

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETO
ŽMOGAUS IR VISUOMENĖS STUDIJŲ FAKULTETO
EDUKOLOGIJOS IR SOCIALINIO DARBO INSTITUTAS

EGLĖ ŠIMONIENĖ
(SOCIALINIS DARBAS)

**ATVEJO VADYBA INTEGRUOJANT SVEIKATOS PRIEŽIŪROS
IR
SOCIALINES PASLAUGAS INTELEKTO IR (AR)
PSICHOSOCIALINĘ NEGALIĄ TURINTIEMS ASMENIMS**

Magistro baigiamasis darbas

Darbo vadovė:

Prof. dr. Jolanta Pivorienė

Vilnius, 2026

TURINYS

LENTELĖS	2
PAVEIKSLAI.....	3
SĄVOKŲ ŽODYNAS	4
ĮVADAS	5
1. INTEGRUOTŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IR SOCIALINIŲ PASLAUGŲ ANALIZĖ	9
1.1. Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos samprata ir reikšmė	9
1.2. Integruotų ir kompleksinių paslaugų palyginimas paslaugų koordinavimo ir tęstinumo aspektu	10
1.3. Atvejo vadyba integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sistemoje	13
1.4. Atvejo vadybos taikymas dirbant su intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis	17
1.5. Gerosios praktikos ir bendradarbiavimo formos integruojant paslaugas	21
2. ATVEJO VADYBOS INTEGRUOJANT SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IR SOCIALINES PASLAUGAS INTELEKTO IR (AR) PSICHOSOCIALINĘ NEGALIĄ TURINTIEMS ASMENIMS TYRIMO METODOLOGIJA	26
3. ATVEJO VADYBOS INTEGRUOJANT SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IR SOCIALINES PASLAUGAS INTELEKTO IR (AR) PSICHOSOCIALINĘ NEGALIĄ TURINTIEMS ASMENIMS TYRIMAS	29
3.1. ATVEJO VADYBOS INTEGRUOJANT SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IR SOCIALINES PASLAUGAS INTELEKTO IR (AR) PSICHOSOCIALINĘ NEGALIĄ TURINTIEMS ASMENIMS TYRIMO REZULTATŲ APIBENDRINIMAS	55
DISKUSIJA	57
REFLEKSIJA	59
IŠVADOS	62
SIŪLYMAI.....	63
LITERATŪRA	64
ANOTACIJA.....	70
SANTRAUKA	72
SUMMARY	74
PRIEDAI	76
AKADEMINIO SĄŽININGUMO DEKLARACIJA	115

LENTELĖS

<i>1 lentelė. Atvejo vadybos proceso etapai integruotų paslaugų sistemoje ir jų funkcijos</i>	<i>14</i>
<i>2 lentelė. Atvejo vadybos taikymo kryptys dirbant su intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis: poreikių sritys, koordinavimo užduotys ir tikslai</i>	<i>19</i>

PAVEIKSLAI

<i>1 pav. Atvejo vadybos esmės apibūdinimas kasdienėje profesinės veiklos praktikoje</i>	<i>29</i>
<i>2 pav. Pagrindinių paslaugų gavėjų poreikių išryškinimas</i>	<i>31</i>
<i>3 pav. Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integravimo įgyvendinimas dirbant su intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis</i>	<i>35</i>
<i>4 pav. Paslaugų koordinavimo organizavimas atskirais atvejais: praktinė patirtis</i>	<i>39</i>
<i>5 pav. Iššūkiai, su kuriais susiduriama siekiant užtikrinti paslaugų tęstinumą</i>	<i>42</i>
<i>6 pav. Bendradarbiavimo su kitais specialistais ir institucijomis (sveikatos priežiūros, socialinių paslaugų, kitais sektoriais) vertinimas</i>	<i>44</i>
<i>7 pav. Pagrindiniai organizaciniai ir sisteminiai barjerai, trukdantys veiksmingai taikyti atvejo vadybą.....</i>	<i>48</i>
<i>8 pav. Veiksmingos praktikos</i>	<i>51</i>

SĄVOKŲ ŽODYNAS

Atvejo vadyba – struktūruotas pagalbos planavimo, koordinavimo ir stebėsenos procesas, orientuotas į individualius asmens poreikius ir skirtingų paslaugų suderinimą, siekiant nuoseklaus pagalbos teikimo (Case Management Society of America, 2016)

Atvejo vadybininkas – specialistas, atsakingas už individualaus pagalbos plano sudarymą, paslaugų koordinavimą, tarpinstitucinį bendradarbiavimą ir pagalbos proceso tęstinumą (Dragūnienė & Milkintaitė, 2023)

Kompleksinės paslaugos – kelių sričių paslaugų visuma, teikiama asmeniui ar šeimai, tačiau nebūtinai grindžiama sisteminiu paslaugų tarpusavio integravimu ir koordinavimu (Valickas, 2017).

Individualus pagalbos planas – dokumentuotas susitarimas, kuriame nustatomi asmens pagalbos tikslai, paslaugų apimtis, teikimo eiga ir specialistų atsakomybės (Norkienė et al., 2019)

Igalinimas – procesas, kuriuo siekiama stiprinti asmens gebėjimą dalyvauti sprendimų priėmimo ir kontroliuoti su jo gyvenimu susijusius procesus (Fredriksson et al., 2024)

Integruotos sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos – tarpusavyje suderintos sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos, teikiamos kaip vientisas, koordinuotas pagalbos procesas, orientuotas į asmens poreikius (Godinho et al., 2025)

Intelektų negalia – ilgalaikis intelektinių funkcijų sutrikimas, ribojantis asmens gebėjimą savarankiškai mokytis, spręsti problemas ir funkcionuoti kasdienėje aplinkoje (Raudeliūnaitė & Gudžinskienė, 2023)

Paslaugų koordinavimas – skirtingų specialistų ir institucijų veiksmų derinimas, siekiant išvengti paslaugų dubliavimo ir spragų pagalbos procese (Fares, 2024)

Paslaugų tęstinumas – nuoseklus ir nenutrūkstamas pagalbos teikimas asmeniui, užtikrinantis sklandų perėjimą tarp skirtingų paslaugų ir jų etapų (Hamiduzzaman et al., 2025)

Tarpdisciplininis bendradarbiavimas – skirtingų profesinių sričių specialistų bendras darbas, grindžiamas dalijimusi informacija ir bendra atsakomybe už pagalbos rezultatus (Karreinen et al., 2025)

Psichosocialinė negalia – ilgalaikiai psichikos sveikatos sutrikimai, darantys reikšmingą poveikį asmens socialiniam funkcionavimui ir dalyvavimui visuomenėje (Sprudzanaitė et al., 2024).

Socialinė atskirtis – procesas, kai asmuo ar grupė patiria ribotas galimybes dalyvauti socialiniame, ekonominiame ir bendruomeniniame gyvenime (Seniutis & Petružytė, 2018)

Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracija – paslaugų organizavimo kontekstas, kuriame siekiama skirtingų sektorių veiklos suderinamumo ir koordinavimo; ši sąvoka darbe vartojama kaip teorinis pagrindas integruotų paslaugų analizei (Leutz, 1999)

IVADAS

Temos aktualumas. Šiuolaikinėje socialinių ir sveikatos paslaugų sistemoje vis dažniau susiduriama su asmenų poreikių kompleksiskumu, kuris nebegali būti veiksmingai atliepiamas taikant sektoriais atskirtas intervencijas. Ypač tai aktualu intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turintiems asmenims, kurių situacijos reikalauja ilgalaikės, koordinuotos ir nuoseklios pagalbos, apimančios tiek socialinės paramos, tiek sveikatos priežiūros priemones (Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, 2020). Atsižvelgiant į problemas, susijusias teikiant atvejo vadybą intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turintiems asmenims, vis didesnę reikšmę įgauna paslaugų integracija kaip procesas, orientuotas į skirtingų sektorių veiksmų derinimą, bendrą planavimą ir atsakomybės pasidalijimą. Integracijos rezultatu tampa integruotos sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos, kurios sudaro prielaidas užtikrinti nuoseklų pagalbos procesą ir mažinti paslaugų fragmentiškumą. Viena iš esminių priemonių, leidžiančių įgyvendinti integraciją praktiniame lygmenyje, yra atvejo vadyba, apimanti paslaugų poreikių vertinimą, individualaus pagalbos plano sudarymą, paslaugų koordinavimą ir jų tęstinumo stebėseną (Case Management Society of America, 2016). Atvejo vadybos ištyrimas integruojant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas yra svarbus norint geriau suprasti, kaip paslaugų koordinavimo ir jų tęstinumo užtikrinimas prisideda prie efektyvesnės, sklandesnės bei nuoseklesnės pagalbos teikimo intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turintiems asmenims.

Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracija jau kurį laiką tapo svarbiu socialinės ir sveikatos politikos prioritetu tiek tarptautiniu, tiek nacionaliniu lygmeniu. Praktikoje daugėja atvejų, kai asmenims neužtenka pagalbos tik keliose srityse, jų patiriami sunkumai apima daugiasluoksnių pagalbos poreikį. Psichikos ir elgesio sutrikimai, lėtinės ligos bei įvairios socialinės problemos susipina, todėl iškyla poreikis pagalbą planuoti plačiau, suderinti kelių sričių paslaugas, jas koordinuoti. Sveikatos problemos dažnai pasireiškia kartu su sunkumais socialinėje srityje. Atskirai veikiančios paslaugos ne visada užtikrina pagalbos nuoseklumą. Literatūroje dažnai minima, kad integruotos paslaugos padeda geriau koordinuoti pagalbą ir palaikyti jos tęstinumą. Tai ypač atsiskleidžia, kai asmens poreikiai yra kompleksiniai ir ilgalaikiai (Leutz, 1999; Hamiduzzaman, 2025). Intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turintiems asmenims, tai yra aktualu, nes jiems dažnai reikia ir sveikatos priežiūros, ir socialinių paslaugų, o pagalbos procesas praktikoje vis dar išlieka suskaidytas (Austys, 2023; Sprudzanaitė, 2024). Atvejo vadyba leidžia asmenims užtikrinti paslaugų integraciją ir išlaikyti pagalbos procesą koordinuotą bei nuoseklų (Case Management Society of America, 2016). Lietuvoje atlikta mažai empirinių tyrimų, kuriuose būtų analizuojama atvejo vadyba integruojant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turintiems asmenims. Mūsų šalyje yra taikomi integruotų paslaugų modeliai, atvejo vadybos

praktikos ir jų įgyvendinimas dažnai analizuojamas norminiuose dokumentuose ar strategijose, tačiau praktiškai dirbančių atvejo vadybininkų patirtys, taikomos koordinavimo praktikos ir iššūkiai, su kuriais susiduria, lieka menkai ištirti (Socialinių paslaugų priežiūros departamentas, 2022). Šis tyrimas papildys esamus tyrimus atvejo vadybos srityje, nes jame bus siekiama aiškiau atskleisti, kokią vaidmenį ji atlieka integruojant paslaugas praktikoje, leis išskirti Lietuvos socialinių ir sveikatos paslaugų sistemai svarbias kryptis, kurias galima tobulinti.

Šios temos praktinę reikšmę leidžia geriau pagrįsti tarptautiniai integruotų paslaugų modeliai. Kai sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos teikiamos integruotai, procesas tampa aiškesnis paslaugų gavėjui, paslaugos tampa prieinamesnės bei priimtinesnės, mažėja jų dubliavimo. Laiku suteikta tinkama pagalba gali sumažinti ir hospitalizacijų skaičių (World Health Organization Regional Office for Europe, 2016). Naujesni tarptautiniai tyrimai taip pat rodo, kad sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracija realiai veikia, kai procesas yra koordinuojamas nuosekliai, vyksta informacijos mainai tarp sektorių ir atskirų specialistų, o bendras darbas yra orientuotas į asmens poreikius (Matos et al., 2025). Šiame darbe integracija suprantama kaip praktikoje veikiantis paslaugų organizavimo būdas, kurio veiksmingumas priklauso nuo konkrečių koordinavimo priemonių.

Temos naujumas. Mokslinėje literatūroje sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracija plačiai analizuojama kaip būtina sąlyga atliepiant augantį asmenų poreikių kompleksumą ir jų patiriamas problemas, kai paslaugos tampa fragmentiškos. Tarptautiniu lygmeniu integracija nagrinėjama sistemiškai, apimant institucinį, organizacinį ir profesinį lygmenis, o ypatingas dėmesys skiriamas integruotų paslaugų modelių poveikiui paslaugų koordinavimui ir tęstinumui (Leutz, 1999). Pasirinktos temos analizė gali būti pagrįsta konceptualiais modeliais ir empiriniais tyrimais, atliktais skirtingose šalyse ir paslaugų sistemose. Tarptautinėje mokslinėje literatūroje gana plačiai analizuojamas integruotų paslaugų taikymas asmenims, turintiems intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią. Ši asmenų grupė dažnai susiduria su keliais tarpusavyje susijusiais iššūkiais – psichikos sveikatos sutrikimais, somatinėmis ligomis, socialine atskirtimi, kartais izoliacija ir ribotu savarankiškumu (Hamiduzzaman, 2025). Integruotos socialinės ir sveikatos priežiūros paslaugos vertinamos kaip tinkamenis būdas, nei atskirai veikiančios paslaugos. Šiame darbe yra remiamasi tyrimais, kurie pagrindžia integruotų paslaugų svarbą ir atvejo vadybos reikšmę dirbant su šia asmenų grupe. Atvejo vadyba mokslinėje literatūroje apibūdinama kaip vienas pagrindinių integracijos įgyvendinimo būdų. Ji apima asmens individualių poreikių įvertinimą, kompleksinio individualaus pagalbos plano sudarymą, paslaugų koordinavimą ir stebėseną (Case Management Society of America, 2016; Norkienė, 2019). Svarbu atkreipti dėmesį, kad skirtingi autoriai nevienodai aiškina atvejo vadybos modelius ir akcentuoja skirtingas jų dalis (Fares, 2024). Šis nevienodumas atskleidžia ir tam tikrą problemą – mokslinėje literatūroje nėra bendro sutarimo,

kaip turėtų būti suprantama atvejo vadyba ir kur yra jos taikymo ribos integracijos procese. Dažnai pabrėžiamas šio metodo veiksmingumas, tačiau yra kritikuojančių pernelyg didelę atsakomybę, kuri perkeliama specialistui, kai sisteminės integracijos kliūtys nėra išspręstos (Leutz, 1999; Karreinen, 2025). Literatūroje kompleksinės ir integruotos paslaugos ne visada aiškiai atskiriamos, nes dauguma autorių laikosi nuomonės, kad kompleksinės paslaugos savaime dar nereiškia realios integracijos. Tai pastebima ir praktiniuose tyrimuose, kur šios sąvokos neretai vartojamos kaip sinonimai (Valickas, 2017). Toks sąvokų neapibrėžtumas apsunkina teorinę analizę, o taip pat gali paveikti kaip atvejo vadyba taikoma praktikoje. Lietuvių autorių darbuose sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracija yra aptariama, tačiau konkrečių tyrimų, kurie tiesiogiai atskleistų realią atvejo vadybos praktiką, šiame procese, nėra daug. Dėl to šiame darbe remiamasi ne tik moksliniais tyrimais, bet ir institucijų dokumentais bei paslaugų organizavimo analizėmis (Austys et al., 2023; Socialinių paslaugų priežiūros departamentas, 2022). Taip pat todėl vis dar kyla klausimų, kaip integracija veikia realioje praktikoje ir kas galėtų padėti geriau suderinti pagalbą. Sprudzanaitė et al. (2024) savo tyrime pažymi, kad psichosocialinę negalią turintys asmenys vis dar susiduria su kliūtimis, ribojančiomis jų socialinę įtrauktį. Tai parodo ir poreikį aiškintis, kaip atvejo vadybą Lietuvos praktikoje, būtų galima labiau stiprinti. Apžvelgta literatūra rodo, kad integracijos ir atvejo vadybos temos jau yra nemažai nagrinėtos, tačiau praktinis jų įgyvendinimas vis dar kelia klausimų, ypač Lietuvoje. Problema yra sudėtinga, todėl yra poreikis tirti, kokią reikšmę atvejo vadyba turi integruojant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas dirbant su intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis.

Tyrimo problema. Integruotos paslaugos ir atvejo vadyba mokslinėje literatūroje dažniausiai siejamos su kompleksiniais asmens poreikiais, pagalbos koordinavimu ir mažesniu paslaugų suskaidymu (Leutz, 1999; Hamiduzzaman, 2025). Intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turintys asmenys dažnai susiduria su įvairiais kasdienio gyvenimo, socialinio dalyvavimo ir ieškant reikalingos pagalbos. Šiems asmenims svarbu, kad pagalba būtų pritaikyta individualiems poreikiams ir geriau suderinta tarp skirtingų paslaugų teikėjų (Raudeliūnaitė & Gudžinskienė, 2023; Sprudzanaitė, 2024). Praktikoje „integruotos“ ir „kompleksinės“ paslaugos neretai painiojamos, nors jos nėra tapačios (Valickas, 2017). Todėl šiame darbe analizuojama, kaip šis skirtumas atsiskleidžia atvejo vadybos praktikoje.

Tyrimo probleminiai klausimai:

1. Kaip atvejo vadybininkai praktikoje supranta ir vertina atvejo vadybos taikymą asmenims su intelekto ir (ar) psichosocialine negalia integruojant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas?
2. Kas atvejo vadybininkų požiūriu lemia paslaugų fragmentiškumą, koordinavimo sunkumus ir pagalbos tęstinumo problemas?

Literatūroje pabrėžiama, kad paslaugų integracijai nepakanka vien formalių sprendimų ar deklaruojamų nuostatų – tam reikia realaus organizacinio, profesinio ir tarpinstitucinio bendradarbiavimo (Leutz, 1999; Karreinen, 2025). Pagalbą praktikoje dažniausiai koordinuoja specialistai dirbantys tiesiogiai su asmenimis. Jų darbas ne visada priklauso tik nuo profesinių gebėjimų. Specialistus dažnai riboja instituciniai barjerai, skirtingos darbo organizavimo tvarkos ir išteklių trūkumas. Lietuvos tyrimuose taip pat išryškėja informacijos sklaidos, bendradarbiavimo ir paslaugų tęstinumo problemos. Kokybinis ištyrimas atskleis, kaip šie sunkumai pasireiškia kasdienėje atvejo vadybos praktikoje.

3. Kokios sąlygos ir bendradarbiavimo būdai, atvejo vadybininkų požiūriu, padėtų atvejo vadybai veikti kaip realiam paslaugų integracijos instrumentui Lietuvos kontekste?

Literatūroje atvejo vadyba apibūdinama kaip pagalbos planavimu, tarpsektoriniu bendradarbiavimu, paslaugų koordinavimu ir į asmenį orientuotu požiūriu grindžiama praktika (Case Management Society of America, 2016; Norkienė et al., 2019). Lietuvoje vis dar trūksta tyrimų, kurie parodytų, kaip šie principai praktiškai taikomi dirbant su intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis. Dažniau aptariamos bendresnės paslaugų organizavimo, koordinavimo ir prieinamumo problemos (Socialinių paslaugų priežiūros departamentas, 2022; Urvikis, 2016).

Dėl to išlieka aktualu tirti, kokie koordinavimo, komunikacijos ir tarpinstitucinio bendradarbiavimo sprendimai padeda užtikrinti paslaugų integraciją, o kokie veiksniai ją riboja.

Tyrimo objektas – atvejo vadybos taikymas integruojant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turintiems asmenims.

Tyrimo tikslas – išanalizuoti atvejo vadybos taikymo galimybes ir iššūkius integruojant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turintiems asmenims, siekiant įvertinti šio modelio veiksmingumą užtikrinant paslaugų koordinavimą ir tęstinumą.

Tyrimo uždaviniai:

1. Atskleisti atvejo vadybos sampratą ir jos reikšmę integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų kontekste, remiantis mokslinės literatūros analize.
2. Ištirti atvejo vadybininkų, dirbančių su intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis, požiūrį į atvejo vadybos taikymą integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sistemoje Lietuvoje, identifikuojant pagrindinius iššūkius, galimybes bei praktinius koordinavimo ir paslaugų tęstinumo užtikrinimo mechanizmus.

1. INTEGRUOTŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IR SOCIALINIŲ PASLAUGŲ ANALIZĖ

Kai žmogaus poreikiai apima ne tik sveikatos, bet ir socialinę pagalbą, ypač svarbu, kad paslaugos būtų suderintos tarpusavyje. Integruotos sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos literatūroje aptariamos kaip būdas sumažinti pagalbos susiskaidymą. Ilgalaikės ir įvairiapusės pagalbos poreikį turintiems asmenims sunkiau užtikrinti pagalbos tęstinumą, kai paslaugos veikia atskirai (Hamiduzzaman et al., 2025). Derinant specialistų veiksmus reikėtų įtraukti pačius paslaugų gavėjus į pagalbos planavimą bei vertinimą. Jų dalyvavimas procese padeda geriau suprasti, ar paslaugos atitinka realius poreikius (Fredriksson et al., 2024).

Integruotos paslaugos nėra vien kelių skirtingų paslaugų teikimas tam pačiam asmeniui. Kad pagalba būtų nuosekli, reikia derinti specialistų veiksmus, dalytis informacija ir aiškiai pasiskirstyti atsakomybes (Seniutis & Petružytė, 2018; Godinho et al., 2025). Tai svarbu dirbant su intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis, kurių poreikiai dažnai apima kelias gyvenimo sritis. Todėl šiame darbe analizuojama, kaip atvejo vadyba gali padėti derinti paslaugas ir palaikyti pagalbos tęstinumą.

1.1. Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos samprata ir reikšmė

Literatūroje sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracija suprantama kaip šių sektorių veiklos derinimas, siekiant, kad pagalba asmeniui būtų nuoseklesnė ir mažiau suskaidyta (Leutz, 1999). Ši samprata svarbi šiame darbe, nes leidžia aiškintis, kaip sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sektorių bendradarbiavimas padeda išlaikyti pagalbos tęstinumą.

Leutz (1999) integraciją sieja su struktūriniais ir vadybiniais sprendimais, kurie padeda mažinti paslaugų suskaidymą, o Fares (2024) pabrėžia tarpinstitucinių ryšių ir bendradarbiavimo svarbą. Šie požymiai rodo, kad integracija nėra vienkartinis sprendimas, o nuolatinis paslaugų derinimo procesas. Integracija apima sąlygas ir veiksmus, kurie padeda skirtingoms paslaugoms veikti kartu, o integruotos paslaugos parodo, kaip šis derinimas įgyvendinamas praktikoje. Praktikoje integracijos ir kompleksinių paslaugų sąvokos neretai painiojamos, nors kelios paslaugos dar nereiškia, kad pagalba yra koordinuota ir tęstinė (Valickas, 2017; Šedienė et al., 2020).

Tai ypač svarbu dirbant su intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis, kurių poreikiai dažnai yra ilgalaikiai ir apima kelias gyvenimo sritis. Šiems asmenims svarbu, kad paslaugos būtų prieinamos, derinamos tarpusavyje ir teikiamos nuosekliai (Digrytė et al., 2020; Austys et al., 2023). Todėl šiame darbe integracija siejama su integruotų paslaugų veikimu ir atvejo vadybos vaidmeniu.

Matos et al. (2025) aprašo, kad vien formalių susitarimų nepakanka – integracijai reikia realaus bendradarbiavimo, informacijos mainų, aiškaus koordinavimo ir dėmesio asmens poreikiams. Integruotų paslaugų modeliai taip pat siejami su geresniu paslaugų prieinamumu, mažesniu pagalbos susiskaidymu ir nuoseklesniu pagalbos teikimu (World Health Organization Regional Office for Europe, 2016). Tai ypač svarbu dirbant su intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis, nes jų poreikiai dažnai apima kelias gyvenimo sritis. Kai paslaugos nutrūksta arba nėra aišku, kas už ką atsakingas, pagalbos tęstinumas tampa sunkiau užtikrinamas.

Goodwin (2013) integruotas paslaugas supranta ne tik kaip sudėtingą organizacinį procesą, bet ir kaip principą, pagal kurį žmogus pagalbą turėtų patirti kaip vientisą. Tai padeda atskirti tikrą integraciją nuo paprasto paslaugų „sujungimo“. Integracija veikia tada, kai žmogui pagalba yra nuosekli, suprantama ir koordinuota, o ne primena atskirus skirtingų institucijų veiksmus. Todėl svarbu vertinti ne tik tai, ar pagalbos procese dalyvauja keli sektoriai, bet ir tai, ar jų veiksmai žmogui susijungia į aiškų pagalbos kelią.

Klasikinėje literatūroje, nagrinėjančioje integruotų paslaugų temą, pabrėžiama, kad integracija nėra vien institucijų pertvarka ar paslaugų perkėlimas į vieną organizaciją. Kodner ir Spreeuwenberg (2002) integruotas paslaugas apibūdina kaip metodų ir modelių visumą, kuri padeda susieti finansavimo, administravimo, organizavimo, paslaugų teikimo ir klinikinės praktikos lygmenis. Šis požiūris svarbus šiame darbe, nes leidžia integraciją suprasti kaip daugiapakopį procesą: pagalbos koordinavimas priklauso ne tik nuo konkrečių specialistų, bet ir nuo to, kaip veikia organizacijos bei visa sistema.

Apibendrinant galima teigti, kad sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracija šiame darbe suprantama kaip pagrindas analizuoti integruotas paslaugas ir atvejo vadybos vaidmenį praktikoje. Integracija apima ne tik skirtingų institucijų bendradarbiavimą, bet ir sąlygas, kurios leidžia žmogui teikti koordinuotą, nuoseklią ir jo poreikius atitinkančią pagalbą. Praktikoje tai įgyvendinama per taikomas integruotas paslaugas. Tarptautinėje literatūroje tokie modeliai siejami su geresniu paslaugų prieinamumu, mažesniu hospitalizacijų poreikiu ir veiksmingesniu pagalbos koordinavimu (World Health Organization, 2016; Kodner & Spreeuwenberg, 2002; Matos et al., 2025). Todėl šiame darbe integracija laikoma svarbia prielaida pereiti nuo atskirų institucijų veikimo prie bendros atsakomybės už žmogui teikiamos pagalbos rezultatus.

1.2. Integruotų ir kompleksinių paslaugų palyginimas paslaugų koordinavimo ir tęstinumo aspektu

Socialinių ir sveikatos paslaugų sistemoje kompleksinės ir integruotos paslaugos praktikoje kartais suprantamos panašiai, tačiau jos reiškia ne visai tą patį. Kompleksinės paslaugos dažniau rodo, kad žmogui teikiamos kelios skirtingos pagalbos formos, o integruotos paslaugos labiau

pabrėžia, kaip tos pagalbos formos tarpusavyje derinamos, koordinuojamos ir tęsiamos (Leutz, 1999; Litchfield et al., 2025). Dėl to šių sąvokų painumas tampa problemiškas: paslaugų įvairovė ir gausa dar nereiškia, kad pagalba yra integruota. Tam reikia bendro pagalbos plano, aiškesnio atsakomybių pasidalijimo ir mechanizmų, kurie padėtų užtikrinti paslaugų tęstinumą (Valickas, 2017; Šedienė et al., 2020). Dirbant su intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis tai yra labai svarbu, nes jų poreikiai dažnai būna ilgalaikiai, daugialypiai ir kintantys (Hamiduzzaman et al., 2025). Kompleksinės paslaugos tampa reikalingos tada, kai žmogaus sunkumai susiję tarpusavyje ir vienos srities pagalbos nepakanka.

Lietuvos autorių darbuose ir praktiniuose dokumentuose jos dažniausiai suprantamos kaip kelių pagalbos formų teikimas vienu metu – pavyzdžiui, psichologinė pagalba, konsultavimas, socialinis darbas ar įvairios paramos priemonės (Valickas, 2017; Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, 2020). Toks požiūris svarbus, nes leidžia žmogaus situaciją matyti plačiau: ne kaip vieną atskirą problemą, o kaip kelių gyvenimo sričių visumą (Piščalkienė & Navickienė, 2019). Tačiau vien paslaugų įvairovės nepakanka. Svarbu ir tai, ar skirtingos pagalbos formos tarpusavyje dera ir sudaro nuoseklų pagalbos procesą (Digrytė et al., 2020; Šedienė et al., 2020). Čia ir atsiskleidžia pagrindinis skirtumas tarp kompleksiškumo ir integruotumo.

Kalbant apie kompleksines paslaugas intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turintiems asmenims, svarbu suprasti, kad jų poreikiai dažnai susiję su keliomis gyvenimo sritimis. Tokiems asmenims gali kilti sunkumų visuomeniniame gyvenime, palaikant ir kuriant socialinius ryšius ar savarankiškai siekiant gauti pagalbą (Seniutis & Petružytė, 2018; Sprudzanaitė et al., 2024). Vien kelių paslaugų nepakanka – jos turi būti suderintos, tęstinės ir pritaikomos prie besikeičiančios žmogaus situacijos (Hamiduzzaman et al., 2025). Lietuvos autorių darbuose taip pat pabrėžiama koordinavimo, aiškios informacijos ir paslaugų prieinamumo svarba (Digrytė et al., 2020; Austys et al., 2023). Tai aktualu žmonėms, kuriems dėl negalios sunkiau savarankiškai veikti, priimti sprendimus ar susigaudyti paslaugų sistemoje.

Dėl to svarbu įvertinti individualius poreikius ir suplanuoti pagalbą. Kompleksinės paslaugos dažnai pradedamos nuo informacijos surinkimo, žmogaus situacijos analizės ir individualaus pagalbos plano sudarymo (Valickas, 2017). Tačiau pats planas dar nereiškia, kad pagalba bus koordinuota.

Tam reikia aiškaus atsakomybių pasidalijimo, nuoseklaus plano įgyvendinimo, paslaugų tęstinumo ir reguliarios peržiūros (Digrytė et al., 2020). Šedienė et al. (2020) darbe problema aptariama praktiniu lygmeniu. Paslaugos gali likti suskaidytos, jei skirtingų specialistų veiksmai nėra pakankamai suderinti, nors žmogui tuo pačiu metu teikiama kelių rūšių pagalba. Kitaip tariant, sunkumus kelia ne paslaugų kiekis, bet tai kaip jos tarpusavyje dera. Jei skirtingos pagalbos formos

teikiamos atskirai ir nėra sujungiamos į bendrą procesą, kompleksinės paslaugos gali ir likti suskaidytos.

Integruotos paslaugos reiškia, kad pagalba žmogui neturėtų būti sudaryta iš atskirų, tarpusavyje menkai susijusių ar nesuderintų veiksmų. Svarbu, kad skirtingos pagalbos formos derėtų tarpusavyje, būtų tęstinės, o atsakomybės – kuo aiškesnės. Leutz (1999) integraciją sieja su paslaugų koordinavimu, skirtingų sistemų sąveika ir sprendimais, kurie padeda mažinti paslaugų susiskaidymą. Godinho et al. (2025) pabrėžia į žmogų orientuotų integruotų paslaugų svarbą ir skirtingų paslaugų teikėjų bendradarbiavimą. Fredriksson et al. (2024) akcentuoja paslaugų gavėjų įtraukimą, nes jų patirtis padeda suprasti, ar paslaugos iš tikrųjų atitinka jų poreikius. Integruotų paslaugų esmė yra ne paslaugų skaičius, o tai, ar jos žmogui susijungia į aiškų ir nuoseklų pagalbos procesą.

Kompleksinės ir integruotos paslaugos labiausiai skiriasi tuo, kaip jose suprantamas koordinavimas. Kompleksinių paslaugų atveju jis ne visada būna aiškiai apibrėžtas: daug kas gali priklausyti nuo konkrečių specialistų asmeninės iniciatyvos, pavienių susitarimų ar jau susiklosčiusių, kartais neformalių, ryšių tarp institucijų. Tada pagalbos procesas tampa mažiau stabilus ir labiau priklausomas nuo atskirų žmogiškųjų ar organizacinių aplinkybių (Leutz, 1999; Urvikis, 2016). Integruotose paslaugose koordinavimas turėtų būti nuolat palaikoma funkcija, kuri padeda suderinti skirtingas paslaugas, išvengti spragų pagalbos grandinėje ir užtikrinti tęstinumą (Hamiduzzaman et al., 2025). Karreinen et al. (2025) taip pat pabrėžia organizacinės lyderystės ir vadybinės paramos svarbą. Koordinavimas neturėtų būti paliktas vien konkrečių specialistų pastangoms – jam reikalingas ir institucinis palaikymas.

