

Darbo su socialinės rizikos šeimomis tarpsektorinės komandos modelis pirminės sveikatos priežiūros sistemoje

LAURA VARŽINSKIENĖ, JORŪNĖ VYŠNIAUSKYTĖ-RIMKIENĖ,
ROBERTA MOTIEČIENĖ

Vytauto Didžiojo universitetas, Socialinių mokslų fakultetas, Socialinio darbo katedra, Donelaičio g. 52, LT-44244 Kaunas
El. paštas: l.varzinskiene@sgf.vdu.lt

Straipsnyje apžvelgiamas darbo su socialinės rizikos šeimomis tarpsektorinės komandos modelis komandos narių (šeimoms gydytojų, bendrosios praktikos slaugytojų ir socialinių darbuotojų) požiūriu. Duomenys rinkti Focus grupių metodu iš atskirų kiekvienos profesijos grupių. Siekiant atskleisti komandos modelį aptariamai komandos sudėties, atsakomybių pasidalijimo ir vadovavimo komandai aspektai.

Raktažodžiai: socialinės rizikos šeima, tarpsektorinė komanda, komandos modelis

ĮVADAS

Pirminės sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys specialistai gydo ligų sukeltus negalavimus, tačiau, siekiant padėti šeimai, išspręsti vien sveikatos problemas dažnai nepakanka. Socialinės rizikos šeima yra viena pažeidžiamiausių visuomenės grupių, kuri dažnai nesugeba savarankiškai spręsti sudėtingų problemų. Šiuolaikinėje visuomenėje socialinės rizikos šeimos, gaudamos paslaugas, neretai įgyja neigiamą patirtį – jos susiduria ir su paslaugų fragmentiškumu, ir su jų dubliavimu. Tarpsektorinių komandų kūrimas pirminės sveikatos priežiūros įstaigose, teikiančiose paslaugas socialinės rizikos šeimoms, galėtų padėti šių problemų išvengti.

2003 m. išleistame LR socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakyme (Nr. A1-207) „Dėl darbo su socialinės rizikos šeimomis“ nurodoma, kad šeimoje kylanti problema dažniausia yra kompleksinė, todėl jai būtinas tarpsektorinis požiūris. Šis įstatymas įpareigoja specialistus, teikiančius pagalbą socialinės rizikos šeimoms, kurti ir plėtoti tarpsektorines komandas, sprendžiančias socialinės rizikos šeimų problemas.

Šio straipsnio tikslas yra apžvelgti tarpsektorinės komandos modelį pirminės sveikatos priežiūros sistemoje dirbant su socialinės rizikos šeima šeimos gydytojų, bendrosios praktikos slaugytojų ir socialinių darbuotojų požiūriu. Uždaviniai – atskleisti darbo su socialinės rizikos šeima pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje ypatumus, apibūdinti darbo su socialinės rizikos šeima tarpsektorinę komandą pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje.

DARBO SU SOCIALINĖS RIZIKOS ŠEIMA PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOJE YPATUMAI

Socialinės rizikos šeima – šeima, kurioje auga vaikų iki 18 metų ir kurioje bent vienas iš tėvų piktnaudžiauja alkoholiu, narkotinėmis, psichotropinėmis ar toksinėmis medžiagomis,

yra priklausomas nuo azartinių lošimų, dėl socialinių įgūdžių stokos nemoka ar negali tinkamai prižiūrėti vaikų, naudoja prieš juos psichologinę, fizinę ar seksualinę prievartą, gaunamą valstybės paramą naudoja ne šeimos interesams ir todėl kyla pavojus vaikų fiziniam, protiniam, dvasiniam, doroviniam vystymuisi ir saugumui (LR Socialinių paslaugų įstatymas 2006).

Anot A. R. Matos ir L. M. Sousa (2004), socialinės rizikos šeimos išsiskiria chaotiška sąveika problemų, kurios paliečia visus šeimos narius. Šios šeimos kovoja su nepriežiūros, apleistumo, alkoholizmo, prostitucijos, nusikalstamumo, narkotinių medžiagų vartojimo, depresijos, psichozės ir pan. problemomis.

