šeimos narių resursų skatinimas ir atviras bendravimas
- *Mobilumas ir lankstumas* - suprantamas kaip tinkamos vietos susitikimui parinkimas kartu su klientu ir jo šeimos nariais ir orientacija į kliento ir jo šeimos narių poreikių tenkinimą.
- *Atsakomybė*. Dalijimasis atsakomybe: 1) specialistas, su kuriuo buvo užmegztas pirmasis kontaktas, yra atsakingas už susitikimo organizavimą; 2) komanda dalyvauja visame gydymo procese, nepriklausomai nuo to, kur vyksta gydymas; 3) gydytojas ir komandos nariai aptaria visus ginčytinus klausimus.
- *Tęstinumas*, ypač psichologinis ir socialinio darbo perspektyva.

Egzistuoja įvairaus pobūdžio tinklų psichikos sveikatos sitemoje (žr. lentelė Nr.2), todėl svarbu pagrįsti kam reikalingi tokie tinklai, kokie jų tikslai ir kokios yra bendruomeninių psichikos sveikatos tinklų dinamikos ir struktūrų koncepcijos.

Psichikos sveikatos priežiūros tinklus galima chaarakterizuoti pagal paskirtį ir *tikslius*. Kuo specifiškesnė tinklo paskirtis ir kuo labiau visi nariai sutinka su tikslo siekimu, tuo didesnis efektyvumas (Foster, 1998, p.139). Be aiškių, apibrėžtų išipareigojimų, žmonės yra

linę supraci tikslus skirtingais būdais, dėl ko iškyla daug neaiškumų dėl to, kaip paskirstyti darbo laiką ar, pavyzdžiui, kas turėtų teikti pagalbą. (Gurovich, 2004, p. 133). Būtent dėl aiškumų trūkumo, siekiant tikslo, iškyla daug keblumų priimant įvairius sprendimus: kiek atsakomybės jie turėtų prisiimti, kiek atsakomybės būtų pacientams. (Foster, 1998, p. 149).

Skirtingi autoriai pateikia panašią psichikos sveikatos tinklų *sampratą* ir panašias tinklų savybes. Galima išskirti pagrindinius svarbiausius darbą psichikos sveikatos priežiūros tinkluose apibūdinančius aspektus pagal skirtingus autorius:

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

Kaip pažymi minėti ir daugelis kitų autorių (J. Furnell'is,1987; S. Ramon'as,1989), reikia kreipti dėmesį ne tik į praktinį psichikos sveikatos tinklų daugiaaspektiškumą, bet ir į *organizacinius* tokio modelio klausimus (Gurovich, 2004, p. 133). Nustatyta, jog tinkamai organizuotas darbas tinkluose žymiai efektyvesnis, nei individualus užduočių atlikimas (Ovretveit, 2003, p. 211), bet nėra paprasta organizuoti tarpdisciplininių tinklų darbą taip, kad į

juos įeinantys specialistai dirbtų produktyviai (Gurovich, 2004, p.133). Yra keturios pagrindinės sąvokos: *atsakomybė, narystė, administravimas ir sprendimų priėmimas* (Thornicroft, 2001, p 181). Tai pagrindiniai bruožai, padedantys pamatyti struktūrą, duodantys instrumentus problemų sprendimų suvokimui, ir taip pat palengvinantys komunikaciją ir efektyvumo siekimą psichikos sveikatos pagalbos tinkluose. Toliau aptariami šie bruožai plačiau pagal Thornicroft'ą (2001).

1. Atsakomybė/atskaitingumas

Pirmiausia svarbu išsiaiškinti ar tinklas yra:

- bendros atsakomybės tinklas (BAT)
- ar profesijų koordinavimo tinklas (PKT).

Bendros atsakomybės tinklas – tai pagalbos tinklas, kur nariai yra paskirti grupėn, kuri bendrai atsakinga už grupės resursų panaudojimą, teikiant apibrėžtai populiacijai apibrėžtas paslaugas. Kiekvienas narys yra atsakingas. Bendros atsakomybės tinklas psichiatrijoje dažnai įvardijamas kaip psichikos sveikatos priežiūros ekipa ar psichikos sveikatos priežiūros komanda (Thornicroft, 2001, p.31).

Psichikos sveikatos priežiūros tinklai su „kolektyviniu įsipareigojimu populiacijai“ - kai nariai yra atsakingi už grupę, apjungiant ir panaudojant kolektyvinius resursus, ieškant optimalių sprendimų, patenkinant labiausiai koncentruotus specialiuosius populiacijos poreikius. Tai nereiškia, kad kiekvienas narys atsakingas už klinikinę grupės sprendimą, tik tai, kad kiekvienas atsakingas už tai, kaip pajėgia lokalizuoti bendrus išteklius. Bet kuriame tinkle kiekvienas yra profesiskai ir teisiškai atsakingas už savo paties veiklą ir neveiklumą. Grupė paspartina susitarimą ir realizuoja bendrus prioritetus – naudoja savus kolektyvo resursus – ne tik vieno nario. Faktiškai nedaugelyje tinklų tai suprantama ir dėl to susitariama, bet visi turi bendros atsakomybės elementą, todėl, tinklas, nenorintis nukentėti nuo individualių pasirinkimų, turi sprendimus priimti debatų būdu.

2. Narystė

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

Narystės klausimas dažnai iškyla, kai tinkle grupė vystosi į formalią komandą. Susitarimas dėl narystės yra būdas apibrėžti grupės ribas. Paprastai ankstyvose stadijose, kiekvienas yra nariu ir skirtumų nėra. Skirtumai traktuojami silpnų ryšių buvimu grupėje.

Vėliau, kai primami svarbūs sprendimai, narystės reikšmė tampa daug svarbesnė. Išskyla klausimas, ar žmonės, kurie nepriima sprendimų ir dažnai neateina į susitikimus, gali turėti tolygią balsą su tais, kurie dirba intensyviai. Ar tie, kurie faktiškai realiai neįtraukti, yra grupės nariais.

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

3. Planavimas ir sprendimų priėmimo procesas

Trečias aspektas, aiškinantis kaip veikia psichikos sveikatos tinklai ir kaip galima siekti efektyvumo, yra planavimo ir sprendimų priėmimo procesas. Kaip minėta anksčiau, resursų ir įgūdžių koordinavimas – svarbiausios funkcijos. Planų ir sprendimų priėmimo, pagrįstų pacientų poreikiais, metodų koncepcijos padeda apibrėžti kaip veikia tinklas dabar ir kaip galima pagerinti koordinavimą. Konkretaus paciento planavimo eiga paprastai svarstoma pagal tam tikras pakopas, t.y. planavimo eiga tokia: problemų ištakos → tinklo reakcija → paskirstymas → įvertinimas → intervencija → apžvalga → užbaigimas → tęstinumas (Thornicroft, 2001, p.207). Kai kurie tinklai turi vieną pagrindinį planą visiems klientams, kiti turi skirtingus planus skirtingiems klientams, tokius kaip ilgalaikiams ir sunkiems klientams. Tinklai turi skirtingus „priežiūros programų planus“, kurie pateikti 3 lentelėje.

3 lentelė .Planavimo ir sprendimų priėmimo būdai tarpdisciplininuose pagalbos tinkluose
(parengta pagal J. Ovretveit'ą, 2003)

Planavimo ir sprendimų priėmimo būdai	Apibūdinimas
<i>1. Sudėtinis/paralelinis planavimas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • kiekviena profesija turi savą kryptį; • susitikimai yra skirti suderinti įvairius įnašus; • naudoja dauguma pagalbos tinklų.
<i>2. Paskirstymas ar „pašto dėžutė“</i>	<ul style="list-style-type: none"> • „pašto dėžutės tinklų“ susitikimai skirti aptarimui ir nuorodų perdavimui atskiroms profesinėms kryptims; • iš profesinių pakraipų informacija perduodama grįžtamuoju būdu; • klientas remiasi lyderiu (arba administratoriumi), kuris informaciją perduoda/gauna tinklo susitikime;
<i>3. Priėmimas ir paskyrimas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • tinklas turi trumpalaikius reagavimo susirinkimus - „priėmimui“; • atskiri tinklo nariai turi pastovius etatus ir budėjimo grafikus priėmimo stadijoje.
<i>4. Priėmimas → įvertinimas → paskyrimų planavimas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • šiame procese yra dvi stadijos: viena - įvertinti ir viena – ilgalaikiam darbui nustatyti. • įvertinimas detalesnis nei vieno specialisto. Šis įvertinimas reikalingas tam, kad nuspręsti ar reikalingas tolesnis tinklo darbas ir kas šį darbą atliks.
<i>5. Priėmimas → įvertinimas → paskyrimai/sprendimai → peržvalgų planavimas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • peržvalga – papildoma stadija nei 4-tojo tinklo darbo modelio; • apžvalgose tinklo narys, atstovaujantis klientų atvejus, praneša apie darbo plano eigą ir dabartinius klientų poreikius, ir teikia tinklui rekomendacijas dėl tolesnio darbo galimybių; • tinkle sprendžiama dėl atvejo užbaigimo arba jog „ši atvejį toliau laikome atviru“. Laikyti atvejį nebaigtu ir duoti ataskaitas – tai būdai garantuojantys atsakomybę/ atskaitomybę po tam tikrų intervencijų. Tai būdai, leidžiantys tinklui kontroliuoti paslaugas klientams ir taip pat padidinti resursų kontrolę; • toks darbo metodas įtakoja narių integraciją, kas reikalauja labiau biurokratinės struktūros ir silpnina narių autonomiją.
<i>6. Hibridinis paralelinis/sudėtinis metodas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • dažniausiai taikomas procesas; • atskirų profesinių krypčių/pakraipų mišinys, panaudojant 4, 5 tipo darbo metodus; • paprastai, kai nebūtina daug profesijų (pavyzdžiui psichologija ir psichiatrija); • specialistai, teikiantys profesines paslaugas, „atsirūšiuoja“ iš klientų savo srities problematiką ir gali įsijungti į paslaugų teikimą klientui bet kuriuose metodologiniuose lygmenyse

4. Administravimas

Ketvirtas aspektas pagalbos tinklo sampratai - išsiaiškinti kas administruoja tinklą ir kiekvieną jos narį priklausomai nuo tinklo struktūros elementų. Paaiškinant valdymą, būtina apibrėžti administracinio darbo struktūrą. Nors detalės tarp profesijų skiriasi ir priklauso nuo praktinio lyderio lygmens, bet esmė, kad kažkas privalo būti atsakingu, įvykdant šias 8 pagrindinės administravimo užduotis (Thornicroft, 2001, p.184): 1) darbo aprašų sudarymas; 2) personalo atranka/paskyrimas; 3) darbo pristatymas asmeniui; 4) darbo paskirstymas; 5) darbo peržiūra/įvertinimas (prisiimti atsakomybę); 6) metiniai darbo įvertinimai ir tikslų nustatymas; 7) mokymai, profesinių kompetencijų vystymas ir garantijos darbo kokybei; 8) disciplinavimas. Tradiciškai, profesijų administratoriai yra atsakingi už kiekvieną iš šių uždavinių. Kai kuriuose tinkluose ar darbo komandose profesijų administravimas yra išplėstinis. Išskiriamos 6 tipų administracinės struktūros (4 lentelė)

4 lentelė Tarpdisciplininių pagalbos tinklų ir darbo komandų administravimo būdai (parengta pagal G. Thornicroft'ą, 2001).

Nr.	Pavadinimas	Svarbiausios struktūros savybės
1 tipas	profesijų administravimo struktūra	<ul style="list-style-type: none"> • specialistams vadovauja jų profesijos administratorius; • kiekvienas administratorius atlieka anksčiau išvardintas 8 užduotis, bet kiekvienas kiek skirtingu būdu dėl skirtingumo tarp profesijų ir praktikų autonomijos; • ši struktūra tinkle pasitaiko dažniausiai
2 tipas	vieno administratoriaus struktūra	<ul style="list-style-type: none"> • 1-ojo tipo kraštutinumas - visiems vadovauja vienas žmogus, kuris įsipareigoja visoms 8 personalo valdymo užduotims kiekvienam nariui; • įvedant pokyčius, administratorius ir tinklo nariai gali tartis su tam tikros specialybės konsultantu, apibrėžiant konkrečias personalo užduotis; • šis modelis taikomas JAV, Australijoje ir keletose Europos valstybių, mažiau Anglijoje.
3 tipas	bendra administracinė struktūra	<ul style="list-style-type: none"> • populiarai teikiant apjungtas sveikatos ir socialines paslaugas; • komandos koordinatorius ir profesionalus vadovas, kurie dažnai taip pat yra tam tikros tarnybos komandos nariai, susitaria kas rūpinsis administraciniais uždaviniais arba kurias užduotis pasidalins.
4 tipas	administracinė struktūra, paremta kontraktais	<ul style="list-style-type: none"> • administratorius sudaro kontraktus su pagalbos teikėjų tinklo nariais; • lankstumas reikalingiems įgūdžiams, sudarant trumpalaikius kontraktus; • modelis leidžia administratoriams kontroliuoti darbo grupių narius per kontraktus, nors kontraktų biurokratiškumas gali priartinti prie biurokratinių vadybinių susitarimų; • administratoriai išlaiko komandos personalo valdymą, kas gali palengvinti priimant į tinklą personalą, kuris teikia

		pirmenybę dirbti savo profesijos administracineje struktūroje
5 tipas	hibridinės vadybinės struktūros	<ul style="list-style-type: none"> • dažniausiai tokie pagalbos teikimo tinklai yra valdomi koordinuojant veiklas, priklausomai nuo vieno ir kitų narių bendrų susitarimų bei kontraktų; • tinklų su mišriomis valdymo struktūromis daugėja.

Apibendrinant galima pasakyti, kad nėra moksliskai pagrįstos teorijos apie optimalią psichikos sveikatos paslaugų tinklų struktūrą ir jų darbo modelį. Viena iš struktūros formavimo užduočių – nustatyti tarpdisciplininių komandų valdymą, kuris leistų pasireikšti skirtingų profesijų specialistų individualumui ir skirtingų lygių lyderyste. Toliau – nustatyti atsakomybes tam, kad pilnai išnaudoti tinklų resursus: įvertinti poreikius ir užtikrinti, kad specialistų laikas pasiskirstytų būtiniausių poreikių tenkinimui. Kiekviena profesija ir kiekvienas specialistas turi savą supratimą apie problemų sprendimą, dažnai vedantį prie skirtingų sampratų apie lyderio rolę. Šiuolaikinių psichikos sveikatos paslaugų tinklų vadyba – kontraversinis (ginčytinas) dalykas, iškeliantis specialistų autonomijos problemas ir taip pat jų laiko kontrolės, ir profesijų savęs vaizdo ir statuso klausimus (Ovretveit, 2003, p. 214). Vis tik, nežiūrint į daugelį nesklandumų ir trūkumų, manoma, kad tarpdisciplininis bendradarbiavimas yra daug efektyvesnis tiek pacientui, tiek ir personalui: nepertraukiama, lengviau pacientams gaunama pagalba iš kitų struktūrų ir tarnybų, hospitalizacijos prevencija, didesnis paslaugų spektras, profesionalus palaikymas, geresnis psichiatro ir kitų specialistų ryšys, profesinių apribojimų sumažinimas, įvairių profilių specialistų tarpusavio ryšių stiprinimas ir kt.

II. UŽSIENIO ŠALIŲ PATIRTIS TEIKIANT PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGAS

2.1. Modernios psichikos sveikatos priežiūros komponentai ir principai

Ilgą laiką psichikos sutrikimų našta tradiciškai buvo matuojama remiantis dažnumo, paplitimo ir mirtingumo rodikliais, kurių nepakanka objektyviam įvertinimui. Pastaruoju metu šiuos sutrikimus imta vertinti pagal negalios paveiktus gyvenimo metus (DALY), atsižvelgiant į mirtingumą bei negalios lygį ir trukmę. Šiais vertinimais grindžiamas globalinis naštos rodiklis (Knapp M., 2007, p. 427). Jei 2000 m. DALY dėl psichikos sutrikimų sudarė 11,6 proc visų negalios būklių pasaulyje (pvz. vėžio globalinis naštos rodiklis 5,3 proc., širdies ir kraujagyslių 10,3), o vertinant vien tik psichikos negalios komponentą (be poveikio mirtingumui), tai šie sutrikimai pasaulyje sudaro 30,8 proc. visų „metų išgyventų su negalia. Globalinis naštos rodiklis dėl psichikos sutrikimų didėja. 2002 m. DALY rodiklis dėl psichikos sutrikimų siekė jau 12,97 proc. (Knapp M., 2007, p. 427). Taigi, akivaizdu, kad psichikos sutrikimai stipriai veikia visuomenės sveikatą, todėl visame pasaulyje visa sveikatos priežiūros sistema nuolat keičiasi ir persitvarko. Pagrindinės priežastys verčiančios nuolat reformuoti ir tobulinti sveikatos sistemą išsivysčiusiose šalyse yra (World Health Organization, 2001):

- Populiacijos senėjimas. Senstant populiacijai smarkiai išauga sveikatos sistemos paslaugų poreikis, taip mažėja dirbančių ir kuriančių nacionalinį produktą visuomenės dalis.
- Makroekonominiai apribojimai. Sveikatos priežiūros technologijos (nauji gydymo metodai, vaistai, medicininė aparatūra) yra brangios ir progresas šioje srityje yra daug greitesnis nei šalių ekonomikos augimas.
- Visuomenės sveikatos pokyčiai. Keičiasi susirgimų struktūra – mažėja infekcinių susirgimų, auga sergamumas psichinėmis ligomis. Yra apskaičiuota, kad 27 proc. suaugusiųjų europiečių per vienerius metus patyrė kokį nors psichikos sutrikimą (Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetas, 2006, p.2)
- Visuomenės reikalavimų ir požiūrio pasikeitimas. Visuomenė pradeda iš sveikatos priežiūros reikalauti daug daugiau nei vien sėkmingai išgydyti ligą. Į pirmą vietą keliami gyvenimo kokybės kriterijai, noras ne gydytis, o išsaugoti sveikatą, poreikis gyventi pilnavertį gyvenimą ir turint negalią ar ligą ir panašūs reikalavimai. Keičiasi ir požiūris į sveikatą ir ligą. Šis požiūrio pasikeitimas ypatingai ryškus psichikos sveikatos srityje.
- Globalizacija. Globalizacija turi tiek teigiamos (greitas apsikeitimas informacija, greitas naujų technologijų diegimas), tiek neigiamos įtakos (per didelis informacijos srautas, žaibiškas infekcijų plitimas) psichikos sveikatos reformoms.

Pagal tarptautinės organizacijos Pasaulio sveikatos organizacijos parengtą Psichikos sveikatos strategiją (World Health Organization, 2005) psichikos sveikatos priežiūros sistemos pokyčiai analizuojami 4 aspektais: tiriant kontekstą, išteklius, teikiamų paslaugų kompleksą (procesą) ir siekiamus rezultatus.