Žmogus gali gauti kelias skirtingas paslaugas, tačiau jų nesuderinus pagalbos procesas gali tapti neaiškus arba nutrūkti (Litchfield et al., 2025). Integruotų paslaugų atveju svarbu ne tik sudaryti pagalbos planą, bet ir nuolat stebėti kaip dera paslaugos, ar asmuo gauna jam reikalingą pagalbą, kuri atitinka jo situaciją bei poreikius (Godinho et al., 2025; Karreinen et al., 2025). Dirbant su intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis nutrūkusi ar nesuderinta pagalba gali apsunkinti jų dalyvavimą visuomeniniame gyvenime, savarankiškumą ir kasdienį gyvenimą (Sprudzanaitė et al., 2024).

Lietuvoje apie integruotas paslaugas dažnai kalbama strateginiuose, norminiuose ar instituciniuose dokumentuose, tačiau tyrimų, kurie parodytų jų veikimą praktikoje, vis dar nėra daug (Socialinių paslaugų priežiūros departamentas, 2022; Urvikis, 2016). Tyrimų duomenys apie paslaugų atitikimą individualiems asmenų poreikiams, pagalbos veiksmingumą, informacijos prieinamumą ir koordinavimą leidžia suprasti, kad skirtumas tarp kompleksiškumo ir integruotumo praktikoje išlieka svarbus (Austys et al., 2023; Digrytė et al., 2020). Todėl yra svarbu suprasti

suprasti, kaip koordinavimas ir tęstinumas realiai užtikrinami, o kada jie lieka tik dokumentuose ar formaliuose susitarimuose.

Vertinant, kiek pagalbos žmogus gauna, svarbu ir tai, kaip ši pagalba organizuojama. Kelios skirtingos paslaugos savaime dar nereiškia, kad pagalba yra integruota. Jeigu paslaugos nėra susietos tarpusavyje, žmogus gali ir toliau susidurti su spragomis, ypač tada, kai keičiasi gyvenimo situacija ar kinta pagalbos poreikiai. Integruotų paslaugų atveju svarbiausia tampa ne paslaugų skaičius, o jų suderinimas, tęstinumas ir gebėjimas prisitaikyti prie žmogaus situacijos pokyčių (Mira-Aladrén et al., 2024).

Tokį skirtumą padeda paaiškinti ir pagalbos priemonių vertinimo tyrimai. Mira-Aladrén et al. (2024) sisteminėje apžvalgoje kalbama, kad svarbu ne tik kaip teikiama pagalba žmonėms su negalia, bet ir kaip ji suplanuota, įgyvendinama bei vertinama. Svarbu ar pagalba turi aiškius tikslus, ar jos poveikis gali būti įvertinamas ir ar ji iš tikrųjų atitinka paslaugų gavėjų poreikius. Tai reikšminga lyginant kompleksines ir integruotas paslaugas, nes paslaugų skaičius dar nereiškia, kad pagalba yra kokybiška ar veikia kaip vientisas procesas.

Kompleksinės paslaugos padeda reaguoti į intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčių asmenų poreikių įvairovę, tačiau vien paslaugų įvairovės nepakanka. Jei skirtingos pagalbos formos nėra susietos tarpusavyje, pagalba gali likti suskaidyta, o jos tęstinumas ir poveikis – neaiškūs. Integruotos paslaugos išsiskiria tuo, kad jose daugiau dėmesio skiriama paslaugų suderinimui, tęstinumui, aiškesniam planavimui ir pagalbos eigos stebėjimui. Literatūros analizė leidžia teigti, kad būtent šie aspektai padeda atskirti integruotas paslaugas nuo kompleksinių. Tai ypač svarbu dirbant su žmonėmis, kuriems dėl negalios gali būti sunkiau savarankiškai veikti, priimti sprendimus ar susiorientuoti paslaugų sistemoje. Intervencijų vertinimo tyrimai taip pat rodo, kad pats intervencijų skaičius ar jų įvairovė dar negarantuoja pagalbos kokybės, jei trūksta aiškių tikslų, vertinimo ir ryšio su realiais paslaugų gavėjų poreikiais (Mira-Aladrén et al., 2024). Todėl kompleksinių paslaugų kokybę svarbu vertinti ne pagal paslaugų kiekį ar įvairovę, o pagal tai, kaip jos dera tarpusavyje, kaip yra koordinuojamos ir ar užtikrina pagalbos tęstinumą.

1.3. Atvejo vadyba integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sistemoje

Atvejo vadyba mokslinėje literatūroje dažnai siejama su praktiniu sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų derinimu, kai siekiama mažinti paslaugų susiskaidymą ir užtikrinti nuoseklesnę pagalbos procesą. Ji apima žmogaus poreikių įvertinimą, individualaus pagalbos plano sudarymą, paslaugų koordinavimą ir pagalbos eigos stebėjimą, todėl svarbi ne tik dėl paslaugų prieinamumo, bet ir dėl jų tarpusavio suderinimo bei tęstinumo (Case Management Society of America, 2016; Norkienė et al., 2019). Integracija suprantama kaip procesas, padedantis suderinti sveikatos

priežiūros ir socialinių paslaugų sektorių veiklą. Integruotos paslaugos laikomos kaip praktinis šio proceso rezultatas, kai pagalba žmogui teikiama vientisiau ir nuosekliau (Leutz, 1999; Godinho et al., 2025). Atvejo vadyba šiame darbe vertinama kaip praktinis būdas, padedantis integracijos principus pritaikyti kasdien organizuojant pagalbą praktikoje.

Atvejo vadybos esmė integruotų paslaugų sistemoje remiasi platesniu asmens situacijos vertinimu. Vertinami ne tik pavieniai ar atskiri socialiniai ir su asmens sveikatos priežiūra susiję sunkumai. Matomas platesnis žmogaus gyvenimo kontekstas: sveikatos būklė, savarankiško funkcionavimo galimybės, socialiniai ryšiai, aplinka, rizikos ir turimi ištekliai (Case Management Society of America, 2016). Žmonėms, turintiems kompleksinių ar ilgalaikių poreikių, svarbi ne tik medicininė pagalba, bet ir psichologinių bei socialinių veiksnių įvertinimas (Norkienė et al., 2019). Integruotų paslaugų kontekste taip pat svarbus į žmogų orientuotas požiūris ir paslaugų teikėjų bendradarbiavimas (Godinho et al., 2025). Toks asmens ir jo situacijos vertinimas padeda sudaryti pagalbos planą, kuris geriau atitinka poreikius ir gali būti nuosekliai įgyvendinamas.

Teikiant integruotas paslaugas atvejo vadyba svarbi, nes padeda aiškiau paskirstyti atsakomybes bei derinti skirtingų paslaugų teikėjų veiksmus Leutz (1999) integraciją aiškina kaip medicininių ir socialinių paslaugų derinimą, kai skirtingos sistemos turi veikti ne atskirai, o kartu. Fares (2024) šią mintį papildė organizaciniu požiūriu, pabrėždamas tarpinstitucinių ryšių ir bendradarbiavimo svarbą. Atvejo vadyba nėra tik kaip vieno specialisto darbas. Ji padeda sujungti skirtingus paslaugų teikėjus į bendrą pagalbos procesą. Atvejo vadybininkas vertina žmogaus poreikius, rengia individualų pagalbos planą, derina specialistų veiksmus, perduoda reikalingą informaciją tarp paslaugų teikėjų ir stebi pagalbos eigą. Tai padeda mažinti paslaugų dubliavimą, sprendžia situacijas, kai reikalinga pagalba nėra suteikiama ir neaiškumą pereinant nuo vienos paslaugos prie kitos (Case Management Society of America, 2016; Socialinių paslaugų priežiūros departamentas, 2022).

Atvejo vadybos procesą teikiant integruotas paslaugas galima matyti per kelis pagrindinius etapus. Lentelėje parodyta, kokias funkcijas jie atlieka ir kaip siejasi su integruotų paslaugų principais. (žr. 1 lent.).

1 lentelė. Atvejo vadybos proceso etapai integruotų paslaugų sistemoje ir jų funkcijos.

Atvejo vadybos etapas	Pagrindinė funkcija	Reikšmė integruotoms paslaugoms
Poreikių vertinimas	Holistinis situacijos įvertinimas (sveikata, socialinė padėtis, funkcionavimas, rizikos ir ištekliai)	Sukuria bendrą „atspirties tašką“ visiems paslaugų teikėjams, mažina fragmentišką problemos supratimą

Individualaus pagalbos plano sudarymas	Tikslų formulavimas, intervencijų parinkimas, atsakomybių paskirstymas	Užtikrina bendrą veikimo logiką ir suderina paslaugas į vieną procesą, o ne atskiras priemones
Paslaugų koordinavimas	Specialistų veiksmų derinimas, nukreipimai, informacijos mainai	Mažina paslaugų dubliavimą ir spragas, užtikrina perėjimus tarp paslaugų etapų
Įgyvendinimo stebėseną	Progreso sekimas, plano koregavimas pagal situacijos pokyčius	Leidžia palaikyti tęstinumą ir lankstumą, reaguoti į kintančius poreikius
Rezultatų vertinimas ir tolesnių veiksmų numatymas	Pasiektų pokyčių įvertinimas, tolesnių žingsnių numatymas	Užtikrina atsakomybę už visuminį rezultatą, padeda planuoti palaikomąją pagalbą

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Case Management Society of America, 2016; Norkienė et al., 2019; Socialinių paslaugų priežiūros departamentas, 2022

Lentelėje pateikta struktūra rodo, kad atvejo vadyba gali būti suprantama kaip nuoseklus procesas, kuriame kiekvienas etapas prisideda prie integruotoms paslaugoms svarbių dalykų: koordinavimo, tęstinumo ir aiškesnio atsakomybių pasidalijimo. CMSA (2016) išskiriami etapai – vertinimas, planavimas, koordinavimas, stebėseną ir rezultatų vertinimas – leidžia atvejo vadybą matyti kaip nuolat atnaujinamą procesą, o ne kaip vienkartinę paslaugų „sujungimą“. Norkienė et al. (2019) sveikatos priežiūros kontekste taip pat pabrėžia, kad dirbant su kompleksiniais poreikiais svarbu ne tik suplanuoti pagalbą, bet ir stebėti jos eigą bei prireikus ją koreguoti. Socialinių paslaugų priežiūros departamento (2022) dokumentai šiame darbe svarbūs kaip Lietuvos socialinių paslaugų organizavimo ir kokybės priežiūros kontekstas. Todėl lentelė padeda parodyti, kad integruotų paslaugų veikimas priklauso ne tik nuo paslaugų skaičiaus, bet ir nuo to, ar pagalba planuojama, derinama ir nuosekliai stebima.

Atvejo vadyba svarbi tada kada, kai reikia derinti sveikatos priežiūros ir socialinę pagalbą. Tokiais atvejais vien medicininių sprendimų dažnai nepakanka. Svarbu matyti ir žmogaus kasdienį funkcionavimą, socialinę aplinką bei pagalbos tęstinumą (Norkienė et al., 2019). Savickaitė Šamrejienė ir Česas (2019) pacientų sveikatos priežiūroje, pabrėžia koordinavimo svarbą tais atvejais, kai pagalbos procese dalyvauja keli specialistai ir paslaugos teikiamos ne viename lygmenyje. Panašiai integraciją aiškina ir Leutz (1999): ji svarbi tada, kai skirtingų sistemų veiksmai žmogui susijungia į aiškesnę pagalbos kelią.

Lietuvoje atvejo vadyba ilgą laiką buvo siejama pirmiausia su socialinių paslaugų sistema, tačiau integruotų paslaugų platesnis taikymas leidžia ją matyti ir sveikatos priežiūros srityje. Socialinių paslaugų priežiūros departamento (2022) duomenimis paslaugų kokybei svarbūs aiškūs procesai, atsakomybės ir paslaugų organizavimo tvarka. Virbalis ir Arbataitienė (2023) taip pat pabrėžia, kad svarbios socialinių darbuotojų kompetencijos, aiškos jų funkcijos ir nuolatinis tobulėjimas dirbant su intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis. Atvejo

vadyba neturėtų likti tik administracine procedūra – jai reikalingas organizacinis palaikymas, kad ji praktikoje padėtų derinti paslaugas.

Nors atvejo vadybos reikšmė pripažįstama, jos įgyvendinimas integruojant paslaugas susiduria priklauso ne tik nuo individualaus specialisto darbo. Čia turi reikšmės ir organizacinės kliūtys. Integracijai reikalingos aiškios atsakomybės, tarpinstitucinis bendradarbiavimas, pakankami ištekliai ir vadybinis palaikymas (Fares, 2024; Karreinen et al., 2025). Be vadovų paramos ir aiškių darbo susitarimų bendradarbiavimas tarp sektorių ir specialistų gali likti nepastovus. Todėl atvejo vadybininkas gali koordinuoti pagalbą tik tada, kai tam yra aiškios taisyklės, palaikymas ir bendradarbiauti pasirengusi sistema. Atvejo vadybininkas gali koordinuoti pagalbą tik tada, kai tam yra aiškios taisyklės, palaikymas ir bendradarbiauti pasirengusi sistema. Karreinen et al. (2025) atskleidžia organizacinės lyderystės reikšmę: be vadovų paramos ir aiškių darbo susitarimų bendradarbiavimas tarp sektorių ir specialist gali likti nepastovus. Atvejo vadybininkas gali koordinuoti pagalbą tik tada, kai yra aiškios taisyklės, palaikymas ir bendradarbiauti pasirengusi sistema.

Tarpinstitucinis bendradarbiavimas atvejo vadyboje nevyksta savaime. Yeo et al. (2022) nurodo, kad bendram darbui su pirminės sveikatos priežiūros paslaugomis gali trukdyti neaiškios specialist funkcijos, ribotas dalijimasis informacija, nevienoda bendradarbiavimo kultūra ir darbo organizavimo skirtumai. Todėl atvejo vadybos veiksmingumas priklauso ne tik nuo specialisto kompetencijų, bet ir nuo sąlygų specialistams dirbti kartu.

Pirminės sveikatos priežiūroje socialinių darbuotojų koordinavimo funkcijas aptaria Couturier et al. (2023). Ši apžvalga rodo, kad dirbdami su sudėtingų poreikių turinčiais pacientais socialiniai darbuotojai ne tik nukreipia žmones į paslaugas, bet ir padeda įvertinti socialinius veiksnius, kurie veikia sveikatą, tarpininkauja tarp skirtingų paslaugų teikėjų, prisideda prie pagalbos plano derinimo ir palaiko paslaugų tęstinumą. Tai padeda konkrečiau suprasti, kaip sveikatos ir socialinių paslaugų integracija vyksta praktikoje.

Samson Tse et al. (2021), lygindami į atsigavimą orientuotą atvejo vadybą su įprasta bendruomenine psichikos sveikatos priežiūra, pažymi, kad sėkmingam atvejo vadybos taikymui svarbios ne tik procedūros. Reikšminga ir tai, kaip matomas pats žmogus: ar atsižvelgiama į jo stiprybes, bendradarbiavimą, bendruomenės išteklius ir realius bei įgyvendinamus tikslus. Tokia perspektyva leidžia atvejo vadybą suprasti ne vien kaip paslaugų koordinavimą, bet ir kaip procesą, kuris gali palaikyti ir stiprinti asmens įgalinimą.

Atvejo vadyboje svarbus individualus poreikių vertinimas. Symonds et al. (2020) pabrėžia, kad socialiniame darbe poreikių vertinimas neturėtų apsiriboti standartiniu informacijos surinkimu. Svarbus pokalbis su žmogumi, jo patirties supratimas ir bendras pagalbos krypties aptarimas, tikslų iškėlimas. Integruotų paslaugų kontekste tai yra svarbu, nes net tiksliai numatytos paslaugos gali būti

mažai veiksmingos, jei pagalbos planas neatitinka žmogaus kasdienio gyvenimo, galimybių, supratimo ir realių poreikių.

Atvejo vadyba integruojant sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugas yra svarbi tuo, kad padeda integracijos principus taikyti kasdienėje praktikoje. Ji svarbi tada, kai pagalbą žmogui reikia ne tik suteikti, bet ir suderinti, tęsti bei pritaikyti prie besikeičiančių poreikių ar situacijos. Moksliniuose šaltiniuose atvejo vadyba siejama su platesniu poreikių vertinimu, individualiu pagalbos planavimu, paslaugų koordinavimu ir nuolatine asmens situacijos stebėseną. Vis dėlto jos veiksmingumas priklauso ne tik nuo specialisto kompetencijų, bet ir nuo organizacinės aplinkos, aiškių atsakomybių bei institucinio palaikymo. Naujesni tyrimai rodo, kad atvejo vadyba veikia geriau tada, kai remiasi individualizuotu planavimu, nuolatiniu ryšiu su paslaugų gavėju ir realiu specialistų bendradarbiavimu, o ne vien formaliais nukreipimais (Samson Tse et al., 2021; Symonds et al., 2020; Couturier et al., 2023).

1.4. Atvejo vadybos taikymas dirbant su intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis

Atvejo vadyba svarbi dirbant su intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis, nes jų poreikiai dažnai apima kelias gyvenimo sritis ir laikui bėgant keičiasi. Tokiais atvejais žmogui neužtenka pavienių, tarpusavyje menkai susietų paslaugų. Reikia pagalbos, kuri būtų suplanuota, derinama ir tęsiama. Tyrimuose atliktuose Lietuvoje pažymima, kad šios grupės asmenims gali būti sunkiau savarankiškai veikti, dalyvauti švietimo, darbo ar bendruomenės gyvenime, o jų įsitraukimą riboja tiek individualūs sunkumai, tiek aplinkos ir paslaugų sistemos kliūtys (Raudeliūnaitė & Gudžinskienė, 2023; Sprudzanaitė et al., 2024). Atvejo vadyba gali padėti sujungti skirtingas paslaugas per individual poreikių vertinimą, pagalbos plano sudarymą, paslaugų koordinavimą ir tęstinumo stebėjimą (Socialinių paslaugų priežiūros departamentas, 2022; Norkienė et al., 2019).

Šios grupės poreikiai kompleksiški, nes intelekto ir psichosocialinė negalia dažnai paliečia kelias gyvenimo sritis vienu metu: sveikatą, emocinę savijautą, socialinius ryšius, kasdienį funkcionavimą ir dalyvavimą bendruomenėje. Psichosocialinę negalią turintys asmenys vis dar susiduria su kliūtimis dalyvauti visuomeniniame gyvenime (Sprudzanaitė et al., 2024), o intelekto negalią turinčių asmenų įgalinimui svarbus nuoseklus darbas, savarankiškumo ugdymas ir gebėjimų stiprinimas (Raudeliūnaitė & Gudžinskienė, 2023). Socialinės pagalbos procese taip pat svarbūs socialiniai santykiai, asmens įtraukimas ir galimybė dalyvauti bendruomenėje (Seniutis & Petružytė, 2018). Atvejo vadyba gali būti suprantama kaip pagalbos organizavimo būdas, padedantis sujungti skirtingas pagalbos formas į nuoseklesnį procesą.

Atvejo vadybos procesas prasideda nuo platesnio žmogaus situacijos vertinimo. Svarbu įvertinti ne tik diagnozę ar kitą svarbią medicininę informaciją, bet ir tai, kaip žmogus gyvena savo

kasdienėje aplinkoje, kokius socialinius ryšius turi, kokia jo emocinė savijauta, kokios jo gyvenimo sąlygos, kokios jo galimybės bei ištekliai. Toks vertinimas ypač svarbus tada, kai žmogui reikia skirtingo lygmens paslaugų (Norkienė et al., 2019). Nuo jo priklauso, ar pagalbos planas bus realistiškas ir pritaikomas praktikoje. Individualus pagalbos planas siejamas su poreikių vertinimu, pagalbos tikslų nustatymu, paslaugų organizavimu, stebėseną ir plano peržiūra. Tačiau, kaip rodo Digrytė et al. (2020), planas gali likti tik formalus dokumentas, jei nėra aiškios atsakomybės už jo įgyvendinimą ir nuolatinės stebėsenos. Todėl atvejo vadyba svarbi ne tik sudarant planą, bet ir jį įgyvendinant, derinant bei peržiūrint.

Atvejo vadybininko vaidmuo dirbant su intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis tampa ypač svarbus todėl, kad paslaugų sistema dažnai reikalauja orientavimosi, planavimo ir tarpininkavimo gebėjimų. Šiai grupei tai gali būti sudėtinga dėl jos riboto savarankiškumo, kintančios sveikatos būklės ar nestabilios socialinės situacijos. Socialinių paslaugų priežiūros departamento (2022) duomenys šiame darbe naudojami kaip institucinė informacija apie socialinių paslaugų organizavimo ir priežiūros kontekstą. Šie duomenys taip pat rodo, kad paslaugų kokybei svarbu aiškūs procesai, atsakomybių pasidalijimas ir darbo organizavimo tvarka. Dragūnienė ir Milkintaitė (2023) pažymi, kad atvejo vadybininko darbas apima pagalbos koordinavimą, komandinį darbą ir bendradarbiavimą su skirtingų institucijų specialistais. Godinho et al. (2025) integruotų paslaugų analizėje pabrėžia, kad paslaugų vientisumui svarbus skirtingų teikėjų bendradarbiavimas ir į žmogų orientuotas požiūris. Todėl atvejo vadybininko vaidmuo neturėtų apsiriboti vien tarpininkavimu tarp institucijų – jis svarbus siekiant, kad pagalba būtų realiai derinama ir žmogui suprantama.

Atvejo vadybos praktika neišvengiamai susijusi su tarpdisciplininiu ir tarpinstituciniu bendradarbiavimu, nes pagalbos procese dalyvauja skirtingų sričių specialistai: sveikatos priežiūros, psichikos sveikatos, socialinio darbo, reabilitacijos ar ugdymo. Šedienė et al. (2020) integruotos pagalbos modelio analizėje matyti, kad pagalbos tęstinumui svarbu derinti skirtingų specialistų veiksmus, ypač kai žmogui tenka pereiti iš vienos paslaugos ar institucijos į kitą. Socialinių paslaugų priežiūros departamento (2022) dokumentai padeda suprasti, kaip Lietuvoje organizuojamos ir prižiūrimos socialinės paslaugos. Jie taip pat parodo, kad praktikoje svarbios aiškios procedūros, informacijos perdavimas ir atsakomybių pasidalijimas. Sprudzanaitė et al. (2024) tyrimas apie psichosocialinę negalią turinčių asmenų dalyvavimo sunkumus leidžia matyti, kad paslaugų ir pagalbos spragos gali apsunkinti realų žmogaus įsitraukimą į bendruomenės gyvenimą. Bendradarbiavimas šioje srityje svarbus ne dėl formalumo, o dėl paties pagalbos proceso. Jis padeda išlaikyti pagalbą nuoseklią. Toliau išskiriamos pagrindinės šios tikslinės grupės poreikių sritys ir parodoma, kaip atvejo vadyba gali padėti jas koordinuoti. (žr. 2 lent.).

2 lentelė. Atvejo vadybos taikymo kryptys dirbant su intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis: poreikių sritys, koordinavimo užduotys ir tikslai

Poreikių sritys	Koordinavimo užduotys	Koordinavimo tikslai
Sveikatos ir psichikos sveikatos priežiūra	Padedą derinti vizitus, gydymą, psichikos sveikatos paslaugas, reabilitaciją ir perėjimus tarp skirtingų paslaugų.	Mažiau pagalbos pertrūkių, aiškesnis kelias paslaugų sistemoje ir nuoseklesnė priežiūra.
Kasdienis funkcionavimas ir savarankiškumas	Padedą įvertinti, kokios pagalbos žmogui reikia kasdienybėje, ir derinti pagalbą namuose, dienos užimtumą ar globos paslaugas.	Stabilesnis kasdienis gyvenimas ir geriau prie žmogaus poreikių pritaikyta pagalba.
Socialinis dalyvavimas ir įtrauktis	Padedą derinti bendruomenines paslaugas, socialinių įgūdžių ugdymą, užimtumo ar mokymosi galimybes.	Daugiau galimybių dalyvauti bendruomenės gyvenime ir mažesnė socialinės atskirties rizika.
Artimosios aplinkos įtraukimas	Padedą artimiesiems gauti aiškesnę informaciją, tarpininkauja sudėtingose situacijose ir stiprina pagalbos tinklą.	Aiškesnė parama artimiesiems ir geriau paskirstyta pagalbos atsakomybė.
Paslaugų tęstinumas ir stebėseną	Padedą reguliariai peržiūrėti pagalbos planą, stebėti pokyčius, koreguoti sprendimus ir aiškinti atsakomybes.	Pagalba tampa tęstinė ir gali būti lanksčiau pritaikoma prie besikeičiančių žmogaus poreikių.

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Socialinių paslaugų priežiūros departamentą, 2022; Norkienė et al., 2019; Sprudzanaitė et al., 2024; Raudeliūnaitė & Gudžinskienė, 2023; Šedienė et al., 2020

Lentelė rodo, kad atvejo vadyba šiai tikslinei grupei svarbi ne tik kaip paslaugų organizavimo būdas.

Ji gali turėti tiesioginę reikšmę žmogaus kasdieniam gyvenimui: padėti išvengti pagalbos pertrūkių, palaikyti stabilesnę kasdienybę ir sudaryti daugiau galimybių dalyvauti bendruomenėje. Norkienė et al. (2019) akcentuojama stebėseną ir pagalbos plano koregavimas leidžia pabrėžti, kad pagalba turi būti ne tik suplanuota, bet ir nuolat pritaikoma prie žmogaus situacijos. Sprudzanaitė et al. (2024) tyrimas rodo, kad psichosocialinę negalią turintys asmenys vis dar susiduria su sunkumais dalyvauti visuomeniniame gyvenime, todėl vien paslaugų paskyrimo nepakanka. Svarbu, kad pagalba realiai padėtų žmogui įsitraukti į bendruomenės gyvenimą. Šedienė et al. (2020) taip pat pažymi, kad pagalba neturėtų būti epizodinė, todėl svarbu derinti skirtingų specialistų veiksmus ir užtikrinti tęstinumą.

Atvejo vadyba šioje srityje susijusi ir su asmens įgalinimu bei savarankiškumo stiprinimu. Tačiau įgalinimas neturėtų reikšti, kad visa atsakomybė perkeliama pačiam žmogui, ypač kai paslaugų sistema yra sudėtinga ar sunkiai suprantama. Austys et al. (2023) pažymi, kad pagalba turi būti ne tik prieinama, bet ir aiški, nuosekli bei atitinkanti asmens ir jo artimųjų situaciją. Intelkto negalią turinčių asmenų įgalinimui taip pat svarbios socioedukacinės paslaugos, socialinių darbuotojų palaikymas, motyvacija ir savarankiškumo stiprinimas (Raudeliūnaitė & Gudžinskienė, 2023). Todėl atvejo vadyba gali prisidėti prie įtraukties tada, kai įgalinimas suprantamas kaip žmogaus dalyvavimas pagalbos procese, kai jam suteikiamas reikalingas palaikymas, o ne tik formaliai suteikiama galimybė dalyvauti.

Atvejo vadybos taikymas dirbant su asmenimis turinčiais intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią priklauso ne tik nuo konkretaus specialisto darbo, bet ir nuo platesnių sistemos sąlygų. Socialinių paslaugų priežiūros departamento (2022) duomenys padeda suprasti, kaip socialinės paslaugos organizuojamos ir prižiūrimos savivaldybių lygmeniu. Dragūnienė ir Milkintaitė (2023) pažymi, kad atvejo vadybininkų darbui įtakos turi darbo sąlygos, motyvacija, bendradarbiavimas su kitais specialistais, teisės aktų kaita ir tai, kiek pati atvejo vadybininko pareigybė yra suprantama specialistams su kuriais bendradarbiaujama. Sprudzanaitė et al. (2024) taip pat atkreipia dėmesį, kad situacijos kada reikalinga pagalba nesuteikiama gali apsunkinti psichosocialinę negalią turinčių asmenų dalyvavimą visuomeniniame gyvenime. Todėl atvejo vadybos nereikėtų vertinti kaip priemonės, kuri savaime išsprendžia sistemos problemas. Ji gali veikti tik tada, kai yra aiškūs bendradarbiavimo mechanizmai, pakankami ištekliai ir realios sąlygos ne tik sudaryti pagalbos planą, bet ir nuosekliai jį įgyvendinti.

Atvejo vadybos reikšmė atsiskleidžia ir sveikatos priežiūros paslaugų naudojimo kontekste. Joo ir Huber (2019) apžvalgoje analizuojama, kaip atvejo vadyba siejasi su hospitalizacijomis, pakartotiniais kreipimais, buvimo ligoninėje trukme ir skubios pagalbos paslaugų naudojimu. Autoriai pažymi, kad rezultatai nėra vienodi ir priklauso nuo taikomo atvejo vadybos modelio, tikslinės grupės bei sveikatos sistemos konteksto. Vis dėlto šis šaltinis leidžia matyti, kad atvejo vadyba gali padėti geriau koordinuoti paslaugas, mažinti jų susiskaidymą ir palaikyti pagalbos tęstinumą žmonėms, turintiems sudėtingų poreikių.

Dirbant su intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis svarbus ne tik paslaugų koordinavimas, bet ir ryšys su žmogumi. Roebuck et al. (2022) ir Dissanayake et al. (2024), analizuodami stiprybėmis grįstą atvejo vadybos modelį, pabrėžia pasitikėjimo atvejo vadybininku reikšmę. Nuoseklus ryšys gali padėti žmogui labiau pasitikėti pagalbos procesu, aiškiau įvardyti savo tikslus ir pasinaudoti bendruomenėje esančia pagalba. Tai ypač svarbu psichosocialinę negalią turintiems asmenims, kuriems pasitikėjimas specialistais dažnai formuojasi palaipsniui.

Asmenims, turintiems psichosocialinę negalią, vien klinikinės pagalbos dažnai nepakanka. Harvey et al. (2023) pažymi, kad žmonėms, turintiems sudėtingų ir ilgalaikių psichikos sveikatos poreikių, svarbi pagalba bendruomenėje, kur sveikatos priežiūra derinama su užimtumu, socialiniais ryšiais ir kasdienio gyvenimo įgūdžių stiprinimu. Killaspy et al. (2022) taip pat pabrėžia, kad bendruomeninės paslaugos turi didesnę reikšmę tada, kai jos nėra atskirtos nuo sveikatos priežiūros ir yra orientuotos į realius žmogaus gyvenimo pokyčius. Giummarra et al. (2022) apžvalga papildo šią mintį, nes parodo, kad pagalbos formos turėtų padėti žmogui dalyvauti bendruomenės gyvenime, palaikyti socialinius ryšius ir siekti jam svarbių tikslų.

Panaši kryptis matoma ir socialinio darbo su intelekto bei raidos negalią turinčiais asmenimis. Presnell ir Keesler (2021/2022) pabrėžia, kad pagalba turėtų būti orientuota į žmogaus galimybes bendruomenėje, dalyvavimą ir teisių užtikrinimą. Koordinuojant sveikatos ir socialines paslaugas nepakanka vien pasirūpinti, kad asmuo gautų paslaugas. Svarbu kurti sąlygas jam dalyvauti bendruomenėje, palaikyti socialinius santykius ir įsitraukti į veiklas. Xie et al. (2008) taip pat rodo, kad priežiūros vadyba gali padėti intelekto negalią turintiems asmenims lengviau pasiekti reikalingas viešąsias paslaugas ir susieti skirtingas pagalbos formas. Tai leidžia pagrįsti, kad šiai grupei atvejo vadyba neturėtų apsiriboti epizodiniu nukreipimu – ji turėtų padėti nuosekliai derinti pagalbą tarp skirtingų paslaugų teikėjų.