L. Kaplan (1986) teigia, kad socialinės rizikos šeimoms būdinga daugiau nei viena problema, vidinės ir išorinės problemos, krizės šeimoje. Šeima įtraukiama į socialinių paslaugų gavimą pirminės sveikatos priežiūros sistemoje, kai:

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

Tarpsektorinės specialistų komandos gali padėti sumažinti socialinės rizikos šeimų problemas ir pagerinti gyvenimo kokybę. Šiuo atveju sprendžiant problemas nerekomenduojama individuali veikla, kadangi socialinės rizikos šeimų problemos paprastai yra sudėtingos, sprendimo būdas nėra akivaizdus, todėl būtinos žinios, sugebėjimai bei informacija skirtingose srityse, o pačiam sprendimui reikia įvairių idėjų.

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

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

Skirtingų specialistų darbas komandoje gali turėti ir tam tikrų neigiamų aspektų: tokiai komandai yra būdingas dviprasmiškumas, sudėtingumas, nepasitikėjimas, tarpsektorinėje komandoje slypi potencialūs komunikavimo sutrikimai; gali atsirasti sunkumų siekiant bendrų susitarimų ar derinant diversines perspektyvas.

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

Šiandien vis daugiau pirminės sveikatos priežiūros sistemos specialistų pripažįsta socialinio darbuotojo būtinumą komandoje, sprendžiančioje socialinės rizikos šeimų problemas.

DARBO SU SOCIALINĖS RIZIKOS ŠEIMA TARPSEKTORINĖS KOMANDOS MODELIS PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOJE KOMANDOS NARIŲ POŽIŪRIU

Tyrimo metodologija. 2013 metų kovo mėnesį, įgyvendinant Lietuvos mokslo tarybos finansuojamą projektą „Tarpsektorinis bendradarbiavimas sprendžiant sveikatos problemas socialinės rizikos šeimose“ (Nr. SIN-13/2012), atliktas kokybinis tyrimas, kuriuo siekta iširti pirminės sveikatos priežiūros darbuotojų požiūrį į tarpsektorinės komandos poreikį darbui su socialinės rizikos šeima.

Tyrimo metu sudarytos trys Focus grupės – šeimos gydytojų, bendrosios praktikos slaugytojų ir socialinių darbuotojų atskirai. Į Focus grupes tikslinės atrankos metodu buvo atrinkta po 10 su socialinės rizikos šeimomis dirbančių specialistų. Kadangi kai kuriose iš tyrimo dalyvavusių poliklinikų nėra socialinio darbuotojo etato, socialiniai darbuotojai buvo parinkti iš arčiausiai šių poliklinikų esančių socialinių paslaugų įstaigų. Tyrimo dalyvavo gydytojai su bendrosios praktikos slaugytojais iš keturių Kauno miesto ir dviejų Kauno rajono poliklinikų, socialiniai darbuotojai iš trijų Kauno miesto ir vienos Kauno rajono įstaigos. Focus grupių veikla truko po tris valandas.

Tyrimo duomenys apdoroti temų analizės metodu. Koduojant duomenis siekta susieti duomenyse išskylančias temas su pirminiu tyrimo klausimu.

Tyrimo rezultatai. Vienas svarbiausių komandos sėkmės aspektų yra *komandos sudėtis*. Nuo jos priklauso teikiama pagalba ir jos veiksmingumas. V. Barvydienė ir J. Kasiulis (2001) teigia, kad komandos sudėtis lemia sprendimų socialumą ar mechaniskumą. Pirminės sveikatos priežiūros institucijoje darbo su socialinės rizikos šeima komandos sudėtis neabejotinai priklausys nuo konkretaus atvejo, tačiau galima numatyti tam tikrus bendrus bruožus, kokia komandos sudėtis galėtų būti veiksmingiausia.