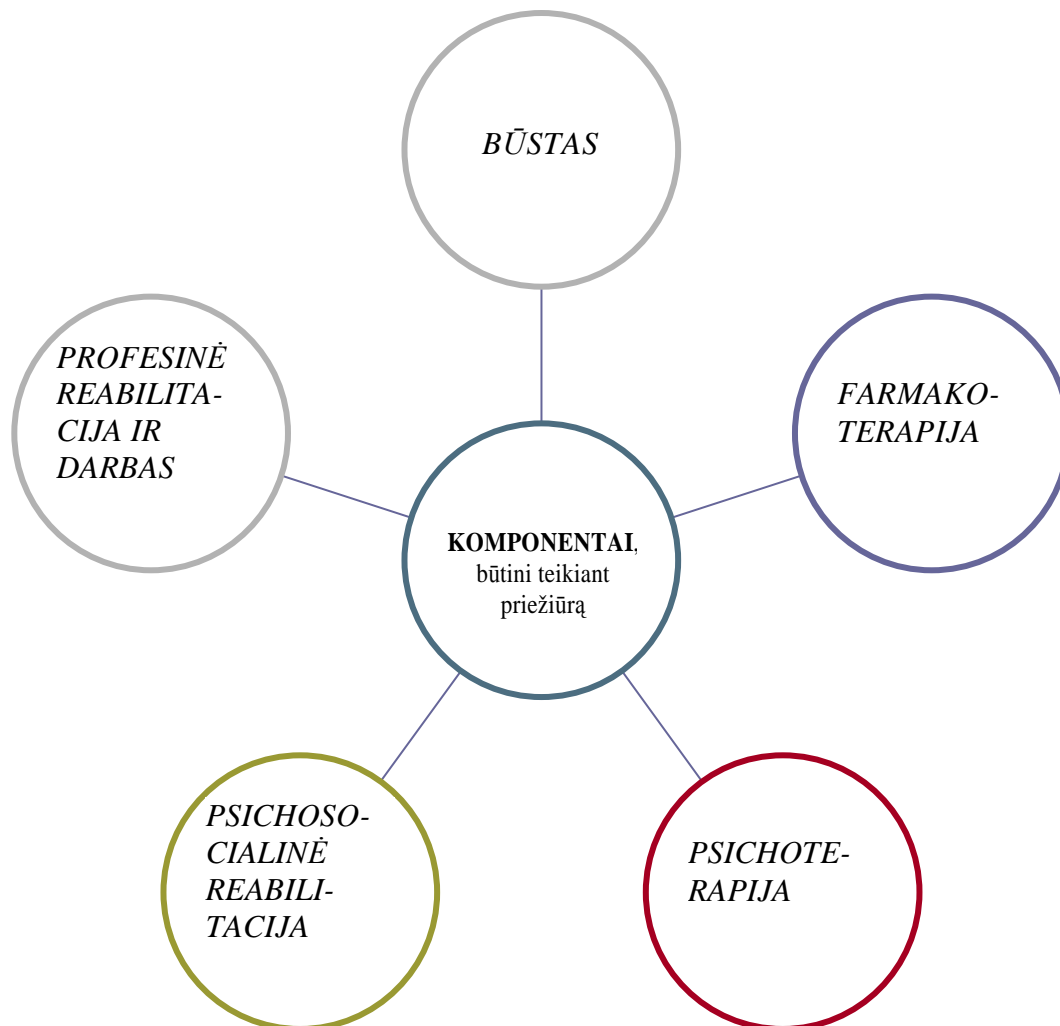
- **Kontekstas.** Pereinant iš vienos sistemos į kitą, vyksta politiniai, socialiniai, ekonominiai, demografiniai ir kiti procesai, kurie daro didžiulę įtaką gyventojų sveikatai. Pokyčiai siejami su tokiais reiškiniais kaip socialinė-ekonominė nelygybė ir kitomis jos formomis, žymiu mastu susijusiomis su psichikos sveikata. Psichikos sutrikimai dažniau pasitaiko žmonėms, turintiems žemą socialinį – ekonominį statusą (Goldberg & Morrison, 1963; Wiersma *et al*, 1983, cit. pgl. Kelly D., 2003, p.3). Nurodytieji ryšiai yra abipusiai: sveikatos būklė įtakoja socialinį – ekonominį statusą ir atvirkščiai (Lewis & Araya, 2002, cit. pgl. Kelly D., 2003, p.3). Tokiu atveju, jeigu globalizacija iš tikrųjų didina skurdžiai gyvenančių gyventojų dalį, ji turėtų neigiamai veikti psichikos sveikatą. Toks globalizacijos įtakos rezultatas stiprės dėl to, kad neturtingos šalys nesugebės suteikti savo piliečiams adekvačią psichiatrinę pagalbą. Įtaka socialiniam kapitalui taip pat bus akivaizdi, be to sumažės bendruomenių sutelktumas, dėl ko susilpnės socialinė parama ir išaugs psichosocialinis sergamumas (Putnam, 2003, cit. pgl. Kelly D., 2003, p.3)
- **Ištekliai.** Išsivysčiusių pasaulio šalių patirtis rodo, kad psichikos sveikatai itin svarbūs tampa žmonių veiklos ištekliai. Tai susiję su ypatinga psichikos sveikatos priežiūros, psichikos sveikatos diagnostikos, gydymo ir reabilitacijos metodų specifika – vietoj modernios įrangos, kuri dažniausiai reikalinga sudėtingoms kūno ligoms diagnozuoti ir gydyti, naujausios psichikos sutrikimų gydymo technologijos susijusios *su darnia specialistų veikla, šeimos narių, pačių pacientų ir bendruomenės narių įtraukimu.*
- **Teikiamų paslaugų kompleksas.** Reikalingas sukurti bendruomenėje teikiančias psichikos sveikatos paslaugas aprašymas, atsižvelgiant į Pasaulio sveikatos organizacijos ir kitų tarptautinių organizacijų rekomendacijas keisti esminius psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo principus (žr. 5 lentelė). Teikiant efektyvias paslaugas psichikos ligoniams ir kitų psichikos bei elgesio sutrikimų turintiems asmenims, siūloma išvystyti lankstų nestacionarinį paslaugų tinklą, patenkinantį pacientų poreikius bendruomenėje. Pradėjus kurti psichikos sveikatos centrus bendruomenėje, buvo tikimasi, kad šie centrai užtikrins viso spektro nestacionarinių paslaugų plėtrą, tačiau šiandieną jau drąsiai galima teigti, jog šios įstaigos pilnai nepatenkina psichinę negalią turinčių žmonių poreikių.

5 lentelė. Paradigmos permainos, teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas

(parengta pagal Tornicroft G. 2001, p.141)

Tradicinė sistema	Naujoji sistema
Specializuotos didelės įstaigos	Psichikos sveikatos priežiūros paslaugos integruotos į bendruomenę
Prioritetas stacionaro ir ilgalaikės globos paslaugoms	Prioritetas bendruomenės paslaugoms
Reabilitacija medicinos ir ilgalaikės globos įstaigose	Reabilitacija namų aplinkoje
Biologinis simptomų ir sindromų gydymas	Gydymas apima biologinius, psichologinius, socialinius ir kultūrinius sutrikimų komponentus
Ypatingas dėmesys medicininei diagnozei	Sutrikimas vertinamas daugeliu aspektų, įskaitant diskriminacijos ir stigmatizacijos tikimybę bei individo socialinės adaptacijos galimybes
Standartinis ligų gydymas	Gydymo planas pagal individų ypatumus ir poreikius
Didžiausias dėmesys patologiniams simptomams	Dėmesys teigiamiems poslinkiams ir pasiekimams
Psichosocialinės integracijos ir reabilitacijos fragmentai	Realiai socialinė sutrikusio asmens integracija
Profesionalų sprendimai	Priimant sprendimus aktyviai dalyvauja paslaugų vartotojai

PSO išskiria šiuos 5 modernios psichikos sveikatos priežiūros komponentus: farmakoterapija (gydymas vaistais), psichoterapija, psichosocialinė reabilitacija, profesinė reabilitacija darbas ir būstas (žr. 4 pav.).



4 pav. Modernios psichikos sveikatos priežiūros komponentai

(parengta pagal World Health Organization, 2005, komponentų aprašymą)

Vystant psichikos sveikatos priežiūros sistemą, teikiant psichikos sveikatos paslaugas bet kuriame lygyje, kad paslaugos būtų kokybiškos ir atitiktų vartotojų poreikius, PSO nurodo, kad šie komponentai turi būti integruoti į visą paslaugų sistemą, nepriklausomai ar paslaugos

teikamos bendruomenėje ar stacionariose įstaigose (World Health Organization, 2005). Todėl tikslinga trumpai pristatyti kiekvieną iš šių būtinų komponentų:

1. Farmakoterapija

Atkreipiamas dėmesys į psichotropinių vaistų prieinamumą. Kita vertus, valstybė turi užtikrinti racionalų lėšų, skiriamų farmakoterapijos prieinamumui, paskirstymą. Daugelyje šalių ieškoma optimalus balanso tarp moderniausių naujos kartos medikamentų ir tradicinių vaistų.

2. Psichoterapija

Yra daug įrodymų, kad psichoterapija yra veiksmingas gydymo būdas arba kaip pagrindinis, arba kartu su kitais būdais - tokiais kaip farmakoterapija ir kt. Psichoterapija kaip metodas turi būti taikomas integruvus į psichiatrijos bendruomeninių ir stacionarinių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Kartu psichoterapijos bazinės žinios yra būtinas bet kokių psichikos sveikatos paslaugų komponentas. Visi psichikos sveikatos sistemos darbuotojai, pradedant profesionalais ir baigiant savanoriais, dirbančiais šioje srityje, privalo turėti ir pagrindinių psichoterapijos mokyklų žinių bei jas mokėti taikyti praktikoje.

3. Psichosocialinė reabilitacija

Psichosocialinės reabilitacijos tikslas - suteikti individams, turintiems psichikos ir elgesio sutrikimų ar negalią, galimybę pasiekti optimalų savarankiško funkcionavimo bendruomenėje lygį. Tam reikia pagerinti individų įgūdžius ir adaptuoti aplinką. Psichosocialinės reabilitacijos strategijos derinamos su vartotojų poreikiais. Kiti du žemiau aprašomi komponentai yra esminiai psichosocialinės reabilitacijos metodai, o pati reabilitacija yra procesas. Paprastai šis procesas prasideda nuo individualaus poreikių įvertinimo, kuris remiasi geru kontakto užmezgimu, individo norų išsiaiškinimu, individualių ar aplinkos apribojimų įvertinimu, individualaus psichosocialinės reabilitacijos plano sudarymu kartu su pačiu individu bei plano vykdymu. Psichosocialinės reabilitacijos plane paprastai išskiriami pagrindiniai tikslai, specifiniai tikslai, jų prioritetizavimas bei būdai jiems pasiekti. Būtinas individualaus psichosocialinės reabilitacijos plano dalimi yra tarpiniai vertinimai, bei laiko plano numatymas - kada jie bus atlikti kartu su pacientu. Atlikus tarpinius vertinimus paprastai peržiūrimi specifiniai tikslai, ir šis „ratas“ vėl kartojamas.

Pasaulyje taikomi įvairūs psichosocialinės reabilitacijos modeliai. Išskiriami šeši pagrindiniai (Weeghel J., 2002, p.39; p.87; p.461)

1. Bostono universiteto JAV (W. Anthony ir kt.) modelis.
2. Kalifornijos universiteto Los Andžele JAV modelis (R. Liberman ir kt.).

3. Viskonsino modelis Medisone JAV (M. Test ir Stein).
4. Psichosocialinės reabilitacijos integruotos į bendrąją medicinos praktiką modelis D.Britanijoje (I. Faloon ir kt.).
5. Reabilitacijos, nukreiptos į aplinkos pritaikymą, modelis Londone D.Britanijoje (G. Shepherd ir Bennett)
6. Mišrus visapusiškos psichiatrinės reabilitacijos, nukreiptos į individualią asmens raidą, modelis (J.P. Wilken, J. van Weeghel ir kt.).

Pasaulyje aprašoma nemažai specifinių psichosocialinės reabilitacijos metodų. Be žemiau aprašomų profesinės bei darbinės reabilitacijos bei būsto programų, pasaulyje plačiai taikomi atvejų vadybos (angl.: *case management*), aktyvaus gydyme bendruomenėje komandos (angl.: *assertive community treatment team*) metodai, artimųjų bei globėjų įtraukimas, psichologinis individualus bei šeimų švietimas (psichoedukacija), simptomų valdymo programos ir t.t. Tačiau jie savaime nelaikomi psichosocialine reabilitacija. Skirtumai tarp modelių yra labai nežymūs, ir praktiškai juos taikant nėra esminiai, todėl detaliau jie nebus aptarti.

4. Profesinė reabilitacija ir darbas

Darbingumo atstatymas yra vienas iš svarbiausių psichiatrinio gydymo ir reabilitacijos tikslų. Profesinė reabilitacija apima prarastų darbinių įgūdžių atstatymą ir pagalbą individui grįžti į darbą pagal specialybę, o taip pat naujų praktinių įgūdžių mokymą, atsižvelgiant į specialiuosius poreikius (pvz.: dirbti nepamaininį darbą, laikytis vienodų dienos veiklų struktūros bei socialinių ritmų).

Daugelyje pokomunistinių valstybių darbinė psichiatrinė reabilitacija buvo suprantama kaip psichikos ligonių nekvalifikuotas darbas gamybinėse dirbtuvėse, kur jie neturi galimybės išugdyti naujų, jų individualius poreikius atitinkančių įgūdžių, kurie vėliau padėtų jiems konkuruojant atviroje darbo rinkoje, ir buvo taikoma kaip tam tikra užimtumo atmaina su darbinės reabilitacijos fragmentais.

Pastaruoju metu šioje srityje taip pat stebimas naujų technologijų atsiradimas, pvz.: ikidarbinis parengimas, palaikomasis įdarbinimas, „pasirink-gauk-išlaikyk“ modelis, „individualus patalpinimas ir parama“ (angl.: *individual placement and support*) ir pan. Moksliniai tyrimai įrodo, kad vien žmonių su psichikos negalia įdarbinimas, nesiekiant platesnių reabilitacijos tikslų, retai kada būna sėkmingas, ypač asmenims sergantiems psichozinio lygio sutrikimais.

5. *Būstas*

Tose šalyse, kuriose nėra teikiamos pastovaus būsto paslaugos sergantiesiems, stacionare teikiamos paslaugos yra ne tik kaip gydymo, bet ir kaip laikino būsto paslaugos. Būstas, šalia įdarbinimo, yra labai svarbus savarankiško gyvenimo įgūdžių formavime. Būsto paslaugų spektras bendruomenėje turi būti platus, kad atitiktų įvairius žmonių su psichikos sutrikimais ar proto negalia poreikius. Specialistų dalyvavimas bei priežiūra tokiose įstaigose taip pat turi būti labai įvairi, pradedant nuo įstaigų, kuriose profesionalai 24 valandas per parą turi prižiūrėti pacientus (artima ligoninės aplinkai) ir baigiant įstaigomis, kur profesionalai tik retai užsuka į įstaigą, o visus namų ruošos darbus pacientai atlieka savarankiškai (bendruomenės namai). Būna įvairios būsto formos, kuriuose žmonės su psichikos sutrikimais yra apgyvendinami pagal jų poreikius: laikinas apgyvendinimas (mokant tam tikrų socialinių įgūdžių), nuolatinis apgyvendinimas (pvz. grupinio gyvenimo namai) ir kt.

Užsienio šalyse pastaraisiais metais stebima tendencija pacientams su psichikos negalia teikti maksimaliai prie gyvenimo bendruomenėje su minimalia priežiūra priartintas paslaugas. Tam, kad geros kokybės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos būtų teikiamos, reikia (pagal World Health Organization, 2005):

- Kad kiekviename regione būtų užtikrinti aukščiau paminėti penki psichikos sveikatos priežiūros komponentai. Kad kiekviena valstybė apsispręstų, kokią administracinį - teritorinį vienetą galima būtų laikyti tokiu regionu.
- Kad kiekvienas regionas įvertintų esamus resursus ir infrastruktūrą ir planuotų tokią ilgalaikę strategiją, kuri optimaliai tenkintų vartotojų poreikius. Esant ribotiems finansiniams resursams, nėra kito būdo, kaip tik perstruktūruoti esančias nesubalansuotas paslaugas. Turi būti aišku, kurios paslaugos bus mažinamos, o kurios bus plėtojamoms ir tuo būdu įvardinami prioritetai.
- Mažinti stacionarinės pagalbos apimtį ir didinti bendruomeninių paslaugų apimtį taip, kad visuose regionuose būtų vienodai prieinamos stacionarinio gydymo paslaugos bendro tipo somatinėse ligoninėse ir bendruomenės psichiatrijos paslaugos.
- Padidinti bendruomenėje esančių palaikomojo būsto tarnybų skaičių ir specialistų paramos spektrą, kuris būtų adekvatus individualiems kliento poreikiams.
- Identifikuoti sritis, kuriose išskirtas finansavimas tarp biudžetinių (Ligonių kasų ar pan.) ir apskričių ar savivaldybių lėšų, pablogina psichikos sveikatos tarnybų keliamų tikslų pasiekimą, integraciją ir paskirstymą.