Apibendrinant galima teigti, kad atvejo vadybos taikymas dirbant su intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis yra svarbi sąlyga koordinuotai ir tęsinei pagalbai. Šios tikslinės grupės situacijos dažnai reikalauja kelių sektorių veiksmų suderinimo, todėl pavienės ir tarpusavyje menkai susietos pagalbos formos nėra pakankamos. Lietuvos tyrimai ir praktikos analizės leidžia pagrįsti, kad atvejo vadyba gali padėti struktūruoti pagalbos procesą, mažinti paslaugų fragmentiškumą, stiprinti tarpdisciplininį bendradarbiavimą ir kurti sąlygas socialinei įtraukčiai. Vis dėlto jos poveikis priklauso ne tik nuo specialisto darbo, bet ir nuo organizacinio palaikymo, aiškių procedūrų bei realių koordinavimo priemonių.

Tarptautiniai tyrimai apie intelekto negalią turinčių asmenų atvejo vadybą pabrėžia, kad svarbu individualiai įvertinti poreikius, pritaikyti paslaugas, įtraukti artimuosius ir bendruomenę bei užtikrinti sklandų perėjimą tarp skirtingų pagalbos formų (Xie et al., 2008; Presnell & Keesler, 2022; Giummarra et al., 2022). Psichosocialinės negalios atveju dar svarbesnis tampa ilgalaikis ryšys su žmogumi, pasitikėjimas ir dėmesys jo atsigavimui. Tai gali padėti žmogui išlaikyti motyvaciją ir dalyvauti pagalbos procese (Roebuck et al., 2022; Dissanayake et al., 2024).

1.5. Gerosios praktikos ir bendradarbiavimo formos integruojant paslaugas

Integruojant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas svarbu ne tik susitarti dėl bendradarbiavimo, bet ir matyti, kaip jis veikia praktikoje. Gerosios praktikos padeda atskirti

veikiančią integraciją nuo formalių susitarimų, kurie lieka tik dokumentuose. Urvikis (2016), analizuodamas viešųjų paslaugų organizavimą savivaldybėse, pabrėžia paslaugų kokybės, procesų valdymo ir nuolatinio tobulinimo svarbą. Vadinasi, integracija tampa stabilesnė tada, kai remiasi aiškiais veikimo principais, atsakomybių pasidalijimu ir koordinavimu, o ne pavienėmis iniciatyvomis. Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos dokumentuose integruota pagalba taip pat siejama su skirtingų paslaugų, pavyzdžiui, socialinės globos ir slaugos, derinimu. Todėl gerosios praktikos integruojant paslaugas turėtų būti suprantamos ne tik kaip geresnis institucijų bendravimas, bet ir kaip aiškūs sprendimai, padedantys paslaugas teikti suderintai, išlaikyti jų tęstinumą ir svarbiausia - asmeniui suprantamu ir priimtiniu būdu.

Vienas svarbiausių gerosios praktikos principų yra aiškiai organizuotas bendradarbiavimas. Koordinavimas neturėtų priklausyti tik nuo pavienių specialistų iniciatyvos ar neformalaus tarpusavio bendravimo. Leutz (1999) integracijos analizė leidžia matyti, kad skirtingoms sistemoms veikiant kartu reikia aiškaus koordinavimo, nes priešingu atveju tarp institucijų gali likti pagalbos spragų. Karreinen et al. (2025) šią mintį papildė organizaciniu požiūriu: kad tarpdisciplininis darbas vyktų ne tik formaliai, reikalinga vadovų ir vidurinės grandies palaikymas. Net ir aiškūs integracijos tikslai gali likti tik dokumentuose, jei organizacijoje nėra bendrų procedūrų, informacijos dalijimosi tvarkos ir susitarimų, kaip priimami bendri sprendimai. Socialinių paslaugų priežiūros departamento (2022) duomenys padeda suprasti, kaip Lietuvoje organizuojamos ir prižiūrimos socialinės paslaugos savivaldybių lygmeniu. Gerai praktikai svarbios aiškos taisyklės, atsakomybės ir pagalbos plano įgyvendinimo stebėseną, reagavimas į pokyčius. Gera praktika reiškia ne vien raginimą „bendradarbiauti“, bet ir aiškų susitarimą, kaip tas bendradarbiavimas turi vykti praktikoje.

Tarpdisciplininė komanda yra vienas iš būdų parodyti, kaip integracija veikia kasdienėje pagalba. Kai asmens ar šeimos situacija sudėtinga, neužtenka, kad kiekvienas specialistas dirbtų atskirai. Svarbu, kad specialistai matytų bendrą situaciją, dalytųsi informacija ir kartu spręstų, kokia pagalba reikalinga. Šedienė et al. (2020), analizuodami integruotos pagalbos modelį, pažymi, kad skirtingų sričių specialistų bendradarbiavimas ypač svarbus tada, kai reikia derinti kelias paslaugas vienu metu. Norkienė et al. (2019) atvejo vadybą sieja su poreikių vertinimu, pagalbos planavimu ir plano koregavimu. Tokie veiksmai veiksmingi tik tada, kai specialistai keičiasi informacija ir susitaria dėl sprendimų. Socialinių paslaugų priežiūros departamento (2022) dokumentuose taip pat pabrėžiama aiškių procedūrų, atsakomybių pasidalijimo ir pagalbos plano stebėsenos svarba. Kitaip tariant, gera praktika reiškia ne tik formaliai sudarytą komandą, bet ir realų jos veikimą: informacijos dalijimąsi, bendrus sprendimus ir nuoseklią pagalbos eigos stebėseną.

Lietuvoje integruotos paslaugos daugiausia įgyvendinamos savivaldybių lygmeniu, nes būtent savivaldybėse organizuojamas socialinių paslaugų teikimas. Todėl kalbant apie gerąją praktiką svarbu žiūrėti ne tik į strateginius dokumentus, bet ir į tai, kaip pagalba žmogui veikia kasdienėje praktikoje.

Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos dokumentuose nurodoma, kad kad skirtingos paslaugos turi būti derinamos taip, jog žmogui nereikėtų pačiam ieškoti pagalbos keliose institucijose. Urvikis (2016), analizuodamas viešųjų paslaugų organizavimą savivaldoje, atskleidžia paslaugų kokybės, aiškesnių procesų ir nuolatinio tobulinimo svarbą. Šie šaltiniai leidžia manyti, kad gerajai praktikai svarbu aiškus koordinavimas, atsakomybių pasidalijimas ir pagalbos plano stebėsena. Kitaip tariant, gera praktika reiškia tokį pagalbos organizavimą, kai žmogui aišku, kur kreiptis, kas už ką atsakingas ir kaip užtikrinamas pagalbos tęstinumas.

Tarpinstituciniai susitarimai ir aiški informacijos dalijimosi tvarka yra svarbūs todėl, kad bendradarbiavimas neturėtų priklausyti vien nuo asmeninių ryšių ar pavienių specialistų iniciatyvos. Urvikis (2016), analizuodamas viešųjų paslaugų organizavimą, leidžia matyti, kad paslaugų kokybei svarbūs aiškūs procesai, atsakomybės ir nuoseklus procesų tobulinimas. Kuo aiškiau sutarta, kas ką daro ir kaip keičiamasi informacija, tuo lengviau užtikrinti nuoseklią pagalbą asmeniui. Jei pagalbos modelis veikia tik dėl kelių aktyvių specialistų, jis išlieka pažeidžiamas. Todėl tarpinstituciniai susitarimai nėra vien administracinis formalumas – jie padeda paskirstyti atsakomybes, palaikyti paslaugų tęstinumą ir sumažinti priklausomybę nuo neformalių specialistų ryšių. Virbalis ir Arbataitienė (2023) taip pat pabrėžia aiškių specialistų funkcijų, paslaugų koordinavimo ir nuolatinio profesinio tobulėjimo svarbą.

Viena iš gerosios praktikos krypčių yra pagalbos organizavimas kuo arčiau žmogaus gyvenamosios aplinkos. Integruotos paslaugos neturėtų likti tik institucijų susitarimu – jos turi būti matomos žmogaus kasdienybėje. Bendruomeninės paslaugos siejamos su galimybe žmogui gyventi bendruomenėje, gauti jo poreikius atitinkančią pagalbą ir stiprinti savarankiškumą. Šedienė et al. (2020) analizė rodo, kad skirtingos pagalbos formos turi būti derinamos tarpusavyje, kad pagalba nebūtų pavienė ar trumpalaikė. Šedienė et al. (2020) integruotos pagalbos modelio analizė rodo, kad skirtingos pagalbos formos turi būti derinamos tarpusavyje, kad pagalba neliktų pavienė ar trumpalaikė. Todėl bendruomeninės paslaugos šiame darbe suprantamos kaip sritis, kurioje matyti, ar integracija iš tikrųjų veikia žmogaus kasdienybėje.

Gerosios praktikos išlieka tik tada, kai jos nepriklauso vien nuo pavienių specialistų pastangų. Svarbu, kad specialistai turėtų pakankamai kompetencijų, aiškias darbo gaires ir organizacijos palaikymą. Urvikis (2016), analizuodamas viešųjų paslaugų organizavimą savivaldybėse, leidžia matyti, kad paslaugų kokybei svarbūs aiškūs procesai, nuolatinis tobulinimas ir gebėjimas prisitaikyti prie kintančių poreikių. Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos dokumentuose metodinė pagalba ir rekomendacijos savivaldybėms pateikiamos kaip būdas paslaugas organizuoti nuosekliau. Tačiau vien specialistų pasirengimo nepakanka. Jiems reikia aiškių vaidmenų, laiko koordinavimui, informacijos dalijimosi tvarkos ir institucinio palaikymo. Todėl gera praktika turi būti palaikoma ir specialisto, ir organizacijos lygmeniu. Tik tada ji tampa ne paviene sėkmės istorija, o nuosekliai

taikomu pagalbos organizavimo būdu.

Sisteminiai barjerai aiškiai rodo, kad atvejo vadyba negali veikti vien tik specialisto pastangomis. Joo ir Huber (2019) pažymi, kad atvejo vadybos rezultatai nėra vienodi visose situacijose. Jie priklauso nuo to, koks atvejo vadybos modelis taikomas, su kokia tikslinė grupe dirbama ir kokiame sveikatos sistemos kontekste vyksta pagalba. Tai svarbu šiame darbe, nes parodo, kad vien atvejo vadybininko kompetencijų nepakanka. Net ir gerai pasirengęs specialistas negali užtikrinti nuoseklios pagalbos, jei nėra aiškių bendradarbiavimo taisyklių, informacijos dalijimosi galimybių, pakankamų išteklių ir vadovybės palaikymo.

Tarpdisciplininių komandų reikšmę dirbant su intelekto negalią turinčiais asmenimis aptaria Bull et al. (2025). Jų tyrime matyti, kad komanda gali padėti žmogui lengviau gauti sveikatos paslaugas, geriau suderinti pagalbą ir užtikrinti, kad specialistų rekomendacijos būtų įgyvendinamos. Tačiau kartu išryškėja ir kita problema: net veiksminga komanda negali išspręsti visų sunkumų, jei platesnėje sistemoje lieka neaiškūs pagalbos planai, trūksta finansavimo ar nėra užtikrinamas paslaugų tęstinumas. Todėl komandinė praktika turi būti palaikoma ne tik specialistų geranoriškumu, bet ir aiškesniu planavimu, ištekliais bei organizaciniu palaikymu.

Panašiai integraciją aptaria Mitchell et al. (2020), analizavę bendruomeninių sveikatos ir socialinės priežiūros paslaugų integraciją Jungtinėje Karalystėje. Jų tyrime matyti, kad specialistus dažnai vienija bendras rūpestis žmogumi, tačiau vien to nepakanka. Kad bendradarbiavimas veiktų, reikia bendrų tikslų, pasitikėjimo, nuolatinio informacijos dalijimosi ir aiškos vadybinės struktūros. Ši mintis svarbi ir Lietuvos kontekstui, nes praktikoje bendradarbiavimas neretai priklauso nuo asmeninių ryšių ar pavienių specialistų iniciatyvos. Tokiu atveju integracija tampa nestabili: ji veikia tol, kol yra aktyvūs konkretūs žmonės, bet nėra pakankamai įtvirtinta pačioje sistemoje.

Institucinio palaikymo svarbą papildoma Jörns-Presentati ir Groen (2023) tyrimas, kuriame analizuojamas vaiko gerovės ir vaikų bei paauglių psichiatrijos sričių bendradarbiavimas. Autoriai parodo, kad bendram darbui reikia ne tik specialistų noro bendradarbiauti. Reikalingi aiškūs komunikacijos kanalai, bendros procedūros, organizacijos parama ir geresnis skirtingų profesinių kultūrų supratimas. Tai leidžia gerosios praktikos klausimą matyti plačiau: jos neturėtų būti paliktos vien individualių specialistų iniciatyvai, nes tada bendradarbiavimas tampa priklausomas nuo atskirų žmonių pastangų.

Apibendrinant galima teigti, kad integracija gerai veikia tada, kai bendradarbiavimas nėra tik formaliai įvardijamas, bet tampa įprasta darbo dalimi. Tam reikia aiškaus koordinavimo, atsakomybių pasidalijimo, bendrų sprendimų ir paslaugų tęstinumo. Tai ypač svarbu dirbant su intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis, nes jų pagalbos poreikiai dažnai yra ilgalaikiai, kintantys ir susiję su keliomis gyvenimo sritimis. Bendruomenėje teikiamos pagalbos tyrimai taip pat rodo, kad paslaugos tampa tikslingesnės tada, kai jos siejamos ne tik su pagalbos suteikimu, bet ir su

žmogaus kasdieniais tikslais – būstu, užimtumu, socialiniais ryšiais ir dalyvavimu bendruomenėje (Killaspy et al., 2022; Harvey et al., 2023).

ATVEJO VADYBOS INTEGRUOJANT SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IR SOCIALINES PASLAUGAS INTELEKTO IR (AR) PSICHOSOCIALINĘ NEGALIĄ TURINTIEMS ASMENIMS TYRIMO METODOLOGIJA

Tyrimo metodologinis pagrindimas ir tyrimo dizainas. Šiame tyrime analizuojamas atvejo vadybos taikymas integruojant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas dirbant su intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis. Tyrimo objektas pasižymi procesiniu, kontekstiniu ir patirtiniu pobūdžiu, todėl jo analizė reikalauja gilesnio reiškinių supratimo, o ne kiekybinio matavimo. Šiuo tyrimu siekiama geriau suprasti, kaip atvejo vadyba veikia praktikoje, kokią prasmę jai suteikia specialistai ir su kokiais iššūkiais jie susiduria kasdienėje profesinėje veikloje.

Atsižvelgiant į tyrimo problemą ir tikslą, pasirinktas kokybinis tyrimas. Šiame darbe svarbu suprasti ne paslaugų taikymo mastą, o atvejo vadybininkų patirtis: kaip jie mato integruotų paslaugų veikimą, kokius koordinavimo sunkumus patiria ir kas, jų požiūriu, padeda užtikrinti pagalbos tęstinumą. Tyrimas grindžiamas interpretacine socialinių mokslų paradigma, nes tyrimo dalyvių patirtys vertinamos kaip svarbus šaltinis aiškinantis, kaip integracija veikia praktikoje. Toks pasirinkimas leidžia nagrinėti ne tik formalius paslaugų organizavimo principus, bet ir kasdienes situacijas, kuriose atsiskleidžia realus bendradarbiavimas tarp specialistų ir institucijų. Pasak Creswell (2013), kokybiniai tyrimai yra tinkamiausi tais atvejais, kai siekiama suprasti socialinius procesus, jų reikšmes ir dalyvių patirtis, o ne nustatyti reiškinių paplitimą ar statistinius ryšius. Atsižvelgiant į tai, šiame tyrime pasirinktas metodologinis požiūris laikytinas tinkamu ir pagrįstu.

Tyrimo metodai. Pagrindinis tyrimo metodas – kokybinis pusiau struktūruotas interviu. Šis metodas pasirinktas siekiant išsamiai atskleisti atvejo vadybininkų profesines patirtis, jų požiūrį į sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integraciją, paslaugų koordinavimo praktiką bei patiriamus iššūkius dirbant su intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis.

Pusiau struktūruotas interviu leidžia derinti iš anksto apibrėžtą teminę struktūrą su galimybe lanksčiai reaguoti į informantų atsakymus, gilinti tyrimui reikšmingas temas ir atskleisti nenumatytas, tačiau svarbias tyrimo dimensijas. Metodologinėje literatūroje pabrėžiama, kad šis metodas yra ypač tinkamas analizuojant profesines patirtis ir sudėtingus socialinius procesus, nes suteikia galimybę gauti gilesnius ir kontekstualizuotus duomenis nei struktūruotos apklausos (Kvale & Brinkmann, 2009; Flick, 2018). Papildomai tyrime taikoma mokslinės literatūros ir dokumentų analizė, kuri naudojama siekiant teoriškai pagrįsti tyrimo problemą, atvejo vadybos ir integruotų paslaugų sampratą bei identifikuoti pagrindinius šios srities diskusinius aspektus.

Tyrimo dalyviai ir atrankos principai. Kokybiniame tyrime dalyvavo 20 atvejo vadybininkų, dirbančių su intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis skirtingose Lietuvos savivaldybėse. Tyrimo dalyviai atrinkti taikant tikslią atranką, siekiant užtikrinti, kad

tyrimo dalyviai turėtų tiesioginę praktinę patirtį taikant atvejo vadybos principus ir integruojant sveikatos priežiūros bei socialines paslaugas. Toks imties dydis laikomas pakankamu kokybiniam tyrimui, nes leidžia pasiekti duomenų prisotinimą, kai nauji interviu nebeatneša iš esmės naujos informacijos (Guest et al., 2006). Atsižvelgiant į tai, kad visoje Lietuvoje atvejo vadybininkų, dirbančių su šia tiksline grupe, skaičius yra ribotas, pasirinktas tyrimo metodas laikytinas metodologiškai pagrįstu ir tinkamu tyrimo tikslams pasiekti.

Tyrimo dalyvių atrankos kriterijai:

- ne mažesnė nei vienerių metų profesinė patirtis dirbant su intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis;
- atvejo vadybininko funkcijas atliekantys specialistai savivaldybių lygmens institucijose ar joms pavaldžiose įstaigose;
- savanoriškas sutikimas dalyvauti tyrime;
- siekis užtikrinti geografinę dalyvių įvairovę, įtraukiant skirtingų Lietuvos savivaldybių atstovus.

Toliau šiame poskyryje pateikiamos tyrimo dalyvių charakteristikos (žr. 2 priedo 1 lentelę).

Kokybiniam tyrimui atrinkti dvidešimt atvejo vadybininkų, dirbančių su intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis dirbančių skirtingose savivaldybėse Lietuvos Respublikoje. Dalyviai žymimi kodais (D1–D20), siekiant užtikrinti anonimiškumą ir konfidencialumą. Skirtinga profesinė patirtis – nuo vienerių iki daugiau nei dvejų metų – sudaro prielaidas atskleisti įvairiapuses, praktine patirtimi grįstas įžvalgas apie atvejo vadybos taikymą integruotų paslaugų sistemoje.

Tyrimo instrumentarijus. Tyrimo instrumentarijus – pusiau struktūruoto interviu klausimynas, sudarytas remiantis tyrimo problema, tikslu, uždaviniais ir teorinės dalies analize. Interviu klausimai orientuoti į šias pagrindines temas: atvejo vadybos taikymo patirtis, paslaugų integravimo praktikos, paslaugų koordinavimo ir tęstinumo užtikrinimas, tarpdisciplininio bendradarbiavimo formos bei pagrindiniai taikymo iššūkiai. Tyrimo instrumentą sudarė 10 atvirų klausimų, apimančių atvejo vadybos taikymo patirtis, paslaugų koordinavimo ir tęstinumo užtikrinimą, tarpdisciplininio bendradarbiavimo formas bei praktinius integracijos iššūkius.

Pusiau struktūruotas klausimynas leidžia užtikrinti tyrimo kryptingumą ir duomenų palyginamumą, kartu išlaikant lankstumą ir galimybę gilinti tyrimo dalyviams reikšmingas temas (Kvale & Brinkmann, 2009). Interviu klausimai formuluojami atvirų klausimų principu, siekiant paskatinti tyrimo dalyvius reflektuoti savo profesinę patirtį ir pateikti išsamius atsakymus. Pilnas interviu klausimų sąrašas pateikiamas darbo prieduose.

Duomenų rinkimo ir analizės eiga. Duomenys rinkti taikant pusiau struktūruoto interviu metodą 2026 m. kovo - balandžio mėnesiais.

Surinkti kokybiniai duomenys analizuoti taikant teminės analizės metodą, kuris leidžia sistemingai identifikuoti pasikartojančias temas, prasmines kategorijas ir ryšius tarp tyrimo dalyvių pateiktų atsakymų. Analizės metu duomenys buvo nuosekliai skaitomi, koduojami ir grupuojami į temines kategorijas, atspindinčias atvejo vadybos taikymo praktikas, paslaugų koordinavimo ir tęstinumo užtikrinimą, tarpinstitucinį bendradarbiavimą bei pagrindinius taikymo iššūkius.

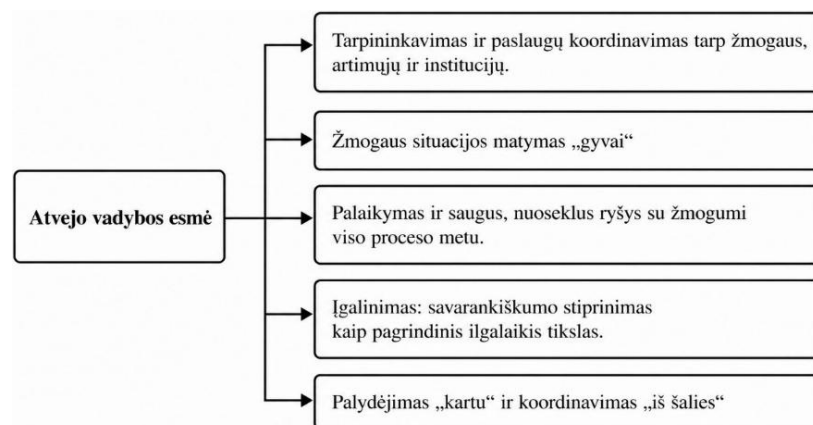
Tyrimo etika ir metodologiniai ribotumai. Atliekant tyrimą laikytasi pagrindinių socialinių tyrimų etikos principų: užtikrintas savanoriškas dalyvavimas, informantų anonimiškumas ir duomenų konfidencialumas. Visi tyrimo dalyviai buvo supažindinti su tyrimo tikslu, eiga ir duomenų panaudojimo pobūdžiu. Tyrime tyrimo dalyvių tapatybė nėra atskleidžiama – dalyviai žymimi kodais (D1–D20).

Tyrimo metu laikytasi informuoto sutikimo principo, o surinkti duomenys naudojami tik mokslinio darbo tikslais, vadovaujantis etikos reikalavimais ir akademinio sąžiningumo principais (Žydzžiūnaitė & Sabaliauskas, 2017).

Tyrimo ribotumu laikytinas ribotas informantų skaičius nacionaliniu mastu, tačiau pasirinktas kokybinis tyrimo dizainas leidžia šį ribotumą kompensuoti duomenų gilumu ir analitine verte. Taip pat tyrimo metu gauti platūs ir išsamūs duomenys, tad sudėtinga juos buvo apdoroti – struktūruoti suskirstant į kategorijas, subkategorijas. Siekiant išvengti duomenų nesuvaldymo pavojaus, laikytasi principo, kad vienai subkategorijai priskirtina ne mažiau kaip du informantų atsakymai. Informantų atsakymai, kurie neturėjo pasikartojimo, jokiai subkategorijai nepriskirti ir laikyti neinformatyviais. Taip pat pažymėtina, kad tyrimo rezultatai atspindi informantų subjektyvias patirtis ir negali būti tiesiogiai apibendrinami visai atvejo vadybos sistemai, tačiau suteikia vertingų įžvalgų apie integruotų paslaugų veikimą praktikoje. Praktinėje (analitinėje) studijų darbo dalyje yra pateikiama faktinė (statistinė, sociologinė, teisinė ir kitokia) tiriamos problemos informacija, jos analizė. Jeigu reikia, atliekami įvairūs ekonominiai skaičiavimai, patvirtinamos arba paneigiamos iškeltos hipotezės.

2. ATVEJO VADYBOS INTEGRUOJANT SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IR SOCIALINES PASLAUGAS INTELEKTO IR (AR) PSICHOSOCIALINĘ NEGALIĄ TURINTIEMS ASMENIMS TYRIMAS

Atvejo vadybos esmė kasdienėje veikloje atsiskleidžia kaip nuoseklus tarpininkavimo ir paslaugų koordinavimo procesas, kuriame atvejo vadybininkas dažnai mato save kaip pagalbininką ir „jungiamąją grandį“ tarp žmogaus su negalia (ar paslaugos gavėjo), jo artimųjų ir įvairių institucijų (žr. 5 priedo 2 lentelę).



1 pav. Atvejo vadybos esmės apibūdinimas kasdienėje profesinės veiklos praktikoje.

Kategorija „Atvejo vadybos esmė kasdienėje veikloje“ sudaryta iš 5 subkategorijų, kurios parodo atvejo vadybos naudą teikiant socialines paslaugas intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turintiems asmenims (žr. 1 pav.).

Subkategorija *Tarpininkavimas ir paslaugų koordinavimas tarp žmogaus, artimųjų ir institucijų*. Šioje subkategorijoje atvejo vadyba dalyvių apibrėžiama kaip nuolatinis tarpininkavimas tarp žmogaus ir institucijų sistemos, kai atvejo vadybininkas prisiima „tilto“ vaidmenį. D1 tiesiogiai įvardija tai sakydamas „Aš matau save, kaip tokią pagalbininkę, kaip tarpininkę, tarp savęs, tarp tų žmonių su negalia ir institucija“, todėl tarpininkavimas čia suvokiamas ne kaip pavienė funkcija, o kaip esminė kasdienio darbo tapatybė. D1 papildomai aptaria pagalbos turinį, kai sako „Pagalbininkę, kuri padeda jiems dėl sveikatos kažkokių problemų, ugdant įgūdžius“ – tai rodo, kad koordinavimas apima ne tik formalų „nukreipimą“, bet ir praktinį pagalbos organizavimą bei žmogaus gebėjimų stiprinimą. D5 parodo problemišką pusę: sakydamas „praktikoje aš ją labiau matau kaip koordinavimą ir nuolatinį bandymą sujungti tai, kas sistemoje nelabai susijungia“. D5 atskleidžia, koordinavimas yra intensyvus, bet ne visuomet iki galo kontroliuojamas procesas. D16 apibendrina tarpininkavimą sakydamas „Tarp žmogaus ir visų institucijų, paslaugų, specialistų“, kas leidžia matyti, kad tarpininkavimas apima platų tinklą, o ne vieną instituciją.

Žmogaus situacijos matymas „gyvai“: holistinis požiūris, o ne vien dokumentų tvarkymas. Šioje subkategorijoje atvejo vadyba apibrėžiama kaip gyvas, santykiu paremtas darbas, kuriame paslaugos administravimo procesai nėra svarbiausi. D3 aiškiai atskiria atvejo vadybą nuo administravimo, sakydamas „Pirmiausia tai ne tik dokumentai ir planai, bet ir tas nuolatinis buvimas, bendravimas, situacijos stebėjimas, reagavimas į asmens pokyčius“, todėl esminiais elementais tampa buvimas, stebėseną ir reagavimas į kintančią situaciją. Šią mintį papildo D13 teiginys „dirba ne tik su dokumentais, o įsigilina į žmogaus problemas“, kuris sustiprina argumentą, kad atvejo vadyba suprantama kaip įsigilinimas į realias problemas, o ne vien formalus procesas. D8 dar kartą teigia „visų pirma reiškia darbą su žmogumi... užmezgamas ryšys“, todėl visa apimantis mąstymas neatsiejamas nuo ryšio su paslaugos gavėju kūrimo.

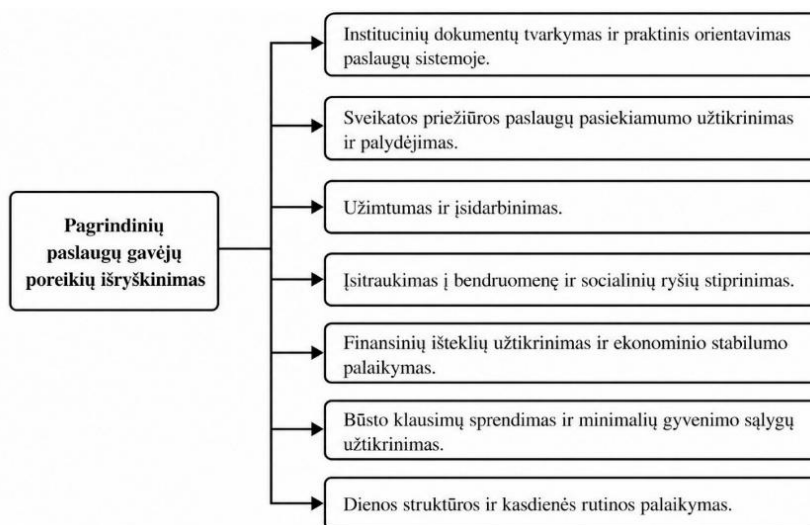
Subkategorija *Palaikymas ir saugus, nuoseklus ryšys su žmogumi viso proceso metu*. Šioje subkategorijoje ryšys ir palaikymas atsiskleidžia kaip kartinė atvejo vadybos sąlyga, leidžianti paslaugų gavėjui išbūti visame procese. D2 teigia, kad paslaugų gavėjų pastangas padidina jiems parodomas palaikymas: „Jeigu jis jaučia, kad jis yra palaikomas, tai jis ir stengiasi... kad jam būtų geriau“, todėl palaikymas čia veikia kaip stiprinantis paslaugos gavėjo motyvaciją“. D16 teigia: „Ryšys su žmogumi. Nes jeigu nėra ryšio, tai niekas ir nevyksta“, todėl ryšys užtikrina atvejo vadybininko teikiamos pagalbos efektyvumą. D17 pabrėžia, kad palaikymas paslaugų gavėjui suteikia daugiau saugumo jausmo: „Žmogus jaučiasi saugus, nesijaučia vienas“.

Įgalinimas: savarankiškumo stiprinimas kaip pagrindinis ilgalaikis tikslas. Šioje subkategorijoje atvejo vadyba apibrėžiama kaip būdas siekti ilgalaikio tikslo – stiprinti žmogaus savarankiškumą ir gebėjimą pačiam priimti sprendimą. D1 teigia, kad atvejo vadybos tikslas – „padėti jiems gyventi, kuo savarankiškiau – turėtų visas galimybes ir sąlygas“, todėl pagalba čia suprantama kaip sąlygų sudarymas savarankiškam gyvenimui, o ne „nuolatinė globa“. D9 įvardija: „Mano pagrindinis tikslas išmokyti žmogų pačiam priimti sprendimus“, vadinasi, svarbiausia tampa sprendimų priėmimo ugdymas. D7 apibendrina įgalinimo logiką teiginiu „svarbiausia – įgalinimas, kad žmogus pats galėtų spręsti problemas ateityje“, todėl įgalinimas čia aiškiai siejamas su ateities perspektyva ir priklausomybės nuo kitų jausmo mažinimu. D15 teigia, kad savarankiškumo stiprinimas padeda pilnaverčiai gyventi bendruomenėje „siekiant kuo savarankiškesnio asmens gyvenimo bendruomenėje“, todėl savarankiškumas suvokiamas kaip socialinės įtraukties ir funkcionavimo bendruomenėje dalis.