Tyrimo dalyvių nuomone, tokioje komandoje turėtų būti kuo įvairesni specialistai, ir nebūtinai dirbantys pirminės sveikatos priežiūros sistemoje. Focus grupių dalyviai pabrėžia mokyklos, policijos, vaikų teisių apsaugos tarnybos bendradarbiavimo būtinybę. Komandą turėtų sudaryti įvairių sričių specialistai: psichologai, socialiniai darbuotojai, mokytojai, priklausomybių ligų centrų specialistai, seniūnijų darbuotojai. Socialiniai darbuotojai savo ruožtu pabrėžia, kad naudinga būtų, jei tokioje komandoje dirbtų ne vienas, o du socialiniai darbuotojai:

Aš galvočiau, kad turėtų dirbti du socialiniai darbuotojai <...> saugiau einant pas šeimą. Galėtų prisijungt psichologas, socialinis pedagogas, mokyklų, darželių darbuotojai, gydytojai, policija, priklausomybių ligų centro, vaikų teisių specialistai <...> Bendruomenėse, seniūnijose socialinio darbo organizatorės, socialiniai darbuotojai, seniūnai gali labai daug padėti (Socialinių darbuotojų Focus grupė, 2013 03 13).

Kai kurie šeimos gydytojai nurodė, kad komandoje būtų svarbus administratorius, kuris padėtų atlikti formalias komandos darbo užduotis:

Administratorius reikalingas darbe <...>, padėtų tuos popierius surašyti (Šeimos gydytojų Focus grupė, 2013 03 27).

Kiti šeimos gydytojai su administratoriaus būtinybe nesutinka. Jie mano, kad komunikacija per administratorių galėtų sutrikdyti komandos darbą:

Aš tokioje komandoje labai abejočiau dėl administratoriaus darbo, nes manyčiau, kad socialinis darbuotojas paskambina man, aš jam, taip būtų geriau. Per administratorių jeigu kažką

ne taip perdavė, kažkas ne tą pasakė. Jūs rašote savo raštus, socialinis savo, psichologas savo. Paskambino ir pasako svarbiausią informaciją, nereikia viso rašto (Šeimos gydytojų Focus grupė, 2013 03 27).

Tyrimė dalyvavę šeimos gydytojai ir bendrosios praktikos slaugytojai įvardijo bendruomeninės pagalbos naudą socialinės rizikos šeimoms ir išskyrė savanorių įtraukimo į komandos sudėtį galimybę:

Ir dar, pas mus nėra populiarai vadinamoji savanorystė. Paaugliai, jaunimas, senjorai. Pas mus labai aktyviai veikia senjorai – jie eina į parapijos namus, slaugos ligoninę, užsiima Carito veikla (Šeimos gydytojų Focus grupė, 2013 03 27).

Įvardytas dvasininko poreikis tarpsektorinėje komandoje. Dvasinė pagalba gali būti reikšminga, jei socialinės rizikos šeima, kuriai teikiama pagalba, yra praktikuojantys savo religijos atstovai:

<...> ir dar aš galvoju, kad dvasininkas turėtų būti. Aš galvoju, kad katalikiškoje valstybėje privaloma dvasininkui prisidėti. Jeigu eitų pas kunigą, mažiau problemų turėtų (Šeimos gydytojų Focus grupė, 2013 03 27).

Siekiant užtikrinti komandos narių vizitus šeimoje, svarbus vaidmuo tenka vairuotojui. Šio komandos nario reikšmę pabrėžia bendrosios praktikos slaugytojos, kurios neretai lankosi socialinės rizikos šeimoje, ypač kai šeimoje yra naujagimis:

Vairuotojas. Tarp kitko, juk čia pagrindas. Transporto priemonė (Bendrosios praktikos slaugytojų Focus grupė, 2013 03 20).

Kai šeimos nariai yra sveiki, tačiau joje yra mažų vaikų, pabrėžiamas visuomenės sveikatos priežiūros specialisto reikšmingumas:

Gal mums reikėtų kviešti visuomenės sveikatos specialistus dirbti su mumis, jeigu universitetai juos išleidžia, reikia juos prijungti (Šeimos gydytojų Focus grupė, 2013 03 27).