Priežiūros principai (pagal Thornicroft G. 2001, 159-162 p.):

1. *Autonomija* yra individo, sergančio psichikos liga, laisvė rinktis nepaisant esančių simptomų ar negalios. Bet koks gydymas ar priežiūra turi skatinti savarankiškumą. Psichikos liga mažina asmens savarankiškumą, o veiksmingas gydymas ir priežiūra didina asmens autonomiją, tačiau per didelė globa atima galimybę savarankiškiems sprendimams, didina priklausomybę ir sukelia didesnę socialinę ir ekonominę naštą visuomenei. Autonomijos principas reikalauja, kad paslaugų sistema ne tik kontroliuotų ligos simptomus, bet ir sustiprintų sveikuosius asmenybės aspektus.
2. *Tęstinumas* apibrėžiamas kaip nenutrūstamas paslaugų teikimas kai tarnybos perima viena iš kitos pagalbos pacientui teikimą.
3. *Koordinavimas* - tai bendradarbiavimas tarp tarnybų arba tos pačios tarnybos darbuotojų užtikrinant optimalų pagalbos teikimą, kad jos būtų nei per daug, nei per mažai.
4. *Veiksmingumas* - intervencijų efektyvumas, kuris duoda praktinę naudą realiame psichikos sveikatos paslaugų vartotojo gyvenime.
5. *Prieinamumas* - tarnybų/paslaugų savybė, kuri nusako, kiek paslaugos vartotojui yra paslaugos pasiekiamos. Prieinamumas gali suprantamas (a) *geografinė prasme*, t.y. kiek laiko ir kokią atstumą reikia vykti iki tarnybos; (b) *kiek laiko nuo kreipimosi reikia laukti kol gaunama paslauga*; (c) *kliūčių ar filtro prasme* - kurie mažintų visų vartotojų kreipimusi į tarnybas skaičių (pvz. specialisto konsultacija galima tik nukreipus bendrosios praktikos gydytojui; stigma, dėl kurios žmonės vengia kreiptis į psichikos sveikatos specialistus). Vienok, per didelis prieinamumas sukelia tam tikrų problemų - mažėjant paslaugų gavimo slenksčiui, galima apeiti pirminę sveikatos priežiūros grandį ir pacientas gali tikėtis psichikos sveikatos specialisto pagalbos esant santykinai nesunkioms būklėms ir neretai be specialisto pagalbos praeinančioms. Dėl to gali pritrūkti resursų turintiems sunkių psichikos sveikatos sutrikimų.
6. *Visapusiškumas* (angl.: *comprehensiveness*) - paslaugų savybė dviem prasmėmis:
 - a) horizontalus visapusiškumas: kiek egzistuojančios paslaugos atliepia į plataus psichikos sveikatos problemų turinčių asmenų poreikius (šis skaičius svyruoja nuo 25 iki 33 proc);

b) vertikalus visapusiškumas - pagrindinių psichikos sveikatos priežiūros komponentų prieinamumas prioritetinėms grupėms.

7. *Teisumas, nešališkumas* (angl.: *equity*) - principas, kuriuo remiantis yra skirstomas finansavimas sveikatos paslaugoms remiantis aiškiais ir skaidriais kriterijais. Šis principas gali neveikti kuomet vyrauja istorinis finansavimo skirstymo principas. Teisumas yra sąžiningas, atviras resursų paskirstymas: konkuruojančių tarpusavyje poreikių prioritetizavimas ir finansinių resursų paskirstymo skaičiavimo metodai turi būti viešai žinomi.
8. *Atsiskaitomybė* - tokia paslaugų sistemos funkcija, kurią sudaro sudėtingi ir besikeičiantys santykiai tarp šios sistemos iš vienos pusės bei pacientų, jų šeimos narių ir plačiosios visuomenės iš kitos pusės, kai pastarieji turi teisėtus lūkesčius profesionalų pareiga suteikti jiems savalaikę ir tinkamą pagalbą.
9. *Našumas* – tai paslaugų savybė, kuri arba sumažina investicijas, reikalingas tam tikriems rezultatams pasiekti, arba pagerina rezultatus esant toms pačioms investicijoms.

Principų pritaikymas praktikoje iliustruojamas šiuo pavyzdžiu:

D.Britanijoje Sveikatos ministerija apibrėžė Nacionalinį Psichikos sveikatos paslaugų aprašą, pagal kurį žmonės, turintys psichikos sveikatos problemų gali tikėtis, kad tarnybos (Thornicroft G. 2001, p.162):

- prasmingai įtrauks vartotojus ir jų globėjus į paslaugų planavimą ir teikimą;
- suteiks aukštos kokybės gydymo ir slaugos paslaugas, kurios yra tikrai veiksmingos ir priimtinos;
- suteiks paslaugas, kurios bus gerai tinkamos tiems, kurie jomis naudosis ir bus nediskriminuojančios;
- bus prieinamos tokiu būdu, kad pagalba bus teikiama tuomet ir ten, kur ji yra reikalinga;
- skatins vartotojų, globėjų ir plačios visuomenės saugumą;
- siūlys pasirinkti variantus, kurie skatins nepriklausomybę;
- bus gerai tarpusavyje koordinuojamos, užtikrins koordinaciją ir tarp profesionalų;
- įgalins ir palaikys savo darbuotojus;
- suteiks psichikos sveikatos priežiūros tęstinumą tiek ilgai, kiek yra reikalinga;
- bus tinkamai atskaitingos visuomenei, vartotojams ir jų globėjams.

6 lentelė. Psichikos sveikatos paslaugos ir tarnybos (apibendrinimas pagal Tornicroft G., 2001, 23-35 p.)

Paslaugų/tarnybos kategorija	Apibūdinimas	Rezultatai klientui
Gydymas	Sumažina simptomus ir sutrikimą, pagerina kliento supratimą apie palaikomojo gydymo reikšmę; naudoja žodinės terapijos ir farmakoterapijos metodus, esant reikalui - kitus biologinius metodus	Simptomų susilpnėjimas
Krizių intervencija	Kontroliuoja kritines situacijas ar pavojingas problemas: kliento saugus patalpinimas ar kito tipo intervencijos krizės metu, siekiant išvengti suicido ar žalos sau ir kitiems. Negali būti sutapatinamas su gydymu.	Užtikrina asmens saugumą
Atvejų koordinavimas (vadyba) (ang.: case management)	Padedą (pakankamai sutrikusiam) klientui gauti reikalingas ir norimas paslaugas	Gaunamos paslaugos
Reabilitacija	Kliento įgūdžių ir palaikymo raida	Socialinių vaidmenų pagerinimas
Praturtinimas	Klientai įtraukiami į malonias, asmenybę lavinančias ir praturtinančias veiklas: sportas, kultūros renginiai, ekskursijos, filmai ir t.t.	Saviugda ir asmenybės raida
Teisių gynimas	Teisinis kliento atstovavimas, siekiant užtikrinti visapusišką teisių apsaugą ir individo laisvių įgyvendinimą	Vienodos galimybės
Bazinė parama	Suteikiama pagalba žmonėmis, vietomis, daiktais ir veiklomis, kurios reikalingos žmogaus biologiniam išlikimui	Užtikrinamas asmeninis išlikimas
Savipagalba	Pagalba klientams paremiant vienas kitą	Suteikiama ir gaunama tarpasmeninė analogišką patyrimą turinčių žmonių parama

2.2. Psichikos sveikatos sistemos integracija į bendrąją mediciną ir sąveika su sveikatos sistema

Viena iš svarbiausių moderniosios psichikos sveikatos priežiūros tendencijų yra mažinti psichiatrijos profesinę ir politinę (sveikatos ir socialinės politikos prasme) izoliaciją nuo bendrosios medicinos. Pasaulio Sveikatos Organizacijos 2005 metų Pranešime, skirtame bendrajai medicinai, pabrėžiama, kad psichiatrijos specializuotos įstaigos (tarp jų - ir psichiatrijos ligoninės) yra ankstesniųjų šimtmečių reliktas, simbolizuojantis psichikos ligų stigmą. Siekiant destigmatizuoti psichikos sutrikimus ir juos turinčius asmenis, o taip pat siekiant racionalesnės ir efektyvesnės sveikatos sistemos infrastruktūros, būtina, planuojant ateities sveikatos sistemos įstaigų infrastruktūrą, maksimaliai integruoti psichiatrijos paslaugas į bendrosios medicinos įstaigas - bendraprofilines ligonines. Minimalus PSO reikalavimas, atsispindėjęs jau ankstesniuose dokumentuose - kad nemažiau kaip 25 procentai psichiatrijos stacionariųjų lovų būtų bendraprofilinėse ligoninėse.

Konsultacinė ryšio (angl.: liaison) psichiatrija: tai somatinėse klinikose dirbanti psichikos sveikatos specialistų komanda (psichiatras, psichiatrijos slaugos darbuotojas, socialinis darbuotojas ir kt.), kurių tikslas identifikuoti somatinėse klinikose besigydančių pacientų psichikos sveikatos problemas ir jas vietoje spręsti.

Bendruomenės pagalbos sistema pasižymi tuo, kad paslaugos čia asmenims yra lengvai prieinamos. Paprastai čia teikiant pagalbą, užtikrinamas pirmas kontaktas ir pagalbos tęstinumas nepriklausomai nuo amžiaus, lyties ar sveikatos sutrikimo. Šis principas yra svarbus, kadangi praktikoje asmenys, turintys kompleksinius poreikius, patys dažniausiai neskiria tarp "su sveikata susijusių" ir "su socialine pagalba susijusių" elementų, ir siekia visapusiškos pagalbos viename iš šių sektorių (Rummery ir Gledinning, 1997). Dirbtinis šių sektorių finansavimo atskyrimas sukelia daug kliūčių asmenims su kompleksiniais poreikiais gauti visavertę pagalbą. Čia labai svarbus yra socialinių tinklų ir bendruomenės komandų veikimas, jų koordinuota sąveika su bendrosios pagalbos gydytojais. Gydytojai tampa komandos nariais, o ne komandos savininkais.

Asmenys sergantys psichikos sutrikimais pasižymi didžiausiais socialinės pagalbos ir kitais ypatingais poreikiais, kurių nespécializuota bendruomenės socialinės pagalbos komandos nariai gali neteikti. Tokiais atvejais komanda turi teikti ir atvejų vadybos paslaugas. Tarptautinėje literatūroje akcentuojama, kad žmonėms su psichikos sutrikimais ar psichikos negalia atvejų vadyba naudojant brokerio modelį yra retai kada veiksminga, tuo tarpu žymiai

veiksmingesnis yra taip vadinamas aktyvaus gydymo bendruomenėje modelis (angl.: *assertive community treatment, ACT*), kai socialinė pagalba teikiama komandoje (World Health Organization, 2005, p.128).

2.3. Vartotojų teisės ir nevyriausybinių organizacijų veikla. Pagalba sergančiųjų šeimoms

Tarptautinėje literatūroje „vartotojais“ vadinami visi asmenys, kurie kenčia nuo psichikos sveikatos problemų, jų artimieji, šeimos nariai. Išskiriami "pirminiai vartotojai" - asmenys turintys psichikos sveikatos problemų, ir "šeimos" - artimieji ir šeimos nariai.

Modernioje psichikos sveikatos priežiūroje, vartotojų teisės vaidina itin svarbų vaidmenį. Žmogaus teisių pažeidimai buvo būdingi daugelyje šalių teikiamų psichikos sveikatos paslaugų ir pastaruju metu įvairiose pasaulio šalyse vartotojams suteikiamas vis didesnis dėmesys. Tradiciškai, į vartotojus buvo žvelgiama kaip pasyvius recipientus, negalinčius išreikšti savo poreikių, ir kurių gydymas daugiausia yra nuspręstas gydančio personalo. Per pastaruosius 30 metų, vartotojai pradėjo vis garsiau išsakyti savo nuomonę apie egzistuojančią psichikos sveikatos sistemą ir savo poreikius: teisę apsispręsti, būti informuotiems apie siūlomą gydymo būdą, mažinti kliūtis integruojantis į bendruomenę, savo teisių gynimą ir pan.

Vienu pagrindinių dokumentų vartotojų teisių gynime laikoma Jungtinių tautų rezoliucija "Asmenų sergančių psichikos ligomis apsaugos principai" (1991), kuri įvardina pagrindines žmonių, turinčių psichikos sveikatos problemų, teises.

Vartotojų vaidmens stiprinimas psichikos sveikatos priežiūroje apima:

1. Vartotojų organizacijų įkūrimas nacionaliniame ir municipaliniame (savivaldybių) lygyje.
2. Vartotojų organizacijų veiklos finansavimas, siekiant sustiprinti jų atstovavimą psichikos sveikatos priežiūroje.
3. Vartotojų įtraukimas į darbo grupes, sprendžiant strateginius klausimus.

Vartotojų šeimų atstovai įgyja vis daugiau galių. Pasaulyje, ypač Prancūzijoje, pastebima bendra tendencija kuri nėra susijusi vien su psichiatrija, bet ypač išryškėjo kai kurių patologijų, pavyzdžiui AIDS, kurios iš esmės keičia santykius tarp gydytojo ir paciento, atveju. Geriausias šio reiškinių pavyzdys yra ligonių teises nusakantys teisės aktai, nuoroda į

virtotojus ir jų šeimas administraciniuose dokumentuose, susijusiuose su psichiatrijos paslaugų teikimu ir poreikių paisymas bei realus jų tenkinimas (Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetas, 2006, p.3). Virtotojų šeimų įtraukimas į gydymo ir psichosocialinės reabilitacijos procesą svarbus aspektas, nes esama tyrimų duomenų, kad pacientams gyvenantiems namuose su šeima gydymas yra efektyvesnis nei gydymas institucijose. Kitų tyrimų duomenys rodo, kad esant sunkiai emocinei aplinkai pacientų šeimose, didėja atkryčio tikimybė. Todėl gydymo procese yra būtina įtraukti ir paciento šeimą. Tyrimais įrodyta, kad virtotojų įtraukimas į gydymo procesą laikant juos lygiaverčiais ir gerbiamais partneriais, leidžia pasiekti geresnių gydymo rezultatų ir didesnio virtotojų savarankiškumo bei mažesnės priklausomybės nuo ilgalaikės priežiūros (Anthony W., .2002, p.193)

Modernioje psichikos sveikatos priežiūroje vyksta pasikeitimai. Pastaruoju metu šeimos tampa integruota psichikos sveikatos priežiūros dalimi. Anksčiau iš šeimos buvo daugiau suprantamos kaip įtakojančios vaikų psichikos sveikatos problemas ir jų vaidmuo gydyme buvo dažniausiai šeimos funkcionavimo keitimas. Keičiantis paslaugų teikimo filosofijai, šeimos vis labiau įtraukiamos į patį gydymo procesą. Šeimos interesus vis labiau pradėjo atstovauti šeimų organizacijų tinklas, kuris apima platų šeimų, auginančių vaikus su psichikos sveikatos problemomis, spektrą. Šeimos taip pat pradėjo daugiau dalyvauti tarnybų planavime, strategijos kūrime, tarnybų valdyme. Šeimų įtakos stiprėjimas susijęs su profesionalų įtakos mažėjimu.

Pagalbos šeimoms formos

Pasaulyje egzistuoja labai įvairūs modeliai. Jų spektras yra nuo savipagalbos grupių principais vykdomas veiklos be jokio profesionalų dalyvavimo - iki šeimos terapijos modulių. Pastarieji yra labai veiksmingi, kai esant parodymams, siekiama santykinai greitai keisti aplinką, kurioje gyvena klientas su psichikos ar proto negalia. Veiksmingiausiomis pagalbos formomis laikoma individuali specialistų pagalba šeimos nariams bei keletos šeimų psichoedukacinė grupė, sisteminės šeimos terapijos pagrindu, vedama dviejų profesionalų. Specifinė pagalbos forma šeimoms, kuriose gyvena individai sergantys psichoziniais sutrikimais, yra išreikštų emocijų lygio mažinimas. Išreikštos emocijos (angl.: *expressed emotions, EE*) yra tam tikras šeimos narių bendravimo būdas, kuomet jie iškreiptai išreiškia savo susirūpinimą ir globą. Tai atsispindi jų elgesyje ir pasisakymuose su perdėta kritika ir kartu esančia perdėta globa. Dažniausiai taip elgiasi tėvai savo vaikų atžvilgiu. Perdėta kritika ir tuo pat metu perdėta globa yra neadaptivaus elgesio būdai, kurie, remiantis moksliniais tyrimais, ilgainiui gali sąlygoti paaugliams ar jau jauno suaugusio amžiaus asmenims psichikos

sutrikimus, yra susiję su padidėjusia psichozės atsiradimo rizika (Leff J. ir Vaughn C, McFarlane W.R. ir kt cit.pgl. Weeghel, 2002, p. 214). Labai svarbu, kad profesionaliai keičiant bendravimą tarp šeimos narių, mokant juos kitaip išreikšti emocijas, reikšmingai sumažėja psichozės atkryčio rizika. Tam naudojamos psichologinės ir socialinės intervencijos. Kartu su specifinėmis pagalbos šeimoms formomis, turėtų būti derinamos ir nespacificinės paslaugos, pvz.: taip vadinamos "atokvėpio paslaugos" (angl.: *respite care*) pacientų šeimų nariams ir artimiesiems. Tuomet socialinių darbuotojų ir slaugos specialistų komandos nariai laikinai "pavadoja" besiilsinčius globėjus.

Anksčiau vartotojai buvo neskatinami dirbti jų gydymo procese, dabar pacientų įdarbinimas suprantamas kaip neatsiejama reabilitacijos dalis.

PSO dokumente "Quality Assurance in Mental Health: A. Mental Health Policy" (World Health Organization, 2002) įvardinama kokia turėtų būti vartotojų rolė planuojant, vykdant ir vertinant psichikos sveikatos programas: vartotojo rolė planuojant psichikos sveikatos programas suprantama kaip strategijos tikslų numatymas, biudžeto planavimas, numatytos programos veiksmų planavimas, programos kontrolė ir vertinimas.

Nevyriausybinės organizacijos (NVO) - organizacijos, kurios teikia gydymą, reabilitaciją ir atstovavauja vartotojų ar psichikos sveikatos profesionalų interesus. NVO gali būti registruotos organizacijos ar neregistruotos žmonių grupės. NVO veikla yra stipriai vertinama daugelyje šalių, nes jos vaidina svarbią funkciją, ypačingai tose srityse, kur vyriausybinės organizacijos šių funkcijų neatlieka.

Pagal pateikiamus statistikos duomenimis, NVO rodiklis Europos regiono šalyse aukštas ir siekia 90%, tad NVO veikla aktyvi, bent 46 iš 52 šalių (World Health Organization, 2005, p. 128). Bet tai nereiškia, kad vietos lygiu veikiančios NVO vykdo aktyvią veiklą visose bendruomenės grupėse ar, kad psichikos sveikatos paslaugų vartotojai ir asmenys, teikiantys jiems pagalbą, tiesiogiai yra įtraukiami į šias organizacijas. Dažniausiai, šalyse, kur bendruomenių aktyvumas mažas, tarptautinės NVO padeda vietinėms NVO atstovauti psichikos sveikatos paslaugų vartotojų ir darbuotojų interesus, jų teisių gynimą. Europoje NVO (World Health Organization, 2005, p. 128).

Psichosocialinės reabilitacijos komponentuose - profesinė reabilitacija ir darbas bei būstas -psichikos sveikatos vartotojų įgalinimas bei jų įtraukimas į patį paslaugų planavimo bei teikimo procesą yra vienas iš sėkmingo reabilitacijos proceso garantų. Pasitenkinimas paslaugomis skatina žmonių sergančių psichikos sutrikimais sveikimą, mažina jų negalią. Darbinėje reabilitacijoje kuriant socialines firmas, klubinius namus (angl.: *clubhouse*), kur centrinis vaidmuo suteikiamas vartotojams, o profesionalai atlieka svarbius papildomus vaidmenis,

suderinus reabilitacijos komponentus su kitais psichikos sveikatos priežiūros komponentais, galimas maksimalus teigiamas rezultatas.