Palydėjimas „kartu“ ir koordinavimas „iš šalies“. Šioje subkategorijoje išryškėja skirtis tarp įsivaizduojamo fizinio palydėjimo ir dažnesnio koordinavimo bei pagalbos orientuojantis procesuose. D5 teigia: „Aš pati žmonių dažniausiai nelydžiu, nebent būtų išskirtinė situacija“, todėl fizinis lydėjimas apibrėžiamas kaip išimtis, o ne kasdienybė. D5 teigia, kad asmeniui jis „padeda orientuotis sudėtingoje organizacinėje aplinkoje: „Labiau padedu susigaudyti, kur kreiptis, ką pasakyti, kokius

dokumentus susitvarkyti”. D11 primena, kad palydėjimas kaip veiksmas yra dažnas dirbant su šios grupės klientais. Jis teigia, kad atliekamas „palydėjimas į pirmus vizitus“. D16 teiginys „palydi, padrąsina“ šią mintį papildo emociniu aspektu – net ir tada, kai palydėjimas nėra nuolatinis, jis gali būti svarbus kaip padrąsinimas veikti savarankiškai, padedantis žmogui įveikti pirmą barjerą, o tai apibūdinama kaip atvejo vadybos esmė.

Toliau siekiant išryškinti atvejo vadybos taikymo galimybes ir iššūkius integruojant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turintiems asmenims, reikalinga išsiaiškinti pagrindinius paslaugų gavėjų poreikius. Šiuos poreikius atskleidžiantys informantų teiginiai susisteminti ir išanalizuoti lentelėje (žr. 6 priedo 3 lentelę).



2 pav. Pagrindinių paslaugų gavėjų poreikių išryškinimas

Prie kategorijos „Pagrindiniai paslaugų gavėjų poreikiai“ priskirtos subkategorijos. Kiekviena iš šių subkategorijų išryškina savitus paslaugų gavėjų poreikius (žr. 2 pav.).

Pirmoji subkategorija *Institucinių dokumentų tvarkymas ir praktinis orientavimas paslaugų sistemoje* atskleidžia, kad klientams labai dažnai reikia praktinės pagalbos, padedančios suprasti procesus, orientuotis institucinėse sistemose. D1 pažymi, kad „Dažniausiai žmonėms reikia pagalbos, sutvarkant tam tikrus institucinius dokumentus, reikia pagalbos dėl palydėjimo į įstaigas, pagalbos užtikrinant jų teises“. Šita citata parodo, kad poreikis pildyti dokumentus yra intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčių asmenų barjeras gauti jiems priklausančias paslaugas. Tačiau vien padėti pildyti dokumentus neužtenka – reikia ir realaus palydėjimo į įstaigą, nes toks žmogus ne visada gali apginti savo interesus, atstovauti savo teises. D2: „Padėti suprasti, kokios pagalbos jam reikia, norint susisiekti su reikalingom institucijom.“ Čia svarbus pats „supratimas”: žmogui dažnai aiškumo, ko prašyti ir kur kreiptis, todėl orientavimas tampa pirmu žingsniu. D5 nurodo, kokius veiksmus reikia atlikti socialiniam darbuotojui: „Mano darbas dažnai yra išklausti žmogų, įsivardinti

jo problemas, nukreipti, susisiekti su viena ar kita įstaiga, perduoti informaciją“. D11 akcentuoja komunikacijos paprastumo poreikį: „...dokumento ar registracijos klausimai – reikia paaiškinti paprastai, kad žmogus suprastų, ką daryti“. Tai parodo, jog net kai sistema formaliai aiški, žmogui ji gali būti per sudėtinga, todėl atvejo vadyba čia tampa pagalba asmeniui gauti jam reikalingą informaciją priimtinu ir suprantamu būdu. D13 tą patį pasako dar tiesiau: „Pirmiausiai dokumentų tvarkymas ir nukreipimas, nes žmonės dažnai nežino kur eiti ir nuo ko pradėti“. Šioje citatoje matosi, kad nežinojimas „nuo ko pradėti“ yra esminė problema – kai nėra aiškaus pradžios taško, žmogus užstringa. D16 pateikia kasdienį pavyzdį: „Žmogui gali reikėti dokumentus susitvarkyti, dėl išmokų pasidomėti“. D17 parodo labai praktišką pagalbos formą: „Pagal poreikį padedu registruojantis pas gydytojus“. Socialinis darbuotojas padeda žmogui „susiorientuoti sistemoje“. D20 apibendrina: „Pagalba tvarkantis išmokas, paramas, nes asmenys tikrai sunkiai orientuojasi nuo ko pradėti, į ką kreiptis.“ Čia aiškiai pasakyta, kad problema yra orientacija ir kelias, o ne vien dokumento užpildymas ir (ar) pateikimas.

Sveikatos priežiūros paslaugų pasiekiamumo užtikrinimas ir palydėjimas. Šitoje subkategorijoje išryškinama, kad poreikis gauti sveikatos priežiūros paslaugas dažnai yra neatidėliotinas, nes sveikata tiesiogiai susijusi su krizėmis, kasdieniu asmens funkcionavimu ir saugumu. D1 akcentuoja: „Būna žmonės tiesiog droviasi eiti pas gydytoją arba jeigu lankosi, tai ne taip dažnai, neima tų vaistų, kurie jiems išrašyti“. Šita citata parodo, kad barjeras gali būti ne paslaugos nebuvimas, o žmogaus emocinė būseną ir įpročiai: gėda, vengimas, atsiribojimas, nenuoseklus gydymasis. D11 teigia, kad paslaugos gavėjai turi poreikį sumažinti baimę kreiptis pagalbos: „...sveikatos priežiūros poreikis – padėti užsiregistruoti, nes vienam baisu eiti“. Čia aiškiai pasakyta: net paprastas veiksmas (užsiregistruoti, nueiti) gali būti per sunkus, kai jį reikia atlikti vienam. D16 teigia, kad asmenį reiki ir palydėti visame sveikatos priežiūros paslaugų procese: „Reikia padėti užsiregistruoti, nueiti, suprasti, ką gydytojas pasakė, kaip vaistus vartoti.“ Šita citata parodo, kad vien patekti pas gydytoją neužtenka – reikia supratimo ir tęstinumo po vizito. D17 sveikatą įvardija kaip pagrindinę, kurią stiprinant atliepiami svarbiausi šios paslaugų gavėjų grupės poreikiai: „Klientas su intelekto negalia dažniausiai būna apleidęs savo sveikatą, tad pirmas žingsnis – stiprinti fizinę ir psichikos sveikatą“ Kai sveikata apleista, kiti tikslai (darbas, socialumas) tampa nepasiekiami. D19 nurodo: „Viskas prasideda nuo sveikatos priežiūros – reikia koreguoti ligas, kad nebūtų krizės“. Ši citata pabrėžia prevenciją ir krizės valdymą kaip tikslą. D20 pabrėžia skubumą padedant gauti sveikatos paslaugas: „Sveikatos problemų sprendimas pagrindinis mūsų darbas, reikia čia ir dabar spręsti problemą, bendrauti su gydytojais ir žmogui padėti greituoju būdu“. Čia sveikata pateikiama kaip pagrindinis poreikis, kurį siekiant patenkinti reikia greitos reakcijos ir tiesioginio bendradarbiavimo su medikais.

Užimtumas ir įsidarbinimas. Užimtumas ir įsidarbinimas yra vienas svarbiausių intelekto ir

(ar) psichosocialinę negalią turinčių paslaugų gavėjų poreikių. D2 labai trumpai pasako „Užimtumo“. D4 tą patį praplečia: „...užimtumas arba darbinio užimtumo ieškojimas“. Čia jau matosi dvi kryptys: arba prasminga veikla, arba konkretus darbas, o užimtumas taip pat išryškėja kaip vienas svarbiausių šios paslaugų gavėjų grupės poreikių. D8 įvardija tai kaip sritį: „...poreikiai užimtumo ir įsidarbinimo srityse“. D16 teigia, kad reikia asmenims padėti įveikti nepasitikėjimą savimi: „Kai kurie nori dirbti, tik labai trūksta pasitikėjimo savimi arba nežino nuo ko pradėti“. Šita citata svarbi, nes parodo, kad problema glūdi dažnai ne asmens gebėjimuose ar jų nebuvime, o nesaugumo jausme. Tokiu atveju pagalba asmeniui turi būti ne tik orientuota į jo įsidarbinimą, bet ir į emocinę paramą. D18 apibendrina: „Užimtumo ir įsidarbinimo poreikis pasitaiko nuolat, nes žmogui svarbu ne tik pajamos, bet ir prasminga veikla“. Čia iškyla mintis: darbas, užimtumas siejasi su orumu ir gyvenimo kokybe, o ne tik su finansais.

Isitraukimas į bendruomenę ir socialinių ryšių stiprinimas. Šitoje subkategorijoje išryškėjantis paslaugos gavėjų poreikis labai aiškiai susijęs su vienišumo ir socialinės izoliacijos problemų sprendimų paieška. D2 pasako: „Socialiniai santykiai – tai yra labai svarbu“. Nors citata trumpa, ji rodo, kad santykiai laikomi esmine asmens gerovės dalimi. D16 apibūdina žmogaus norą: „Daug žmonių nori kažkur išeiti, kažką veikti, bendrauti, nori nesijausti vieni“. Ši citata parodo, kad poreikis yra aktyvus – žmonės nori dalyvauti, bendrauti, tik tam gali reikėti pagalbos, paskatinimo, galimybių. D19 įvardija problemos šaknį: „Labai svarbus socialinis bendravimas, nes žmonės dažnai būna izoliuoti.“ Čia aiškiai pasakoma, kad izoliacija yra dažna būseną, o bendravimas – priemonė ją mažinti. Taigi atvejo vadybininkas(-ė) turi galvoti ne tik apie paslaugas, bet ir apie realias socialines erdves, veiklas, ryšių atstatymą ar kūrimą.

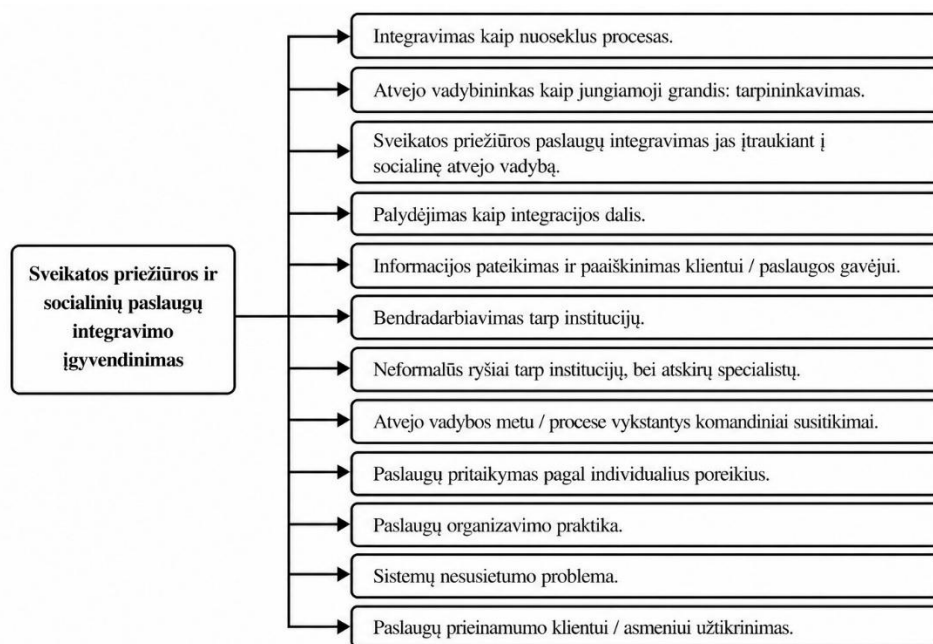
Finansinių išteklių užtikrinimas ir ekonominio stabilumo palaikymas. Šioje subkategorijoje išryškėja, kad finansinio stabilumo, pragyvenimo užtikrinimas yra vienas svarbiausių paslaugos gavėjų poreikių. D1 teigia: „Dažniausiai reikia dėl išmokų, gauti pagalbą“. Tai rodo, kad išmokos ir parama yra vienas dažniausių asmenų poreikių, nes jos padeda patenkinti pagrindinius paslaugos gavėjų poreikius. D16 užsimena, kad asmenys ne visada žino, kokios išmokos jiems priklauso. „Žmogui gali reikėti dėl išmokų pasidomėti“. D16 įvardija, kokius konkrečiai poreikius finansinei paramai turi paslaugos gavėjai: „Labai dažnai dar būna finansiniai dalykai – išmokos, kompensacijos, dokumentai“. Gali nepakakti tik suteikti žinių apie priklausančias finansines išmokas. D17 teigia: „Poreikiai apima finansinio raštingumo stiprinimą“. Svarbu tai, kad asmenys turi poreikį įgyti bendresnį supratimą apie finansus, kad galėtų bent kiek tvarkytis savarankiškai. D18 papildoma konkrečiai nurodydamas reikalingą finansinę pagalbą: „Pagalba tvarkantis kompensacijas ar kitus finansinius klausimus“. Tai rodo, kad poreikiai finansinių išteklių valdymo ir ekonominio stabilumo palaikymo srityje yra įvairūs.

Būsto klausimų sprendimas ir minimalių gyvenimo sąlygų užtikrinimas. Šioje subkategorijoje

paslaugų gavėjų poreikiai irgi labai svarbūs, dažnai reikalaujantys skubaus sprendimo. D16 trumpai įvardija: „...poreikiai susiję su būstu.“ Nors citata trumpa, ji rodo, kad būstas yra viena iš pagrindinių sričių. D18 prasitaria apie būtinybę asmenims užtikrinti socialinį saugumą, suteikiant būstą: „Poreikiai būsto srityje – svarbu užtikrinti saugias gyvenimo sąlygas“. Tai pabrėžia saugumą. D19 pateikia akcentuoja, kad reikia orių gyvenimo sąlygų asmenims namuose, suteikiant pagalbą, kad gyvenimo sąlygos atitiktų jų poreikius: „Tie namai, kuriuose gyvena socialiniai asmenys, dažniausiai yra apleisti ir nėra užtikrinami tinkami patogumai“. Šita citata parodo, kad problema kartais nėra vien „neturi būsto“, bet „turi, bet sąlygos netinkamos“. D19 aptaria: „Žmonės neturi nei kaip atsinešti vandens, nėra higienos kambarių, kaip tualetas ar dušas.“ Čia kalbama apie pagrindinius higienos ir žmogaus orumo aspektus. Tokiose situacijose būsto prieinamumo, tinkamų jo sąlygų užtikrinimo klausimas tampa svarbiausiu.

Dienos struktūros ir kasdienės rutinos palaikymas. Ši subkategorija parodo, kad kai kurie poreikiai susiję su galimybėmis tvarkyti kasdienį gyvenimą, turėti aiškų dienos režimą, kasdien laikytis tam tikros disciplinos. D3 sako: „...susitvarkyti kasdienybę, laikytis režimo“. Tai rodo, kad žmogui ypač reikia pagalbos, kai i gyvenimas bei kasdienybė nepastovūs, o kartais chaotiški. D5 įvardija tai tiesiai: „...dienos struktūros poreikis“. Tai reiškia, kad dienos planas ir rutina tampa „poreikiu savaime“. D16 pabrėžia, kodėl rutina tokia svarbi paslaugų gavėjams: „Kad būtų daugiau aiškumo, saugumo, rutinos“. Šioje citatoje rutina siejama su saugumo jausmu. Tai rodo, kad aiški dienos struktūra klientams padeda efektyviau spręsti įvairias problemas, nes žmogus laikosi aiškaus plano. D17 akcentuoja, kad tik patenkinus pagrindinius poreikius galima tenkinti aukštesnius: „Tik patenkinus fiziologinius ir saugumo poreikius, galime judėti toliau“. Šita citata leidžia suprasti, kad dienos struktūra ir rutina dažnai atsiranda tada, kai bent minimaliai užtikrinti baziniai asmens poreikiai (sveikata, būstas, saugumas). Tada jau galima realiai planuoti tolesnius tikslus, kaip užimtumas ar savarankiškumo stiprinimas.

Toliau nagrinėtas praktinis sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integravimo procesas dirbant su intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis (žr. 7 priedo 4 lentelę).



3 pav. Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integravimo įgyvendinimas dirbant su intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis

Kategorijoje „Paslaugų integravimas kaip procesas“ išskirta 12 subkategorijų. Toks išsamus subkategorijų išskyrimas parodo, kad paslaugų integravimo temą atskleidžiantys interviu duomenys platūs, o tai rodo, kad integravimas informantams artima tema (žr. 3 pav.).

Integravimas kaip nuoseklus procesas. Šioje subkategorijoje integravimas suprantamas kaip darbas, kuris vyksta nuolat, o ne kaip vienkartinė pagalba. D7 aiškiai pasako, kad „Paslaugų derinimas ir bendradarbiavimas tarp skirtingų sektorių praktikoje vyksta kaip nuolatinis koordinavimo procesas, kuriame atvejo vadybininkė veikia kaip jungiamoji grandis tarp skirtingų specialistų ir institucijų“. Tai parodo, kad integracija yra kasdienis koordinavimas tarp daug pagalbos teikėjų, specialistų ir įstaigų. D7 papildo, kad „per nuolatinį derinimą, komunikaciją ir koordinavimą užtikrinama, kad visos sistemos dirbtų kartu ir žmogus neliktų tarp jų pasimetęs“. Čia svarbus tikslas – žmogus neturi „pasimesti“ tarp sistemų. D11 primena, nuo ko viskas prasideda: „Praktikoje viskas prasideda nuo žmogaus situacijos įvertinimo ir tuomet dėliojama, kokių paslaugų reikia“. Tai rodo, kad integravimas yra planuojamas pagal poreikį, derinamas prie individualios situacijos. D11 įvardija, kad paslaugų integravimo nuoseklumo trūkumas lemia, jog sunkiau užtikrinti socialinių paslaugų rezultatą: „Jeigu niekas nesujungia visų grandžių, tada žmogus vaikšto iš vienos vietos į kitą ir galų gale pavargsta“. Vadinasi, integracija saugo žmogų nuo blaškymosi ir perdegimo.

Atvejo vadybininkas kaip jungiamoji grandis: tarpininkavimas. Čia labai aiškiai matosi atvejo vadybininko vaidmuo. D7 teigia, kad atvejo vadybininkas „sujungia“ skirtingų institucijų pagalbos galimybes: „Atvejo vadybininkė veikia kaip jungiamoji grandis tarp skirtingų specialistų ir institucijų“. D8 dalijasi panašia patirtimi: „Aš matau save kaip žmogų tarp paslaugos gavėjo, tarp

specialistų ir institucijų“. Atvejo vadybininko vaidmenį jis įvardija kaip tarpininko vaidmenį tarp skirtingų institucijų, pagalbos teikimo kryptį. D11 taip pat kalba apie „sujungimą“ kaip skirtingų institucijų ir specialistų paslaugas, paslaugos gavėjų galimybes skirtingose įstaigoje išryškinančią ir susiejančią sujungiančią veiklą: „Mano vaidmuo yra sujungti sistemas ir apsaugoti žmogų nuo pasimetimo jose.“ Čia integracija suprantama kaip žmogaus saugumas sistemoje, nes siekiama „apsaugoti nuo pasimetimo plačioje sistemoje“. Vaizdžiai galima teigti, kad integravimas paslaugas priartina prie kasdienio žmogaus gyvenimo situacijos, padeda jomis pasinaudoti praktiškai. D10 teigia: „Esu tas žmogus, kuris suveda su specialistu, nuveda, supažindina ir palydi“.

Sveikatos priežiūros paslaugų integravimas jas įtraukiant į atvejo vadybą. Šioje subkategorijoje sveikata pristatoma kaip asmens poreikis, o ne atskira jo dalis. D7 pasako: „Sveikatos paslaugų integravimas praktikoje reiškia ne tik nukreipimą pas gydytoją, bet ir nuoseklų sveikatos aspektų įtraukimą į visą pagalbos procesą“. Tai reiškia, kad asmens sveikatos priežiūros poreikiai turi būti įtraukti į atvejo vadybos planavimą. D8 kalba apie pirmąjį tokio integravimo etapą: „Pradedame nuo to, kad padedame žmogui užsiregistruoti pas šeimos gydytoją ir, jei reikia, palydime“. Čia integracija prasideda nuo paprasto, bet dažnai sunkaus veiksmo – registracijos ir atvykimo į suplanuotą vizitą. D11 atkreipia dėmesį į tai, kas vyksta po vizito: „Labai dažnai tenka lydėti asmenis pas gydytoją ir po vizito kartu aptarti, ką gydytojas pasakė ir ką tai reiškia“. Tai svarbu, nes sveikatos priežiūros paslaugų integracija atvejo vadyboje čia tampa aiškiai ir tinkamu būdu asmeniui pateikta informacija apie jo sveikatos būklę, reikalingą gydymą ar paslaugas, nes tai turi tiesioginę teigiamą įtaką sveikatos priežiūros paslaugų ir (ar) gydymo tęstinumo užtikrinimui. Svarbu pabrėžti, kad tyrimo duomenys išryškina, jog sveikatos priežiūros paslaugų integravimas atvejo vadyboje apima daugiau nei vienkartinį kliento apsilankymą pas gydytoją. D9 įvardija vieną dažną problemą: „Dažnai būna vaistų naudojimo aplaidumas, todėl bendradarbiaujame su psichikos sveikatos specialistais“. Tai rodo, kad sveikatos integravimas reikalauja ir komandinio darbo, ypač kalbant apie psichikos sveikatą.

Palydėjimas kaip integracijos dalis. Čia palydėjimas matomas kaip vienas iš mechanizmų, kuris padeda integracijai realiai veikti. D7 pasako: „Vienas iš pagrindinių poreikių yra palydėti ir būti šalia“. Tai parodo, kad vien koordinuoti neužtenka – reikia ir būti kartu su asmeniu. D9 paaiškina: „Žmogus dažnai neturi drąsos pats kreiptis į sveikatos įstaigas, todėl einame kartu“. Čia palydėjimas padeda sumažinti baimę ir nesaugumą. D11 įvardija palydėjimo naudą: „Palydėjimas į pirmus vizitus padeda žmogui jaustis saugiau ir suprasti procesą“. Vadinas, palydėjimas yra ir mokymasis veikti savarankiškai, įgūdžių stiprinimas bei didesnis saugumas asmeniui. D10 pabrėžia „pirmo žingsnio“ svarbą. Anot jo, siekiama sumažinti baimę, nepasitikėjimą ir pasiekti reikalingą pagalbą ar paslaugas.

Informacijos pateikimas ir paaiškinimas paslaugos gavėjui. Šioje subkategorijoje integracija vyksta suteikiant asmeniui geresnį supratimą apie paslaugas, paaiškinant informaciją jam suprantama

kalba ir priimtinu būdu. D7 sako: „Svarbu informacijos išvertimas ir paaiškinimas, kokia yra gydymo eiga“. Tai reiškia, kad žmogus turi suprasti procesą, kitaip jis nutrūksta. D8 pabrėžia paprastumą: „Aš informaciją pateikiu paprastai ir aiškiai, kad žmogus ją suprastų“. D11 dar tiksliau pasako, ką tai reiškia praktikoje: „Tenka versti specialistų kalbą į paprastą, žmogui suprantamą kalbą“. Vadinasi, atvejo vadybininkas dažnai tampa tarsi „vertėju“ tarp profesionalų ir žmogaus.

Bendradarbiavimas tarp institucijų. Čia akcentuojama, kad integracija remiasi profesionalų bendradarbiavimu. D8 sako: „Bendradarbiavimas vyksta susitinkant su specialistais ir telefonu derinant dokumentus“. Tai rodo, kad bendradarbiavimas yra ir formalus, ir neformalus. D9 pateikia pavyzdį: „Palaikomas ryšys su psichikos sveikatos centro darbuotojais“. Tarp specialistų reikia nuolat palaikyti nenutrūkstamą ryšį. D11 teigia: „Kai specialistai mato žmogų, o ne tik savo funkciją, bendradarbiavimas būna efektyvus“. Čia labai svarbi mintis: integracija geriau veikia tada, kai visi orientuojasi į žmogų, o žmogaus poreikiai (ne instituciniai reikalavimai) atsiduria centre.

Neformalūs ryšiai tarp institucijų bei atskirų specialistų. Ši subkategorija parodo, kad praktikoje atvejo vadybininko palaikomi ryšiai neformalūs, kartais asmeniniai. Toks ryšių palaikymas svarbus sprendžiant asmenų problemas. D10 sako: „Dažniausiai bendradarbiavimas vyksta neformaliai – susiskambiname ir pasitariame“. D10 prideda: „Kadangi vieni kitus pažįstame, bendradarbiavimas vyksta lengviau“. Čia matosi pasitikėjimo ir pažinčių reikšmė. D12 parodo, kad atvejo vadybininkams integruoti paslaugas padeda asmeninės pažintys, ryšiai: „Jeigu ne asmeniniai kontaktai, procesas būtų daug sudėtingesnis“. Tai parodo, kad integracija kartais priklauso nuo žmonių, o ne nuo sistemos.

Atvejo vadybos procese vykstantys komandiniai susitikimai. Šioje subkategorijoje išryškėja, kad integracija vyksta tik per komandą. D11 sako: „Organizuoju atvejo komandos posėdžius, kad visi specialistai susitartų dėl veiksmų“. Tai rodo, kad susitikimai reikalingi susitarimui, asmens situacijos analizei, pasiskirstyti atsakomybėmis ir yra ne tik formalaus pobūdžio. D12 pabrėžia funkciją: „Atvejo komandos susitikimai padeda pasiskirstyti atsakomybes“. Vadinasi, integracija apima ir atsakomybės pasidalijimą. D11 teigia: „Kai visi susitaria, žmogui tampa aiškiau ir sumažėja blaškymosi“. Tai suteikia daugiau aiškumo paslaugų gavėjui.

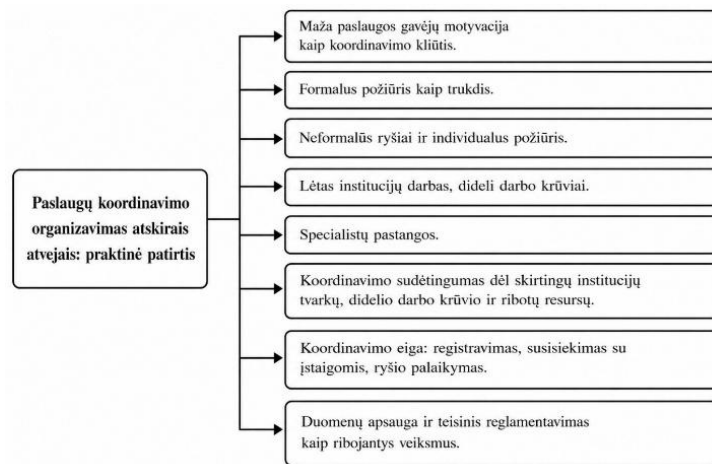
Paslaugų pritaikymas pagal individualius poreikius. Integracija suprantama kaip tinkamas parinkimas, pritaikymas, o ne kaip „universalus sprendimas“. D7 sako: „Paslaugos turi būti orientuotos į žmogaus poreikius“. Vadinasi, integracija yra pirmiausia individualus derinimas. D11 pabrėži: „Svarbu, kad pagalba realiai pasiektų žmogų“. Tai reiškia, kad neužtenka vien tik skirti paslaugą ar nukreipti gauti reikalingą pagalbą ar paslaugas. D8 aiškiai įspėja: „Negalima taikyti vienodų sprendimų visiems“. Šita citata parodo, kad sprendimai, taikomi paslaugų gavėjams, turi būti individualizuoti.

Paslaugų organizavimo praktika. Ši subkategorija parodo, kiek integracijoje yra netiesioginio atvejo vadybininko darbo, kuris yra organizacinis, palaikomasis. D8 sako: „Tenka derinti transportą, laikus, dokumentus“. Tai kasdieniai dalykai, bet be jų paslauga neįvyksta. D9 aprašo veiksmų seką: „Išsiaiškinu, kokios paslaugos reikalingos ir jas suderinu“. Vadinasi, integracija prasideda nuo poreikio išsiaiškinimo ir baigiasi suderinimu. D11 parodo, kad procesas nėra vienkartinis: „Kartais reikia kelis kartus sugrįžti prie to paties klausimo“. Tai reiškia, kad integracija yra ir pakartojimas, grįžimas, procesų atstatymas. D11 užbaigia aiškiai: „Reikia aktyviai koordinuoti visą procesą“. Taigi integracija reikalauja atvejo vadybininko (ės) aktyvaus įsitraukimo.

Sistemų nesusietumo problema. Čia atskleidžiama, kodėl atvejo vadyba yra svarbi integruojant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas bei yra itin reikalinga. D11 sako: „Institucijos dažnai dirba atskirai, todėl žmogus lieka tarp sistemų“. Tai yra pagrindinė problema – žmogus atsiduria „tarp“ skirtingų įstaigų, paslaugų, jam būna sunku susiorientuoti. D7 šią situaciją apibūdina kaip fragmentišką bendradarbiavimą: „Bendradarbiavimas yra fragmentuotas.“ Vadinasi, trūksta vientisumo. D9 prideda dar vieną pasekmę: „Paslaugos kartais dubliuojamos, nes nėra bendros sistemos“. Tai rodo neefektyvumą, sistemos painumą, nes ne visada yra aiški komunikacija, informacijos mainai tarp skirtingų pagalbos ir paslaugų teikėjų.

Paslaugų prieinamumo asmeniui užtikrinimas. Šioje subkategorijoje integracija suprantama kaip realus paslaugų pasiekiamumas ir prieinamumas reikiamu laiku. D7 sako: „Svarbu užtikrinti, kad paslaugos būtų suteiktos laiku ir nuosekliai.“ Čia du kriterijai – laikas ir nuoseklumas. D11 pabrėžia, kad neužtenka formalumo: „Reikia ne tik paskirti paslaugą, bet ir užtikrinti jos prieinamumą. D10 apibendrina atvejo vadybos darbo dalį: „Didelė darbo dalis yra padėti žmogui pasiekti paslaugas.“ Vadinasi, integracija praktiškai dažnai ir yra pasiekiamumo bei prieinamumo užtikrinimas. Remiantis šiais atsakymais galima integraciją prilyginti rezultatui – jei rezultatas yra, vadinasi, paslaugų integracija pavyko. Rezultatas – prieinamos ir poreikius atitinkančios paslaugos asmeniui.

Toliau siekta išsiaiškinti praktinę paslaugų koordinavimo bei organizavimo patirtį. Tai padeda atskleisti, kaip atvejo vadybininkams sekasi integruoti socialines ir sveikatos priežiūros. Informantų atsakymai suskirstyti į kategorijas ir subkategorijas (žr. 7 priedo 4 lentelę).



4 pav. Paslaugų koordinavimo organizavimas atskirais atvejais: praktinė patirtis

Kategorija „Koordinavimas konkrečiais atvejais“ turi 8 subkategorijas (žr. 4 pav.).

Koordinavimas konkrečiais atvejais gali būti aprašomas *Kaip praktinis darbas nedelsiant*, kai viskas priklauso nuo to, kaip realiai susiderina specialistai, aplinka, institucijos ir pats asmuo. Tarpsektorinis bendradarbiavimas savivaldybėje stiprina koordinavimą, kai specialistai dalijasi informacija ir mato bendrą tikslą. Kaip nurodo D6, „kai specialistai dalijasi informacija ir mato bendrą tikslą, tada žmogui pagalba būna daug stipresnė“, o kai visi prisimena, kad „centre yra žmogus“, lengviau įveikti skirtumus. D10 akcentuoja: „Mes neformaliai visą laiką susitinkam, pasitariam, informuojam vieni kitus, ką toliau darysim“, ir taip sprendimai yra priimami greičiau. Tačiau pastebima, kad specialistų pastangas ir galimybes suteikti reikalingą pagalbą bei paslaugas gali riboti pbesikeičianti asmenų motyvacija.