Dirbant su socialinės rizikos šeima, vienas pagrindinių komandos narių turi būti pati šeima. Jei šeima nėra motyvuota priimti pagalbą arba pagalbos procesas suplanuojamas be šeimos narių, akivaizdu, kad tokia pagalba yra neveiksminga, o šeimos pasitenkinimas teikiamomis paslaugomis paprastai yra minimalus. Visų trijų Focus grupių tyrimo dalyvių klausta, ar jie mato šeimą kaip jai teikiančios pagalbą komandos narį. Visos trys grupės vienareikšmiškai sutiko, kad šeima – yra svarbus komandos narys.

Tyrėja: Šeima irgi yra komandos narys?
Tyrimo dalyvis: Čia idealiausia būtų, tada gal ir tos problemos greičiau spręstųsi (Socialinių darbuotojų Focus grupė, 2013 03 13).

Įdomu tai, kad socialiniai darbuotojai socialinės rizikos šeimą mato kaip pasyvią, o bendrosios praktikos slaugytojai mano, jog svarbu, kad šeima jaustųsi lygiavertė su kitais komandos nariais.

Būtų labai gerai, sėdėtų ir klausytų, kad pats pagalbos nori (Socialinių darbuotojų Focus grupė, 2013 03 13).

Kad jie jaustųsi lygiaverčiai toje komandoje (Bendrosios praktikos slaugytojų Focus grupė, 2013 03 20).

Vienas iš svarbių komandos formavimo aspektų yra aiškūs *komandos narių vaidmenys ir priimtoms atsakomybės*, todėl viena iš Focus grupių temų buvo, kokie kiekvieno komandos nario vaidmenys ir atsakomybės galėtų būti veiksmingi tarpsektorinėje komandoje. Komandinis vaidmuo (*team role*) prisiimamas išreiškiant savo įnašą ir santykius su likusiais komandos nariais, kai dirbama kaip kolektyvo dalis. Komandinį vaidmenį lemia asmenybė ir išmoktas elgesys, tačiau turima profesija taip pat turi reikšmės komandinio vaidmens pasirinkimui (Pande 2002). Efektyvus tarpsektorinės komandos darbas yra grindžiamas aiškiu ir tiksliu įvardytų atsakomybių tarpusavyje pasiskirstymu. Tyrime dalyvavę pirminės sveikatos priežiūros specialistai ypač pabrėžė atsakomybės dėl gautų rezultatų pasidalijimą. Socialinio sektoriaus atstovai išryškina galios santykius socialinės rizikos šeimos atžvilgiu:

<...> turi vaikas eiti į mokyklą, jeigu dar mokykla paspaudžia, kodėl neina, jeigu ir iki policijos ateina ir nepilnamečių reikalų darbuotojai apsilanko, jie labiau išsigąsta. Gal jie tada supranta, kad čia jau nieko nebus gero (Socialinių darbuotojų Focus grupė, 2013 03 13).

Veiksmingas tarpsektorinės komandos darbas įmanomas tik tada, kai tenkinama atsakomybių pasidalijimo sąlyga (Way, Jones, Busing 2000). Tyrime dalyvavusi socialinė darbuotoja pabrėžė dažnesnio bendrosios praktikos slaugytojos lankymosi socialinės rizikos šeimose poreikį. Tai užtikrintų geresnį šeimos narių sveikatos stebėjimą, konsultavimą, padėtų išvengti kaltinimo dėl nežinojimo, kaip spręsti sveikatos problemas socialiniams darbuotojams jų lankomose šeimose:

Kad dažniau apsilankytų bendruomenės slaugytoja. <...> Pastebėtų vaikų sveikatą, nes mus „tarkuoja“ ir už sveikatą, turėjau ne vieną atvejį, kai pasakė, kaip jūs lankotės ir nepamatėt, kad tas vaikas buvo neišnešiotukas, kiek tų savaičių ir jo galva plokščia (Socialinių darbuotojų Focus grupė, 2013 03 13).