2.4. Darbuotojai ir profesinė kvalifikacija organizuojant darbą psichikos sveikatos komandose

Kaip rodo PSO analizė, darbuotojai, teikiantys psichikos sveikatos priežiūrą yra bendros fizinės sveikatos specialistai, neurologai, psichiatrai, pirminės sveikatos priežiūros darbuotojai ir kiti kartu dirbantys specialistai - socialiniai darbuotojai, slaugytojai, psichologai ir kt., taip pat psichikos sveikatos problemų sprendime dalyvauja tiek dvasininkai, tiek liaudies gydytojai. (World Health Organization, 2001, p.109).

Vykstant decentralizacijos procesui, integruojant psichikos sveikatos priežiūrą į bendrąją mediciną, vyksta ir vaidmenų persikirstymas. PSO ir Pasaulio bankas įvertinus psichikos sutrikimų naštą visuomenei, pradėta suprasti, kad nepakanka tikrai psichikos sveikatos profesionalų dalyvavimo psichikos sveikatos problemų sprendime ir vis daugiau dėmesio skiriama fizinės sveikatos specialistų mokymui diagnozuoti ir gydyti psichikos sutrikimus. Galima išskirti šiuos modernios psichikos sveikatos priežiūros aspektus susijusius su darbuotojais:

- 1) pirminės sveikatos priežiūros darbuotojų įtraukimas gydant psichikos sveikatos sutrikimus;
- 2) perkeliant svorio centrą iš institucijų į bendruomenę, didėja poreikis specialistų, sugebančių dirbti tiek individualiai su pacientais, tiek tarpdisciplininėje psichikos sveikatos darbuotojų komandoje.

Darbas tarpdisciplininėje specialistų komandoje pastaruoju metu laikoma vienu iš būtinų technologijų užtikrinant kokybiškas paslaugas žmonėms su psichikos negalia ar turintiems psichikos problemų bendruomenėje. Tai turi atlikti tiek fizinės medicinos (nespecializuotos, bendrosios praktikos) komandos, tiek ir specializuotos - psichikos sveikatos specialistų komandos. Vidurinės grandies universalių profesijų specialistai (slaugai, socialiniai darbuotojai) čia vaidina svarbiausią vaidmenį. Siekiant jų darbą komandoje paversti veiksmingu yra būtinas apmokymas. Taip pat kartu norint išvengti dažnos specialistų kaitos bei "perdegimo" sindromo, reikalingas reguliarus tarpdisciplininės specialistų komandos supervizijų procesas (klinikinių pacientų atvejų aptarimai, atsižvelgiant į pakartotinius psichikos būklės, socialinės situacijos įvertinimus, pagalbos formų planavimo ir vykdymo ataskaitos, prižiūrint ne toje pat įstaigoje dirbančiam specialistui), už kurio užtikrinimą

paprastai atsakinga įstaigos administracija. Taip pat tarpdisciplininės komandos nariams turi būti sudarytos sąlygos profesiniam tobulėjimui.

Profesnių vaidmenų pokyčiai tarpdisciplininėse psichikos sveikatos paslaugų komandose

Literatūroje neretai galima rasti palyginimų tarp tradicinio medicininio modelio (gydytojas ir slaugytojas) ir naujos pagalbos teikimo formos - tarpdisciplininių komandų, kur konsoliduotas įvairių specialistų darbas: visų pirma gydytojo psichiatro, psichologo, psichoterapeuto, socialinio darbuotojo. Nurodoma, kad tokių komandų vaidmuo psichiatrijoje auga (Gurovich, 2004, p.133), jei pagalba teikiama orientuojantis į bendruomenę ir šiuolaikinį biopsichosocialinio gydymo modelį. Šiose sąlygose ypač išauga socialinio darbo ir socialinio darbuotojo vaidmuo. Tačiau yra pastebėta, kad netgi ambulatoriškai ilgą laiką stebint pacientą (esant lėtinei ligos eigai ar ligai recidyvuojant) būtent gydytojas psichiatras ir psichikos sveikatos slaugytojas lieka labiausiai kompetentingais specialistais, dominuojančiais sprendžiant paciento problemas (Zainyšev, 2002:193)

Kai kuriuose straipsniuose (Rawnsley, 1984; Gurovich, 2004), kuriuose didelis vaidmuo teikiant paslaugas priskiriamas gydytojui psichiatrai, manoma, kad psichiatras turi turėti lyderio savybių dėl aukštos kvalifikacijos, darbo patirties. Toks lyderis galėtų būti komandos “stuburu”, nors pabrėžiama ir kitų specialistų svarba. Visų medicininių, socialinių ir buitinių sąlygų koordinavimas, anot PSO (The World Health report, 2002), yra tarpdisciplininių tinklų ir paslaugų teikimo komandų pagrindinė funkcija. Pavyzdžiui, socialinis darbuotojas, kurio patirtis ir žinios gali būti lemiamos kitų komandos narių darbui, gali įtakoti psichikos ligų diagnostiką ir gydymą tokiais elementais, kurie iki tol nebuvo naudojami. Svarbu, kad socialinio darbuotojo ar kitos nemedicininės srities specialisto vaidmuo komandoje būtų apibrėžtas ir komandos nariai suprastų socialinio darbo, psichologų, užimtumo ar kitų nemedicininio profilio specialistų svarbą. Vis tik didžiausias vaidmuo teikiant pagalbą tenka gydytojui psichiatrai dėl vyraujančio biologinio, medicininio požiūrio į psichikos ligas ir jų gydymą. Dar 1972 m. PSO pabrėžė, kad socialinė pagalba skiriasi nuo medicininės pagalbos, nes socialinė pagalba labiau grindžiama psichologija, sociologija ir elgesio mokslais, o tai reiškia, kad gydytojo įtaka ligos socialinei analizei bus ribota (The World Health report, 2002). Vis tik, psichikos sveikatos srityje tarpdisciplininiame komandiniame darbe, ypač svarbus vaidmuo tenka socialiniams darbuotojams, kurie, be tiesioginio socialinio darbo, gali atlikti užimtumo specialisto, atvejų vadybininko ir kitus vaidmenis. Tai vaizdžiai atskleidžia, kad dirbant komandoje visi specialistai yra vertinami vienodai, visų suteikiama informacija apie pacientą yra svarbi, todėl ir aptariant

įvertinimą, formuluojant diagnozę, gydymo ar reabilitacijos planą, dalyvauja visi psichikos sveikatos priežiūros specialistai (psichologai, psichiatrai, slaugytojai, socialiniai darbuotojai, socialiniai pedagogai, užimtumo terapeutai ir kt.). Didėjantis socialinių darbuotojų vaidmuo psichiatrijos praktikoje, gydytojų psichiatrų bendradarbiavimo su socialiniais darbuotojais problema esant įvairioms sąlygoms ir skirtinguose pagalbos teikimo etapuose vis dar neturi vienareikšmio sprendimo (Ovretveit, 2003, p.213).

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

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

Tyrimo autoriai pabandė rasti skirtumus tarp "Gydytojų pacientų" ir "Socialinių darbuotojų pacientų". Pasirodė, kad "Socialinio darbuotojo pacientų" ligos trukmė 1,5 metais trumpesnė. "Gydytojo pacientai", skirtingai nei "Socialinio darbuotojo pacientai" prieš patekdami į skyrių turėjo darbą ir pajamų šaltinį. Svarbu pasirodė ir tai, kokį darbą pacientai turėjo iki pakliūdami į stacionarą. "Gydytojo pacientai" paprastai atlikdavo aukštos kvalifikacijos reikalaujantį darbą. "Socialinio darbuotojo pacientai" iki pakliūdami į skyrių, dažniausia gydėsi ambulatoriškai ir būdavo nukreipiami į darbo terapijos skyrius, tuomet kai

“gydytojo pacientai” dažniausia būdavo hospitalizuojami. “Socialinio darbuotojo pacientai” mažiau laiko praleisdavo besigydydami. Autorių nuomone, tai nevisai tiksliai atskleidžia priežastis, kodėl gydytojų darbo sritis labiau dominuoja. Socialinės paslaugos, autorių nuomone, turėtų būti labiau svarbios nei yra. Svarbu ir tai, kad visuomenėje dar vyrauja nuomonė nepakankamai vertinanti biopsichosocialinį gydymo modelį.

Netgi išsprendus organizacines problemas, t.y. padidinus socialinių darbuotojų skaičių ir sudarius palankias sąlygas jų darbui, tebelieka socialinių darbuotojų ir kitų specialistų, dalyvaujančių pagalbos teikime, bendradarbiavimo problema. Šioms problemoms spręsti Gurovich (2004, p. 133) siūlo organizuoti komandos darbą taip, kad kiekvienas komandos narys ne tik žinotų ir aktyviau vykdytų savo užduotis, bet ir suprastų kitų komandos narių pareigas ir atsakomybę. Warner R. (2003, p.15) mano, kad Didžiojoje Britanijoje atskirtos medicinos ir socialinės sistemos turi būti apjungtos. Didelė dalis socialinių darbuotojų daromo darbo priskirtina psichikos sveikatos apsaugos socialinei tarnybai. Faktas, kad nesuteikta socialinė pagalba pacientui pirmą kartą apsilankiusiam pas gydytoją reiškia ankstyvosios intervencijos ir antrinės profilaktikos galimybės nepanaudojimą. Socialiniai pagalbos aspektai dažnai yra ignoruojami. Jei socialinių darbuotojų aktyvumas komandose mažėja, tai rizikuojama nekokybiškai padėti sunkiai sergantiems žmonėms (Anthony, 1998, p.53).

Kokios bebūtų organizacinės problemos, reikalavimai tarpdisciplininiam bendradarbiavimui lieka labai aukšti. Tai paciento gaunamos paslaugos kokybės tarpdisciplininis įvertinimas (Gurovich, 2004:133). Diagnostiką turi sudaryti ir medicininis, ir socialinis aspektai: šeimos sudėtis, anamnezė, vaikystėje patirtos problemos, esančios materialinės ir psichologinės problemos, socialiniai ryšiai ir palaikanti aplinka. Gydomo tikslus tikslinga apibrėžti išvelgiant ir medicininis, ir socialinius veiksnis. Profesionalai turėtų aiškiai suprasti, kas ir už kokią darbą teikiant paslaugas yra atsakingi, periodiškai peržiūrint numatytus tikslus. Nuolatinė medicininė ir socialinė psichikos ligomis sergančiųjų priežiūra yra pagrindinis uždavinys teikiant pagalbą. Pagrindiniai priežiūros uždaviniai yra: diagnostika, konsultacijos, kontaktų užmezgimas (tarpininkavimas, kuris padėtų pacientui kontaktuoti su kitomis institucijomis, teikiančiomis reikalingas paslaugas), stebėjimas ir būklės vertinimas, t.y. tos veiklos, kurios padeda žmogui kasdieniame jo gyvenime (Gurovich, 2004:133).

Bendradarbiavimo organizavimui ir vertinimui praktinės reikšmės turi ir N.Mauthner`io ir bendraautorių (Mauthner, cit.pg. Shorter Oxford Textbook of Psychiatry, 2006, p. 767) tyrimas. Šio tyrimo duomenimis Škotijoje veikiančių psichikos sveikatos komandų darbas skiriasi ir komandų sudėtimi, ir darbo ypatumais. Daugelyje komandų dirba gydytojas psichiatras (90%) ir psichikos sveikatos slaugytojas (100%); be to komandose dirba socialinis

darbuotojas (81%), užimtumo specialistas (81%). Rečiau komandose dirba kitų profesijų specialistai, pavyzdžiui klinikiniai psichologai dirba 55% komandų. Vidutiniškai vienoje komandoje dirba 11 specialistų. Paprastai komanda turi savo veiklos bendruomenę su 30- 80 tūkstančių gyventojų skaičiumi.

Tačiau yra daug neigiamų nuomonių dėl specialistų konstruktyvaus bendradarbiavimo. Kaip teigia A. Foster (1998, p.18) ir kiti autoriai (Overveit, 2003, Warner, 2003), dažnai įvairių disciplinų specialistai turi skirtingus sugebėjimus ir užima skirtingas vietas valdymo hierarchijoje. Aukštesnes vietas hierarchijoje turintys nariai dažnai direktyviai perša savo nuomonę kitiems nariams, o tai trukdo efektyviai dirbti ir sukelia konfliktus. Tačiau konfliktines situacijas sukelia ne tik tai. Išskiriamos tokios *konfliktines situacijas* sukeliančios problemos:

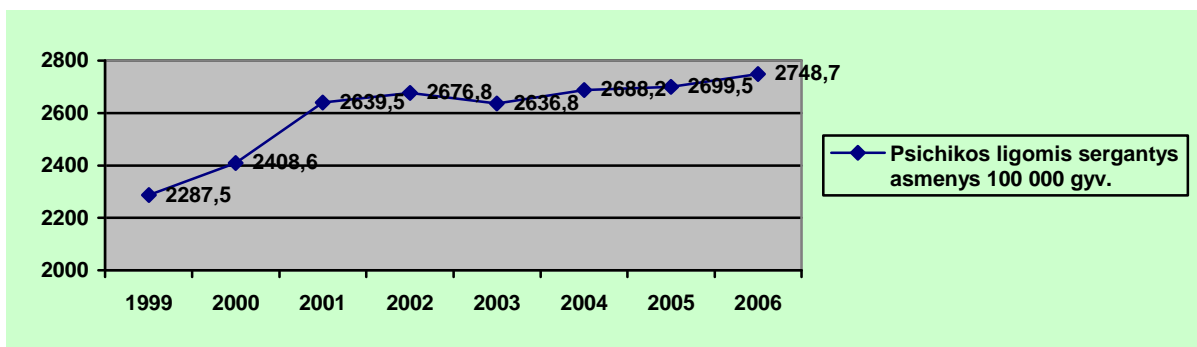
1. Harmoningam darbui trukdo *lyderiavimo ir atsiskaitomybės* klausimai. Kuo daugiau narių sudaro pagalbos tinklą, tuo dažniau kyla vidinių konfliktų (S. Ramon`as, 1989).
2. Sunkumai kyla dar ir dėl narių individualumo ir savo *vaidmenų* netekimo ar *profesinių ribų* išsitrynimo (J. Borus`as, 1978).
3. Neretai tokie tarpdisciplininio darbo principai gali *atitolinti nuo pacientų* poreikių. „Sprendimai, kuriuos priima komanda, dažnai yra visiškai svetimi ir nepriimtini pacientams. Tuo tarpu labai daug laiko skiriama vidinių komandos ryšių palaikymui. Pateikiami pavyzdžiai, kai 25% komandos darbo laiko, arba 140 vieno komandos nario darbo valandų per metus, yra skiriami administraciniam darbui“ (Ovretveit, 2003, p. 214).
4. Daugelyje Vakarų šalių padėtis apsunkinama tuo, kad pagalbos tinklai neretai funkcionuoja kaip uždaro tipo atskiri padaliniai, nevykdantys socialinio dialogo su kitomis tarnybomis, o tik pasirašantys sutartis ir įsipareigojantys teikti pagalbą savo padalinio ribose (Gurovich, 2004, p.133).

Taigi, daugelyje užsienio autorių rekomendacijų pabrėžiama reguliaraus bendradarbiavimo tarp nespecializuotų ir specializuotų paslaugų tinklų svarba, sudarant išsamų individo įvertinimą bei paslaugų planą, koordinuojant teikiamas paslaugas, vykdant jų monitoringą (Textbook of Community Psychiatry., 2001). Tai leidžia pigesnėmis priemonėmis nei specializuotos programos, lanksčiai teikti pagalbą krizių atvejais išvengiant asmenų hospitalizavimo į psichiatrijos ligoninę.

III. PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS REFORMAVIMAS, SITUACIJOS LIETUVOJE ANALIZĖ

3.1. Reformos kryptys Lietuvoje ir gyventojų psichikos sveikatos apžvalga

Lietuvoje psichikos sveikatos priežiūros sistemos reformai tenka sunkūs uždaviniai. Pirma, pereinamojo laikotarpio sunkumai atskleidė itin prastą visuomenės psichikos sveikatos būklę, pasireiškiančią labai dideliu savižudybių, alkoholizmo paplitimu, plintančia narkomanija. Lietuvoje per pastaruosius metus sergamumas psichikos ligomis didėjo. Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenys apie sergančiųjų psichikos ligomis skaičių 100 000 gyventojų pateikiami 5 pav. Absoliutus sergančiųjų skaičius 2006 m. pabaigoje - 93292 asmenys (Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2007). Antra, iš ankstesnės sistemos paveldėtas psichiatrijos pagalbos modelis, grindžiamas psichikos sutrikimus turinčių asmenų izoliavimu specializuotose įstaigose, rodo uždaros visuomenės pastangas ignoruoti psichikos sveikatos problemas bei vis dar stiprias tendencijas diskriminuoti psichikos ligonius ir laikyti juos keliančiais grėsmę aplinkiniams. Trečia, pastangos psichikos sveikatos problemas spręsti moderniosios visuomenės sveikatos sampratos kontekste kaip bendruomenės problemas, susiduria su kliūtimis - Lietuvoje išgalėję visuomenėje mitai apie psichikos ligas bei ligonius, ir menkos savivaldybių finansinės galimybės, socialinės pagalbos bendruomenėje stoka (Globali iniciatyva psichiatrijoje, 2005, p. 18).



5 pav. Psichikos sveikatos sutrikimų skaičius 100 tūkst. gyventojų Lietuvoje (1999-2006).
(parengta pagal Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenis, 2007)

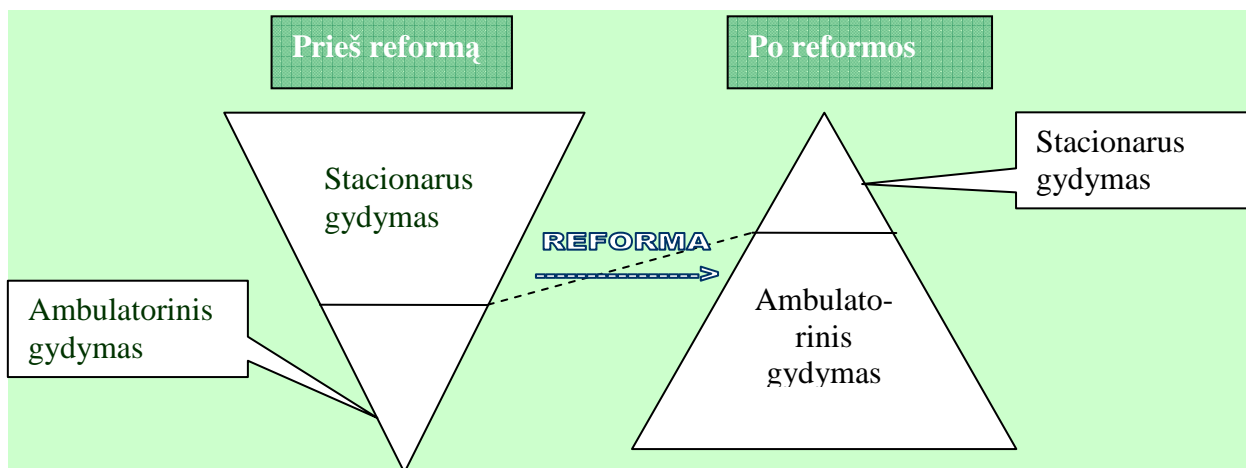
Lietuvoje skiriami šie psichikos sveikatos priežiūros teikimo lygiai:

- savivaldybių - savivaldos vykdomosios institucijos organizuoja *pirminę* asmens ir visuomenės psichikos sveikatos priežiūrą;
- apskričių - *antrinė* psichikos sveikatos priežiūrą organizuoja apskričių viršininkai pagal Sveikatos apsaugos ministerijos nustatytą mastą ir profilį
- valstybės - *trečinis* (Sveikatos apsaugos ministerija ir jai pavaldžios valstybės institucijos organizuoja nustatyto masto tretinę asmens ir visuomenės psichikos sveikatos priežiūrą įstaigose, kurių steigėjas yra Krašto apsaugos ministerija, Vidaus reikalų ministerija ar joms pavaldžios valstybės institucijos).