Subkategorija *Maža paslaugos gavėjų motyvacija kaip koordinavimo kliūtis* dažnai nutraukia procesą: D11 pastebi, kad „Būna, kad žmogus po vieno nesėkmingo vizito nebenori grįžti“, o jei žmogus po pirmo žingsnio jaučiasi paliktas, nesaugus, „tęstinumas labai greitai nutrūksta“. Panašią problemą įvardija D16: „Žmogus neprisilaiko vizitų“. Prie to prisideda ir neaiškumas, skirtingos tvarkos ir administravimo tvarkos bei dokumentai, kai koordinavimas stringa dėl komunikacijos stokos ir skirtingo institucijų požiūrio į asmenį. D11 sako, kad sunkumai kyla, kai „trūksta komunikacijos“ arba kai institucija mato tik „savo dalį“. D7 pabrėžia, kad informacija neperduodama laiku, nes institucijos turi „skirtingas tvarkas ir prioritetus“. D9 tai apibendrina kaip „didelė administracinė našta“.

Iš daugelio informantų atsakymų išryškėja *Formalus požiūris kaip trukdis*. Paslaugų koordinavimas atsižvelgiant į individualius asmens gebėjimus. Formalus požiūris išryškėja tada, kai žmogui paslauga ar pagalba suteikiama neatsižvelgiant į jo situaciją, gebėjimus, o tiesiog standartiškai. D6 tai nusako labai aiškiai: „Kai žmogui pačiam labai sunku suprasti, kas vyksta, kas už ką atsakingas, kokie bus kiti žingsniai, tai mano darbas yra tą procesą padaryti aiškesnį“. Čia

matosi, kad be atskiros dėmesio žmogus negeba arba negali sklandžiai dalyvauti procesuose. D11 pabrėžia: „Žmogui labai dažnai tie visi procesai atrodo kaip viena didelė painiava“. Tai reiškia, kad formalūs žingsniai be individualaus asmens situacijos įvertinimo bei pritaikymo nėra efektyvūs. Koordinavimas priklausančias nuo specialistų pasiekiamumo ir greito susiderinimo. Per didelis formalumas trukdo, kai žmogui pagalbos reikia greitai. D11 toliau pasakoja „Labiausiai padeda tada, kai specialistai yra pasiekiami ir nusiteikę bendradarbiauti <...> kai gali tiesiog paskambinti, pasitarti, greitai suderinti veiksmus“. Čia matosi, kad greitas reagavimas kartais svarbesnis už oficialias procedūras. Kartais formalus požiūris kyla iš pačių specialistų požiūrio į asmenį. D6 teigia: „Vis dar pasitaiko stereotipinių nuostatų apie žmones su negalia, ir tai riboja jų galimybes“. D8 kalba apie intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčių žmonių išankstinį nuvertinimą: „Yra toks požiūris: „negali“, „nesugebės“, „turėsime problemų“. D6 reigia, kad kartais bendradarbiavimas būna formalus ir nesistengiama atsižvelgti į situaciją, pasak jo, „sprendimai dažnai formalūs“. Tada tęstinumas tampa tiesiog procedūra, o ne reali pagalba.

Svarbūs *Neformalus ryšiai ir individualus požiūris*. Formalios sistemos neužtenka siekiant suteikti paslaugas intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turintiems asmenims. D10 sako: „Kadangi mes vieni kitus pažįstame, tas bendradarbiavimas pas mus labai gerai vyksta“. Tai rodo, kad asmeniniai ryšiai pagreitina sprendimus. D12 įvardija ir kitą pusę: „Jeigu ne asmeniniai ryšiai, būtų apsunkinta“. Kompleksinis individualus pagalbos planas kaip koordinavimo pagrindas. Formalumas mažėja tada, kai yra aiškus planas. D15 aprašo, kad koordinavimas vyksta rengiant kompleksinį individualų pagalbos planą, kuriame numatomos reikalingos paslaugos ir atsakingi specialistai, palaikomas ryšys su paslaugų ir pagalbos teikėjais, stebima eiga, asmens situacija ir prireikus inicijuojami pokyčiai. D17 parodo, kad planas turi atitikti asmens savarankiškumo lygį: jeigu žmogus geba pats registruotis ir vartoti vaistus, tada tik motyvacija, užtikrinant tęstinumą, o jeigu jis to nedaro, įsitraukia atvejo vadybininkas“. Tai reiškia, kad koordinavimas negali būti vienodas visiems.

Praktikoje paslaugų integracijos organizavimą apsunkina *Lėtas institucijų darbas, dideli darbo krūviai*. Operatyvus informacijos apsikeitimas tarp specialistų išryškėja kaip sėkmingo koordinavimo sąlyga. Formalus procesas stringa, kai informacija juda lėtai arba jos trūksta. D15 pasako, kad „koordinavimą stiprina efektyvus bendradarbiavimas su socialinių paslaugų įstaigomis ir sveikatos priežiūros specialistais, specialistų įsitraukimas bei operatyvus informacijos apsikeitimas“. D17 prideda, kad „padeda gydytojų ir kitų specialistų neformalus požiūris, empatija ir noras bendradarbiauti, siekiant kartu pasiekti pozityvių pokyčių sveikatos priežiūros ar socialinių paslaugų srityje“.

Koordinavimo sudėtingumas dėl skirtingų institucijų tvarkų, didelio darbo krūvio ir ribotų resursų. Institucijų bei taisyklių skirtumai, riboti žmogiškieji ištekliai, ribotas laikas lemia koordinavimo sunkumus. D15 sako, kad „koordinavimą apsunkina informacijos trūkumas, skirtingos

institucijų veiklos tvarkos, didelis darbo krūvis ir riboti resursai”. D17 papildo: „koordinavimą gali apsunkinti kliento baimės, net socialinis nerimas”.

Koordinavimo eiga: registravimas, susisiektis su įstaigomis, ryšio palaikymas. Formalus požiūris į paslaugų gavėją yra kliūtis suteikti jam kokybiškas paslaugas. D2 parodo, kad koordinavimas yra aktyvūs veiksmai: „Stengiuosi susisiekti, užregistruoti žmogų gydytojų konsultacijai, susisiekiu su socialinėm įstaigom jeigu reikia“. D3 parodo, kad tai prasideda nuo situacijos įvertinimo ir plano: „įvertiname situaciją, susidarome planą ir bendraujame su specialistais“.

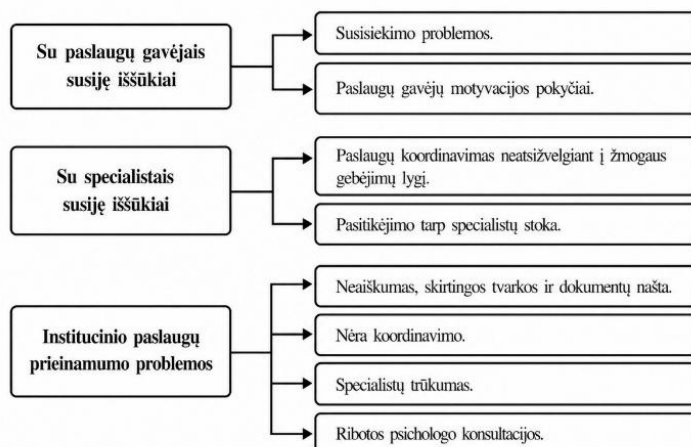
Duomenų apsauga ir teisinis reglamentavimas kaip ribojantys veiksmus. Čia formalus požiūris tiesiogiai apriboja prieigą prie reikiamos informacijos. D3 sako, kad „sunkiau rasti priėjimą prie informacijos dėl duomenų apsaugos, sprendžiami klausimai su antstoliais, notariais, bankais, komunalinių paslaugų įmonėmis, ir teisinis reglamentavimas apsunkina procesą“. D3 toliau aiškina, kad dėl duomenų apsaugos sunkiau pasiekti informaciją, o teisinis reglamentavimas apsunkina procesą, ypač sprendžiant klausimus su antstoliais, notariais, bankais ar komunalinių paslaugų įmonėmis. Tai rodo, kad koordinavimas apima daug sričių, ne tik socialines paslaugas. Tai parodo, kartais reikia ieškoti sprendimo žmogaus labui ir turi vykti tam tikros derybos. D4 pabrėžia, kad teisinis reglamentavimas keičiasi ir tenka staigiai persiorientuoti, o administracinis krūvis (siuntimai, sprendimai, sutartys) gali nustelbti žmogų ir net sustabdyti realų rezultatą. D8 teigia „Kartais duomenų apsauga naudojama kaip pasiteisinimas“. Tai reiškia, kad duomenų apsauga kartais tampa ne tik reglamentuota tvarka, bet ir priežastimi nesidalinti informacija. D20 nurodo, kad atvejo vadybininkas ne visada pripažįstamas kaip pilnavertė komandos dalis, todėl informacija gali būti neprieinama.

Specialistų pastangos. D4 nurodo, kad specialistai dalijasi informacija, draugiškai priima, patys pasiūlo, kur gali padėti, ir pasidalijama atsakomybėmis. D4 taip pat mini, kad susitariama, ar važiuoti kartu, ar po vieną, ir niekas nesiteisina, kad „darbas riboja“.

Formalus požiūris kaip trukdis. Labai aiškiai matosi, kaip formalus požiūris riboja koordinavimo sėkmę. D5 sako: „Kartais koordinavimas atrodo kaip nuolatinis priminimas kitiems, kad tas žmogus apskritai egzistuoja ir jo klausimas dar neišspręstas“. D5 įvardija, kas labiausiai stabdo: abejingumas, delsimas, neaiškios atsakomybės ribos ir pasakymas „čia ne mūsų klausimas“.

Taip pat išanalizuoti iššūkiai, su kuriais susiduriama. Iššūkiai, su kuriais susiduriama siekiant užtikrinti paslaugų tęstinumą“. Atlikto interviu analizė atskleidė ypač daug iššūkių, kurie patiriami atvejo vadybos praktikoje siekiant užtikrinti paslaugų tęstinumą, ir tai leidžia identifikuoti problemas, kurios susijusios ne tiek su paslaugų gavimu, kiek su jų tęstinumo ir nuoseklumo užtikrinimu asmeniui. Užtikrinant paslaugų tęstinumą atsiranda pagrindinės paslaugų integravimo „spragos“. Jos

išryškėja keturiose iš interviu duomenų išskirtose kategorijose (su subkategorijomis) (žr. 9 priedo 6 lentelę).



5 pav. Iššūkiai, su kuriais susiduriama siekiant užtikrinti paslaugų tęstinumą

Kaip parodo interviu duomenų analizė, tai iššūkiai susiję tiek su praktiniais, tiek su sisteminiais, teisiniais ar žmogiškais veiksniais. Pirmiausiai reikia aptarti iššūkius, kurie iškyla asmeniui naudojantis paslaugomis kasdienybėje (žr. 5 pav.). Jie atskleidžiami kategorijoje „Su paslaugos gavėjais susiję iššūkiai“. Pirmasis iššūkis *Susisiekimo problemos*. Sunkumai pasinaudojant pervežimo paslaugomis riboja ne tik asmenų mobilumą, bet ir galimybę gauti socialines paslaugas. Tai aktualu atokesnėse vietovėse gyvenantiems asmenims. D1 teigia: „Yra daug žmonių, kurie norėtų dalyvauti socialinėse dirbtuvėse ar gauti kitas paslaugas, tačiau neturi galimybių atvažiuoti, nes gyvena atokesniuose kaimeliuose“. Pastarasis informantas teigia, kad tai „viena didžiausių problemų“ užtikrinant paslaugų tęstinumą, nes „transportas važiuoja labai retai, todėl net jei žmogus nori gauti paslaugas, jam tai tampa labai sudėtinga. Transporto neturėjimas lemia ribotas galimybes atvykti, kur reikia. D19: „Asmenys dažnai neturi transporto ir negali naudotis viešuoju transportu“.

Paslaugų gavėjų motyvacijos pokyčiai. Interviu atskleidžia, kad patys asmenys nebenori tęsti paslaugų. D11: „Būna, kad žmogus po vieno nesėkmingo vizito nebenori grįžti“. D16 trumpai įvardija tą patį paslaugų tęstinumui užtikrinti trukdantį asmenų elgesio aspektą: „žmogus neprisilaiko vizitų“.

Kategorija „Su specialistais susiję iššūkiai“ parodo, kad kartais būdingas paslaugų koordinavimas neatsižvelgiant į individualią asmens situaciją ir gebėjimus. *Paslaugų koordinavimas neatsižvelgiant į žmogaus gebėjimų lygį*. D6 pabrėžia, kad kai žmogui sunku suprasti, kas vyksta ir kokie bus kiti žingsniai, atvejo vadybininko darbas – procesą asmeniui paaiškinti, suteikti informaciją jam priimtiniu būdu. Tai reiškia, kad tęstinumas priklauso nuo to, kaip asmuo dalyvaus procese, kaip bus su juo dirbama. D11 pasako, kaip tai atrodo žmogaus akimis: procesai dažnai atrodo kaip „viena didelė painiava“, todėl be aiškaus išskaidymo žmogus lengvai pasimeta. *Pasitikėjimo tarp specialistų*

stoka. D6 akcentuoja: „Trūksta pasitikėjimo, dėl to kyla sunkumų, nes gydymo įstaigos nesuteikia pakankamai informacijos dėl duomenų apsaugos“.

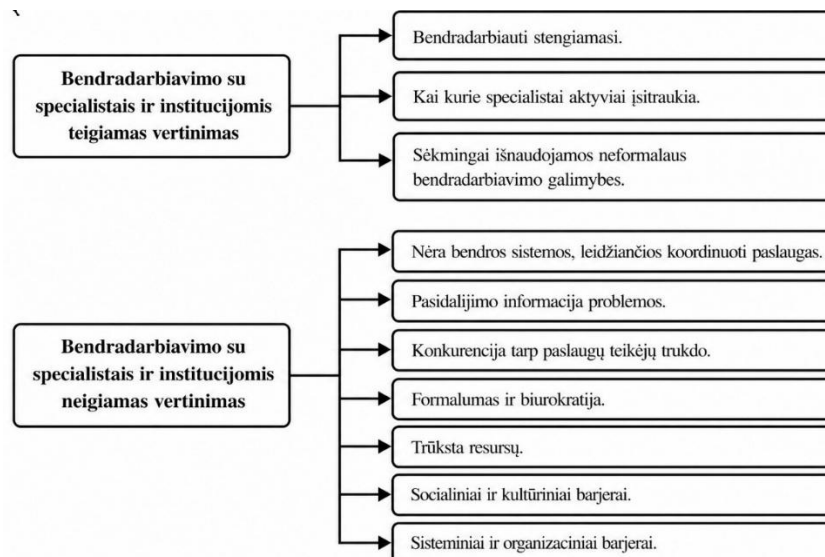
Kategorija „Institucinio paslaugų prieinamumo problemos“. Labai svarbi iššūkių sritis – sisteminiai, su nepakankamu institucijų funkcionalumu susiję iššūkiai. *Neaiškumas, skirtingos tvarkos ir administracinė našta* yra viena didžiausių kliūčių užtikrinant paslaugų tęstinumą. D6, pavyzdžiui, teigia, kad trūksta pasitikėjimo ir kyla sunkumų, nes gydymo įstaigos „nesuteikia pakankamai informacijos dėl duomenų apsaugos“. Tai reiškia, kad informacija ne visada sklandžiai keičiamasi.. D11 pabrėžia, kad sunkumų kyla, kai „trūksta komunikacijos“ arba kai kiekviena institucija mato tik „savo dalį“. D7 papildo, kad informacija ne visada perduodama laiku, nes institucijos turi „skirtingas tvarkas ir prioritetus“. D9 apibendrina: „didelė administracinė našta“ tampa atskira kliūtimi tęstinumui. Paslaugų dubliavimas irgi susijęs su sisteminiais veiksniais. D6 pabrėžia, kad paslaugos turi būti suderintos taip, kad „nesidubliuotų“ ir atitiktų žmogaus poreikius. Tai reiškia, kad dubliavimas ne tik švaisto resursus, bet ir vargina žmogų. D9 tolesniame teiginyje įvardija priežastį: „nėra bendros sistemos“ koordinavimui, todėl paslaugos būna „perteklinės arba dubliuojamos“. D9 trumpai patvirtina rezultatą: „paslaugos dubliuojasi“. Prie šios subkategorijos priskirti informantų atsakymai parodo, kad paslaugos ne visada atitinka konkretaus žmogaus poreikis – nors gali būti ir plačios aprėpties, ne visada naudingos.

Ribotos psichologo konsultacijos. D1 pateikia labai konkretų ribotumą: „psichologas pas mus atvažiuoja tik vieną kartą per mėnesį <...> labai sunku užtikrinti nuoseklų darbą su klientu“. Tai reiškia, kad pagalba fragmentuojasi, nors ją reikia teikti nuosekliai, reguliariai. D6 papildo, kad „konsultacijų skaičius yra ribotas“, todėl „tenka ilgai laukti arba ieškoti alternatyvų“ – ir tai tiesiogiai mažina tęstinumą.

Specialistų trūkumas. D2 pastebi, kad „ilgas laukimo laikas pas specialistus yra didelė problema“. Net kai žmogus nori pagalbos, eilės tampa stabdžiu. D2 paaiškina, kad „yra eilės, kurios apsunkina patekimą“, o kai reikia apsilankyti pas psichiatrą, „talonų yra mažai“ ir tenka laukti „kelias savaites ar net mėnesį“. D6 apibendrina, kad „specialistų trūkumas apsunkina paslaugų prieinamumą ir tęstinumą“.

Nėra koordinavimo. Pastebima problema, kad specialistai dirba fragmentuojai, paslaugos „dubliuojasi“ : „Nėra bendros sistemos, kaip tas paslaugas sukoordinuoti todėl dažnai jos yra perteklinės arba dubliuojamos“ (D9). D5 pabrėžia: „Sistema fragmentuota“.

Bendradarbiavimo su kitais specialistais ir institucijomis (sveikatos priežiūros, socialinių paslaugų, kitais sektoriais) vertinimo analizė leido išskirti teigiamą ir neigiamą bendradarbiavimo vertinimą atspindinčias kategorijas, kurios susistemintos ir pateiktos 10 priedo 7 lentelėje.



6 pav. Bendradarbiavimo su kitais specialistais ir institucijomis (sveikatos priežiūros, socialinių paslaugų, kitais sektoriais) vertinimas

Kategorija „Bendradarbiavimo su specialistais ir institucijomis teigiamas vertinimas“ ir prie jos priskirtos subkategorijos su tyrimo duomenimis parodo, kad teigiamai vertinamas specialistų įsitraukimas, pastangos (žr. 6 pav.). *Bendradarbiauti stengiamasi.* Šioje subkategorijoje išryškėja atsakymai, kuriais teigiama, kad bendradarbiavimas vyksta, nors ne visur vienodai. Minima, kad atskiros įstaigos, jų specialistai stengiasi bendradarbiauti. D9 akcentuoja, kad kartais bendradarbiauti su atvejo vadybininku kitose įstaigose dirbantys specialistai stengiasi: „Su vienomis sveikatos įstaigomis pavyksta bendradarbiauti“ ir kartu pabrėžia, kad „Tikrai negaliu sakyti, kad viskas yra blogai.“ D10 akcentuoja komandiškumą, bendras pastangas: „Mes visi kartu dirbam dėl tų žmonių“ ir tiesiu vertinimu „Bendradarbiavimas vyksta labai gerai“. D3 pabrėžia, kad informacija nevėluoja: „Atsakymus visada gauni laiku“. D4 pateikia labai konkretų sveikatos sektoriaus pavyzdį, rodantį įtrauktį ir atvirumą: „Psichiatrai mielai priima mane kartu su klientu“. Tai parodo, kad kai gydytojai priima atvejo vadybininką kaip partnerį, bendradarbiavimas tampa labiau sklandus ir asmeniui saugesnis.

Kai kurie specialistai aktyviai įsitraukia. Prie šios subkategorijos priskirtuose atsakymuose s akcentuojama, kad bendradarbiavimo kokybė labai priklauso nuo konkretaus žmogaus, o ne vien nuo institucijos pavadinimo ar formalios tvarkos. D9 tai tiesiogiai įvardija sakydamas „Labai priklauso nuo dirbančio žmogaus“. D5 tą patį akcentuoja sveikatos ir socialinio sektoriaus specialistų žmogiškasias savybes: „Jei randi supratingą gydytoją ar socialinį darbuotoją, viskas juda“. Vadinasi, teigiamas vertinimas atsiranda tada, kai specialistai įsitraukia aktyviai, reaguoja, priima ir padeda judėti į priekį, o ne apsiriboja formaliu savo funkcijų atlikimu.

Sėkmingai išnaudojamos neformalaus bendradarbiavimo galimybės. Prie šios subkategorijos priskirti atsakymai parodo, subkategorija rodo, kad koordinavimas dažnai vyksta specialistams greitai

kasdien kontaktuojant, komunikuojant. D10 pabrėžia, kad „Nuolatinis bendravimas tarp specialistų padeda spręsti situacijas“. Tai reiškia, kad neformalaus bendradarbiavimo tęstinumas užtikrinamas specialistams reguliariai palaikan tarpusavio ryšį, keičiantis informacija. Panašią mintį išako D4, akcentuodamas, kad specialistai kartu pasitaria, bendrauja: „Susėdame ir aptariame, kur galime bendradarbiauti“. D3 išryškina neformalaus kontakto paprastumą: „Galima pasiskambinti, pasitarti, aptarti situaciją“. D8 papildo, kad veiksmai derinami „telefonu ir tiesiogiai“, vadinasi, naudojami greiti kanalai, kurie leidžia nelaukti formalių procedūrų. D4 minima bendradarbiavimo praktika „kelių organizacijų susibėgimai pasitarti“. Ši įvardijama praktika rodo, kad neformalus bendradarbiavimas vyksta ir tarp skirtingų įstaigų, kai reikia susiderinti veiksmus tarp sektorių ir skirtingų specialistų. D19 apibendrina subkategorijos esmę: „Neformalus bendravimas padeda spręsti problemas“. Taigi neformalūs ryšiai vertinami kaip praktiškas, veiksmingas būdas vykdyti koordinavimą.

Kategorija „Bendradarbiavimo su specialistais ir institucijomis neigiamas vertinimas“ vertinant pagal jai priskirtų subkategorijų ir atsakymų skaičių yra gerokai platesnė negu atskleidžianti teigiamą bendradarbiavimo vertinimą. Tai ženklina stiprų neigiamą bendradarbiavimo vertinimą, kuris labiau dominuojantis negu teigiamas. *Nėra bendros sistemos, leidžiančios koordinuoti paslaugas*. D9 sako: „Nėra bendros sistemos, kaip koordinuoti paslaugas“. (D9) Tai reiškia, kad koordinavimas neturi vieno aiškaus mechanizmo. D11 pažymi: „Trūksta komunikacijos tarp institucijų“. Tai rodo, kad net ir norint bendradarbiauti, ryšys tarp institucijų ne visada veikia. Tai apibendrina, kad sistema veikia dalimis, o ne kaip vienas procesas. *Pasidalijimo informacija problemos*. D10 nurodo: „Informacija ne visada pasiekia visus specialistus“. Tai reiškia, kad sprendimai vėluoja, pateikiama nepilna ar neaiški informacija. D3 sako: „Tik asmeniniai ryšiai padeda gauti informaciją“.

Konkurencija tarp paslaugų teikėjų trukdo. D12 sako: „Yra konkurencingumo jausmas tarp įstaigų.“ Tai rodo, kad konkurencijos ar fragmentacijos fone paslaugos gali būti nepakankamai pritaikytos žmogui. D4 pažymi: „Jos pasiima klientą ir įsivaizduoja, kad padaro tavo darbą“. (D4) Atsiskleidžia situaciją, kai vietoje pasidalijimo atsakomybėmis atsiranda konkurencija, noras dominuoti, ir koordinavimas silpnėja.

Formalumas ir biurokratija. Bendradarbiavimas gali vykti tik formaliai, o ne siekiant patenkinti realų poreikį. Teisės reikalavimai sulėtina veiksmus ir apsunkina susitarimus, o tai parodo D3 atsakymas, kuriuo teigiama, kad įstatymai, reglamentavimas, tvarkos gali riboti, apsunkinti – teisinis reguliavimas informantų vertinamas kaip perteklinis. D6 sako: „Paslaugos nėra teikiamos lanksčiai“. Todėl žmogaus situacijai pritaikyti sprendimus sunku dėl sistemos nelankstumo. *Trūksta resursų*. D15 sako: „Riboti resursai“. Net ir norint bendradarbiauti, trūksta specialistų, laiko ar paslaugų apimtį, todėl procesai užsitiesia.

Socialiniai ir kultūriniai barjerai užkerta kelią sėkmingam bendradarbiavimui. Bendradarbiavimą ir žmogaus galimybes riboja ne tik institucijos, bet ir aplinkos nuostatos. D17 nurodo: „Neigiamas visuomenės požiūris“. D19 kalba apie visuomenės pasipriešinimą, spaudimą siekiant geresnės šios grupės paslaugų gavėjų integracijos. D17 nurodo, kad dėl socialinių ir kultūrinių barjerų paslaugų gavėjai jaučiasi „neverti“ gauti paslaugas.

Toliau siekta atskleisti atvejo vadybininko vaidmenis integruotoje paslaugų teikimo sistemoje (žr. 11 priedo 8 lentelę). Informantų atsakymai sugrupuoti ir suskirstyti kategorijoje „Atvejo vadybininko vaidmuo“, kuri turi 6 subkategorijas. Pirmoji subkategorija *Nuoseklus vedimas per visą procesą ir žmogaus interesų atstovavimas skirtingose sistemose* atskleidžia, kad atvejo vadybininko vaidmuo yra nuoseklus asmens vedimas nuo proceso pradžios iki pabaigos, kol jo poreikiai patenkinami, taip jis gauna visas reikiamas paslaugas ir pagalbą. D2 teigia: „Padedu žmogui gauti visas reikalingas paslaugas, pradedant nuo poreikių išsiaiškinimo iki realaus paslaugų gavimo“. Čia pabrėžiamas ir palydėjimas, ir tarpininkavimas, siekiant, kad žmogus geriau suprastų, orientuotųsi. D17 nurodo: „Atvejo vadybininkas pirmiausia yra advokatas klientui visose jo gyvenimo srityse ir atstovauja jo poreikiams“. Vadinasi, atstovavimas suprantamas kaip žmogaus interesų gynimas plačiąją prasme, ne vien vienoje institucijoje, o ir visuomenėje, bendruomenėje, šeimoje. D18 vaizdžiai apibūdina savo vaidmenį: „Aš savo vaidmenį matau kaip tiltą tarp sveikatos priežiūros specialistų ir socialinių darbuotojų“. D7 atvejo vadybininką apibūdina kaip visa ko koordinavimo centrą: „Atvejo vadybininkas yra tarsi koordinavimo centras, kuris apjungia visas pagalbos grandis“ (D7). Tai apibendrina jo vaidmenį kaip centrinį, susiejantį visa procesą, apjungiantį jį, sprendžiant problemas koordinuotai.

Informavimas ir orientavimas sistemoje: nukreipimas, veiksmų paaiškinimas suprantama kalba. D5 sako: „Padedu žmogui susigaudyti, kur jam kreiptis, ką sakyti ir kaip tvarkyti savo reikalus“. (D5) Tai rodo, kad orientavimas prasideda nuo labai konkrečių klausimų: padedant klientui suprasti, kur eiti, ką sakyti, ką daryti. D7: „Mano vaidmuo yra paaiškinti informaciją taip, kad žmogus ją suprastų ir galėtų ja pasinaudoti“.

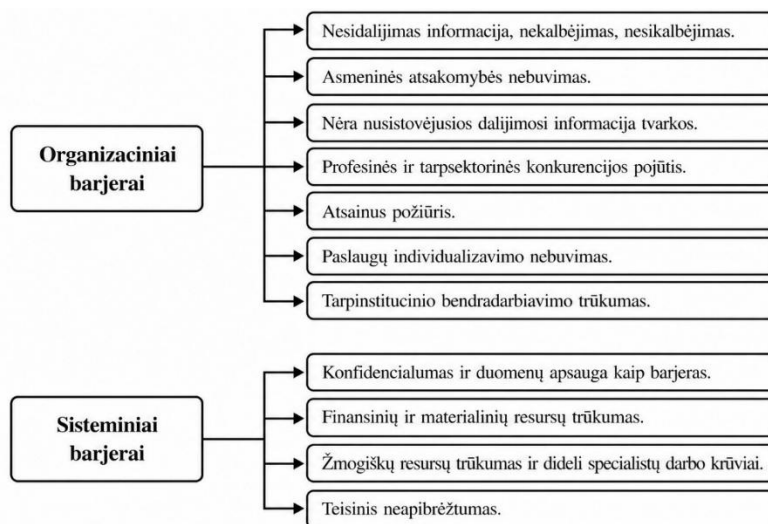
Motyvacijos stiprinimas ir padrąšinimas priimti pagalbą bei išlikti procese. D6 nurodo: „Svarbi mano darbo dalis yra motyvuoti žmogų kreiptis pagalbos ir priimti siūlomas paslaugas“. Tai atskleidžia motyvuojantį atvejo vadybininko vaidmenį visame pagalbos teikimo procese. Akcentuojamas motyvavimo tęstinumas – motyvavimas yra nuolatinis procesas. D7: „Motyvuoti žmogų yra labai svarbu, nes be to procesas dažnai sustoja“. D14 pabrėžia, kad reikia padrąsinti kreiptis pagalbos, paskatinti jo pasitikėjimą specialistu: „Kartais reikia padrąsinti žmogų, kad jis nebijotų kreiptis ir pasitikėtų pagalba“. Asmens „motyvacijos palaikymas“ susiejamas su buvimu kartu, tikslų priminimu ir aiškiu (galimų) teigiamų pokyčių įvardijimu.

Informacijos perdavimas ir paaiškinimas asmeniui priimtinu būdu ir suprantama kalba. D4 sako: „Jeigu jis neatsiliepia, tai aš atsiliėpsiu ir perduosiu informaciją“ (D4). Tai parodo tarpininkavimą komunikuojant, perteikiant informaciją. Atvejo vadybininkas iš informantų atsakymų atsiskleidžia ir kaip specialistas, kuris paprastai paaiškina informaciją, padeda ją suprasti. D16: „Mano vaidmuo man atrodo labai svarbus tada, kai žmogus pats dar nepajėgia visko susidėlioti. Kai jis pasimetęs, bijo, nesupranta sistemos, tada atvejo vadybininkas būna tas tarpinis žmogus, kuris padeda viską sujungti į vieną vietą“.

Stebėseną ir greitą reagavimą keičiantis asmens situacijai / krizinėse situacijose. D12 sako: „Gal tiesiog būtų ypač svarbus kai yra pablogėjimas, kai aš pamatau pas save, aš stengiuosi juos, na, kažkaip telefonu ar kiek stengiuosi juos pamatyti, mes sutariame konkrečią dieną, kad ateina, tada matau pagal aprangą, pagal kalbėseną, kartais moterys pagal pasidažymą, kokia yra, savijautos būklė“. Ši citata rodo, kad stebėseną remiasi realiais požymiais ir nuolatiniu kontaktu. D12 tęsia: „Ir klausiu, ar gerai vaistų? Ai, neišsirašiau. Tai kodėl? Ar eilė yra? Na, tada bandai ieškoti ir skambinti“. Tai parodo greitą reagavimą, kai atsiranda rizikos ženklai ar gydymo nesilaikymas. D15 sako: „Taip pat atvejo vadybininko vaidmuo tampa itin svarbus krizinių situacijų metu, kai pablogėja asmens psichikos sveikatos būklė, atsiranda socialinių problemų, kyla rizika prarasti gyvenamąją vietą ar kitas reikalingas paslaugas. Tokiais atvejais svarbu greitai reaguoti, organizuoti specialistų bendradarbiavimą ir užtikrinti, kad asmeniui būtų suteikta reikalinga pagalba laiku“ (D15). Taigi labai svarbus specialistų gebėjimas sureaguoti greitai, kai klientas atsiduria krizėje. Tik greitas, operatyvus reagavimas gali padėti užkirsti kelią blogoms pasekmėms. Svarbiausia – greita reakcija, specialistų sutelkimas, pagalba laiku. D19 sako: „Nuolatinis bendravimas su klientu ir jo stebėjimas, kad jis gautų ne tik būtinas, bet ir prevencines sveikatos priežiūros paslaugas. Informuojame apie galimas paslaugas, kad užkirsti kelią ligos paūmėjimui“ (D19). Vadinasi, stebėseną suprantama ir kaip prevencija, kad būtų išvengta pablogėjimų.