Kitos tyrime dalyvavusios socialinės darbuotojos manymu, jeigu ši atsakomybė bus perkelta bendrosios praktikos slaugytojoms, tuomet jos surinktą informaciją praneš šeimos gydytojui:

Slaugytoja galėtų būti informacijos rinkėja, apžiūrėtoja, kuri praneštų apie sveikatos būklę (Socialinių darbuotojų Focus grupė, 2013 03 13)

Tyrime dalyvavusios socialinės darbuotojos bendrosios praktikos slaugytojas mato kaip ekspertes, žinančias, kas ir kur vyksta, kokia šeimos sveikatos istorija, ir pabrėžia, jog socialinės rizikos šeimos nariai asmeniniais patyrimais mieliau dalijasi su slaugytojomis:

Slaugytojos, ypač jei dvidešimt metų dirba, žino kuriam name kas, viską jos žino, jau geriau nueiti pas ją pasikalbėti, ji daug daugiau pasakys <...> (Socialinių darbuotojų Focus grupė, 2013 03 13).

Kai kurios tyrime dalyvavusios socialinės darbuotojos teigė, jog komandos darbui neišvengiamą poveikį gali turėti tai, kad gydytojas dirba tik savo darbą – gydo pacientus, už kuriuos ir prisiima atsakomybę, jis nėra įpareigotas dirbti komandinio darbo.

<...> gydymo įstaiga atsako už savo srutį, mes už savo esame atsakingi. Kiekvienas asmeniškai randa kontaktą, ar su policininku, ar su gydytoju, bet jie nėra įpareigoti (Socialinių darbuotojų Focus grupė, 2013 03 13).

Focus grupėje dalyvavusios socialinės darbuotojos pabrėžė teisingumo principą atliekamame darbe. Jų teigimu, kartais iš medikų gaunami raštai apie pacientų būklę neatitinka realios situacijos, todėl socialiniams darbuotojams kyla sunkumų dėl šeimos vertinimo, kuris vėliau perduodamas Vaiko teisių apsaugos skyrių specialistams.

Ateina mama su penkerių metų vaiku. Socialinė darbuotoja sako, kad tas vaikas nekalba, o gydytoja rašo raštą, kad vaikas sveikas. Nors informuotų kaip yra ir atliktų gydymo funkciją (Socialinių darbuotojų Focus grupė, 2013 03 13).

Focus grupėse dalyvavusios bendrosios praktikos slaugytojos savo veiksmų ir kompetencijų ribose įvardija tokias atsakomybes, kaip sveikos gyvensenos ugdymą šeimose, jų sveikatos ir higienos priežiūrą.

Apmokymai, sakykime, sveikos gyvensenos, priežiūros, higienos (Bendrosios praktikos slaugytojų Focus grupė, 2013 03 20).

Socialinių įgūdžių ugdymas ir lavinimas, bendrosios praktikos slaugytojų nuomone, turėtų būti socialinio darbuotojo atsakomybė. Šeimos gydytojai mano, kad socialinis darbuotojas yra atsakingas už šeimos kontrolę:

Jeigu vaikas susirgo ir aš jam išrašiau vaistų, apie tai pranešu socialiniam darbuotojui, kad jis po kelių dienų nueitų ir patikrintų, ar nusipirko vaistų. Aš turiu turėti kam paskambinti (Šeimos gydytojų Focus grupė, 2013 03 27).

Efektyvus tarpsektorinės komandos darbas įmanomas, kai jos nariai jaučia galintys priimti komandinius sprendimus spręsdami kylančias problemas. Focus grupių dalyvių nuomonė dėl atsakomybės tarpsektorinėje komandoje išsiskyrė: vieni mano, kad atsakomybės turėtų būti atskirtos priklausomai nuo komandos nario darbo srities, kiti – kad atsakomybė komandoje turėtų būti kolektyvinė:

Už sveikatą – sveikatos atstovai, už socialinę sritį – vėlgi mes (Socialinių darbuotojų Focus grupė, 2013 03 13).

Jeigu komanda dirba, kad atsakytų visi vienodai (Socialinių darbuotojų Focus grupė, 2013 03 13).