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

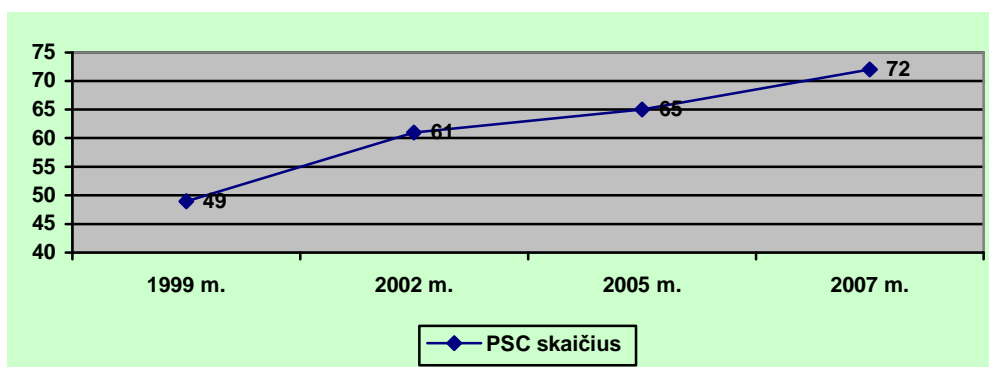
Lietuvos valstybės pastangas kurti šiuolaikinę, tarptautinius standartus atitinkančią psichikos sveikatos apsaugos sistemą, galima būtų suskirstyti į tris etapus. Pirmajam etapui (1989 – 1993) būdingas opių problemų, kurias slėpė sovietinė ideologija, įvardijimas ir atskleidimas, pirmųjų naujo tipo psichikos sveikatos tarnybų, nevyriausybių organizacijų ir profesinių organizacijų kūrimąsi. Suvokus psichikos sveikatos svarbą bei didžiulį psichikos ir elgesio sutrikimų, savižudybių, prievartos, priklausomybės nuo psichoaktyviųjų medžiagų paplitimą tarp Lietuvos gyventojų, visų lygių valdžios struktūros ir stiprėjantis nevyriausybių organizacijų sektorius kasmet vis daugiau ėmė skirti dėmesio psichikos sveikatos problemoms spręsti. Antrojo etapo (1994 – 1996) svarbiausias pasiekimas Seimo 1995 m. priimtas Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas, kuris padėjo pagrindą psichikos sveikatos apsaugos sistemos kokybinėms permainoms ir mažinti piktnaudžiavimą psichiatrijoje. 1997 – 2005 metais žengti dar keli svarbūs žingsniai valstybės psichikos sveikatos politikai formuoti – įsteigtas Valstybinis psichikos sveikatos centras, sudaryta Valstybinė psichikos sveikatos komisija. Lietuvoje, vykdamt sveikatos priežiūros reformą, nustatyta pagrindinė kryptis - stacionarinio gydymo lyginamojo svorio mažinimas ir ambulatorinio gydymo lyginamojo svorio didinimas (žr. 6 pav.). Šis trečiasis etapas susijęs su pastangomis spręsti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų

finansavimo problemas ir vadovautis naujais sveikatos sistemos reformos ir sveikatos draudimo sistemos principais. Nors Valstybinės psichikos ligų profilaktikos programoje ir deklaruojamas prioritetas nestacionarinėms paslaugoms, priartinančioms pagalbą prie bendruomenės ir pirminio lygio sveikatos priežiūros, iki šiol mažai pakitęs paslaugų finansavimo mechanizmas palaiko daugiametę tradiciją – didžiausią lėšų dalį psichikos sveikatos priežiūrai skirti psichiatrijos ligoninėms ir psichoneurologijos pensionatams (World Health Organization, 2007, p. 418).

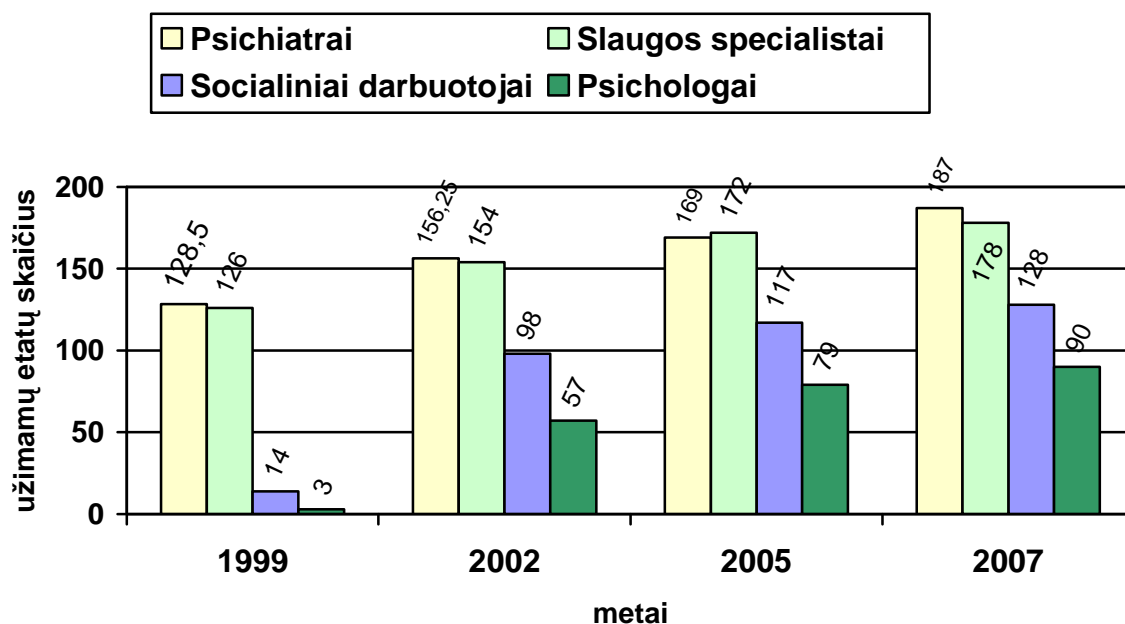


6 pav. Psichikos sveikatos priežiūros reformos kryptis Lietuvoje

Viena svarbiausių Lietuvos sveikatos priežiūros reformos krypčių - laipsniškas perėjimas nuo vyraujančios pagalbos ligoninėse prie ambulatorinių paslaugų bendruomenėje. Šiuo tikslu 1997m. Lietuvoje pradėti steigti psichikos sveikatos centrai (PSC). PSC skaičius nuolat didėja (žr.7 pav.) Šiuo metu yra 72 PSC. Psichikos sveikatos centras yra pagrindinė įstaiga, teikianti pirmines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas. Centre dirba psichiatrai, vaikų psichiatrai, psichologai, atitinkamai parengti slaugos specialistai ir socialiniai darbuotojai. Ten, kur nėra centrų, dirba tik psichiatrai ir slaugos darbuotojai, dalį funkcijų atlieka bendrosios praktikos gydytojai (Dembinskas, 2003: 65). Duomenys apie šių centrų etatų užimtumą ir specialistų kaitą yra pateikti 8 paveiksle (Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2007)



7 pav. Psichikos sveikatos centrų (PSC) skaičius Lietuvoje (1999-2007).
(parengta pagal Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenis, 2007)



8 pav. skirtingų profesijų užimamų etatų skaičius Lietuvos PSC (1999-2007).
(parengta pagal Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenis, 2007)

Prasidėjus psichiatrinės pagalbos reformai, psichikos sveikatos priežiūros sistema keičiasi - vis labiau pabrėžiama ir plėtojama ambulatorinė psichiatrijos pagalba. Ambulatorinės pagalbos decentralizavimas steigiant psichikos sveikatos centrus (PSC) bendrosiose didžiųjų miestų poliklinikose ir rajonuose įgalina kiek įmanoma priartinti psichiatrijos pagalbą prie gyventojų ir realiai gerinti teikiamų paslaugų kokybę (Dembinskas, 2003, p. 23).

Kaskart daugiau dėmesio skiriama ir tam, kad teikiamos paslaugos kiek įmanoma atitiktų pačių vartotojų norus bei lūkesčius. Šiandien Lietuvoje veikia nemažai nevyriausybinių paslaugų vartotojus ir jų artimuosius vienijančių organizacijų, kurių dėka patys paslaugų vartotojai betarpiškai įsijungia į psichikos sveikatos priežiūros reformavimo ir paslaugų teikimo procesą. Būtent šios organizacijos identifikavo užimtumo poreikį, paskatino ir padėjo gauti PSC finansavimą užimtumo kambariams kurti. Atsirado pacientų klubų, pradėta plėtoti socialines paslaugas. Šiuo metu PSC įsteigtuose užimtumo kambariuose paslaugos tapo prieinamos beveik dviem trečdaliams psichikos negalios žmonių. (Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2006). Į psichikos sveikatos apsaugos bei priežiūros procesą kiekvienoje savivaldybėje aktyviau įsijungia ne tik psichikos sveikatos centrų specialistai, bet ir bendrosios praktikos gydytojai, savivaldybių globos ir rūpybos skyriai, švietimo skyrių psichologinės tarnybos, policija, vaikų teisių apsaugos tarnybos, bažnyčia, nevyriausybinių organizacijų, dienos centrai, socialinės paramos centrai ir kitos institucijos. Užtikrinti pasiektų rezultatų ilgalaikiškumą ir tęstinumą galima tik

kompleksiškai vertinant psichikos sveikatos problemas ir koordinuojant visų susijusių institucijų veiklą. LR Psichikos sveikatos įstatymas numato, kad Psichikos sveikatos centruose turi dirbti ir gydytojai psichiatrai, ir medicinos slaugytojos, ir psichologai bei socialiniai darbuotojai. Psichikos sveikatos specialistų komandinis darbas susijęs su bendradarbiavimu ir požiūrių pasikeitimu, o įvairių specialistų komandinio darbo esmė yra konsensusas tarp įvairių mokslo šakų. Visos mokslo šakos, susijusios su priežiūra ar gydymu, prisideda prie gydymo plėtojimo, vertinimo ir derinimo (LR Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas), tačiau Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemoje vyrauja tarpsektorinės ir tarpžinybinės problemos.

3.2. Socialinio dialogo tarpsektorinės ir tarpžinybinės problemos Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemoje

Politinis kontekstas įgyvendinant psichikos sveikatos priežiūros programas

Lietuvos piliečių psichikos sveikatos apsaugoje viena iš sudėtingiausių problemų - užtikrinti bendrą ir koordinuotą įvairių valstybės valdymo ir visuomeninių institucijų ir organizacijų veiklą šioje srityje. Nuo nepriklausomybės atkūrimo ligi šiol valstybiniame lygyje psichikos sveikata ir formaliai, ir neformaliai daugiausia rūpinosi tik viena profesionalų grupė - psichiatrai, o politine prasme visas krūvis tekdavo Sveikatos apsaugos ministerijai. Tačiau ši tendencija rodo visuomenėje, politikų ir profesionalų tarpe vyraujančią ypač medikalizuotą požiūrį. Dėl to sumažėjo kitų ministerijų, kurioms taip pat tenka spręsti nemažą dalį su psichikos sveikata susijusių problemų, atsakomybė ir aktyvumas. Darbo ir socialinio aprūpinimo, Švietimo ir mokslo, Vidaus reikalų, Krašto apsaugos ministerijose iš viso šiai problemų grupei beveik nebuvo skiriamas dėmesys (Pūras D., 2006) Dėl to šis rūpinimasis psichikos sveikata, jos prevencinėmis programomis likdavo atskirų valdininkų ar šios srities entuziastų mažai koordinuotų veiksmų visuma. Palaipsniui ėmė ryškėti tokios politikos trūkumai. Daug problemų šioje srityje išryškėjo ir įvedus Lietuvoje draudiminės medicinos modelį, nes kiekviena ministerija su šiomis problemomis tvarkosi atskirai, o praktikoje jų pastangų ir lėšų kooperavimo būtinybė tampa vis labiau akivaizdi. Menkai šioms problemoms spręsti įtraukiamos nevyriausybines organizacijos. Iki kol 2000 metais buvo įkurtas Valstybinis psichikos sveikatos komitetas, bendradarbiavimas ir koordinacija daugiau apsiribodavo deklaracijomis, o ne bendru praktiniu darbu. Valstybinis psichikos sveikatos komitetas buvo įkurtas po ilgų debatų Seime,

Vyriausybėje, atskirose ministerijose. Buvo tikėtasi, kad šis komitetas visų pirma koordinuos ir finansuos iš valstybės lėšų vykdomas mokslines ir praktines programas, siekdamas geresnio tarpžinybinio bei tarpsektorinio bendradarbiavimo, padėdamas išvengti darbų dubliavimo, ir kaip įmanoma geriau strategiškai bei metodologiškai įvertindamas visų į finansavimą pretenduojančių projektų vertę. Į šio komiteto sudėtį įeina įvairių ministerijų (Sveikatos, Darbo ir socialinės apsaugos, Švietimo ir mokslo, Vidaus reikalų) viceministrai, bažnyčios atstovai, nevyriausybinių ir profesionalų organizacijų delegatai. Reprezentacijos lygiu ši komisija iš tiesų yra labai aukšto rango, tačiau bet kurios struktūros darbingumą, ypač jei ji sudaryta iš visuomeniniais pagrindais dirbančių narių, nulemia biurokratinis aparatas. Komisijos gyvastį užtikrinančio darbuotojų kolektyvo kol kas nėra, ir taip galima paaiškinti dar vis mažai jaučiamą įkurto komiteto įtaką į praktinius darbus psichikos sveikatos srityje. Be to, politikų dalyvavimas šiame komitete kelia ir tam tikrų problemų: besikeičiant ministerijų vadovams neretai keičiasi ir politinio pasitikėjimo lygio valdininkai viceministrai, dėl ko menkai tegali būti užtikrintas komisijos darbų tęstinumas. "Tai buvo daug žadantis politinis sprendimas, kuris turėjo realizuoti psichikos sveikatos prioritetą. Deja, ši komisija iš esmės taip ir nepradėjo realios veiklos, o tai reiškia, kad politinės valios skirti rimtą dėmesį psichikos sveikatai nepakako" (Valstybinė Psichikos Sveikatos 2005-2010 metų strategija).

Naujas Lietuvos psichikos sveikatos strategijos projektas „Valstybinė psichikos sveikatos 2005-2010 metų strategija“ buvo parengtas po 2005 m. PSO Europos ministrų konferencijos Helsinkyje „Iššūkiai ir sprendimai. Europos psichinės sveikatos apsaugos veiksmų planas“. Kaip pažymima PSO eksperų gautoje ataskaitoje, Lietuvos psichikos sveikatos strategija, kurią Lietuva priėmė 2007 metais, apima psichikos sveikatos prioritetus, principus ir rekomendacijas. PSO ekspertai mano, kad Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistema per 15 pastarųjų metų vystėsi išpūdingai, nors tam tikrų sistemos komponentų vystymas dar reikalauja pokyčių. Naujoji Strategija, kurioje nurodomos veiklos kryptys ir ankstesnės sistemos pertvarka, atspindi bendrus tarptautinio masto pokyčius, kai psichikos sveikatos priežiūra vystosi decentralizavimo link, perkeliant priežiūrą į bendruomenę (Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2007) Pagrindiniai Psichikos sveikatos strategijos siekiai: sutrumpinti hospitalizaciją iki 25 d., sumažinti psichiatrijos lovų skaičių 15 proc., 25 proc. padidinti vietų skaičių dienos stacionaruose ir centruose, sumažinti savižudybių skaičių 100 tūkst. gyventojų iki 30, stabilizuoti alkoholinių psichozijų skaičiaus didėjimą (Valstybinė Psichikos Sveikatos 2005-2010 metų strategija). Naujajai Lietuvos Psichikos sveikatos strategijai įgyvendinti, veiksmų planui numatyti, kuriamos darbo grupės iš įvairių suinteresuotų visuomenės psichikos sveikatos problemomis valstybės institucijų, nevyriausybinių organizacijų, profesinių organizacijų,

paslaugų teikėjams ir gavėjams atstovaujančių organizacijų, universitetų, visuomenės, žiniasklaidos atstovų. Strategijoje numatytas ir darbo grupių bendradarbiavimas ir su Valstybine psichikos sveikatos komisija. Šios komisijos darbas galėtų ir turėtų būti aiškios ir kryptingos valstybinės politikos psichikos sveikatos srityje užtikrinimo instrumentas. Be to, tai yra organas, kuriame galima efektyviai derinti įvairių įstatymų ir poįstatyminių aktų, ruošiamų skirtingose ministerijose ar organizacijose, projektus, apibendrinti jau įgyvendintų priemonių efektyvumą ar suplanuoti bendrus veiksmus.

„Nors strategiškai psichikos sveikata paskelbta prioritetu, tačiau strateginis sureikšminimas nesusijęs su tikrove. 2007 m. vasarį Vyriausybė patvirtino prioritetines Lietuvos mokslinių tyrimų ir eksperimentinės plėtros 2007– 2010 m. kryptis. Su sveikatos mokslais susijusi pirmoji sritis: moksliniai tyrimai žmogaus gyvenimo kokybei užtikrinti. Čia lyg ir būtų galima džiaugtis, nes gyvenimo kokybė ir psichikos sveikata susiję, kol akis neužkliūna už patikslinimo, kad gyvenimo kokybė Lietuvoje tai: genomika ir biotechnologijos sveikatai ir žemės ūkiui, geros kokybės, saugaus ir ekologiško maisto technologijos, ekosistemų ir klimato pokyčiai. Panašu, kad psichikos sveikatos tyrimus atidėsime geresniems laikams.... O po penkerių metų galėsime piktintis, kad strategija nevykdoma. Kita vertus, daug metų nevykdyta ir Psichikos sutrikimų profilaktikos programa, anot Nacionalinės sveikatos tarybos, nevykdomas ir Alkoholio kontrolės įstatymas. Panašu, kad strategija tiesiog dar vienas dokumentas, kurio niekas nesiruošė vykdyti nuo pat pradžių.” (N. Goštautaitė, 2007, p.3). Tokia yra psichiatrijos praktikų pesimistinė išvalga ir tik ateityje išryškės ar valstybės politika neliks vien norminiuose dokumentuose įtvirtinta idėja, o sulauks realaus ir efektyvaus įgyvendinimo. Šiuo metu Strategijos įgyvendinimo Programa (2008-2010 m.) dar rengiama.