Administracinė stebėseną ir teisių užtikrinimas (išmokos, poreikiai, dokumentai). Informantų atsakymai parodo, kad atvejo vadybininkas stebi, kaip instituciniu lygmeniu įgyvendinamos paslaugos gavėjų teisės, ir esant poreikiui tikrina, ar asmenį pasiekia jam priklausančios išmokos, lengvatos, parama. D13 teigia: „Dar labai svarbu, sąrašą žmonių kurį turiu, vis laikas nuo laiko patikrinu sistemoje, nes turiu didesnę priėjimą nei socialiniai darbuotojai ir žiūriu ar priklauso visos išmokos, ar gauna tai kas jiems priklauso“. Kartais problema yra ne tai, kad žmogui nepriklauso išmokos, o tai, kad žmogus nesikreipė ir dėl to praranda finansinės paramos galimybę. D16 sako: „Pavyzdžiui, žmogui reikia ir gydytojų, ir socialinės pagalbos, ir kažkokių sprendimų dėl būsto ar išmokų“ (D16). Taigi atvejo vadybininko administracinė stebėseną padeda užtikrinti, kad žmogus gautų jam priklausančią pagalbą. Ji apima išmokų, dokumentų, poreikių ir kitų svarbių klausimų stebėjimą, kai sveikatos, socialinės pagalbos klausimai sprendžiami kartu kaip vieno atvejo dalys.

Toliau aptarti organizaciniai ir sisteminiai barjerai, kurie sudaro sunkumų taikant atvejo vadybą integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sistemoje intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turintiems asmenims (žr. 12 priedo 9 lentelę). Suskirsčius informantų atsakymus, identifikuotos dvi kategorijos, išryškinančios kasdienės sąveikos (organizacinius) ir struktūros, resursų (sisteminius) barjerus:



7 pav. Pagrindiniai organizaciniai ir sisteminiai barjerai, trukdantys veiksmingai taikyti atvejo vadybą

Išanalizavus atlikto tyrimo metu gautus duomenis, kategorija „Organizaciniai barjerai“ išryškėjo kaip išskirianti įvairius skirtingus barjerus. Prie jos priskirtos 7 subkategorijos (žr. 7 pav.). *Nesidalijimas informacija, nesikalbėjimas.* Tai problema, kuri lėtina sprendimų priėmimą, lemia, kad sprendimai ir pagalba vėluoja. D18 pastebi: „Kai informacija nevaikšto, stringa ir sprendimai“. Kitaip tariant, net jei visi nori padėti, be informacijos sprendimai nepasidaro. D19 papildo, kad kartais procesas lemia vienas asmuo ar specialistas: „Kartais bendradarbiavimas vyksta tik iš atvejo vadybininko iniciatyvos“ (D19). Tai jau rodo ne tik administracines, bet ir gilumines organizacines problemas, jei bendradarbiavimas priklauso tik nuo asmeninių specialistų pastangų.

Asmeninės atsakomybės nebuvimas. Pastebima, kad kai kurie specialistai vengia pareigų, funkcijų, asmeninės atsakomybės. D5 dalijasi: „Žmogus nebūtų mėtomas nuo vienos vietos prie kitos“. Šita parodoma, jog, kai nėra aiškiaus pasidalijimo atsakomybėmis tarp įstaigų, žmogus tampa savotišku „situacijos įkaitu“ – nėra, kas jam padėtų, ir niekas už tai neatsakingas. D4 įvardija problemą, kad asmeninė atsakomybė atsiduria „antrame plane“ po biurokratinių formalumų: „Dažnai būna, kad nebe žmogus pirmoje vietoje, bet visas tas biurokratinis krūvis“ (D4). D6 negaili kritikos įstaigoms, nes, pasak jo, „vengiama atsakomybės“: „Dažnai specialistai vengia atsakomybės arba permeta darbus kitiems“. D7 pabrėžia, kad atvejo vadybininkas turi asmeniškai priminti specialistams jų pareigas, pagrindinius darbus, kuriuos turi padaryti: „Kartais paskirsčius atsakomybes tarp specialistų, tenka kartas nuo karto vis priminti, kas ką turi atlikti“ (D7). Ši citata parodo, jog net tais

atvejais, kai atsakomybės paskirstytos, vis tiek reikia nuolat skatinti veikti, kai kuriuos specialistus formaliais ir neformaliais būdais, nors tai nėra tiesioginė atvejo vadybininko pareiga.

Nėra nusistovėjusios dalijimosi informacija tvarkos. Informantų atsakymai leidžia teigti, kad nesidalijimo informacija, nesikalbėjimo problema yra ne vien specialisto asmeninis sprendimas, bet ir tvarkos nebuvimas. Pastebima, kad nėra nustatytos tvarkos, kurios laikantis turi būti dalijamasi informacija. D2 sako: „Konfidencialumas ir jo nuožmus laikymasis, kad nėra nusistovėjusių tvarkų, kaip turėtų būti keičiamasi informacija, nėra bendradarbiavimo“ (D2). Dalijimasis informacija nėra įtvirtintas kaip normali darbo praktika, jo vengiama. D3 sako: „Manau, kad ir be neformalaus ryšio specialistai turėtų labiau dalintis informacija“ (D3). Čia išryškėja poreikis, kad dalijimasis informacija būtų įprasta darbo praktika.

Profesinės ir tarpsektorinės konkurencijos pojūtis. Kai atsiranda konkurencijos atmosfera, bendradarbiauti sunkiau. Bendradarbiavimas skatina komandiškumą, tuo tarpu konkurencija jį ardo. D4 teigia: „Kai kurios organizacijos vis dar mato mane kaip konkurentą ir mano, kad jos pačios susitvarkys“. Čia atsiranda problema, kad specialistams susidaro įspūdis, jog jų funkcijos dubliuojasi, dėl to ima jas vertinti iš konkuravimo pozicijų. D1: „Jaučiu tokią kaip ir konkurenciją, kadangi psichikos sveikatos centrai dar turi savo vadybininkus, kurie kartais nelabai supranta savo funkciją ir mano, kad aš esu jų konkurentė.“ Konkurencija persmelkta atmosfera mažina norą dalintis informacija ir derinti veiksmus.

Atsainus požiūris. Kai bendradarbiavimas tampa formalus, žmogus nepastebimas. D6 sako: „Pasitaiko atvejų, kai bendradarbiavimas būna formalus, nesistengiama gilintis į asmens situaciją“ (D6). Šita citata svarbi, nes ji rodo, kad kartais problema ne resursuose, o pačiame santykiyje su žmogumi – atliekamos tik procedūros, bet neįsigilinama į konkretaus žmogaus individualią situaciją.

Paslaugų individualizavimo nebuvimas. Išryškėja problema, kad paslaugos teikiamos pagal vieną standartą, lyg jas gaumatys asmenys visi būtų vienodų galimybių, kas išryškina, kad nėra paslaugų individualizavimo. D3 pažymi: „Jis nori būti tarp kitokių, sveikesnių, žmonių, kad pagal asmens gebėjimus ir poreikius būtų ta paslauga pritaikyta“. Tai atskleidžia ir klientų lūkestį, kad paslaugos būtų labiau individualizuotos. D6 įvardija: „Paslaugos nėra teikiamos lanksčiai, neįsigilinama į asmens situaciją“. D7 antrina, kad retai kada paslaugos individualizuojamos – visos teikiamos pagal tą patį „standartą“ nesigilinant į asmeninius paslaugos gavėjo poreikius, galimybes, ribotumus: „Paslaugos retai pritaikomos individualiai“ (D7). Jei paslauga nepritaikyta, žmogui mažai naudinga.

Tarpinstitucinio bendradarbiavimo trūkumas. Čia išryškėja, kad ypač svarbi jungtis tarp sveikatos ir socialinio sektorių. D2 teigia: „Taip pat ir nepakankamas tarpinstitucinis bendradarbiavimas, tarp sveikatos priežiūros specialisto ir socialinio darbuotojo.“ Tarpinstitucinio bendradarbiavimo stoka paslaugų teikimo procesą padaro sudėtingesniu, jį komplikuoja. D6 prideda:

„Nepakankamas tarpinstitucinis bendradarbiavimas apsunkina paslaugų koordinavimą“. D3 pateikia nuomonę, kad bendradarbiavimas remiasi vien specialistų noru padėti, kas parodo sistemos nefunkcionalumą: „Bendradarbiavimas vis dar remiasi tik asmeninių ryšių ir geranoriškumo principu“. (D3) Tai reiškia, kad bendradarbiavimo kokybė priklauso nuo specialistų asmeninių savybių.

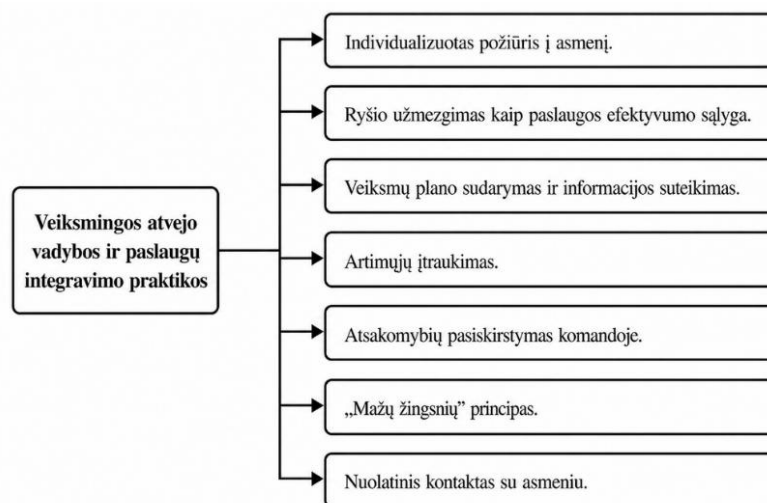
Antroji kategorija „Sisteminiai barjerai“ išryškina su požiūriu, nuostatomis ir sociokultūriniais veiksniais susijusius barjerus. *Konfidencialumas ir duomenų apsauga kaip barjeras*. Duomenų apsaugos reikalavimas gali veikti ne asmens naudai, bet priešingai – jis gali tapti realia kliūtimi pradėti paslaugų teikimo, poreikių identifikavimo procesą. Tai išryškina D20 atsakymas: „Dėl duomenų apsaugos reikia daug papildomo darbo, kad sužinoti situaciją“. (D20) Čia duomenų apsauga patiriama kaip realus trukdis: norint suprasti kliento situaciją, atsiranda papildomi žingsniai, kurie lėtina koordinavimą. D19 papildo: „Kartais dėl duomenų apsaugos telefonu informacija apskritai neteikiama“. (D19) Tokiu atveju net paprasti, greitai išsprendžiami klausimai tampa sudėtingi, nes neįmanoma operatyviai pasitikslinti informacijos.

Finansinių ir materialinių resursų trūkumas. Resursų stoka trukdo gauti prieinamas, kokybiškas paslaugas kiekvienam asmeniui. D18 teigia: „Finansinių resursų stoka riboja galimybes žmogui gauti reikalingas paslaugas“. Taigi, net kai paslaugos yra, žmogus gali jų ir negauti, nes susiduriama su finansiniais apribojimais. D19 įvardija vieną ryškiausių pasekmių – kas atsitinka, kai paslaugas gali gauti ribotas skaičius žmonių: „Pavėžėjimo paslaugos yra ribotos, nors jų poreikis yra didelis“ (D19) Kai pavėžėjimas ribotas, paslaugos tampa nereguliarios.

Žmogiškų resursų trūkumas ir dideli specialistų darbo krūviai. Darbo krūviai, žmogiškų resursų stoka lemia sunkumus teikiant paslaugas. Susidaro situacija, kai dirba per mažai specialistų, o tai daro neigiamą įtaką paslaugų kokybei: „Labai jaučiasi žmogiškųjų resursų stoka ir dideli darbo krūviai.“ (D18) Kai specialistų per mažai, natūraliai nukenčia ir bendradarbiavimo kokybė, ir greitis, ir galimybė nuosekliai sekti kiekvieną atvejį. D19 nurodo: „Specialistai dirba sunkų darbą, bet jiems ne visada užtikrinamos tinkamos darbo sąlygos“. Tokios sąlygos ilgainiui mažina sistemos pajėgumą išlaikyti stabilų darbą ir palaikyti nuoseklų procesą su asmeniu.

Teisinis neapibrėžtumas. Išryškinama teisinio neapibrėžtumo problema. Pirmiausia ji siejama su tuo, kad, informantų vertinimu, atvejo vadyba, jos procesai įstatyme dar išsamiai nereglamentuoti. D20 teigia: „Atvejo vadyba dar nėra pilnai išgryninta, todėl institucijos kartais nežino jos vaidmens.“. Teisinis neapibrėžtumas lemia pasitetimą. Tarsi pasidaro nebeaiškios atsakomybių ribos, kada įtraukti atvejo vadybininką, kuo jis gali prisidėti. D18 papildo: „Trūksta aiškumo, kaip turėtų vykti bendradarbiavimas tarp skirtingų sektorių“. Tai rodo, kad problema yra ne vien atskirų žmonių neformalus požiūris, bet ir bendrų taisyklių bei aiškių veikimo principų trūkumas, kai bendradarbiauja skirtingos institucijos.

Galiausiai išnagrinėtos veiksmingos atvejo vadybos ir paslaugų integravimo praktikos (žr. 13 priedo 10 lentelę). Šios praktikos parodo, kad teikti integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas atvejo vadyboje intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turintiems asmenims galima sėkmingiau, efektyviau:



8 pav. Veiksmingos praktikos

Tyrimo duomenys parodo, kad veiksmingos atvejų vadybos ir paslaugų integravimo praktikos grindžiamos nuoseklumu, „mažų žingsnelių“ principu, artimųjų įtraukimu į asmens bendradarbiavimo su specialistais procesą. Prie kategorijos „Veiksmingos atvejo vadybos ir paslaugų integravimo praktikos“ priskirtos subkategorijos išryškina, kad reikia labiau individualizuoto požiūrio į paslaugos gavėją, didesnio jo įtraukimo į procesą (žr. 8 pav.). *Individualizuotas požiūris į asmenį.* Prie šios subkategorijos priskirtuose atsakymuose aiškiai teigiama, kad nėra vieno mato, kuriuo vadovaujantis gali būti kuriamos atvejo vadybos ir socialinių paslaugų integravimo praktikos. Visi asmenys yra skirtingi. D3 pabrėžia: „Kiekvienas žmogus yra individualus ir su kiekvienu asmeniu reikia skirtingai užmegzti ryšį, nes nėra vienodų situacijų“. Pasak jo: „Nėra vienodo atvejo ar situacijos, todėl kiekvienam žmogui reikia taikyti individualų požiūrį“. Individualizavimas pasireiškia planuojant. D2: „Pagalbos planas sudaromas atsižvelgiant į konkretaus žmogaus poreikius ir situaciją.“ Žmogus nėra tik „paslaugų gavėjas“ – D7 akcentuoja jo aktyvų dalyvavimą procese: „Svarbu aktyviai įtraukti žmogų į sprendimų priėmimą ir pagalbos procesą“. Taigi svarbu įtraukti kuo labiau paslaugų gavėją, kad jis būtų aktyvus socialinių paslaugų proceso dalyvis. Toks įtraukimas paskatina taikyti individualų požiūrį į paslaugų gavėją: „Individualus požiūris leidžia geriau atliepti žmogaus poreikius ir pasiekti geresnių rezultatų“ (D8).

Ryšio užmezgimas kaip paslaugos efektyvumo sąlyga. Informantai ryšį įvardija kaip sėkmingo bendradarbiavimo su paslaugos gavėju pagrindą. D6 sako: „Atvejo vadybininkas teikia individualizuotą pagalbą asmeniui, todėl labai svarbus ryšio užmezgimas su asmeniu“. Ryšio

užmezgimas su asmeniu padidina jo pasitikėjimą specialistais, o tai palengvina integravimo procesą: „Palydėjimo praktika veikia tada, kai asmuo ne tik nukreipiamas, bet ir lydimas pirmuose žingsniuose“. Čia ryšys suprantamas kartu kaip asmens emocinio pastiprinimo būdas, kuris ypač reikalingas pradėjus gauti paslaugas, kreipiantis dėl jų.

Veiksmų plano sudarymas ir informacijos suteikimas. Šioje subkategorijoje veiksmingumas siejamas su paprasta, bet nuoseklia seka: kontakto užmezgimas, reikalingos informacijos surinkimas, kompleksinio individualaus pagalbos plano parengimas, jo koordinavimas ir asmens situacijos stebėseną, reagavimas į pokyčius. D1 teigia, kad reikia pradėti nuo pokalbio ir plano parengimo: „Sakyčiau, kad veiksmingiausia yra kalbėtis su žmogumi, viską išsiaiškinti ir sudaryti planą pagal tai, kokios pagalbos jam reikia“. D2 akcentuoja nuoseklumą: „Veiksmingiausia, kai su žmogumi susidarome pagalbos planą ir vyksta nuoseklus koordinavimas bei bendradarbiavimas su specialistais“. Panašiai teigia ir D6, anot kurio, reikalinga parengti tokį planą, kuris būtų pagrįstas atsižvelgimu į konkrečius poreikius: „Tikslings asmens poreikių įvertinimas, lūkesčių išklausymas ir aiškus plano sudarymas yra būtini“. D6 taip pat pabrėžia informacijos svarbą ir artimųjų įtraukimą: „Svarbu suteikti žmogui visą reikalingą informaciją ir įtraukti jį bei jo artimuosius į pagalbos procesą“. D7 apibūdina veiksmų plano sudarymo procesą kaip „nuoseklią grandinę“: „Procesas apima situacijos įvertinimą, plano sudarymą, pagalbos organizavimą ir nuolatinę stebėseną“ (D7).

Artimųjų įtraukimas. Artimieji matomi kaip reali pagalba paslaugų užtikrinimui bei tęstinumui, bet kartu ir kaip sudėtinga darbo dalis. D6 sako: „Labai svarbu įtraukti artimuosius į pagalbos procesą, nes jie gali padėti palaikyti pokyčius“. D8 atkreipia dėmesį, kad tai ne visada vyksta sklandžiai: „Kartais artimieji neprisileidžia specialistų, todėl darbas su jais užtrunka ir reikalauja papildomų pastangų“. Artimuosius įtraukti svarbu, nes jie palaiko asmenį „pokyčiuose“: „Labai svarbu įtraukti artimuosius į pagalbos procesą, nes jie gali padėti palaikyti pokyčius“ (D6).

Atsakomybių pasiskirstymas komandoje. Šioje subkategorijoje veiksmingumas remiasi specialistų vaidmenų asmens situacijoje aiškumu. D6 sako: „Labai svarbu aiškiai pasiskirstyti atsakomybes tarp specialistų, kad kiekvienas žinotų savo vaidmenį“ (D6). D7 teigia, kad aiškus komandinis darbas leidžia paslaugų gavėjui gauti daugiau naudos: „Komandoje paskirstomos atsakomybės padeda efektyviau organizuoti pagalbą“ (D7). D11 pateikia pavyzdį, kaip specialistai pasiskirsto atsakomybėmis: „Komandos posėdžiuose specialistai susitaria dėl veiksmų ir atsakomybių pasidalijimo“. (D11) Kai atsakomybės aiškos, mažiau fragmentiškai teikiamos pagalbos ar paslaugų, mažiau dubliavimų ir didesnė tikimybė, kad asmuo neatsisakys proceso tęstinumo.

„Mažų žingsnių“ principas. Šioje subkategorijoje veiksmingumas siejamas su mažu tempu, neskubėjimu. D16 sako: „Mano manymu, geriausiai veikia nuoseklus ir paprastas ėjimas su žmogumi. Ne tada, kai viskas užverčiama vienu metu, o kai einama mažais žingsniais. Iš pradžių

išsiaiškinam, kas jam svarbiausia, tada nuo to ir pradėdam“. Taigi teigiama, kad reikia pradėti nuo šiuo metu svarbiausių sričių, realistiškai įsivertinti asmens gebėjimus bei galimą pasiekti pažangą ir neiškelti labai sunkiai pasiekiamų tikslų, kurie mažintų asmens motyvaciją siekti pokyčių. D17 panašiai apibūdina atvejo vadybos organizaciją: „...būti su žmogumi jo gyvenimo situacijoje ir siekti jo nusimatyto tikslų, po truputį, neskubant, gerinant jo gyvenimo kokybę“ (D17). Šitas principas padeda išlaikyti asmens motyvaciją ir mažina riziką, kad jis pasitrauks dėl per didelio krūvio ar spaudimo.

Nuolatinis bendravimas su asmeniu Čia veiksmingumas siejamas su ramybe, aiškumu ir prieinamumu. D16 pažymi: „Labai veikia aiškus, paprastas informacijos pateikimas... kai žmogui pasakai... ką jis dabar turi daryti, kur eiti, ko tikėtis, tada jam daug ramiau“. D1 pabrėžia motyvavimo kryptį sveikatos srityje: „...svarbiausia yra nuoseklus kontaktas su paslaugos gavėju. Reikia žmogų nuolat motyvuoti priimti sveikatos priežiūros specialistų pagalbą...“ Motyvavimas atsiskleidžia kaip neatsiejama sėkmingo atvejo vadybos proceso dalis. D18 pažymi: „Tas reguliarumas ir santykis realiai veikia.“

Baigiant tyrimą išryškinti aspektai, kuriuos reikia keisti ar tobulinti atvejo vadybos organizavime asmenims su intelekto ir (ar) psichosocialine negalia Lietuvoje, siekiant geresnio integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų koordinavimo ir tęstinumo. Susisteminus informantų atsakymus, prie kategorijos „Tobulinimo kryptis“ priskirtos 9 subkategorijos (žr. 14 priedo 11 lentelę). *Aiškesnis bendradarbiavimo reglamentavimas*. Reikalinga numatyti atsakomybių paskirstymą įstaigoms, specialistams. D2 teigia: „Ir gaunasi tada, kad tarsis kiekviena įstaiga, ar tai specialistai – dirba sau“. D16 sako: „Dabar labai daug kas priklauso nuo to, ar žmogus sutiks specialistą, kuris viską normaliai paaiškins“. Šiuo metu susidaro situacija, kai asmuo paliekamas vienas, be aiškiai jam iškomunikuotos informacijos, nesiorientuojantis sistemoje. Labai svarbu, kad sistema neturėtų priklausyti nuo „sėkmės“ faktoriaus. Atsiranda poreikis aiškesniam atsakomybių pasidalijimui, bendroms gairėms ir mechanizmams, kad bendradarbiavimas būtų nuspėjamas, o žmogui būtų aišku, kur kreiptis ir kokia seka viskas vyks.

Didesnis paslaugų prieinamumas, mokymai specialistams turėtų užtikrinti lankstesnes ir labiau prieinamas paslaugas. Didesnis paslaugų prieinamumas ir pasiekiamumas. Reikia spręsti gydytojų trūkumo problemą, infrastruktūros problemas. D1 sako: „Jeigu kalbėti apie mūsų rajoną, tai mes neturime psichiatro. Nėra jo.“ Tai labai tiesioginis paslaugų neprieinamumo pavyzdys: problema ta, kad paslaugos savivaldybėje šiuo metu tiesiog nėra. D18 pažymi: „Finansiniai resursai ir transporto galimybės turi didelę įtaką paslaugų prieinamumui“ (D18). *Mokymai ir specialistų kompetencijų stiprinimas*. Kai sektoriai geriau supranta vieni kitų darbą, mažiau „nesusikalbėjimo“ ir mažiau situacijų, kai institucijos dirba atskirai. Tam gali būti pasitelktas specialistų kompetencijų tobulinimas: „Svarbu organizuoti bendrus mokymus skirtingų sričių specialistams, kad jie geriau

suprastų vieni kitus“ (D17). Tokie mokymai būtų apie bendrą praktiką, susitarimus, informacijos perdavimą, ryšio su asmeniu, gaunančiu paslaugas, kūrimą.

Būtina užtikrinti paslaugų sistemiškumą, teikimo nuoseklumą, tęstinumą, suteikti daugiau galių atvejo vadybininkui. *Paslaugų tęstinumo stiprinimas*. Įvardijama, ko trūksta: tęstinumas negali priklausyti nuo laikino projekto ar trumpos programos, kitu atveju žmogus lieka be pagalbos. Tai taikliai apibendrina D18: „Paslauga turėtų būti labiau sistemiškai įtvirtinta, kad būtų užtikrintas nenutrūkstamas procesas.“

Lankstesnės ir individualizuotos paslaugos. Jei žmogus turi psichosocialinę ir (ar) intelekto negalią, jis ne visada gali prisitaikyti prie griežtos tvarkos, tad lankstumas – būtina sąlyga, kad pagalba būtų veiksminga: „Sistema turi labiau prisitaikyti prie žmogaus, bet ne žmogus prie sistemos“ (D16). Bendradarbiavimo stiprinimas tarp sektorių. Informantų atsakymuose išryškėja mintis, kad sveikatos ir socialinis sektoriai turi funkcionuoti kaip viena sistema, o ne kaip atskiros. D18 teigia: „Bendradarbiavimas turėtų būti ne tik formalus, bet ir realus, orientuotas į žmogaus poreikius“. Tai reiškia, kad bendradarbiavimas turi duoti aiškią naudą žmogui. Atvejo vadybos vaidmens stiprinimas sistemoje. D20 nurodo: „Reikėtų didinti atvejo vadybos svarbą paslaugų sistemoje.“ Šita citata rodo, kad atvejo vadyba matoma kaip „jungtis“, kuri ir palaiko koordinavimą, tęstinumą ir žmogaus galimybes naudotis sistema.

Tyrimo duomenų analizė parodė, kad reikia aiškiau paskirstyti krūvį tarp specialistų, įdarbinti daugiau specialistų, didinti jų pajėgumus, teikti finansavimą. *Darbo krūvis, žmogiškieji resursai ir perdegimas*. D18 sako: „Taip pat matyčiau, kad ne visu mastu užtikrinamos atvejo vadybininkų socialinės garantijos“. Tai svarbu, nes kalbama ne tik apie darbo kiekį, bet ir apie saugumą pačiam specialistui. Kai garantijos silpnos, o krūviai dideli, ilgainiui nukenčia ir paslaugos kokybė, ir stabilumas, ir žmonių išlikimas sistemoje. Šita kryptis iš esmės prašo daugiau palaikymo specialistams: kad būtų pakankamas skaičius specialistų, atsižvelgiant į pagalbos poreikį turinčių asmenų skaičių bei pavyktų išvengti profesinio perdegimo, padidinto darbo krūbio.

Finansavimo stiprinimas. D19 pabrėžia: „Be pakankamo finansavimo sunku užtikrinti kokybišką ir tęstinę pagalbą.“ Taigi, jei trūksta finansavimo, tada trūksta ir paslaugų, ir žmonių dirbančių sistemoje, ir paslaugų tęstinumo. Kai pakankamas finansavimas nėra užtikrintas, negalima plėtoti kokybiškų paslaugų, tobulinti sistemos.

Apibendrinant galima teigti, kad atvejo vadyba kasdienėje praktikoje labiausiai siejama su nuosekliu paslaugų koordinavimu, tarpininkavimu tarp skirtingų institucijų ir žmogaus „vedimu“ per sistemą. Tęstinumą dažniausiai silpnina transporto neprieinamumas, klientų motyvacijos svyravimai, specialistų trūkumas ir eilės gauti reikiamas paslaugas bei pagalbą, taip pat nesidalijimas informacija bei duomenų apsaugos ribojimai. Veiksmingiausios praktikos siejamos su individualiu požiūriu, ryšio kūrimu, aiškiu pagalbos planu, mažų žingsnių principu, nuolatiniu kontaktu ir komandišku

atsakomybių pasidalijimu bei komandiškumo savybių stiprinimu. Tobulinimo kryptys nukreiptos į aiškesnį tarpinstitucinį reglamentavimą, didesnę paslaugų prieinamumą (ypač regionuose), specialistų kompetencijų stiprinimą, darbo krūvio mažinimą ir tvaresnį finansavimą, kad pagalba būtų nuosekli ir nenutrūkstama. Šie empiriniai rezultatai dera su teorinėje dalyje aptartais tyrimais, kurie pabrėžia, kad atvejo vadybos veiksmingumą lemia ne vien individualaus specialisto pastangos, bet ir sisteminės sąlygos: aiškūs tarpinstituciniai susitarimai, informacijos mainų tvarka, prieinamos paslaugos, adekvatus finansavimas ir komandinio darbo kultūra (Joo & Huber, 2019; Mitchell et al., 2020; Jörns- Presentati & Groen, 2023). Todėl tyrimo rezultatai leidžia teigti, kad Lietuvos praktikoje atvejo vadyba gali tapti realiu integracijos instrumentu tik tada, kai ji palaikoma organizaciniu ir politiniu lygmeniu, o ne paliekama vien atskirų specialistų iniciatyvai.

3.1 ATVEJO VADYBOS INTEGRUOJANT SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IR SOCIALINES PASLAUGAS INTELEKTO IR (AR) PSICHOSOCIALINĘ NEGALIĄ TURINTIEMS ASMENIMS TYRIMO REZULTATŲ APIBENDRINIMAS

Informantai Lietuvoje atvejo vadybą vertina kaip esminį integruotų sveikatos ir socialinių paslaugų veikimo mechanizmą, ir kaip praktiką, kuri turi „užpildyti“ sistemos spragas. Jie save traktuoja kaip „jungiamąją grandį“, kuri sujungia klientą, jo artimuosius ir skirtingas institucijas į vieną veikiančią sistemą.

Kasdienėje veikloje atvejo vadyba suvokiama ne kaip formalus procesas, o kaip nuolatinis koordinavimas, tarpininkavimas ir žmogaus palydėjimas per sistemą. Vadybininkas ne tik nukreipia, bet ir praktiškai organizuoja pagalbą, suprantamai asmeniui pateikia ir paaiškina informaciją, palaiko ryšį ir reaguoja į pokyčius. Svarbi jos dalis – holistinis požiūris, kai dirbama su realia žmogaus situacija, o ne vien dokumentais. Esminė sąlyga – nuoseklus ryšys su klientu, nes be jo neveikia nei koordinavimas, nei pagalba. Ilgalaikėje perspektyvoje atvejo vadyba orientuojama į įgalinimą, siekiant, kad žmogus galėtų pats spręsti problemas ir gyventi savarankiškai.

Atvejo vadyba sudaro prielaidas integruoti sveikatos ir socialines paslaugas, nes:

- užtikrina, kad paslaugos būtų derinamos pagal individualius klientų poreikius, o ne taikomos standartizuotai;
- leidžia įtraukti sveikatos priežiūrą į bendrą socialinės pagalbos procesą, užtikrinant ne tik apsilankymą pas gydytoją, bet ir supratimą bei gydymo tęstinumą;
- padeda žmogui orientotis sudėtingoje sistemoje, pateikiant informaciją asmeniui priimtinu ir suprantamu būdu;

- stiprina bendradarbiavimą tarp specialistų, ypač kai naudojami neformalūs ryšiai ar komandiniai susitikimai;

- padeda užtikrinti paslaugų prieinamumą praktikoje.