Bendrosios praktikos slaugytojos pasisakė prieš kolektyvinę atsakomybę tarpsektorinėje komandoje. Jų manymu, atsakomybės turėtų būti prisiimtos pagal savo atliekamus darbus.

Kiekvienas turi daryti savo darbą ir už jį atsiskaityti, prieš save tai tikrai (Bendrosios praktikos slaugytojų Focus grupė, 2013 03 20).

Visi tyrimo dalyviai vieningai sutarė, kad prisiimta atsakomybė turėtų būtų oficialiai užfiksuota:

Tu protokoluoji, visi sudeda parašus, tos problemos sprendimas jau užfiksuotas. Taip ir įforminti tą atsakomybę (Socialinių darbuotojų Focus grupė, 2013 03 13).

Socialiniai darbuotojai vieningai teigė, kad tokiomis aplinkybėmis, kai reikalingos medicininės žinios, įvertinant šeimos situaciją turėtų dalyvauti ir šeimos gydytojai. Pateiktas pavyzdys iš praktikos atskleidžia, kad tarpsektorinė komanda padėtų spręsti socialinės rizikos šeimų problemas nuo pačios proceso pradžios:

<...> gauname išvadą: narkomanė turi kūdikį; tokie atvejai turėtų prasidėti nuo atvejo peržiūros. Tam ir reikia komandos, o dabar primetė tau ir turi viską surinkti ir suorganizuoti, ne visi sutinka daryti tą peržiūrą. Nuo to reikia pradėti, o tik tada rašyti išvadą, o dabar parašo ir permeta (Socialinių darbuotojų Focus grupė, 2013 03 13).

Visgi dabartinis socialinių darbuotojų praktinės veiklos teisinis pagrindas jiems kelia abejonių ir jie nepasitiki savo atliekamų veiksmų teisėtumu. Abejonių kelia sąvokų abstraktumas ir jų nepagrįstumas, kadangi dabar nepriežiūrą galima vertinti pagal savo asmeninę patirtį profesiniame darbe:

<...> nesuprantu, kas yra nepriežiūra; mūsų darbuotoja sako, kad ten nepriežiūra, o vaiko teisės atsikako įtraukti. <...> aš reikalavau, kad X mieste būtų apibrėžta vaikų paėmimo iš šeimos tvarka. Mes imdavome vaikus, kai jie būdavo nesaugūs, t. y. patraukiame iš nesaugių sąlygų; o vaiko teisės priima sprendimą per tris paras – traukti ar ne. Mums reikia griežtos tvarkos. Medikai to paties prašo, bendruomenės slaugytojos ir mes neturime to įrankio (Socialinių darbuotojų Focus grupė, 2013 03 13).

Focus grupėje dalyvavę šeimos gydytojai, analizuodami praktinę situaciją, pažymėjo, jog dažnai jie atsakomybę nori perkelti socialiniam darbuotojui, tačiau ne visada tai būtų teisingas sprendimas:

Iš tikrųjų negalime ant jo visko suversti, jeigu mes komanda. Jeigu vaikas neatėjo į mokyklą, pedagogas skambina socialiniam darbuotojui, ir jau yra atgalinis ryšys. Jeigu jis susirgo ir neatėjo, tai sesutė skambina ir klausia, kodėl neatėjo skiepytis. Kiekvienas savo darbą dirbame (Šeimos gydytojų Focus grupė, 2013 03 27).

Focus grupės metu taip pat paaiškėjo, kodėl šeimos gydytojai socialines problemas visuomet priskiria socialinio darbuotojo atsakomybei: jie visiškai nežino, kokias funkcijas atlieka socialinis darbuotojas, dirbdamas su socialinės rizikos šeimomis, todėl labai svarbu komandoje išsiaiškinti kiekvieno komandos nario atsakomybes.

Mes nežinome socialinio darbuotojo funkcijų. Nežinau jų pareigų, ką jis turi daryti, ko neturi, todėl negaliu jam dieną naktį skambinti. Bet iš tikrųjų reikia tas kompetencijas žinoti, kas ką privalo daryti, tada viskas aišku. <...>. Kodėl ji turi prisiimti visą atsakomybę? Aš nežinau jos teisinių instrukcijų, pagal kurias ji atsiskaitys (Šeimos gydytojų Focus grupė, 2013 03 27).