Tarpžinybinis bendradarbiavimas

Kaip pateigiama „Globalios iniciatyvos psichiatrijoje“ tyrimo apie bendruomenines psichikos sveikatos paslaugas ataskaitoje (Globali iniciatyva psichiatrijoje, 2005, p.26): formaliai tarpžinybinis bendradarbiavimas vyksta, bet praktiškai ne. Bendradarbiavimas vyko sklandžiai, kol tereikėjo paslaugų vartotojus izoliuoti, t.y. apgyvendinti psichoneurologiniuose pensionatuose arba nustatyti neveiksnumą. Tačiau dabar, kai reikia nuspręsti kas finansuos naujas paslaugas – Sveikatos apsaugos ministerija, Socialinės apsaugos ministerija ar abi šios ministerijos – bendradarbiavimas sutriko. Į minėtą bendradarbiavimą formaliai įtrauktos ir nevyriausybines organizacijas (NVO) bei profesinės asociacijos. NVO vaidmuo iš tikrųjų nemažas. Jos organizuoja naujo tipo paslaugas bendruomenėje, stengiasi daryti politikams spaudimą dėl reformų. Tačiau bendruomenines paslaugas NVO gali teikti tik epizodiškai, t.y. kol

vykdomas vienas ar kitas projektas. Tad suprantamas šio sektoriaus noras siekti Europos Sąjungos struktūrinių fondų paramos. Privatus sektorius psichikos sveikatos priežiūroje dalyvauja teikdamas mokamas, daugiausia psichoterapines paslaugas. Jis nedalyvauja finansavime, tačiau kartais teikia paramą atskiriems asmenims arba įstaigoms, pvz. skiria baldų, įrangos, komunikacijos priemonių ir pan. Įtakingiausios yra farmacinės firmos, organizuojančios įvairius seminarus, teikiančios vaistų labdarą, remiančios vaistų tyrimus ir pacientų klubų veiklą. Viešasis, privatus ir NVO sektoriai bando bendradarbiauti valstybės lygiu, teikdami paslaugų vartotojams apgyvendinimo ir įdarbinimo paslaugas (Globali iniciatyva psichiatrijoje, 2005, p.26)

Paslaugų vartotojų ir jų artimųjų dalyvavimas (esama situacija)

Dabartinė medicinos sistema neįtraukia paslaugų vartotojų į jokių paslaugų teikimo etapą. Pavyzdžiui, net sąskaitas už paslaugas paslaugų teikėjai siunčia tiesiogiai Vilniaus teritorinės ligonių kasos mokėjimų agentūrai, taip išvengdami sąlyčio su klientais. Menką vartotojų dalyvavimą patvirtina ir „2006 metais Stokholme įsikūrusio Sveikatos paslaugų tyrimo centro paskelbtas Europos sveikatos priežiūros paslaugų vartotojų indeksą, pagal kurį Lietuva tarp 26 valstybių užėmė 26-ąją vietą. Esama visokių indeksų, tačiau šiuo atveju buvo kalbama apie solidarumo principo įgyvendinimą tarp sveikatos institucijų ir pacientų“ (cit. pgl. Jurgelėnas, 2007, p. 27). Visų ligoninių statutuose yra nuostata dėl *stebėtojų tarybų*, kurias turėtų sudaryti visuomenės atstovai. Tačiau šios tarybos yra visiškai formalios ir posėdžius jos susirenka ne dažniau nei kartą per metus ir kol kas neturi jokios įtakos paslaugų valdymui. Tvirtindamos direktorių metines ataskaitas jos tik formaliai dalijasi atsakomybe (Pūras D., 2006, p. 16).

Šalies lygiu veikia keletas sveikatos paslaugų vartotojų organizacijų, kurios paprastai steigiamos pagal konkrečią diagnozę (pvz.: astma, cukrinis diabetas, inkstų nepakankamumas ir kt.), tačiau savivaldos lygiu jos nedalyvauja nei paslaugų planavimo, nei teikimo, nei stebėsenos procese. Nuo sovietinių laikų globos ir rūpybos sektoriuje žmonių su fizine negalia (ypač su regėjimo ir klausos sutrikimais) organizacijos yra įtakingos. Tačiau, nors ir gaudamos didelę finansinę paramą, jos realiai neprisideda prie sveikatos apsaugos sektoriaus raidos (Pūras D., 2006, p. 16).

Remiantis 2003-2004 m. Vilniuje atlikto tikslinės grupės tyrimo duomenimis, psichikos pacientų artimieji dažnai patiria didelę gėdą ir yra itin stigmatizuojami. Jie negauna jokios oficialios pagalbos iš psichikos sveikatos specialistų, kadangi jokios sveikatos draudimo fondo mokamos paslaugos nėra skirtos artimiesiems. Artimieji teigia, kad specialistai juos vertina ne kaip galimus pagalbininkus, o tik kaip paslaugų vartotojų, kuriems būtina skirti brangų psichiatrų laiką, lydinčiuosius asmenis. Specialistai neturi jokios motyvacijos palaikyti produktyvius

santykius su artimaisiais, todėl šie jaučiasi visiškai nevertinami (Globali iniciatyva psichiatrijoje, 2006).

Paslaugų vartotojų ir nevyriausybinių sektoriaus vaidmens stiprinimas, pacientų ir jų šeimų tarybos gali vaidinti svarbų vaidmenį iš vidaus pertvarkant psichikos sveikatos priežiūrą, nes pacientai yra ne tik paslaugų objektai, bet ir individai, turintys didelę patirtį, galinčią padėti geriau suprasti ligų ir jų gydymo poveikį. Vis dėlto gana sunku sukurti veiksmingą pacientų tarybų ir dalyvavimo sistemą, todėl siūloma ieškoti glaudesnių ryšių su jau veikiančiomis grupėmis Europoje (Pūras, 2006, p.21). Tokios nevyriausybines organizacijos kaip Globali iniciatyva psichiatrijoje gali būti labai naudingos plėtojant panašius kontaktus.

Sėkmingos socialinės partnerystės Lietuvos psichikos sveikatos sitemoje pavyzdžiai

Lietuvoje yra ir sėkmingai įgyvendinamų projektų, kurie paprastai finansuojami iš užsienio fondų (Germanavičius A., Pūras D., 2006). Lietuvoje veikiančios tarptautinės organizacijos „Globali iniciatyva psichiatrijoje“ regioninis biuras, turėdamas platų tarptautinio bendradarbiavimo tinklą, per šešerius metus sėkmingai įgyvendino daugiau nei 60 nacionalinių ir tarptautinių projektų (Globali iniciatyva psichiatrijoje, 2006 m. veiklos ataskaita). Pagrindinė įstaigos veikla - projektų įgyvendinimas, o prioritetinių sričių spektras platus ir apima: poveikį politikai, reformuojant psichikos sveikatos priežiūros sistemą; žmogaus teisių apsaugą; naujų paslaugų kūrimą; naujų iniciatyvų skatinimą; nevyriausybinių organizacijų stiprinimą. Įgyvendindama projektus bei skleisdama naują požiūrį į psichikos sveikatą „Globali iniciatyva psichiatrijoje“ prisideda prie pacientų destigmatizacijos proceso, nepagrįstų mitų, susijusių su psichikos negalia turinčiais asmenimis, griovimo. Daugiausia žiniasklaidos ir visuomenės susidomėjimo sulaukė akcija „Kvaila bijoti atsisukusio varžtelio“, kuri svarbi keičiant visuomenės nuomonę . Akcijos rezultatyvumas buvo pagrįstas tyrimu, kurio išvadose teigiama, kad pozityvią nuostatą dėl psichikos negalią turinčių darbuotojų į(si)traukimo į darbo rinką išreiškė 8-10 proc. daugiau tyrimo dalyvių nei prieš tolerancijos akciją (Globali iniciatyva psichiatrijoje, 2006 m. veiklos ataskaita). Šios organizacijos iniciatyva buvo įdiegtos inovacinės, Lietuvoje dar neteiktos, tačiau pasaulyje pripažintos ir efektyviai veikiančios socialinės paslaugos psichiatrijoje. 2006 metais Lietuvoje pirmą kartą atsirado paciento patikėtinio ir darbo asistento pareigybės. Paciento patikėtinio darbo esminis principas – nepriklausoma nuo gydymo įstaigos pozicija ir paciento rėmimas santykyje su personalu, bet kol kas pačioms patikėtinėms, kurių šiuo metu Vilniuje yra 3, tenka kovoti ne kiek už pacientų, kiek už savo teises (Globali iniciatyva psichiatrijoje, 2007). Darbo asistentai buvo mokomi ir įdarbinami įgyvendinant ES

EQUEL projektą „ Žmonių, turinčių proto ir psichikos negalią, įdarbinimas“. Platus Globalios iniciatyvos psichiatrijoje partnerių tinklą atspindi ir rėmėjai, t.y. gaunamos lėšos projektų įgyvendinimui dažniausiai iš užsienio fondų. 2006 metų viešosios įstaigos „Globali iniciatyva psichiatrijoje" ataskaitoje pateikiami rėmėjai (visos gautos lėšos atitinka 100%):

- Europos Komisija (65,36%).
- Nyderlandų katalikiškoji paramos ir vystymo organizacija CORDAID (20,57%).
- Nyderlandų užsienio reikalų ministerija (5,67%).
- Norvegijos akademinių tyrimų taryba (4,83%).
- Nyderlandų ambasada Lietuvoje(1,06%).
- Vilniaus miesto savivaldybė (0,95%).
- Atviros visuomenės institutas (0,85%).
- Britų Ambasada Lietuvoje (0,36%).
- Lietuvos neįgaliųjų reikalų departa- mentas (0,27%).
- Gyventojų skirti 2 procentai (0,06%).

Apibendrinant **socialinę partnerystę** ir šiuo metu vykstantį **socialinį dialogą Lietuvos** psichikos sveikatos sistemoje, galima teigti, kad daugiausia bendradarbiavo ir plėtojo naujo tipo paslaugas nevyriausybinės organizacijos, kurioms savo ruožtu buvo sunku rasti reikiamų lėšų ir kurios išliko labai priklausomos nuo užsienio rėmėjų. Be to, ryšys tarp tradicinių (valstybinių) psichiatrijos paslaugų ir naujųjų bendruomenės paslaugų buvo trapus, o kartais jo apskritai nebuvo. Niekur Lietuvoje nepavyko sukurti nuoseklios psichikos sveikatos paslaugų sistemos, jau nekalbant apie jos tvarumo užtikrinimą. Vilniuje „Vasaros projektas" (projektą įgyvendinančios institucijos veikla pristatoma 3.3. darbo dalyje) suteikė galimybę rasti alternatyvią strategiją nuosekliai psichikos sveikatos paslaugų sistemai kurti. Kaip bazę šiam projektui įgyvendinti pasitelkus netoli miesto centro esančią tradicinę psichiatrijos ligoninę, sukurta keletas naujų bendruomenės paslaugų centrų ir siekiama užmegzti ryšius su jau esamais paslaugų centrais. 2007 metų PSO Europos observatorijos sveikatos sistemai ir politikai pranešime „Vasaros projektas“ pristatomas kaip geros praktikos pavyzdys, kuris inicijuoja deinstitutionaliavimo procesus, keičiantis psichikos sveikatos priežiūros sistemai Lietuvoje (Knapp M., 2007, p.418 -419).

3.3. Tyrimas - socialinis dialogas institucijoje

3.3.1. Tyrimo tikslas, uždaviniai ir hipotezė

Tyrimo tikslas:

Ištirti vieną pagrindinių socialinio dialogo elementų darbo vietoje – pasikeitimą informacija tarp personalo, dirbančio Vilniaus miesto psichikos sveikatos centre (VMPSC).

Uždaviniai:

1. Nustatyti ryšius tarp įvairių profesionalų grupių – psichiatrų, slaugytojų, psichologų ir socialinių darbuotojų.
2. Atskleisti bendras tendencijas apie dalijimąsi informacija tarp visų profesinių grupių.
3. Išanalizuoti VPSC darbuotojų požiūrį į komandinio darbo principų taikymą kasdienėje praktikoje.
4. Remiantis tyrimo metu gautais duomenimis sudaryti išvadas ir galimas rekomendacijas dėl profesionalų tarpusavio dialogo gerinimo ir komandinio darbo efektyvumo didinimo.

Tyrimo hipotezė:

Į psichikos sveikatos priežiūros paslaugų sistemose vykstantį socialinį dialogą darbo vietoje netolygiai įsilieja visos suinteresuotų profesinių psichikos sveikatos specialistų grupės (gydytojai-psichiatrai, slaugos darbuotojai, psichologai, socialiniai darbuotojai).

3.3.2. Tyrimo metodai ir tyrimo proceso organizavimas

Parengta kokybinio įvertinimo metodika, skirta nustatyti egzistuojančius ryšius tarp įvairių profesinių grupių. Klausimynas buvo sukurtas taip, kad atskleistų informacijos pasidalijimą darbo vietoje tarp profesionalų – kaip galingą kasdienio klinikinio darbo instrumentą ir nuo personalo vertybių ir požiūrių priklausantį kintamąjį. „Socialinio dialogo elementas – pasikeitimas informacija yra vienas esminių ir būtinų aspektų efektyviam socialiniam dialogui. Savarankiškai jis nenumato jokios tikros diskusijos dėl svarstytinų problemų, bet vis dėl to tai - esminė dalis tų procesų, dėl kurių vyksta dialogas ir sprendimai“ (International Labor Organization, 2004, p.6). Sąmoningai vengta tiesioginių klausimų apie vertybines nuostatas darbo metu. Būtent todėl koncentruotasi vien į informaciją ir stengtasi apibūdinti visus informacijos sklaidos aspektus. Visi pokalbių dalyviai buvo skatinami pateikti informaciją, o ne išreikšti savo vertybines nuostatas.

Įvertinimo laikotarpis: 2007 lapkritis – 2007 gruodis.

Teminis interviu pokalbio planas. Interviu klausimynas

1. Kaip Jūs apibūdintumėte savo veiklą – ką Jūs, kaip savo profesijos atstovas darote?
2. Kokią informaciją apie klientus Jūs gaunate/negaunate iš kitų profesionalų ir kokią jiems perduodate/neperduodate?
3. Kaip dažnai susitinkate aptarti probleminių situacijų? Ar susitikimai reguliarūs, ar priklauso nuo iškilusios problemos sudėtingumo?
4. Kas dažniausiai inicijuoja susirinkimus?
5. Kaip turėdami skirtingas profesines kvalifikacijas, apjungiate savo individualias kompetencijas planuojant pagalbą klientui?
7. Kaip pasireiškia individuali ir komandinė atsakomybė?
8. Kurie specialistai dažniausiai dominuoja planuojant veiklą? Ką laikote komandos lyderiu?
9. Koku būdu ir kaip dažnai aptariate, analizuojate, vertinate savo darbo rezultatus?
10. Ką reikėtų daryti siekiant sustiprinti VMPSC dirbančių komandų tarpusavio dialogą?

Metodas labiausiai išvystęs identifikaciją ir tarpusavio sąveiką yra vadinamas interviu (Goldstein, 1969). Tai duomenų rinkimo metodas, kai moderatorius (interviuotojas) tiesiogiai bendrauja su pašnekovu pagal teminį pokalbio planą

Denzin ir Lincoln (2000) besiremiantys Malinowski patirtimi akcentuoja, jog pokalbis ar giluminis interviu pasižymi specifinėmis charakteristikomis. Norint įsigilinti į atitinkamus klausimus, uždari klausimai tam tikslui nėra priimtini, todėl tyrimo metu stengtasi naudoti atvirus klausimus. Pats Malinowski savo atliekamuose lauko tyrimuose, nenaudojo uždarų klausimų ir nesivadovavo formaliu požiūriu į interviu. Kaip ir kiti lauko tyrimo atlikėjai, jis pastebi, kad tyrimo metu jis ir pats atsakinėjo į respondentų užduodamus klausimus. Antra, jis leido savo paties jausmams jį įtakoti. Tokiu būdu tyrėjas nutolsta nuo šalto, distanciją išlaikančio racionalaus interviu ėmėjo stereotipo.

Šio metodo pasirinkimą lėmė pasirinkta tyrimo temos specifika. Giluminis interviu leidžia giliau pažvelgti į mąstymo struktūras, išsiaiškinti užslėptus poreikius ar išgvildinti naujus problemų sprendimus. Norint giliau pažvelgti į konkrečių specialistų darbą, priartėjama prie išgyvenimų, kurie ne visada yra prieinami ir nuoširdžiai atveriami. Norint prakalbinti žmogų, būtina sukurti pasitikėjimą. Pokalbis atrodė vienintelis metodas, galintis per trumpiausią laiką užmegzti pasitikėjimo dialogą. Pasitikėjimo užsimezgimas yra esminis elementas pokalbio sėkmei įvardinti.

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

Giluminis interviu pasižymi panašiomis ar net vienodomis charakteristikomis kaip ir kasdienio darbo praktikoje psichikos sveikatos specialistų naudojami interviu. Esminis skirtumas būtų tai, kad tyrimo metu atlikdamas interviu, tyrėjas neatsakingas už situacijos pagerinimą ar pakeitimą. Nors, dauguma tyrinėtojų sutinka, kad tyrimo interviu atliekantis asmuo taip pat yra atsakingas. Tyrėjo atsakomybė - palikti respondentą ne blogesnėje situacijoje nei prieš tyrimo interviu pradžią. (Denzin, Lincoln, 2000). Šis aspektas - nesukelti respondento nuovargio, nepalikti jo sudirgusio - įtakojo tai, kad kai kuriais momentais interviu įgaudavo dialogo atspalvį, nes respondentai ir patys užduodavo klausimus.

Giluminis interviu kaip tyrimo metodas turi ir atitinkamų apribojimų. C. M. Charles (1999) nuomone, interviu reikalauja daug laiko ir tai apriboja respondentų skaičių,

kurie galėtų būti įtraukti į tiriamąjį darbą. Prieš pradėdant tyrimą buvo planuota tirti ir lyginti visų VMPSC skyrių darbo komandas, kurių šiuo metu yra net 15 ir kurių darbo pobūdis ir specifika labai skirtinga, bet dėl žymių laiko sąnaudų ir kitų trukdžių (pavyzdžiui, nepertraukiamo personalo darbo grafiko ir motyvacijos tyrimui stokos) tyrimas apsiribojo 16 darbuotojų, kurie atstovauja skirtingas profesijas, apklausa. Todėl esant nedideliame respondentų skaičiui, mažai tikėtina, kad duomenys parodys visos įstaigos ar aptarnaujamos teritorijos, t.y. Vilniaus miesto bendruomenės, ypatybes.