Pagrindiniai atvejo vadybos iššūkiai dirbant su intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis Lietuvoje yra:

- fragmentuota sistema ir bendros koordinavimo struktūros nebuvimas, dėl ko žmogus lieka „tarp institucijų“;

- dalijimosi informacija stoka, kai dalijimasis ja, d a žnai priklauso nuo asmeninių ryšių, o ne nuo aiškos tvarkos;

- skirtinga institucijų tvarkos, didelė administracinė našta ir formalumas, apsunkinantys lankstų darbą;

- duomenų apsaugos ir teisinio reglamentavimo ribojimai, kurie lėtina procesus ir apsunkina informacijos prieinamumą;

- resursų trūkumas – 56 pecialist stygius, dideli darbo krūviai, ribotas paslaugų prieinamumas, ilgos eilės;

- paslaugų dubliavimasis arba neatitikimas realiems poreikiams, individualizavimo trūkumas;

- klientų motyvacijos nepastavumas ir kaita, nepasitikėjimas sistema, baimė ar nesupratimas, dėl kurio procesas nutrūksta;

- 56 pecialis, finansinių ir socialinių sąlygų problemos, ribojančios realų paslaugų pasiekiamumą;

- formalūs ar stereotipiniai 56pecialist požiūriai, mažinantys pagalbos efektyvumą.

Šie iššūkiai rodo, kad atvejo vadyba dažnai veikia kaip profesinė veikla, kuri „sujungia“ tai, kas sistemoje veikia atskirai, padėdama paslaugų gavėjui nepasimesti sudėtingoje struktūroje.

Atvejo vadybos tęstinumas turi būti kuriamas kasdieniais veiksmais:

- nuoseklus, nuolatinis kontakto ir ryšio su asmeniu palaikymas, kuris užtikrina motyvaciją ir įsitraukimą;

- kompleksinis individualus pagalbos planas, paremtas realiais poreikiais ir nuolat koreguojamas;

- aktyvus tarpininkavimas – komunikacija su institucijomis, registravimas, informacijos perdavimas;

- palydėjimas (ypač pradžioje), padedantis įveikti baimę, stiprinantis asmens pasitikėjimą savimi bei sistema ir padedant suprasti procesą;

- informacijos pateikimas bei paaiškinimas asmeniui priimtinu ir suprantamu būdu, kad žmogus galėtų dalyvauti procese;

- komandinis darbas ir pasidalijimas atsakomybėmis, mažinantis proceso chaotiškumą, paslaugų dubliavimą;
- neformalus ryšiai tarp specialistų, leidžiantys greičiau spręsti situacijas;

Atvejo vadybininkai vertina atvejo vadybą kaip būtina ir efektyvią integruotos sistemos dalį, kuri padeda žmogui gauti jam tinkamiausias paslaugas ir pagalbą. Tačiau jos veiksmingumas priklauso nuo individualių specialistų pastangų, neformalių ryšių ir gebėjimo kompensuoti sisteminius trūkumus.

DISKUSIJA

Integruota atvejo vadyba Lietuvoje, nors ir sudėtingai vykstanti, kaip parodė atliktas tyrimas, bet labai svarbi praktika siekiant užtikrinti pilnavertį intelekto ir/ar psichosocialinę negalią turinčių asmenų gyvenimą bendruomenėje, kartu gaunant visas reikalingas paslaugas. Atvejo vadybos įgyvendinimas leidžia praktikoje pereiti nuo institucionalizuoto prie bendruomeninio paslaugų teikimo modelio gyvenant įprastoje aplinkoje, kas neabejotinai teigiamai veikia paslaugų gavėjų gerovę.

Tačiau įgyvendinant atvejo vadybą su intelekto ir/ar psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis kyla daug sunkumų, susijusių tiek su paslaugų gavėjais (kaip greit sumažėjanti motyvacija), tiek su specialistais (atsainus požiūris, nenoras prisiimti asmeninės atsakomybės, tarpusavio konkurencija) ar įstaigų darbu (kiekviena veikia atskirai, galimas vieno paslaugų „dubliavimasis“, o kitų negavimas), tiek su sisteminiais, organizaciniais ar kultūriniais veiksniais (požiūriai, ambicijų trūkumas, formalizmas, paslaugų gavėjų nuvertinimas, individualizavimo

trūkumas, paslaugų teikimas neįvertinant paslaugų gavėjų gebėjimų lygio). Kitų šalių patirtis parodo, kad integruotų paslaugų veiksmingumas priklauso nuo tarpasmeninio specialistų bendradarbiavimo ir įsitraukimo aktyvumo. Kokybinis tyrimas, taikant pusiau struktūruotą interviu su 24 asmens sveikatos priežiūros ir socialiniais darbuotojais, atskleidė, kad didesnis specialistų aktyvumas atvejo vadyboje asmenims, kuriems vienu metu reikalinga ir sveikatos, ir socialinė priežiūra, užtikrino veiksmingesnes paslaugas (Joo ir Huber, 2018). Pakartotinis hospitalizavimas, buvimo ligoninėje ilgesnė trukmė, specialistų apsilankymai kartu su paslaugų gavėjais ligoninių ar pirminės sveikatos priežiūros įstaigų skyriuose sumažino paslaugų gavėjų „atkryčius“ ir pagerino sveikatą (Joo ir Huber, 2018). Tačiau šiame darbe atliktas tyrimas parodė, kad atvejo vadybininkai dažnai jaučiasi palikti „vieniši su klientu“, kurio motyvacija gauti paslaugas taip pat būna maža ar greitai nukrenta. Tokioje situacijoje kyla klausimas, kas konkrečiai priklauso nuo paties atvejo vadybininko, kad jo paslaugos būtų veiksmingesnės, kad jis nenusiviltų, nepasiduotų „nesėkmės baimei“.

D. Britanijos „geroji patirtis“ parodo, kad sėkminga socialinių paslaugų ir sveikatos priežiūros paslaugų integravimo praktika formuojasi, kai dirbantys specialistai prisiima asmeninę lyderystę, turi bendrą viziją ir tikslą, be to, tai leidžia integruotoms komandoms mokytis vienas iš kitų (Mitchell, Tazzyman, Howard ir Hodgson, 2020). Nors minimame tyrime atskleisti panašūs atvejo vadybos integruojant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas ir (ar) psichosocialinę negalią turintiems asmenims barjerai kaip ir šiame darbe atliktame tyrime (o tai pagrindžia šių sunkumų „universalumą“), ypač specialistų tarpusavio pasitikėjimo trūkumas, dalijimosi asmens duomenimis kliūtys, sunkumai planuojant klinikinės paslaugas, organizaciniai sunkumai, asmeninė lyderystė, pastebima, bendras komandos tikslo siekimas ir bendradarbiavimas padeda juos mažinti. Tai parodo, kad viskas priklauso nuo žmonių, kurie kad veikia nelanksčioje, ribotoje sistemoje sugeba išnaudoti paslaugos potencialą, padaryti ją efektyvia.

Kitame tyrime dar išryškinama, kad atvejo vadybos sėkmę, dirbant su psichikos ligomis sergančiais asmenimis, padidina užmegztas stiprus santykis su paslaugų gavėjais – patys paslaugų gavėjai daugumoje atvejų kaip pagrindinę teigiamų gyvenimo pokyčių priežastį įvardija glaudų asmeninį santykį su specialistais (Roebuck, Aubry ir Manoni-Millar, 2022). Šiame darbe atliktame tyrime kaip atvejo vadybos sėkmės ribotumai minimas formalus specialistų požiūris į darbą, kultūriniai ir socialiniai barjerai, dėl kurių specialistai būna linkę nuvertinti intelekto ir/ar psichosocialinę negalią turinčių asmenų galimybes arba per daug nesigilina į konkretų atvejį. Tai parodo, kad stiprinant socialinių ir sveikatos priežiūros paslaugų integravimą šios grupės paslaugų gavėjais naudinga taikyti „asmens stiprybėmis“ paremtą socialinių paslaugų teikimo modelį, padedantį asmeniui atpažinti savo išteklius ir jais pasinaudoti, o ne galvoti apie silpnybes, negalią. Tai padėtų kurti „pasitikėjimo ryšį“ tarp paslaugų gavėjo ir atvejo vadybininko, remtis žmogišku santykiu, o ne formalizuotomis procedūromis. S. Tse ir kt. (2021) teigia, kad SMCM (*angl.* the

strengths model of case management) modelis padeda psichikos ligomis sergantiems asmenims sveikti, mobilizuojant individualius ir aplinkos išteklius. Pastarieji autoriai apžvelgia mokslinius tyrimus, kurie parodo šio modelio taikymo veiksmingumą pagerinant paslaugų gavėjų įsidarbinimo, išsilavinimo lygį, sumažinant hospitalizacijų skaičių, užtikrinant didesnę saviveiksmingumą ir viltį. Taigi šilti, pagarbūs specialistų santykiai su klientais, jiems būnant ne tik “paslaugos teikėju”, bet ir asmeninių pokyčių lyderiu, „motyvacijos moderatoriumi” gali padidinti atvejo vadybos sėkmę.

Taip pat, siekiant integruoti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas atvejo vadyboje dirbant su intelekto ir/ar psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis, reikalinga geriau bendradarbiauti komandoje, sukuriant aiškias šio bendradarbiavimo taisykles. Gali būti nustatomas reguliarus komandos pusvalandžio susitikimų grafikas, kliento pažangos planas suskaidomas į „mažų žingsnių” etapus trumpiems laikotarpiais. Remiantis C. Harvey ir kt. (2023), komandoje pagrindinis dėmesys turi būti skiriamas paslaugos gavėjams, (ne duomenų apsaugos, instituciniams, finansiniams, biurokratiniais ar kitiems aspektams), tam, kad specialistai galėtų „mesti iššūkį neveiksmingiems bendravimo su klientu būdams” (Harvey ir kt., 2023). Ši mintis parodo, kad visada bus apribojimų ir kliūčių, bet būtent atvejo vadybininko darbas yra inicijuoti pokyčius ir prisiimti lyderystę pirmam siūlant sprendimus komandai. Ateityje siūloma pratęsti tyrimus, atliekant interviu su atvejo vadybininkais, kuriuose būtų fokusuojamas dėmesys į atvejo vadybininko stiprybių išryškinimą organizuojant tarpdisciplininės komandos veiklą, kai vykdoma atvejo vadyba integruojant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas. Tokio pobūdžio tyrimuose svarbu klausti ne ką *galėtų* daryti atvejo vadybininkas, o *ką jis daro jau dabar*. Tai padėtų atskleisti atvejo vadybininko kaip integravimo proceso koordinatoriaus potencialą.

REFLEKSIJA

Šio baigiamojo darbo tema man yra artima ne tik profesiniame lauke, bet ir asmeniškai. Atvejo vadyba, integruojant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turintiems asmenims, nėra man tik teorinė ar akademinė tema. Su ja susiduriu kasdien savo darbe, konsultuodama atvejo vadybininkus, dirbančius įvairiose Lietuvos savivaldybėse. Todėl rašydama šį darbą nuolat mačiau ne tik sąvokas, modelius ar tyrimo duomenis, bet ir konkrečius žmones, jų situacijas, specialistų pastangas, juos lydinčius iššūkius, dvejones.

Šiuo metu dirbu konsultante metodinėje atvejo vadybos klausimais Asmens su negalia teisių apsaugos agentūroje prie Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, projekte „Perėjimas nuo institucinės globos prie bendruomeninių paslaugų Sostinės regione, Vidurio ir Vakarų Lietuvos regione“. Mano kasdienis darbas susijęs su atvejo vadybininkų konsultavimu, metodinių rekomendacijų teikimu, praktinių situacijų aptarimu ir informacijos apie atvejo vadybos taikymą sisteminimu. Dėl šios priežasties tyrimo tema man buvo neatsiejama nuo realios praktikos ir nuo klausimo, kaip atvejo vadyba iš tiesų veikia, o ne tik kaip ji aprašoma dokumentuose.

Rengiant darbą man tapo dar aiškiau, kad atvejo vadyba yra kur kas daugiau nei paslaugų koordinavimas. Kalbantis su tyrimo dalyviais atsiskleidė daug gyvesnis ir sudėtingesnis vaizdas. Atvejo vadybininkai dažnai yra tie žmonės, kurie padeda asmeniui nepasimesti sistemoje ir savo darbu „amortizuoja“ tai kas dar ne visada veikia darniai.

Tyrimo metu ypač pajutau, kad integracija nėra savaime įvykstantis procesas. Vien tai, kad žmogui reikalingos ir socialinės, ir sveikatos priežiūros paslaugos, dar nereiškia, kad šios paslaugos veiks kartu. Praktikoje dažnai atsiranda daug tarpų: neaiškios atsakomybės, informacijos stoka, skirtingas specialistų požiūris, ribotas paslaugų prieinamumas. Atvejo vadybininkui tenka būti tuo žmogumi, kuris šiuos tarpus pastebi ir bando juos mažinti. Dėl to šiame darbe atvejo vadybą pamačiau kaip labai svarbią jungiamąją grandį tarp žmogaus, jo artimos aplinkos, specialistų ir institucijų.

Tyrimo dalyviai buvo mano kolegos – atvejo vadybininkai, dirbantys savivaldybėse pagal institucinės globos pertvarkos projektą. Tai tyrimui suteikė ir stiprybių, ir tam tikro jautrumo. Viena vertus, profesinis artumas padėjo geriau suprasti jų kalbą, darbo kontekstą, praktines situacijas ir iššūkius. Kita vertus, turėjau nuolat sau priminti, kad tyrime svarbu ne patvirtinti tai, ką jau pati žinau ar manau žinanti, bet išgirsti jų patirtis tokias, kokios jos yra. Man buvo svarbu leisti kalbėti ne tik apie sėkmes, bet ir apie sunkumus, nusivylimus, neaiškumus, profesinio pripažinimo stoką.

Interviu metu išryškėjo, kad atvejo vadybininkų darbas dažnai lieka nematomas. Iš šalies gali atrodyti, kad tai yra planų rengimas, kontaktų derinimas ar paslaugų organizavimas, tačiau už šių veiklų slypi daug emocinio darbo, atsakomybės ir nuolatinio reagavimo į besikeičiančias žmonių situacijas. Atvejo vadybininkai susiduria su žmonių baimėmis, nepasitikėjimu, šeimų lūkesčiais, institucijų ribotumais, paslaugų trūkumu. Jie dažnai turi išlaikyti pusiausvyrą tarp to, ko žmogui reikia, ko jis pats nori, ką gali pasiūlyti sistema ir ką realiai įmanoma padaryti konkrečioje savivaldybėje.

Man buvo svarbu pamatyti ir tai, kad atvejo vadybos sėkmė nepriklauso vien nuo paties specialisto geranoriškumo ar kompetencijų. Net ir labai motyvuotas atvejo vadybininkas susiduria su ribomis, jeigu savivaldybėje trūksta paslaugų, nėra aiškių bendradarbiavimo susitarimų, sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sektoriai veikia atskirai arba kiti specialistai ne iki galo supranta atvejo vadybininko vaidmenį. Todėl tyrimas man dar kartą parodė, kad atvejo vadyba neturėtų būti paliekama vieno specialisto pastangoms. Jai reikia sistemos palaikymo, aiškių procedūrų, vadovų supratimo ir tikro tarpdisciplininio bendradarbiavimo.

Kartu šis tyrimas mane nuteikė ir pozityviai. Tyrimo dalyvių pasakojimuose mačiau daug atsakomybės, empatijos ir tikėjimo savo darbu. Nepaisant sunkumų, atvejo vadybininkai ieško sprendimų, mokosi, tariausi su kitais specialistais ir stengiasi, kad žmogus gautų jam reikalingą pagalbą. Man atrodo, kad būtent ši kasdienė, kartais labai tyli ir iš šalies mažai matoma veikla yra

vienas svarbiausių pokyčių, vykstančių pereinant nuo institucinės globos prie bendruomeninių paslaugų.

Rašydama darbą aiškiau supratau, kad atvejo vadyba intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turintiems asmenims negali būti laikoma tik laikina projekto veikla. Šių žmonių situacijos dažnai yra ilgalaikės, sudėtingos, susijusios su sveikata, socialiniais ryšiais, savarankiškumu, gyvenamąja aplinka ir bendruomenės požiūriu. Todėl jiems reikalinga ne epizodinė pagalba, o nuoseklus žmogus ar komanda, padedanti išlaikyti pagalbos kryptį. Atvejo vadyba, mano matymu, kaip tik ir gali padėti pamatyti žmogų ne per diagnozę ar vieną problemą, bet jo gyvenimo visumoje.

Šis darbas man tapo ne tik akademinis tyrimas, bet ir profesinė refleksija. Jis padėjo geriau suprasti, kokią vertę kuria atvejo vadybininkai ir kokios sąlygos būtinos, kad jų darbas turėtų realų poveikį. Taip pat šis tyrimas sustiprino mano pačios įsitikinimą, kad socialinių paslaugų sistemos pokytis vyksta ne tik per teisės aktus, projektus ar metodikas, bet ir per kasdienius specialistų sprendimus, santykį su žmogumi, gebėjimą bendradarbiauti ir nenuleisti rankų tada, kai sistema dar nėra tobula.

Pabaigai norisi pasakyti, kad šis darbas leido man dar giliau pamatyti atvejo vadybos prasmę. Ji man atsiskleidė kaip praktika, kur susitinka žmogaus poreikiai, teisės, institucijų galimybės ir specialisto atsakomybė. Atvejo vadyba gali tapti realiu integracijos įgyvendinimo būdu tik tada, kai ji pripažįstama ne kaip papildoma administracinė funkcija, o kaip svarbi pagalbos žmogui organizavimo dalis. Todėl man šis tyrimas patvirtino, kad atvejo vadybos tęstinumas, aiškesnis jos vaidmens supratimas ir profesinis palaikymas yra būtini, jeigu siekiame kurti jautresnę, į žmogų orientuotą ir bendruomenėje veikiančią pagalbos sistemą.

IŠVADOS

1. Remiantis mokslinės literatūros analize, atvejo vadyba integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų kontekste suvokiama kaip struktūruotas planavimo, koordinavimo ir stebėsenos procesas, kurio centre – individualus pagalbos planas ir atvejo vadybininko, kaip tarpininko tarp institucijų, vaidmuo. Atlikta analizė atskleidė esminę skirtį tarp integruotų ir kompleksinių paslaugų: integracija apima ne tik paslaugų įvairovę, bet ir jų tarpusavio suderinimą, bendrą planavimą, atsakomybės pasidalijimą bei tęstinumo užtikrinimą – tai yra kokybiškai aukštesnis koordinavimo lygmuo nei paprastas paslaugų kompleksiškumas. Intelkto ir (ar) psichosocialinę negalią turintiems asmenims, kurių poreikiai yra ilgalaikiai, daugialypiai ir kintantys, šių integracijos elementų stoka tiesiogiai lemia paslaugų fragmentiškumą, socialinę atskirtį ir nepakankamą gyvenimo kokybę. Todėl atvejo vadyba integruotoje paslaugų sistemoje vertintina kaip viena svarbiausių struktūrinių priemonių, sudarančių prielaidas mažinti paslaugų fragmentiškumą, užtikrinti pagalbos tęstinumą ir sudaryti sąlygas veiksmingesniam socialiniam dalyvavimui;

2. Tyrimas atskleidė, kad atvejo vadybininkai, dirbantys su intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis Lietuvoje, atvejo vadybos taikymą integruotoje paslaugų sistemoje vertina kaip būtiną ir veiksmingą, tačiau šiuo metu sistemiškai nepakankamai įtvirtintą mechanizmą. Praktikoje atvejo vadyba įgyvendinama per nuolatinį koordinavimą, aktyvų tarpininkavimą ir individualų pagalbos planavimą, o atvejo vadybininkas atlieka jungiamosios grandies tarp asmens ir institucijų vaidmenį. Tačiau modelio veiksmingumą riboja sisteminiai iššūkiai: fragmentuota paslaugų struktūra, komunikacijos ir informacijos mainų trūkumai tarp institucijų, didelė administracinė ir biurokratinė našta, riboti resursai, ilgos eilės, teisinio reglamentavimo pokyčiai bei duomenų apsaugos apribojimai; paslaugų tęstinumą papildomai apsunkina klientų motyvacijos svyravimai. Nepaisant to, atvejo vadyba atidaro reikšmingas galimybes taikyti individualizuotą ir holistinį požiūrį, stiprinti asmens įgalinimą ir savarankiškumą bei užtikrinti nuoseklesnį paslaugų prieinamumą. Apibendrinant, atvejo vadyba Lietuvoje šiuo metu dažniau funkcionuoja kaip kompensacinis mechanizmas, užpildantis sistemos spragas, nei kaip sistemiškai įtvirtinta integruotos pagalbos forma – jos efektyvumui didinti reikalingas aiškesnis tarpinstitucinis reglamentavimas, standartizuotos koordinavimo procedūros ir stipresnis institucinis palaikymas.

SIŪLYMAI

Atvejo vadybininkams

- Nusimatyti aiškius komunikacijos su socialinių paslaugų ir sveikatos priežiūros specialistais, kanalus, kuriais būtų galima operatyviai keistis reikalingais duomenimis „jautria“ informacija. Tai galima padaryti sudarant pagalbos planą asmeniui, kaip aptariama kada, kaip dažnai, koku būdu specialistai komunikuos pagalbos plano vykdymo metu.
- Esant plačioms atsakomybės riboms, labiau apibrėžti kiekvieno specialisto, dirbančio su asmeniu, atsakomybės ribas, su kuriomis vykdant atvejo vadybą būtų supažindinami visi procese dalyvaujantys specialistai. Tai galima padaryti atvejo vadybos posėdžio ar atvejo komandos susitikimo metu.
- Teikti savivaldybėms pasiūlymus dėl efektyvesnio transporto organizavimo intelekto ir/ar psichosocialinę negalią turintiems asmenims, kad transporto paslaugų prieinamumas asmenims būtų didesnis, paslaugos lankstesnė, paslauga šios grupės asmenims būtų saugesnė, priimtinesnė.
- Inicijuoti „apvalaus stalo“ diskusijas, bendrus susitikimus, kuriose dalyvautų sveikatos priežiūros srities, socialinių paslaugų srityje, psichikos sveikatos centruose, savivaldybėse dirbantys specialistai, kad specialistai turėtų galimybę pasidalinti tuo, kaip jie mato bendradarbiavimą, kliūtis, su kuriomis susiduriama. Šių susitikimų metu būtų galima užmegzti neformalius ryšius ir atrasti naujų būdų bendradarbiavimui, ryšių bei kontaktų užmezgimui.

LITERATŪRA

- Austys, D., Jonynaitė, V., Bendikaitė, S., & Jakubauskienė, M. (2023). Psichosocialinę negalią turinčių asmenų artimųjų nuomonė apie socialinių paslaugų atitikimą neįgaliųjų poreikius: Dviejų bangų paplitimo tyrimo rezultatai. *Sveikatos mokslai / Health Sciences*.
<https://doi.org/10.35988/sm-hs.2023.046>
- Bull, D., Garg, P., Lai, T., Reid, N., Farrell, B., O’Hea, C., & Raman, S. (2025). Evaluation of the patient profile and health interventions offered by a multidisciplinary Intellectual Disability health team. *Journal of Intellectual Disabilities*. Advance online publication.
<https://doi.org/10.1177/17446295251319127>
- Case Management Society of America. (2016). Standards of practice for case management.
<https://www.miccsi.org/wp-content/uploads/2017/03/CMSA-Standards-2016.pdf>
- Couturier, Y., Lanoue, S., Karam, M., Guillette, M., & Hudon, C. (2023). Social workers coordination in primary healthcare for patients with complex needs: A scoping review. *International Journal of Care Coordination*, 26(1), 5–25. <https://doi.org/10.1177/20534345221122952>
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (3rd ed.). Sage Publications.
- Digrytė, L., Pranckevičiūtė, L., & Kuzmarskienė, G. (2020). Asmenų, gavusių Kauno miesto savižudybių prevencijos modelio paslaugas, požiūris į pagalbos veiksmingumą. *Sveikatos mokslai / Health Sciences*, 30(3), 115–122. <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2020.060>
- Dissanayake, R., Olivieri, R., Aguey-Zinsou, M., Yule, E., & Dunn, L. (2024). Exploring mental health consumer experiences of the strengths model of case management: A phenomenological study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33(1), 175–184.
<https://doi.org/10.1111/inm.13238>
- Dragūnienė, S., & Milkintaitė, L. (2023). Atvejo vadybininko veiklos motyvacija. *Mokslo taikomieji tyrimai / Applied Research*, 1(19), 97–103. <https://doi.org/10.59476/mtt.v1i19.589>
- Fares, J. (2024). Modeling service organization integration: A social networks perspective. *Management Research Review*. <https://doi.org/10.1108/MRR-10-2023-0743>
- Flick, U. (2018). *An introduction to qualitative research* (5th ed.). Sage Publications.
- Fredriksson, M., Sampaio, F., & Moberg, L. (2024). The impact of patient and public involvement in healthcare services: A conceptual review spanning social sciences and health sciences. *SSM - Qualitative Research in Health*, 4, 100517. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2024.100517>
- Giummarra, M. J., Randjelovic, I., & O’Brien, L. (2022). Interventions for social and community participation for adults with intellectual disability, psychosocial disability or on the autism

spectrum: An umbrella systematic review. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 3, 935473.

<https://doi.org/10.3389/fresc.2022.935473>

Godinho, M. A., Liaw, S.-T., Narasimhan, P., & Ashraf, M. M. (2025). Towards social enterprises that digitally engage citizens for integrated people-centred health services: Organisational case studies and a framework analysis of community health alliances. *SSM - Health Systems*, 4, 100096.

<https://doi.org/10.1016/j.ssmhs.2025.100096>

Goodwin, N. (2013). Understanding integrated care: A complex process, a fundamental principle.

International Journal of Integrated Care, 13, e011. <https://doi.org/10.5334/ijic.1144>

Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59–82.

<https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>

Hamiduzzaman, M., McLennan, V., Gaffney, H., Miles, S., Crook, S., Grove, L., Gray, M., & Flood, V. (2025). Fostering integrated healthcare in rural Australia: A review of service models for older Australians with preventable chronic conditions. *Health Policy*.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105304>

Harvey, C., Zirnsak, T.-M., Brasier, C., Ennals, P., Fletcher, J., Hamilton, B., Killaspy, H., McKenzie, P., Kennedy, H., & Brophy, L. (2023). Community-based models of care facilitating the recovery of people living with persistent and complex mental health needs: A systematic review and narrative synthesis. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1259944.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1259944>

Joo, J. Y., & Huber, D. L. (2019). Case management effectiveness on health care utilization outcomes: A systematic review of reviews. *Western Journal of Nursing Research*, 41(1), 111–133.

<https://doi.org/10.1177/0193945918762135>

Jörns-Presentati, A., & Groen, G. (2023). Perceptions of interprofessional collaboration at the intersection of child welfare and child and adolescent psychiatry in Germany. *Children and Youth Services Review*, 149, 106902. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.106902>

Karreinen, S., Paatela, S., Paananen, H., Huhtakangas, M., Satokangas, M., Jalonen, H., & Tynkkynen, L.-K. (2025). Making integrated care happen: Middle managers' views on leadership for promoting multidisciplinary collaboration at the early stage of the Finnish social and healthcare reform. *Health Policy*. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105320>

Killaspy, H., Harvey, C., Brasier, C., Brophy, L., Ennals, P., Fletcher, J., & Hamilton, B. (2022). Community-based social interventions for people with severe mental illness: A systematic review and narrative synthesis of recent evidence. *World Psychiatry*, 21(1), 96–123.

<https://doi.org/10.1002/wps.20940>

- Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications: A discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2, e12.
<https://doi.org/10.5334/ijic.67>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *InterViews: Learning the craft of qualitative research interviewing* (2nd ed.). Sage Publications.
- Leutz, W. N. (1999). Five laws for integrating medical and social services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, 77(1), 77–110.
<https://doi.org/10.1111/1468-0009.00125>
- Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų įstatymas. (2006). Valstybės žinios, Nr. 17–589.
<https://www.e-tar.lt>
- Litchfield, I., Harper, L., Syed, M., Dutton, F., Melyda, M., Wolhuter, C., & Bird, C. (2025). Understanding the influences on the design and delivery of an integrated child health and social care service in underserved communities in the UK: A qualitative exploration using the SELFIE framework. *Health Policy*. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105458>
- Matos, R. C. d., Nascimento, G. d., Campos Fernandes, A., & Matos, C. (2025). Health and social care integration: Insights from international implementation cases. *Journal of Market Access & Health Policy*, 13(2), 28. <https://doi.org/10.3390/jmahp13020028>
- Mira-Aladrén, M., Martín-Peña, J., & Gil-Lacruz, M. (2024). Evaluation of social interventions with people with disabilities: A systematic literature review. *Social Work Research*, 48(2), 126–139. <https://doi.org/10.1093/swr/svae004>
- Mitchell, C., Tazzyman, A., Howard, S. J., & Hodgson, D. (2020). More that unites us than divides us? A qualitative study of integration of community health and social care services. *BMC Family Practice*, 21, 96. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01168-z>
- Norkienė, S., Petrauskienė, D., & Norkutė-Macijauskė, U. (2019). Pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos veiklos gerinimas taikant atvejo vadybos modelį. *Sveikatos mokslai / Health Sciences*, 29(6), 86–92. <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2019.086>
- Piščalkienė, V., & Navickienė, L. (2019). Priemonių, skirtų negalią turinčių vaikų ir jų tėvų psichosocialinės sveikatos ir socialinės įtraukties gerinimui, poreikis ir nauda. *Sveikatos mokslai / Health Sciences*, 29(6), 93–101. <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2019.089>
- Pocienė, K., & Baltutienė, R. (2023). Socialinio darbuotojo patiriami sunkumai dirbant su asmenimis, turinčiais priklausomybę. *Mokslo taikomieji tyrimai / Applied Research*, 2(19).
<https://doi.org/10.59476/mtt.v2i19.626>
- Presnell, J. A., & Keesler, J. M. (2022). Community inclusion for people with intellectual and developmental disabilities: A call to action for social work. *Advances in Social Work*, 22(1).
<https://doi.org/10.18060/25512>

- Raudeliūnaitė, R., & Gudzinskienė, V. (2023). Veiksniai, padedantys socialiniams darbuotojams įgalinti asmenis, turinčius intelekto negalią, dienos socialinės globos centruose: Socioedukacinis aspektas. *Specialusis ugdymas / Special Education*, (45), Article 6.
<https://doi.org/10.15388/se.2023.45.6>
- Roebuck, M., Aubry, T., & Manoni-Millar, S. (2022). A qualitative study of the working alliance in the strengths model of case management with people with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 58(5), 944–954. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00903-9>
- Savickaitė Šamreijenė, S., & Česas, A. (2019). Atvejo vadybos taikymas Klaipėdos universitetinėje ligoninėje kuriant personalizuotą onkologinių ligonių sveikatos priežiūrą. *Visuomenės sveikata*, 28(7), 115–120. <https://doi.org/10.5200/sm-hs.2018.102>
- Šedienė, P., Jurkuvienė, R., Butkevičienė, R., Danusevičienė, L., & Gajdosikienė, I. (2020). Integruotos pagalbos modelio paieškos epilepsija sergantiems ir raidos sutrikimų turintiems vaikams bei juos auginančioms šeimoms. *Sveikatos mokslai / Health Sciences*, 30(5), 73–81. <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2020.117>
- Seniutis, M., & Petružytė, D. (2018). Negalios galia ir jos panaudojimo socialinės pagalbos procese galimybės: Proto negalią turinčių asmenų ir gatvės jaunuolių bendros stovyklos atvejo analizė. *Socialinė teorija, empirija, politika ir praktika*, 17, 57–73.
<https://doi.org/10.15388/STEPP.2018.17.11931>
- Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. (2020). Kompleksinių paslaugų šeimai plėtra.
<https://socmin.lrv.lt>
- Socialinių paslaugų priežiūros departamentas. (2022). Atvejo vadybos diegimo praktika.
<https://spis.lt>
- Sprudzanaite, A., Livšic, A., & Austys, D. (2024). Kliūčių, trukdančių psichosocialinę negalią turinčių asmenų socialiniam įsitraukimui, tyrimas. *Sveikatos mokslai / Health Sciences*, 34(2), 16–22. <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2024.051>
- Symonds, J., Miles, C., Steel, M., Porter, S., & Williams, V. (2020). Making person-centred assessments. *Journal of Social Work*, 20(4), 462–479. <https://doi.org/10.1177/1468017319830593>
- Tse, S., Ng, C. S. M., Yuen, W. W. Y., Lo, I. W. K., Fukui, S., Goscha, R. J., Wan, E., Wong, S., & Chan, S.-K. (2021). Process research: compare and contrast the recovery-orientated strengths model of case management and usual community mental health care. *BMC Psychiatry*, 21, 534.
<https://doi.org/10.1186/s12888-021-03523-5>
- Urvikis, M. (2016). Vietos savivaldos institucijų organizuojamų viešųjų paslaugų sistemos tobulinimas (Daktaro disertacija). Mykolo Romerio universitetas.
<https://gs.elaba.lt/object/elaba:15504517/15504517.pdf>

- Valickas, A. (2017). Kompleksinių paslaugų teikimas šeimoms: Teorija ir praktika. Mykolo Romerio universitetas.
- Virbalis, T., & Arbataitienė, I. (2023). Socialinio darbuotojo kompetencijos atliekant įvairius vaidmenis dirbant su psichikos negalią turinčiais asmenimis. Mokslo taikomieji tyrimai / Applied Research, 2(19). <https://doi.org/10.59476/mtt.v2i19.628>
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2016). Integrated care models: An overview: Working document. World Health Organization Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/items/ba7389a2-6ac5-4cb1-803d-75e1ac6d8f00>
- Xie, C., Hughes, J., Challis, D., Stewart, K., & Cambridge, P. (2008). Care management arrangements in services for people with intellectual disabilities: Results of a national study. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 21(2), 156–167. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2007.00391.x>
- Yeo, G. T. S., Kannan, P., Lee, E. S., & Smith, H. E. (2022). Community case managers' challenges collaborating with primary care when managing complex patients in the community: A qualitative study in Singapore. Health & Social Care in the Community, 30(4), 1568–1577. <https://doi.org/10.1111/hsc.13489>
- Žydžiūnaitė, V., & Sabaliauskas, S. (2017). Kokybiniai tyrimai: Principai ir metodai. Vaga.