Focus grupių dalyvių nuomone, tarpsektorinė komanda galėtų padėti efektyviau spręsti šeimose kylančias problemas. Dabar, kai dirbama ne komandoje, neefektyvumo priežastimi tampa oficialus pareigybių sąrašas, pagal kurį nustatomos profesinės veiklos ribos. Kartais norėdami padėti specialistai yra priversti peržengti savo kompetencijos ribas. Visgi šeimos gydytoja teigia, kad už tai, kad kartais peržengia savo pareigybių ribas, gali sulaukti nuobaudos, todėl, jos manymu, komandiniame darbe turėtų būti akcentuojamas lygiateisiškumo principas su aiškiu atsakomybių prisiėmimu ir atsiskaitymu už jas:

Aš kalbu apie kompetenciją dėl to, kad greičiausiai taip ir būna – daktarė ir tą, ir aną daro, o yra daktarų, kurie žiūri tik savo pareigines instrukcijas, ir viso gero – uždarė duris ir telefono nekelia. Tas pats ir socialiniam darbuotojui, pareiginės instrukcijos galioja mums visiems ir mes turime padaryti viską, ką privalome, o jei mes darome daugiau, tai dar gali mus ir nubauti. Komandai reikia žinoti, už ką kiekvienas komandos narys yra atsakingas, ką jis turi padaryti. Kas vadovaus, kokia yra komanda, jeigu mes esame komanda, visi esame lygūs (Šeimos gydytojų Focus grupė, 2013 03 27).

Aiškų *vadovavimas* komandai yra vienas svarbiausių tarpsektorinės komandos sėkmės aspektų. L. Šimanskienė (2009) teigia, kad komandos vadovas rūpinasi aktyviu komandos darbu, patikslina jos tikslus, žino komandos narių privalumus bei trūkumus, apibrėžia darbo sritis ir komunikacijos kanalus.

Focus grupių metu visų trijų grupių dalyviai vieningai sutarė, kad darbo su socialinės rizikos šeima pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje komandos vadovas galėtų būti socialinis darbuotojas. Vis dėlto šio pasirinkimo motyvai visose trijose grupėse skyrėsi. Socialiniai darbuotojai teigė, kad jie galėtų būti komandos vadovais, kadangi jiems tai labiausiai reikalinga, jie yra arčiausiai šeimos.

Turbūt socialiniams, mums, nes niekam daugiau nereikia (Socialinių darbuotojų Focus grupė, 2013 03 13).

Kas arčiausiai šeimos, kaip bebūtų, visada socialiniai darbuotojai (Socialinių darbuotojų Focus grupė, 2013 03 13).

Bendrosios praktikos slaugytojų nuomone, socialiniai darbuotojai galėtų vadovauti tarpsektorinei komandai, kai sprendžiamos socialinės problemos:

Tyrimo dalyvis: Gydytoja tai tikrai ne, nes ji spręš tik gydymo problemas, o šiuo atveju jų nelabai ir yra. Čia daugiau socialinės.

Tyrėja: Reiškia, vadovas būtų socialinis darbuotojas, dirbantis su šeima (Bendrosios praktikos slaugytojų Focus grupė, 2013 03 20).

Šeimos gydytojai teigė, kad vadovas turėtų priklausyti nuo pagrindinių problemų, ir kai problemos yra socialinės, tai ir vadovas turėtų būti socialinis darbuotojas:

<...> tikslai yra socialiniai. Reiškia vadovas yra socialinis, jeigu tikslai yra medicininiai, kažkuriuo etapu vadovas bus gydytojas, pasakys, ko konkrečiai reikia, ir tada visi pabandys iš savo pusės, kas ką gali. Kokie tikslai, toks ir vadovas (Šeimos gydytojų Focus grupė, 2013 03 27).