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

Tyrimo procesas

a) trumpas įstaigos pristatymas. *Pagrindiniai VMPSC tikslai ir suformuota politika.*

VMPSC tikslas - gerinti savo aptarnaujamos teritorijos – Vilniaus miesto bendruomenės psichinę gyventojų sveikatą, sumažinti sergamumą organizuojant ir teikiant specializuotą bei kvalifikuotą antrinę psichiatrijos pagalbą.

VMPSC buvo įsteigtas prieš 80 m. Šiuo metu ligoninėje yra 220 stacionarinių lovų, 105 skirtos Dienos stacionaro priežiūrai, taip pat veikia ambulatorinio gydymo infrastruktūra. VMPSC dirba 172 psichikos sveikatos priežiūros profesionalų: 100 medicinos slaugytojų, dalinai besispecializuojančių psichiatrijoje ar neurologijoje, 56 gydytojai (psichiatrai, psichoterapeutai, neurologai), 12 psichologų ir 4 socialiniai darbuotojai. 2006 m. į Vasaros centrą buvo nukreipti 2617 pacientai, kurie vidutiniškai ligoninėje praleisdavo 24,9 d. 2006 m. ambulatorinėje grandyje gydėsi 5249 asmenys.

Pagrindinė VMPSC veiklos sritis yra gydomoji, be to, ligoninės bazėje vyksta pedagoginė mokomoji bei mokslo tiriamoji veikla, nes ligoninėje įsikūrusi ir VU Medicinos fakulteto Psichiatrijos katedra. Pagrindinės gydomosios veiklos sritys:

1. teikti medicinos pagalbą ūmių psichikos sutrikimų atvejais;
2. teikti neatidėliotiną pirmąją pagalbą, jeigu dėl ūmių psichikos sutrikimų kyla grėsmė gyvybei;
3. vykdyti stacionarinę ir ambulatorinę psichikos sveikatos priežiūrą;

2003 – 2006 metais ligoninėje buvo įgyvendinamas, o 2007 metais tęsiamas projektas „Nuoseklios psichikos sveikatos paslaugų grandinės sukūrimas“, kurią inicijavo Globali iniciatyva psichiatrijoje, o pagrindinės lėšos buvo skirtos ir surinktos iš Nyderlandų fondų Centrinei ir Rytų Europai, Vilniaus miesto savivaldybės ir kt. projekto partnerių. Tarptautiniai ekspertai itin palankiai įvertino šį psichikos sveikatos paslaugų modernizavimo projektą. Nors kai kuriose Europos šalyse panašios tarnybos veikė jau aksčiau, bet šis VMPSC projektas išsiskyrė teikiamų paslaugų kompleksiskumu ir nuoseklumu, nes sukurta ne viena atskira tarnyba, bet visas jų kompleksas. 2007 metų Pasaulio sveikatos organizacijos pranešime šis projektas pristatomas kaip geros praktikos pavyzdys (pagal Knapp M., 2007, p.418 -419). Viso projekto veikla labai plati, todėl detalus aprašymas čia nepateikamas, o esminiai pokyčiai įgyvendunant projektą tai, kad prie buvusios ligoninės struktūros buvo sukurtos visiškai naujos tarnybos: Krizių intervencijos, Valgymo sutrikimų, Psichosocialinės rehabilitacijos. Reorganizuota ankstesnių tarnybų veikla, pasitelkus užsienio konsultantus vyko personalo mokymai, tvarkoma fizinė aplinka - pastatytas naujas korpusas, rekonstruoti senieji. Taip pat ligoninė vykdo kitus projektus, pavyzdžiui Europos Komisijos finansuojamą „Prievartos priemonių taikymo psichiatrijoje įvertinimas“, Atviros Lietuvos fondo finansuojamą „Socialinės rehabilitacijos plėtra ir pacientų bei jų artimųjų mokymas“. Šiuolaikinės psichikos sveikatos priežiūros sistemos veikla ligoninėje grindžiama pritaikyta priežiūra - priklausomai nuo paciento būklės, pa(si)renkama mažiausiai radikali gydymo forma. Galima pa(si)rinkti kurią nors iš šių gydymo formų: 1) ambulatorinį gydymą, 2) krizių intervencijos centrą, 3) trumpalaikę kliniką, 4) gydymą dienos priežiūros centre, 5) 24 val. priežiūrą psichiatrijos stacionaro skyriuose. Gydymo padaliniai, kuriuose siūlomos visos šios gydymo formos, sudaro *vieną nuoseklią grandinę*. Šių gydymo padalinių personalo nariai bendradarbiauja, nukreipia pacientus vieni pas kitus ir teikia vieni kitiems konsultacijas.

b) respondentai (tiriamieji)

Tyrimė dalyvavo 16 respondentų. Visi jie - psichikos sveikatos priežiūros specialistai, dirbantys VMPSC. Darbo stažas įstaigoje - nuo 4 iki 17 metų. Respondentai buvo įvairių amžiaus tarpsnių: jauniausiam - 27 metų, vyriausiai - 67. Interpretuojant duomenis į amžiaus ir darbo stažo kriterijus nebuvo kreipiamas dėmesys. Tyrimo metu kalbėta su respondentais jų darbo metu. Tiriamieji geranoriškai sutiko dalyvauti tyrimė ir

duoti interviu. Visi tiriamieji yra psichikos sveikatos priežiūros specialistai, turintys atitinkamos srities aukštąjį arba aukštesnįjį išsilavinimą

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

6 lentelė. Tiriamųjų dalyvavimas ir charakteristikos

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

c) tyrimo aplinka

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

d) duomenų rinkimas

Susitikimai su respondentais vyko giluminio interviu būdu, turint apibrėžtą pokalbio planą, susidedantį iš dešimties temų liečiančių klausimų. Klausimų eiliškumo

nebuvo laikomasi. Kaip pažymi K. Kardelis (Kardelis, 1997, p. 126), interviu metodu galima gauti informacijos apie vidinius, nematomus veiklos motyvus, subjektyvų respondentų požiūrį. Šiam metodui būdinga eilė psichologinių niuansų susijusių su bendravimo forma bei tyrėjo sugebėjimu išklaudyti tiriamąjį. Todėl kiekvienas susitikimas buvo labai individualus, klausimų eiga priklausydavo nuo paties respondento, nuo jo atsakymų pobūdžio, nuo jo įsitraukimo ir gebėjimo dėstyti savo mintis. Respondentai nebuvo stabdomi kai kiek nukrypdamo nuo užduodamų klausimų. Tačiau tokie nukrypimai nuo tiesioginio klausimo turėjo ir labai reikšmingos informacijos, atskleidė svarbių aspektų, išryškino tai, kas patiems respondentams buvo itin svarbu.

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

e) tyrimo dalyvių pristatymas

Tyrimo interpretacijai dalyvių sąrašas buvo sudarytas taip, kad jie atstovautų 4 profesionalų grupes: psichiatrus, slaugytojus, psichologus ir socialinius darbuotojus.

Gdytojai – psichiatrai . Buvo apklausti 4 suaugusiųjų ir 1 vaikų psichiatras. Su kiekvienu iš jų interviu vyko individualiai. Pokalbiai truko ilgiausiai - 1 valandą ir 45 minutes, trumpiausiai – 57 minutes.

Slaugytojai. Slaugos darbuotojai – VMPSC DS skyriaus slaugos vyr. administratorius ir keturi VMPSC slaugos darbuotojai. Su kiekvienu iš jų interviu vyko individualiai. Pokalbiai truko ilgiausiai - 1 valandą ir 15 min., trumpiausiai – 45 min..

Psichologai. VMPSC dirba 12 klinikinių psichologų. Su trimis iš jų vyko interviu. Pokalbių trukmė - nuo 2 valandų iki 1 valandos.

Socialiniai darbuotojai. Iš VMPSC dirbančių 4 socialinių darbuotojų interviu įvyko su 3, nes vienas iš socialinių darbuotojų yra pats tyrėjas, todėl, siekdamas kuo mažiau įtakoti tyrimo objetyvumą, savo nuomonės nepateikė. Su kiekvienu iš socialinių darbuotojų interviu įvyko individualiai, pokalbių trukmė svyravo nuo 2 valandų iki 3 valandų.

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

3.3.3. Tyrimo rezultatai

Norint interpretuoti tyrimo rezultatus, buvo išskirti atskiri psichikos sveikatos specialistų grupių profiliai: gydytojai-psichiatrai, psichikos sveikatos slaugytojai, psichologai ir socialiniai darbuotojai.

Tyrimo interpretacija

Gydytojai – psichiatrai

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

Priklausomai nuo psichiatro požiūrio į problemą (problemos kilmę, sprendimo būdus; t.y. “kokius akinius psichiatras nešioja”), jis vėliau įtraukia arba neįtraukia kitus psichikos sveikatos specialistus į tyrimo bei pagalbos planą. Pvz.: kai psichiatras laikosi daugiau biologinio kliento problemų kilmės modelio, specialistai, taikantys nebiologinius gydymo ir pagalbos metodus, gali būti neįtraukti į kliento gydymą. Vaizdžiai tariant, kitos spalvos akinius nei psichiatras nešiojantys specialistai (pavyzdžiui: psichologai, socialiniai darbuotojai) nebus įtraukti. Citatos iš individualių pasisakymų: gydytojas - “*esant reikalui inicijuojų susirinkimą*”; kiti specialistai – “*kada bus susirinkimas pasako gydytoja*”, “*sergantysis gydytojui viską papasakoja ir jei gydytojui reikia pagalbos mane pakviečia*”, “*svarbiausias žodis tenka daktarui*” .

Nėra informacijos, kurią sukaupia psichiatras, perdavimo kitiems psichikos sveikatos darbuotojams, sistemos. Susirinkimai arba atsiskaitymai už nuveiktą darbą yra bene vienintelis informacijos apie klientą apsikeitimas tarp specialistų, tačiau jų metu informaciją psichiatrai yra linkę gauti, o ne suteikti. Psichiatrai filtruoja informaciją, pateikiamą kitiems psichikos sveikatos specialistams. Kuo kitas specialistas psichiatro yra

suvokiamas kaip „*vertingesnis ar sugebantis informaciją suprasti*“, tuo daugiau psichiatrai yra linę su tokiu specialistu dalintis informacija.

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

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

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

Pagrindinės tezės apie psichiatrus:

- Klaidingai suprantamas konfidencialumas;
- Informacijos sutelkimas ir valdymas psichiatrams suteikia ypatingą statusą, pagrįstą hierarchiniais santykiais su kitais psichikos sveikatos specialistais;
- Lyginant su kitomis profesinėmis grupėmis, psichiatrai yra mažiausiai motyvuoti egzistuojančią bendradarbiavimo tarp specialistų sistemą labiau priartinti prie komandinio darbo modelio.

Psichiatrijos slaugytojai

Slaugytojoms buvo sunku apibrėžti savo funkcijas, sunku atskirti savo atliekamą darbą nuo bendro psichikos sveikatos centro ar kitų specialistų veiklos. Jų atliekamoje veikloje neatsispindi psichiatrinės slaugos ypatumai, didžiausią dėmesį skiria medicininės dokumentacijos apskaitai ir tvarkymui. Bendravimas su klientais dažniausiai yra

nereguliarus ir nestructūruotas. Bendraudamos su klientu slaugytojos remiasi ne profesiniais įgūdžiais, o gyvenimiška patirtimi. Kontakto su klientu užmezgimas yra spontaniškas, nesukuriant terapinės aplinkos. Bendravimas su klientu yra dažniausiai atsitiktinis, ir slaugytojos nepažymėjo turinčios specifinį bendravimo su klientų planą. Paprastai iniciatyvos bendrauti su klientu jos imdavosi, matydamos kliento nuotaikos pasikeitimus (pvz.: „*klientė ateina iš namų apsiverkusi*“).

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

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

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

Pagrindinės tezės apie slaugytojus:

- Slaugytojai stokoja psichiatrinės slaugos žinių arba jų nepritaiko praktiniame darbe; bendravimas su klientais yra atsitiktinis, dažniausiai įtakotas aplinkybių;
- Vertinant slaugytojų ryšius su kitais specialistais, daugiausia informacijos apie klientą slaugytojai gauna iš gydytojų-psichiatrių; informacija iš socialinių darbuotojų gauna epizodiškai, jokios informacijos apie klientą negauna iš psichologų;
- Dalį informacijos apie klientus perduodami kitiems specialistams slaugytojai filtruoja remdamiesi subjektyviais kriterijais;
- Slaugytojai dalyvauja iškreiptos informacijos apie medikamentinį gydymą teikime klientui, o tai griauna kliento pasitikėjimą personalu.

Psichologai

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

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

Pagrindinės tezės apie psichologus:

- Psichologai VPSC yra mažiausiai bendraujanti ir bendradarbiaujanti profesinė grupė su kitais psichikos sveikatos specialistais
- Psichologai neturi poreikio bendradarbiauti su kitomis profesinėmis grupėmis, tuo tarpu kiti profesionalai (socialiniai darbuotojai, slaugytojai) jaučia bendradarbiavimo su psichologais stygių.
- Daug laiko užimanti psihodiagnostinė veikla psichologams yra mažai prasminga, nes psichologai negauna grįžtamojo ryšio apie jų atlikto tyrimo naudą

Socialiniai darbuotojai

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

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

Susidaro įspūdis, kad VMPSC socialiniai darbuotojai sprendžia daug socialinių problemų, kurias galėtų ar turėtų spręsti bendruomenė, kliento artimieji, seniūnijų socialiniai darbuotojai. Kitaip tariant, klientas patekęs į ligoninę „atsineša“ su savimi daugybę socialinių problemų, kurios net nepradėtos spręsti. Galima manyti, kad jei dalis socialinių problemų būtų pradėtos spręsti bendruomenės aplinkoje, dalies klientų hospitalizacijų būtų galima išvengti. Socialiniai darbuotojai patiria informacijos, ryšių ir patirties dalijimosi stygių su kitose įstaigose dirbančiais socialiniais darbuotojais.

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

Pagal savo atliekamą darbą, sprendžiant klientų socialines problemas, socialiniai darbuotojai jaučiasi esą savarankiška profesine grupe, atskira nuo medicininės problemas sprendžiančių specialistų grupės (psichiatrių, slaugytojų, psichologų). Socialiniai darbuotojai dirba gana autonomiškai, panašiai kaip ir psichologai. Esminis skirtumas tarp šių grupių yra tai, kad psichologai norėtų dirbti savarankiškai, tuo tarpu socialiniai darbuotojai išreiškia norą aktyviai dirbti bendradarbiaujant su visomis profesinėmis

grupėmis („*norėtusi, kad visi keistų požiūrį į darbą, labiau domėtusi ką kiti daro, pasikeistų nuomonėm, bet reikia lyderio ir reguliarumo*“).

Pagrindinės tezės apie socialinius darbuotojus:

- Socialinių darbuotojų teikiamos VPSC paslaugos yra labai plataus spektro.
- Nėra aiškios socialinių darbuotojų, dirbančių VPSC, kompetencijos ribos.
- Būdami savarankiška profesine grupe, atskira nuo medicininės hierarchinės specialistų struktūros, socialiniai darbuotojai, kaip ir psichologai, pasižymi kitokiu požiūriu į kliento problemų kilmę, jų sprendimo būdus, atstovauja mažiausiai biologizuotą (medicininį) požiūrį į klientą.

Tyrimo apibendrinimas

Nėra laisvo ir lygiaverčio informacijos keitimosi tarp specialistų (gydytojų-psichiatrių, psichologų, socialinių darbuotojų). Tarp kai kurių profesionalų ryšys egzistuoja (pvz.: psichologai – psichiatrai; psichiatrai - slaugytojai), o tarp kai kurių – nėra jokio ryšio (pvz.: psichologai - slaugytojų padėjėjai; psichologai - socialiniai darbuotojai). Egzistuojanti informacijos apie klientą keitimosi praktika susirinkimų metu ar iškilus konkrečiai problemai nesudaro sąlygų tarimuisi ir diskusijoms visiems specialistams išsakant savo nuomonę apie klientą, ir priimant sprendimą dėl kliento slaugos ar gydymo. Visose profesinėse grupėse yra daug nepasitenkinimo. Nepasitenkinimo priežastys nebuvo specifiškai tyrinėtos.

Galima teigti, kad įstaigoje egzistuoja hierarchiniai specialistų santykiai. Hierarchija yra viena iš pagrindinių kliūčių lygiaverčiam bendradarbiavimui ir informacijos keitimuisi. Blogiausiai informacija perduodama tarp aukščiausioje ir žemiausioje grandyje dirbančių specialistų.

Klaidinga konfidencialumo samprata kliudo komandinio darbo, socialinio dialogo ir socialinės partnerystės principų diegimui, nes konfidencialumas suvokiamas klaidingai – vieni specialistai linkę neperduoti informacijos apie klientą kitiems specialistams suvokdami tai, kaip profesinės paslapties atskleidimą. Dėl to neįmanomas komandinis klientų aptarimas ir klaidinga konfidencialumo samprata daro neigiamą įtaką komandinio darbo principų taikymui.

Labiausiai izoliuotos įstaigoje profesinės grupės yra psichologai ir socialiniai darbuotojai. Skirtumas tarp šių dviejų grupių yra tas, kad socialiniai darbuotojai išsako žymiai didesnę norą dirbti komandoje su kitais specialistais, nei psichologai.

Tyrėjo refleksija

Po susitikimų su respondentais, atlikus literatūros analizę ir gautų duomenų interpretaciją išryškėjo kai kurie šio tyrimo ribotumai. Pirmiausia, susidūrimas su literatūra ir praktiniai susitikimai su respondentais atvėrė socialinio dialogo ir socialinės partnerystės vaidmens psichikos sveikatos priežiūros sistemoje paaiškinimo multiproblematiškumą ir pritaikytų mechanizmų būtent psichiatrijai nebuvimo, kas neleido padaryti kategoriškų apibendrinimų ir išvadų. Bandytas atrasti dėsningumus šioje analizėje tapo sąlyginiu.

Antra, tyrėjo emocinė būseną pabaigus šį tyrimą buvo gana dviprasmiška: iš vienos pusės, interviu su tyrime dalyvavusiais žmonėmis ir literatūros analizė buvo lyg atskiras "universitetas". Iš kitos pusės, baigus darbą atrodo, kad šios problemos užsklandos taip ir nepavyko praskleisti. Pabaigus darbą pradėjo kilti nauji klausimai, hipotezės, nauji atsakymai ir įžvalgos. Natūraliai šis tyrimas virto tarsi pilotažiniu, įvadininiu, padėjusiu susiorientuoti problemos lauke ir prieiti prie svarbios kaip tyrėjui išvados – socialinio dialogo ir socialinės partnerystės darbo vietoje esmė yra konsensusas tarp įvairių mokslo šakų ir jog šį multidimensinį bendradarbiavimą darbo vietoje įtakoja tiek profesiniai įgūgžiai, tiek asmeninės savybės. Gilesniam supratimui ir išsamesnės interpretacijos padarymui praverstų ir kiti duomenų rinkimo metodai: ilgesnis respondentų stebėjimas, gausesnis susitikimų skaičius, o ypatingai kitų socialinio dialogo elementų (derybų, konsultacijų) analizė, įtraukiant platesnį suinteresuotųjų ratą ir susipažįstant su kitų institucijų darbo aplinka. Nors kita vertus, koncentruotas pokalbis vienoje institucijoje padėjo išryškinti esmę, tai yra socialinio dialogo reiškinių darbo vietoje problematiką.

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

IŠVADOS

Šiame darbe pateikti socialinio dialogo ir socialinės partnerystės modelio taikymo psichikos sveikatos priežiūros sistemoje bendrieji kontūrai. Psichiatrijoje atlikta nemažai tyrimų apie paslaugų koordinavimą, bendradarbiavimo svarbą, vartotojų įtraukimą, jų teisių gynimą ir pan., bet, kaip pažymi Pasaulio sveikatos organizacija (World Health Organization, 2005, p. 55)“viena ryškiausių problemų – mechanizmų trūkumas, kad suburtų partnerius sisteminiam bendradarbiavimui“, todėl surinkta medžiaga apie socialinio dialogo ir socialinės partnerystės modelį užpildo teorinę spragą siekiant efektyvaus bendradarbiavimo ir naujos veiklos kokybės.

Šiuolaikiniai psichikos sveikatos priežiūros būdai reikalauja naujų požiūrių ir aukštus veiklos rodikius sąlygoja integruota, visapusiška sveikatos ir socialinės pagalbos sistema, prarandamas psichiatrijos autonomiškumas – visa psichikos sveikatos priežiūros sistema yra veikama įvairaus lygio sąveikų, integruojami daugialypiai socialiniai santykiai ir kitų sferų veiklos. Socialinis dialogas teikiant priežiūros paslaugas tampa įvairiasluoksniu, daugiapakopiu ir susisjęs su įvairių poveikių lygmenimis, pradedant vietiniu, t.y. lokaliu, ir baigiant globaliu. Pradėjus dirbti socialinio dialogo ir socialinės partnerystės pagrindais ir siekiant naujos paslaugų kokybės, susiduriama su socialinių partnerių tinklų svarba. Nėra vienos moksliskai pagrįstos teorijos apie optimalią psichikos sveikatos paslaugų tinklų struktūrą ir darbo modelį psichiatrijoje, nors pabrėžiama, kad tarpdisciplininis bendradarbiavimas yra efektyvesnis tiek pacientui, tiek personalui. Tyrimais ir darbo praktika pagrįsta, kad žmonėms su psichikos sutrikimais atskirų specialistų pagalba retai kada yra veiksminga, tuo tarpu žymiai veiksmingesnis yra biopsichosocialinis gydymo bendruomenėje modelis, apimantis įvairius socialinių partnerių tinklus. Psichikos sveikatos priežiūros specialistai, siekdami darbo kokybės gilinasi į komandinio darbo logiką, siekia kurti socialinės partnerystės tinklus, kartu su partneriais spręsti multikompleksines problemas psichikos sveikatos priežiūros srityje.

Pasiūlymai ir rekomendacijos stiprinant socialinį dialogą ir socialinę partnerystę Lietuvoje

Lietuvoje, reformuojant psichikos sveikatos paslaugas, pagal PSO rekomendacijas, orientujamos iš stacionarinių į bendruomenines, bet pagrindinis finansavimas vis dar skiriamas stacionarioms paslaugoms, tuo tarpu diegiant naujo tipo bendruomenines paslaugas daugiausia Lietuvoje bendradarbiauja NVO (pavyzdžiui, Globali iniciatyva psichiatrijoje). Todėl

rekomenduojama įtraukti visus suinteresuotus partnerius, stiprinti tarpsektorinį ir tarpžinybinį socialinį dialogą, kuriant ir vystant paslaugas.

Ryšys tarp valstybinių ir naujų bendruomeninių paslaugų Lietuvoje trąpus, nes nesukurta socialinio dialogo ir socialinės partnerystės mechanizmų. Formali nuostata dėl stebėtojų tarybų, kurias turėtų sudaryti visuomenės atstovai, kol kas neturi įtakos paslaugų valdymui, Jų vaidmuo turėtų būti sustiprintas.

Taip pat turėtų būti stiprinamas paslaugų vartotojų, jų organizacijų vaidmuo. Šiuo metu įsteigta Psichikos sveikatos paslaugų vartotojų taryba Lietuvoje tik bando susiorientuoti problemos lauke ir neįtraukiama į paslaugų planavimo ir vystymo procesą.

Lietuvoje įsteigta Paciento patikėtinio pareigybė, kurios esminis darbo principas – nepriklausoma nuo gydymo įstaigos pozicija ir kliento rėmimas santykiuose su personalu, bet kol kas ši veikla susiduria su dideliu psichikos sveikatos specialistų pasipriešinimu. Tarpininkavimas, pagal pasaulinę praktiką, prisideda prie vartotojų pasitikėjimo psichikos sveikatos priežiūros sistema didinimo, konstruktyvaus medicinos personalo bei pacientų dialogo vystymo.

Paslaugų vartotojų ir nevyriausybinių sektoriaus vaidmens stiprinimas, pacientų ir jų šeimų tarybos gali vaidinti svarbų vaidmenį iš vidaus pertvarkant psichikos sveikatos priežiūrą, stiprinant socialinį dialogą ir partnerystę, nes pacientai yra ne tik paslaugų objektai, bet ir individai, turintys didelę patirtį, galinčią padėti geriau suprasti teikiamų paslaugų poreikį. Vis dėlto gana sunku sukurti veiksmingą pacientų tarybų ir dalyvavimo sistemą, todėl siūloma ieškoti glaudesnių ryšių su jau veikiančiomis grupėmis Europoje.

Atlikto tyrimo VMPSC duomenys teigia, kad įstaigoje vis dar egzistuoja hierarchiniai specialistų santykiai, o hierarchija yra viena iš pagrindinių kliūčių socialiniam dialogui darbo vietoje, lygiaverčiam bendradarbiavimui, informacijos keitimuisi. Blogiausiai informacija perduodama tarp aukščiausioje ir žemiausioje grandyje dirbančių specialistų. Rekomenduojama keisti įstaigoje egzistuojančią bendradarbiavimo tarp specialistų praktiką, nes dabartinė praktika beveik neatitinka šiuolaikinio komandinio darbo principų. Egzistuojančius hierarchinius specialistų santykius reiktų versti partneryste pagrįstais santykiais, kuriuose gerbiama visų specialistų kompetencija.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Anthony W. Psychiatric rehabilitation. Anthony W., Cohen M., Farkas M. et al.. 2nd ed. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University; 2002, 279 p. ISBN9667841000.
2. Castells M. Tinklaveikos visuomenės raida / Informacijos amžius: ekonomika, visuomenė ir kultūra, I tomas, Vilnius, 2003, 536 p. VU Informacijos visuomenės studijų centras, autorizuota metodinė medžiaga [žiūrėta 2008 m. sausio 8 d.]. Prieiga per internetą: www.infovi.vu.lt
3. Cragan J. F. ir kt. Communication in Small Groups: Theory, Process, and Skills / John F. Cargan, David W. Wright, Chris r. Krasch. Wadsworth, 2003. 368 p. ISBN 0534545513.
4. Coulter A. The global challenge of health care rationing/ Coulter A. and Ham C. Buckingham, Open University Press, 2000, 267 p. ISBN 0 335 20463 5.
5. Dembinskas A. Psichiatrija. Vilnius, 2003. 738 p. ISBN 9955-511-21-4
6. Dezdin N. Handbook of Qualitative Research./ Denzin, Norman K, Dr. and Lincoln, Yvonna S, Dr. (eds.). Second edition. London: SAGE, 2000, 1143 p. ISBN: 0761915125
7. Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetas . Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komiteto nuomonė dėl Žaliosios knygos Gyventojų psichikos sveikatos gerinimas. Europos Sąjungos psichikos sveikatos strategijos kūrimas. 2006, Briuselis. [žiūrėta 2008 sausio 3 d.]. Prieiga per internetą: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:195:0042:0047:LT:PDF>
8. Falloon I. Integrated Mental Health Care: A Comprehensive Community-Based Approach/ Falloon Ian R. H., Fadden G, Shepherd M. Cambridge University Press, New York ,1995, 353 p. ISBN 0521499720.
9. Foster A. Managing mental health in the community: chaos and containment / Angela Foster, Vega Zagier Roberts. London, 1998. 235 p. ISBN 415167973.
10. Gelder M. Shorter Oxford Textbook of Psychiatry/ Michael Gelder; Philip Cowen; Paul Harrison, 5th Edition. UK, New York, Oxford University Press, 2006, 856 p. ISBN 9780198566670.
11. Germanavičius A. Komandinis darbas medicinoje ir psichiatrijoje // Slauga. – 2004, Nr. 12(96), p. 4-5. ISSN 1648-0570.
12. Germanavičius A., Pūras D. Case Lithuania: current situation and future prospects of mental health care reform. Vilniaus universiteto Psichiatrijos katedra, Vilnius, 2006. 18 p. [žiūrėta 2007 gruodžio 3 d.]. Prieiga per internetą:

- <http://www.protnamis.lt/files/Germanavicius%20lecture%20for%20Harvest-2006-12-12.pdf>
13. Globali iniciatyva psichiatrijoje. Bendruomeninės psichikos sveikatos paslaugos Lietuvoje. Vilnius, 2005, 28 p. [žiūrėta 2007 gruodžio 3 d.]. Prieiga per internetą: http://www.gip-vilnius.lt/leidiniai/bendr_psi_sv_paslaugos.pdf
 14. Globali iniciatyva psichiatrijoje. Paciento patikėtinis kovoja ne tik dėl pacientų, bet ir dėl savo teisių./ Pranešimas spaudai, Globali iniciatyva psichiatrijoje, Vilnius, 2007. [žiūrėta 2008 sausio 3 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.gip-vilnius.lt/pranesimai/pranesimas20071214.html>
 15. Goštautaitė N. Redaktoriaus žodis// Psichiatrijos žinios. Lietuvos psichiatrų asociacijos specializuotas informacinis leidinys gydytojams. Vilnius, 2007, Nr.44, p.4. [žiūrėta 2007 m. gruodžio 28 d.]. Prieiga per internetą: http://www.psichiatrija.lt/uploads/File/psichiatrijoszinios2007_2.pdf
 16. Have T. Medicinos etika/ Have T., Meulen T., Leeuwen V. Vilnius, 2003, 439 p.
 17. International Labour Organization. Joint Meeting on Social Dialogue in the Health Services: Institutions, Capacity and Effectiveness/ International Labour Organization, Geneva, 2002, 71 p.. [žiūrėta 2008 sausio 5 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/techmeet/jmhs02/jmhs-r.pdf>
 18. International Labour Organization .Social dialogue in the health services: A tool for practical guidance./ International Labour Organization, Switzerland , 2004, 53 p.ISBN 92-2-115241-3 . [žiūrėta 2008 sausio 5 d.]. Prieiga per internetą http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/socdial_health.pdf
 19. Jurgelėnas A. ir kt. Sveikatos socialinė plėtra: monografija / Antanas Jurgelėnas, Erikas Mačiūnas, Algirdas Juozulynas, Algirdas Venalis, Saulius Norvaišas. Valstybinis aplinkos sveikatos centras, Vilnius, 2007, 192 p. ISBN 978-9986-649-28-1
 20. Kelly B.D.. Globalisation and psychiatry // Advances in Psychiatric Treatment, The Royal College of Psychiatrists, London, 2003, vol. 9, p. 464–474 [žiūrėta 2008 sausio 6 d.]. Prieiga per internetą <http://apt.rcpsych.org/cgi/reprint/9/6/464>
 21. Knapp M. Mental Health Policy and Practice across Europe: The future direction of mental health care/ Knapp M., McDaid D., Mossialos E., Thornicroft G. World Health Organization 2007 on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Open University Press, England, 2007, 484 p. ISBN 978 0 335 21467 9 [žiūrėta 2007 m. gruodžio 28 d.]. Prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070131_1

22. LR Seimas. Lietuvos Respublikos Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas. Lietuvos Respublikos Seimo nutarimo Nr. I-924. Priimta: 1995-06-06 // Valstybės žinios.- 1995, Nr. 53-1290
23. LR Sveikatos apsaugos ministerija. LR Valstybinė Psichikos Sveikatos 2005-2010 metų strategija. Projektas. Vilnius, 2006, 16 p. . [žiūrėta 2007 m. gruodžio 28 d.]. Prieiga per internetą:
<http://www.lps.vu.lt/download/Psichikos%20sveikatos%20strategijos%20projektas.doc>
24. Naujo tipo psichikos sveikatos paslaugų standartizavimas: psichikos sveikatos paslaugos bendruomenėje / ALF ir Ženevos iniciatyvos Lietuvoje projektas . Vilnius, 2004. 79 p.
25. Ovretveit J. The multi-disciplinary team // Textbook of Community Psychiatry. Oxford University Press, New York, 2001. p. 207-215. ISBN 0 19 262997 2.
26. Ovretveit J. Quality collaboratives: lessons from research. / ØVretveit J, Bate P, Cleary P, Cretin S, Gustafson D, McInnes K, McLeod H, Molfenter T, Plsek P, Robert G, Shortell S, Wilson T. Qual Saf Health Care. England, 2002, p. 345-351
27. Pasaulio sveikatos organizacija. Sveikata 21: pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione XXI amžiuje./ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Vilnius, 2000, 218 p. ISBN 9986-882-02-8.
28. Poviliūnas A. Pilielinė visuomenė / Žmogaus socialinė raida. Socialinės politikos grupė, Vilnius, Homo Liber, 2001, p. 43-61, ISBN 995-449-27-6
29. Psichosocialinės reabilitacijos centras. Psichosocialinės reabilitacijos paslaugų plėtra: regioninių modelių patirties apžvalga ir nacionalinės strategijos įgyvendinimas: konferencija. Vilnius, 2002. 28 p.
30. Pūras D. ir kt. Vilniaus miesto psichikos sveikatos strategijos 2006-2010 m. projektas. / Pūras D., Voren R.V., Hrachovec Ch., Kuipers H., Boon M., Laiconienė R., Rožanskaitė R., Germanavičius A., Daubaras G. Vilnius, 2006. [žiūrėta 2008 sausio 3 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.gip-vilnius.lt/leidiniai/strategija2006-2010m.pdf>
31. Stahl T. Health in All Policies: Prospects and Potentials/ Ståhl, Timo; Wismar, Matthias; Ollila, Eeva; Lahtinen, Eero; Leppo, Kimmo (Eds.). Ministry of Social Affairs and Health, Finland, Helsinki, 2006, 279 p. ISBN 952-00-1964-2. [žiūrėta 2008 sausio 5 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.euro.who.int/document/E89260.pdf>
32. Textbook in Psychiatric Epidemiology, 2nd Edition/ editors Tsuang T.M., Tohen M., WILEY, 2002, 736 p. ISBN 978 0 471 40974 8.
33. Tyrer P. Models for Mental Disorder: Conceptual Models in Psychiatry / Tyrer P., Steinberg D. , 4th Edition. England, WILEY, 2005, 192 p. ISBN 978 0 470 09366 5.

34. Thornicroft G. Textbook of Community Psychiatry / Graham Thornicroft, George Szmukler. Oxford University Press, New York, 2001. 585 p. ISBN 0 19 262997 2.
35. Thornicroft G. The Mental Health Matrix: A Manual to Improve Services/ Graham Thornicroft, Ph.D., M.R.C.Psych. and Michele Tansella, M.D. New York, Cambridge University Press, 1999, 291 p. ISBN 0 521 62155 0.
36. Valstybinio psichikos sveikatos centras. Informacinis biuletėnis: Nėra sveikatos be psichikos sveikatos. Nr. 4. 2007 m. spalio mėn. [žiūrėta 2007 m. gruodžio 28 d.]. Prieiga per internetą: http://www.vpsc.lt/doc_files/biuletėnis/vpsc_biul_4.pdf
37. Valstybinis psichikos sveikatos centras. Psichikos ligų statistika. Vilnius, 2007. [žiūrėta 2007 m. gruodžio 28 d.]. Prieiga per internetą: http://www.vpsc.lt/psl_statistika.htm
38. Weeghel J. Community Care and Psychiatric Rehabilitation / Hilversum, Netherlands: Geneva Institute of Psychiatry, 2002, 550 p. ISBN 966 7842 28 6.
39. World Health Organization. Human resources and training in mental health. Mental health policy and service guidance package. Geneva, 2005, 142 p. ISBN 924154659X [žiūrėta 2007 m. lapkričio 28 d.]. Prieiga per internetą: http://www.who.int/mental_health/policy/Training_in_Mental_Health.pdf
40. World Health Organization. The World Health report 2001: Mental Health New Understanding New Hope. Delhi, India, 2002. ISBN 9 24156201
41. World Health Organization. Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference. 2005, Denmark. ISBN 92-890-1377-X . . [žiūrėta 2007 m. gruodžio 28 d.]. Prieiga per internetą: www.euro.who.int/document/E87301.pdf
42. World Health Organization. Quality Improvement For Mental Health, Geneva, 2003, p.92 [žiūrėta 2007 m. gruodžio 28 d.]. Prieiga per internetą: http://www.who.int/mental_health/resources/en/Quality.pdf
43. World Health Organization. World Health Organization Assessment Instrument For Mental Health Systems. Geneva, 2005, 92 p. [žiūrėta 2007 m. gruodžio 15d.]. Prieiga per internetą: http://www.who.int/mental_health/evidence/AIMS_WHO_2_2.pdf
44. Žmogaus teisių stebėjimo institutas ir kt. Žmogaus teisių stebėseną uždaroje psichikos sveikatos priežiūros ir globos institucijose/ Žmogaus Teisių Stebėjimo Institutas, Globali Inicijatyva Psichiatrijoje, Lietuvos Sutrikusio Intelektu Žmonių Globos Bendrija „Viltis“, Vilniaus Psychosocialinės Reabilitacijos Centras. Vilnius, 2005, 36 p. . [žiūrėta 2007 m. gruodžio 15d.]. Prieiga per internetą: http://www.hrmi.lt/downloads/structure//psi_ataskaita_170x245.pdf