Apibendrinant rezultatus apie vadovavimą, galima teigti, kad tarpsektorinei komandai turėtų vadovauti tas specialistas, kurio sprendžiamos problemos vyrauja analizuojamu atveju. Dirbant su socialinės rizikos šeimomis juo dažniausiai bus socialinis darbuotojas.

IŠVADOS

1. Socialinės rizikos šeima pasižymi sudėtingomis ir kompleksinėmis problemomis. Pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje tarpsektorinės specialistų komandos bendras darbas gali padėti sumažinti socialinės rizikos šeimų problemas ir pagerinti gyvenimo kokybę. Individualiai spręsti problemas šiuo atveju nerekomenduojama, kadangi socialinės rizikos šeimų problemos paprastai yra sudėtingos, sprendimo būdas nėra akivaizdus, tam reikia įvairių žinių bei sugebėjimų.

2. Darbo su socialinės rizikos šeimomis tarpsektorinės komandos sudėtis pirminės sveikatos priežiūros įstaigose turėtų priklausyti nuo konkrečios šeimos problemų, tačiau pagrindiniai jos nariai turėtų būti: šeimos gydytojas, bendrosios praktikos slaugytojas, socialinis darbuotojas, psichologas, pati šeima, bendruomenės nariai, visuomenės sveikatos priežiūros specialistas, vairuotojas, dvasininkas, administratorius. Aiškų atsakomybių ir pareigų pasidalijimas tarp komandos narių yra sėkmingo komandos darbo sąlyga, todėl svarbu, kad atsakomybės komandoje būtų aiškiai apibrėžtos ir užfiksuotos raštiniuose dokumentuose. Darbo

su socialinės rizikos šeima tarpsektorinės komandos pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje vadovas turėtų būti siejamas su problemomis. Kadangi šios problemos neretai yra socialinės, daugeliu atvejų vadovo funkciją turėtų atlikti socialinis darbuotojas.

Gauta 2013 06 10
Priimta 2013 10 15

Literatūra

1. Barvydienė, V.; Kasiulis, J. 2001. *Vadovavimo psichologija*. Kaunas, KTU.
2. Kaplan, L. 1986. *Working With Multiproblem Families*. Lexington (Mass).
3. LR socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas „Dėl darbo su socialinės rizikos šeimomis“. 2003, *Valstybės žinios* Nr. A1-207.
4. LR Socialinių paslaugų įstatymas. 2006, *Valstybės žinios*, Nr. 17-589.
5. Matos, A. R.; Sousa, L. M. 2004. “How Multiproblem Families Try To Find Support In Social Services, *Journal of Social Work* 1: 65–80.
6. Nelsonas, B.; Ekonomis, P. 1999. *Vadyba žaliems*. Kaunas.
7. Pande, P. 2002. *The Six Sigma Way Team Fieldbook: An Implementation Guide for Process Improvement Teams*. New York.
8. *Pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcija*. 2007. Nr. V-717.
9. Šimanskienė, L. 2009. *Komandos samprata, kūrimas, vadovavimas*. Monografija. Klaipėda.
10. Vijeikienė, B.; Vijeikis, J. 2000. *Komandinio darbo pagrindai*. Vilnius, Rosma.
11. Way, D.; Jones, L.; Busing, N. 2000. *Implementation Strategies: “Collaboration in Primary Care-Family Doctors and Nurse Practitioners Delivering Shared Care”: Discussion Paper Written for the Ontario College of Family Physicians*. Prieiga per internetą: <http://www.eicp.ca/en/toolkit/hhr/ocfp-paper-handout.pdf>

LAURA VARŽINSKIENĖ, JORŪNĖ VYŠNIAUSKYTĖ-RIMKIENĖ, ROBERTA MOTIEČIENĖ

Model of Interdisciplinary Team in the Primary Health Care System while working with families at risk

Summary

The article analyzes a model of interdisciplinary team for social risk families in the primary health care system from the point of view of family physicians, nurses and social workers. The data was collected using the focus group method – three different professional groups were created. Seeking to unfold a model of team aspects of team members, sharing of responsibilities and team leadership are analyzed in the article.

Key words: social risk family, interdisciplinary team, a model of team