ANOTACIJA

Šiame darbe analizuojama atvejo vadyba integruojant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas intelekto ir ar psichosocialinę negalią turintiems asmenims. Darbas aktualus, nes tai Lietuvoje mažai tyrinėta tema, susijusi su praktiniu intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčių asmenų paslaugų prieinamumo ir kokybės užtikrinimo poreikiu. Atliktu tyrimu atskleidžiama, kad atvejo vadybininkas tampa „jungiamąja grandimi“ tarp sveikatos priežiūros, socialinės apsaugos ir kitų sistemų dirbant su šiais asmenimis, kuris atstovaudamas klientui atlieka daugelį funkcijų. Tad atvejo vadyba integruojant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas intelekto ir ar psichosocialinę negalią turintiems asmenims yra sritis, kuriai reikia teikti daugiau dėmesio organizaciniu ir sisteminiu lygmenimis.

Pagrindiniai žodžiai: sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integravimas, atvejo vadyba, intelekto negalią turintys asmenys, psichosocialinę negalią turintys asmenys.

ANOTATION

This thesis analyses case management in the integration of health care and social services for persons with intellectual and/or psychosocial disabilities. The topic is relevant because it has been little researched in Lithuania and is related to the practical need to ensure the accessibility and quality of services for persons with intellectual and/or psychosocial disabilities. The conducted research reveals that the case manager becomes a “linking element” between health care, social protection, and other systems when working with these individuals, performing many functions while representing the client. Therefore, case management in the integration of health care and social services for persons with intellectual and/or psychosocial disabilities is an area that requires greater attention at both organisational and systemic levels.

Keywords: integration of health care and social services, case management, persons with intellectual disabilities, persons with psychosocial disabilities.

SANTRAUKA

Tyrimo aktualumas atsiskleidžia kalbant apie atvejo vadybos praktikoje dažnai pasireiškiantį intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turintiems asmenims teikiamų paslaugų fragmentiškumą nepakankamą institucijų tarpusavio koordinavimą ir atsakomybių išskaidymą, kuris lemia pagalbos tęstinumo stoką ir ribotą intervencijų veiksmingumą. Tema nauja tuo požiūriu, kad Lietuvoje tai dar mažai tyrinėta sritis, siekiant aprėpti sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos galimybes ir jų ribas dirbant su psichosocialinę ir (ar) intelekto negalią turinčiais asmenimis. Tyrimo problema – nepakankamas integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų neapibrėžtumas, besireiškiantis praktikoje. Tyrimo probleminiai klausimai: Kaip atvejo vadyba apibrėžia ir patiria atvejo vadybos taikymo probleminių lauką integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sistemoje, dirbant su intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis? Kokie veiksniai, atvejo vadybos požiūriu, palaiko paslaugų fragmentiškumą ir koordinavimo trūkumus net ir siekiant integracijos, ir kaip tai veikia paslaugų tęstinumą? Kokias sąlygas ir bendradarbiavimo mechanizmus atvejo vadyba įvardija kaip svarbiausius, kad atvejo vadyba veiktų kaip realus integracijos įgyvendinimo instrumentas Lietuvos kontekste?

Tyrimo objektas – atvejo vadybos taikymas integruojant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turintiems asmenims.

Tyrimo tikslas – išanalizuoti atvejo vadybos taikymo galimybes ir iššūkius integruojant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turintiems asmenims, siekiant įvertinti šio modelio veiksmingumą užtikrinant paslaugų koordinavimą ir tęstinumą.

Tyrimo uždaviniai: 1. Išanalizuoti atvejo vadybos sampratą ir jos reikšmę integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų kontekste, remiantis mokslinės literatūros analize; 2. Ištirti, kaip atvejo vadybininkai, dirbantys su intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis, vertina atvejo vadybos taikymą integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sistemoje Lietuvoje.

Atliekant tyrimą naudoti mokslinės literatūros analizės, interviu, turinio analizės metodai. Tyrimo rezultatai parodė, kad atvejo vadybininkas praktikoje dažnai tampa „jungiamąja grandimi“ tarp kliento ir institucijų. Jis padeda klientu suprasti jam per sudėtingą informaciją, realiai pasinaudoti priklausančių paslaugų galimybėmis, stengiasi paslauga individualiai pritaikyti atsižvelgiant į jo poreikius, padrąsina klientą ir palaiko jo motyvaciją, sprendžia nesusikalbėjimo tarp specialistų ir sistemines problemas bei organizacinius klausimus. Darbo išvadose teigiama, kad

atvejo vadyba padeda užtikrinti nuoseklų, koordinuotą ir į klientą orientuotą paslaugų teikimo procesą.

Darbas sudarytas iš trijų dalių. Pirmojoje dalyje „Integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų analizė“ analizuojama atvejo vadybos vieta integruotoje sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sistemoje teoriniu požiūriu. Antrojoje dalyje „Atvejo vadybos integruojant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turintiems asmenims tyrimo metodologija“ pagrindžiamas metodų pasirinkimas, tyrimo dalyvių imtis, atrankos tipas, aptariami tyrimo ribotumai ir kiti tyrimui reikšmingi aspektai. Trečiojoje dalyje „Atvejo vadybos integruojant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turintiems asmenims tyrimas“ analizuojami atlikto tyrimo rezultatai, po kurių pateikiamos išvados, rekomendacijos, literatūros sąrašas, priedai.

SUMMARY

Relevance of the research. The relevance of the research is revealed through the fragmentation of services provided to persons with intellectual and/or psychosocial disabilities, which is often observed in case management practice. This fragmentation is associated with insufficient inter-institutional coordination and the division of responsibilities, which results in a lack of continuity of assistance and the limited effectiveness of interventions. The novelty of the topic lies in the fact that, in Lithuania, this field has still been insufficiently researched, particularly in terms of examining the possibilities and limitations of integrating health care and social services when working with persons with psychosocial and/or intellectual disabilities.

Research problem. The research problem is the insufficient clarity and practical uncertainty of integrated health care and social services. The following research questions are raised: How do case managers define and experience the problematic field of applying case management in the system of integrated health care and social services when working with persons with intellectual and/or psychosocial disabilities? What factors, from the perspective of case management, maintain service fragmentation and coordination gaps despite efforts toward integration, and how do they affect service continuity? What conditions and cooperation mechanisms are identified by case managers as the most important for case management to function as a real instrument for implementing integration in the Lithuanian context?

Object of the research. The object of the research is the application of case management in integrating health care and social services for persons with intellectual and/or psychosocial disabilities.

Aim of the research. The aim of the research is to analyse the possibilities and challenges of applying case management in the integration of health care and social services for persons with intellectual and/or psychosocial disabilities, in order to assess the effectiveness of this model in ensuring service coordination and continuity.

Objectives of the research:

To analyse the concept of case management and its significance in the context of integrated health care and social services, based on an analysis of scientific literature.

To examine how case managers working with persons with intellectual and/or psychosocial disabilities assess the application of case management in the system of integrated health care and social services in Lithuania.

The research employed the methods of scientific literature analysis, interviews, and content analysis. The research results showed that, in practice, the case manager often becomes a “linking element” between the client and institutions. The case manager helps the client understand

information that is too complex for them, make actual use of the services to which they are entitled, seeks to adapt services individually according to the client's needs, encourages the client and supports their motivation, and addresses communication problems between specialists as well as systemic and organisational issues. The conclusions of the thesis state that case management helps ensure a consistent, coordinated, and client-oriented service provision process.

The thesis consists of three parts. The first part, "Analysis of Integrated Health Care and Social Services," analyses the place of case management in the integrated system of health care and social services from a theoretical perspective. The second part, "Research Methodology of Case Management in the Integration of Health Care and Social Services for Persons with Intellectual and/or Psychosocial Disabilities," justifies the choice of methods, the sample of research participants, the type of selection, research limitations, and other aspects relevant to the study. The third part, "Research on Case Management in the Integration of Health Care and Social Services for Persons with Intellectual and/or Psychosocial Disabilities," analyses the results of the conducted research, followed by conclusions, recommendations, a list of references, and appendices.

PRIEDAI

PRIEDAS 1

PUSIAU STRUKTŪRUOTO INTERVIU KLAUSIMYNAS

(atvejo vadybininkams, dirbantiems su intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis)

Šio interviu tikslas – atskleisti Jūsų profesinę patirtį taikant atvejo vadybą integruojant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas. Teisingų ar neteisingų atsakymų nėra – svarbi Jūsų asmeninė patirtis ir požiūris. Visi atsakymai bus naudojami tik mokslinio darbo tikslais, užtikrinant anonimiškumą ir konfidencialumą.

1. **Kaip Jūs apibūdintumėte atvejo vadybos esmę savo kasdienėje profesinėje veikloje?**
(*Ką Jums praktiškai reiškia būti atvejo vadybininku?*)
2. **Kokie pagrindiniai intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčių asmenų poreikiai, su kuriais dažniausiai susiduriate savo darbe?**
3. **Kaip Jūsų praktikoje yra integruojamos sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos dirbant su šiais asmenimis?**
(*Kaip vyksta paslaugų derinimas, bendradarbiavimas tarp sektorių?*)
4. **Kaip organizuojamas paslaugų koordinavimas konkrečiais atvejais?**
(*Kas Jums padeda, o kas apsunkina koordinavimo procesą?*)
5. **Su kokiais iššūkiais susiduriate siekdami užtikrinti paslaugų tęstinumą asmenims, su kuriais dirbate?**
6. **Kaip vertinate bendradarbiavimą su kitais specialistais ir institucijomis (sveikatos priežiūros, socialinių paslaugų, kitais sektoriais)?**
(*Kas veikia gerai, o kur kyla sunkumų?*)
7. **Kaip Jūs matote savo, kaip atvejo vadybininko, vaidmenį integruotų paslaugų sistemoje?**
(*Kurioje situacijoje Jūsų vaidmuo tampa ypač svarbus?*)
8. **Kokius pagrindinius organizacinius ar sisteminius barjerus matote, trukdančius veiksmingai taikyti atvejo vadybą?**
9. **Kokias atvejo vadybos ar paslaugų integravimo praktikas laikytumėte veiksmingiausiomis savo patirtyje?**
(*Kas, Jūsų nuomone, realiai veikia?*)
10. **Ką, Jūsų nuomone, būtų galima keisti ar tobulinti atvejo vadybos organizavime Lietuvoje, siekiant geresnio paslaugų koordinavimo ir tęstinumo?**

PRIEDAS 2

1 lentelė. Kokybinio tyrimo dalyvių charakteristikos.

Dalyvio kodas	Pareigos / funkcija	Atstovaujama institucija / sektorius	Darbo patirtis atvejo vadyboje
D1	Atvejo vadybininkas	Kauno miesto savivaldybės administracijos socialinės paramos skyrius	1m
D2	Atvejo vadybininkas	Kauno rajono savivaldybės administracijos socialinės paramos skyrius	2m
D3	Atvejo vadybininkas	Klaipėdos miesto savivaldybės administracijos socialinių paslaugų skyrius	1m
D4	Atvejo vadybininkas	Telšių rajono savivaldybės administracijos socialinės paramos ir rūpybos skyrius	2,5m
D5	Atvejo vadybininkas	Šiaulių miesto savivaldybės administracijos socialinių paslaugų skyrius	2m
D6	Atvejo vadybininkas	Šiaulių rajono savivaldybės administracijos socialinės paramos skyrius	1,5m
D7	Atvejo vadybininkas	Joniškio rajono savivaldybės administracijos socialinės paramos ir sveikatos skyrius	1,5m
D8	Atvejo vadybininkas	Biržų rajono savivaldybės administracijos socialinės paramos skyrius	2m
D9	Atvejo vadybininkas	Rokiškio rajono savivaldybės	2,5m

		administracijos socialinės paramos ir sveikatos skyrius	
D10	Atvejo vadybininkas	Utenos rajono savivaldybės administracijos socialinių reikalų ir sveikatos skyrius	2m
D11	Atvejo vadybininkas	Zarasų rajono savivaldybės administracijos socialinės paramos skyrius	2,5m
D12	Atvejo vadybininkas	Marijampolės rajono savivaldybės administracijos socialinės paramos skyrius	1,5m
D13	Atvejo vadybininkas	Varėnos rajono savivaldybės administracijos socialinės paramos skyrius	2m
D14	Atvejo vadybininkas	Alytaus miesto savivaldybės administracijos socialinės paramos skyrius	2m
D15	Atvejo vadybininkas	Tauragės miesto savivaldybės administracijos socialinės paramos skyrius	2,5m
D16	Atvejo vadybininkas	Vilniaus miesto savivaldybės administracijos socialinės gerovės skyrius	1m
D17	Atvejo vadybininkas	Panevėžio rajono savivaldybės administracijos socialinės paramos skyrius	2m
D18	Atvejo vadybininkas	Elektrėnų rajono savivaldybės administracijos socialinės paramos skyrius	2m
D19	Atvejo vadybininkas	Šilalės rajono savivaldybės administracijos	1,5m

		socialinės paramos skyrius	
D20	Atvejo vadybininkas	Šalčininkų rajono savivaldybės socialinės paramos ir sveikatos apsaugos skyrius	1m

Pastaba: Tyrimo dalyviai lentelėje žymimi kodais (D1–D20), siekiant užtikrinti anonimiškumą ir konfidencialumą. Konkrečios institucijos neįvardijamos, o pateikiama informacija apibendrinta, laikantis etinių tyrimo principų.

PRIEDAS 3

INFORMUOTO SUTIKIMO FORMA

Tyrimo pavadinimas: **Atvejo vadyba integruojant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas asmenims su intelekto ir (ar) psichosocialine negalia.**

Aš, _____, patvirtinu, kad susipažinau su informaciją apie tyrimą ir sutinku dalyvauti šiame tyrime.

1. Suprantu tyrimo tikslus ir eigą.
2. Žinau, kad dalyvavimas yra savanoriškas.
3. Suprantu, kad galiu bet kada pasitraukti iš tyrimo.

Pažymėkite vieną variantą:

- ☐ Sutinku, kad interviu būtų įrašomas.
- ☐ Nesutinku, kad interviu būtų įrašomas.

Dalyvio parašas: _____

Data: 2025-12-

Tyrėjos parašas: _____

PRIEDAS 4

INFORMACIJA TYRIMO DALYVIAMS

Tyrimo pavadinimas: Atvejo vadyba integruojant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas asmenims su intelekto ir (ar) psichosocialine negalia

Tyrėja: Eglė Šimonienė, Mykolo Romerio universitetas.

Tyrimo vadovė: Doc. dr. Jolanta Pivorienė.

Tyrimo tikslas

Šio tyrimo tikslas – išanalizuoti atvejo vadybininkų patirtį koordinuojant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, identifikuoti integracijos iššūkius ir bendradarbiavimo ypatumus skirtingose savivaldybėse.

Kodėl Jūs kviečiami dalyvauti tyrime?

Dalyvauti kviečiami atvejo vadybininkai, dirbantys su intelekto ir/ar psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis, turintys ne mažiau kaip vienerių metų darbo patirtį.

Dalyvavimo tyrime pobūdis

Jūsų dalyvavimas tyrime yra savanoriškas. Bet kada galite atsisakyti dalyvauti ar nutraukti interviu jo eigoje.

Tyrimo eiga

Bus atliekamas pusiau struktūruotas interviu, kurio trukmė – apie 45–60 minučių. Interviu gali būti įrašomas tik gavus Jūsų leidimą.

Galimos rizikos ir privalumai

Rizikos minimalios ir susijusios tik su galimu emociniu diskomfortu. Dalyvavimas prisidės prie paslaugų integracijos tobulinimo Lietuvoje.

Konfidencialumas

Visi tyrimo dalyviai bus laikomi anonimais. Jūsų tapatybė nebus fiksuojama ar atskleista. Duomenys bus saugomi konfidencialiai ir sunaikinti pasibaigus tyrimui.

Dalyvio teisės

Turite teisę bet kada atsisakyti dalyvauti, neatsakyti į klausimus ir gauti atsakymus apie tyrimo eigą.

PRIEDAS 5

2 lentelė. Atvejo vadybos esmės apibūdinimas kasdienėje profesinės veiklos praktikoje.

Kategorija	Subkategorija	Atsakymų pavyzdžiai
Atvejo vadybos esmė kasdienėje veikloje	Tarpininkavimas ir paslaugų koordinavimas tarp žmogaus, artimųjų ir institucijų	„Aš matau save, kaip tokią pagalbininkę, kaip tarpininkę, tarp savęs, tarp tų žmonių su negalia ir institucija.“ (D1) „Na būti atvejo vadybininku, praktiškai man reikėtų įdėti žmogų sprendžiant jo problemas, viso proceso metu.“ (D2) „Jeigu atvirai, pradžioje atrodė, kad atvejo vadyba bus toks realesnis žmogaus palydėjimas, bet praktikoje aš ją labiau matau kaip koordinavimą ir nuolatinį bandymą sujungti tai, kas sistemoje nelabai susijungia.“ (D5) „...atvejo vadybos esmė... apibūdinčiau kaip kryptingą, nuoseklų procesą, koordinuojant įvairias paslaugas ir išteklius.“ (D7) „Atvejo vadybininko vaidmuo – būti tarpininku tarp asmens, jo artimųjų ir įvairių institucijų.“ (D15) „Man tai pirmiausia reiškia būti šalia žmogaus. Ne vien tik kažką sutvarkyti ar nukreipti, bet iš tikrųjų eiti kartu su juo per visą tą procesą.“ (D16) „Atvejo vadybos esmė - būti su žmogumi (klientu) jo gyvenimo situacijoje ir

		siekti jo nusimatyty tikslų, po truputį, neskubant, gerinant jo gyvenimo kokybę.“ (D17) „Atvejo vadybininkas, mano akimis, yra pagrindinis tarpininkas, derybininkas ir vedlys.“ (D18) „Manau, esmė kai vadybininkas gali suteikti reikiamą pagalbą asmenims, turintiems psichikos arba intelekto negalią, norėdamas pagerinti jo situaciją.“ (D19) „Atvejo vadybininkas yra kaip asmens šeimos advokatas, sprendžia iškilusias problemas. Yra tarpininkas organizuojant paslaugas.“ (D20)
	Žmogaus situacijos matymas „gyvai“	„Man pirmiausia tai yra buvimas šalia žmogaus ir pagalbos organizavimas, kad realiai viskas veiktų.“ (D3) „Atvejo vadybininkas... dirba ne tik su dokumentais, o įsigilina į žmogaus problemas.“ (D13) „...atvejo vadyba visų pirma reiškia darbą su žmogumi. Nuo to viskas ir prasideda: užmezgamas ryšys.“ (D8) „Man atvejo vadybos esmė siejasi su santykio kūrimu su paslaugos gavėju.“ (D18)
	Palaikymas ir saugus, nuoseklus ryšys su žmogumi viso proceso metu	„Stebėti kaip jam sekasi, na ir palaikyti viso proceso metu, nes labai svarbu žmogui tas palaikymas.“ (D2) „Man tai pirmiausia reiškia būti šalia žmogaus... eiti kartu.“ (D16) <u>„Ryšys su žmogumi. Nes jeigu nėra ryšio, tai niekas ir nevyksta.“ (D16)</u>

		„Atvejo vadybos esmė - būti su žmogumi (klientu) jo gyvenimo situacijoje.“ (D17) <u>„Žmogus jaučiasi saugus, nesijaučia vienas.“ (D17)</u>
	Įgalinimas: savarankiškumo stiprinimas kaip pagrindinis ilgalaikis tikslas	„Taip, kad padėti jiems gyventi, kuo savarankiškiau – turėtų visas galimybes ir sąlygas.“ (D1) „Mano pagrindinis tikslas išmokyti žmogų pačiam priimti sprendimus.“ (D9) „...svarbiausia – įgalinimas, kad žmogus pats galėtų spręsti problemas ateityje.“ (D7) „...siekiu kuo savarankiškesnio asmens gyvenimo bendruomenėje.“ (D15)
	Palydėjimas „kartu“ ir koordinavimas „iš šalies“	„Taip, tikrai taip. Aš pati žmonių dažniausiai nelydžiu, nebent būtų išskirtinė situacija.“ (D5) „...palydėjimas į pirmus vizitus...“ (D11) „...palydi, padrąsina.“ (D16)

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis tyrimo duomenimis.

PRIEDAS 6

3 lentelė. Pagrindinių paslaugų gavėjų poreikių išskyrimas.

Kategorija	Subkategorija	Atsakymų pavyzdžiai
Pagrindinių paslaugų gavėjų išryškinimas	Institucinių dokumentų tvarkymas ir praktinis orientavimas paslaugų sistemoje	„Dažniausiai žmonėms reikia pagalbos, sutvarkant tam tikrus institucinius dokumentus, reikia pagalbos dėl palydėjimo į įstaigas, pagalbos užtikrinant jų teises.“ (D1) „Padėti suprasti kokios pagalbos jam reikia, susisiekti su reikalingom institucijom.“ (D2) „Mano darbas dažnai yra išklaustyti žmogų, įsivardinti jo problemas, nukreipti, susisiekti su viena ar kita įstaiga, perduoti informaciją.“ (D5) „...dokumento ar registracijos klausimai – reikia paaiškinti paprastai, kad žmogus suprastų, ką daryti.“ (D11) „Pirmiausiai dokumentų tvarkymas ir nukreipimas, nes žmonės dažnai nežino kur eiti ir nuo ko pradėti.“ (D13) „Žmogui gali reikėti dokumentus susitvarkyti, dėl išmokų pasidomėti.“ (D16) „Pagal poreikį padedu registruojantis pas gydytojus.“ (D17) „Pagalba tvarkantis išmokas, paramas, nes asmenys tikrai sunkiai orientuojasi nuo ko pradėti, į ką kreiptis.“ (D20)
	Sveikatos priežiūros paslaugų pasiekiamumo užtikrinimas ir palydėjimas	„Būna žmonės tiesiog droviasi eiti pas gydytoją arba jeigu lankosi, tai ne taip dažnai, neima tų vaistų, kurie jiems išrašyti.“ (D1) „Reikia. Kadangi, ypatingai žmonės, kurie turi

		psichosocialinę negalią, tai be abejo, kad reikia emocinio to tokio palaikymo ir psichologinio.“ (D2) „...sveikatos priežiūros poreikis – padėti užsiregistruoti, nes vienam baisu eiti.“ (D11) „Reikia padėti užsiregistruoti, nueiti, suprasti, ką gydytojas pasakė, kaip vaistus vartoti.“ (D16) „Klientas su intelekto negalia dažniausiai būna apleidęs savo sveikatą, tad pirmas žingsnis – stiprinti fizinę ir psichikos sveikatą.“ (D17) „Viskas prasideda nuo sveikatos priežiūros – reikia koreguoti ligas, kad nebūtų krizės.“ (D19) „Sveikatos problemų sprendimas pagrindinis mūsų darbas, reikia čia ir dabar spręsti problemą, bendrauti su gydytojais ir žmogui padėti greituoju būdu.“ (D20)
	Užimtumas ir įsidarbinimas	„Užimtumo.“ (D2), „...užimtumas arba darbinio užimtumo ieškojimas.“ (D4), „...poreikiai užimtumo ir įsidarbinimo srityse.“ (D8), „Kai kurie nori dirbti, tik labai trūksta pasitikėjimo savimi arba nežino nuo ko pradėti.“ (D16), „Užimtumo ir įsidarbinimo poreikis pasitaiko nuolat, nes žmogui svarbu ne tik pajamos, bet ir prasminga veikla.“ (D18)
	Įsitraukimas į bendruomenę ir socialinių ryšių stiprinimas	„Socialiniai santykiai – tai yra labai svarbu.“ (D2), „Daug žmonių nori kažkur išeiti, kažką veikti, bendrauti, nori nesijausti

		vieni.“ (D16), „Labai svarbus socialinis bendravimas, nes žmonės dažnai būna izoliuoti.“ (D19)
	Finansinių išteklių užtikrinimas ir ekonominio stabilumo palaikymas	„Dažniausiai reikia dėl išmokų, gauti pagalbą.“ (D1), „Žmogui gali reikėti dėl išmokų pasidomėti.“ (D16), „Labai dažnai dar būna finansiniai dalykai – išmokos, kompensacijos, dokumentai.“ (D16), „Poreikiai apima finansinio raštingumo stiprinimą.“ (D17), „Pagalba tvarkantis kompensacijas ar kitus finansinius klausimus.“ (D18), „Pagalba tvarkantis išmokas, paramas.“ (D20)
	Būsto klausimų sprendimas ir minimalių gyvenimo sąlygų užtikrinimas	„...poreikiai susiję su būstu.“ (D16) (D18), „Žmonės neturi nei kaip atsinešti vandens, nėra higienos kambarių, kaip tualetas ar dušas.“ (D19)
	Dienos struktūros ir kasdienės rutinos palaikymas	„...susitvarkyti kasdienybę, laikytis režimo.“ (D3) „...dienos struktūros poreikis.“ (D5) „Kad būtų daugiau aiškumo, saugumo, rutinos.“ (D16) „Tik patenkinus fiziologinius ir saugumo poreikius, galime judėti toliau.“ (D17)

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis tyrimo duomenimis.

PRIEDAS 7

4 lentelė. Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integravimo įgyvendinimas dirbant su intelekto ir (ar) psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis.

Kategorija	Subkategorija	Atsakymų pavyzdžiai
Paslaugų integravimas kaip procesas	Integravimas kaip nuoseklus procesas	„Paslaugų derinimas ir bendradarbiavimas tarp skirtingų sektorių praktikoje vyksta kaip nuolatinis koordinavimo procesas, kuriame atvejo vadybininkė veikia kaip jungiamoji grandis tarp skirtingų specialistų ir institucijų.“ (D7) „Praktikoje viskas prasideda nuo žmogaus situacijos įvertinimo ir tuomet dėliojama, kokių paslaugų reikia.“ (D11)
	Atvejo vadybininkas kaip jungiamoji grandis: tarpininkavimas	„Atvejo vadybininkė veikia kaip jungiamoji grandis tarp skirtingų specialistų ir institucijų.“ (D7) „Aš matau save kaip žmogų tarp paslaugos gavėjo, tarp specialistų ir institucijų.“ (D8) „Mano vaidmuo yra sujungti sistemas ir apsaugoti žmogų nuo pasimetimo jose.“ (D11) „Esu tas žmogus, kuris suveda su specialistu, nuveda, supažindina ir palydi.“ (D10)
	Sveikatos priežiūros paslaugų integravimas jas įtraukiant į socialinę atvejo vadybą	„Sveikatos paslaugų integravimas praktikoje reiškia ne tik nukreipimą pas gydytoją, bet ir nuoseklų sveikatos aspektų įtraukimą į visą pagalbos procesą.“ (D7) „Pradedame nuo to, kad padedame žmogui užsiregistruoti pas šeimos gydytoją ir, jei reikia, palydime.“ (D8) „Labai dažnai tenka lydėti

		asmenis pas gydytoją ir po vizito kartu aptarti, ką gydytojas pasakė ir ką tai reiškia.“ (D11) „Dažnai būna vaistų naudojimo aplaidumas, todėl bendradarbiaujame su psichikos sveikatos specialistais.“ (D9)
	Palydėjimas kaip integracijos dalis	„Vienas iš pagrindinių poreikių yra palydėti ir būti šalia.“ (D7) „Žmogus dažnai neturi drąsos pats kreiptis į sveikatos įstaigas, todėl einame kartu.“ (D9) „Palydėjimas į pirmus vizitus padeda žmogui jaustis saugiau ir suprasti procesą.“ (D11) „Svarbiausia yra nuvesti žmogų pas paslaugą ir parodyti, kad tai nėra baisu.“ (D10)
	Informacijos pateikimas ir paaiškinimas klientui / paslaugos gavėjui	„Svarbu informacijos išvertimas ir paaiškinimas, kokia yra gydymo eiga.“ (D7) „Aš informaciją pateikiu paprastai ir aiškiai, kad žmogus ją suprastų.“ (D8) „Tenka versti specialistų kalbą į paprastą, žmogui suprantamą kalbą.“ (D11) „Reikia paaiškinti, kur eiti ir ką daryti, nes žmogus dažnai nežino.“ (D10)
	Bendradarbiavimas tarp institucijų	„Bendradarbiavimas vyksta susitinkant su specialistais ir telefonu derinant dokumentus.“ (D8) „Palaikomas ryšys su psichikos sveikatos centro darbuotojais.“ (D9) „Kai specialistai mato žmogų, o ne tik savo funkciją, bendradarbiavimas būna efektyvus.“ (D11)
	Neformalūs ryšiai tarp institucijų	„Dažniausiai bendradarbiavimas vyksta

		neformaliai – susiskambiname ir pasitariame.“ (D10) „Asmeniniai ryšiai labai padeda koordinuojant paslaugas.“ (D12)
	Atvejo vadybos metu / procesuose vykstantys komandiniai susitikimai	„Organizuojame atvejo komandos posėdžius, kad visi specialistai susitartų dėl veiksmų.“ (D11) „Atvejo komandos susitikimai padeda pasiskirstyti atsakomybes.“ (D12)
	Paslaugų pritaikymas pagal individualius poreikius	„Paslaugos turi būti orientuotos į žmogaus poreikius.“ (D7) „Kiekvienam žmogui reikia individualiai parinkti paslaugas.“ (D9) „Svarbu, kad pagalba realiai pasiektų žmogų.“ (D11) „Negalima taikyti vienodų sprendimų visiems.“ (D8)
	Paslaugų organizavimo praktika	„Tenka derinti transportą, laikus, dokumentus.“ (D8) „Išsiaiškinu, kokios paslaugos reikalingos ir jas suderinu.“ (D9) „Kartais reikia kelis kartus sugrįžti prie to paties klausimo.“ (D11)
	Sistemų nesusietumo problema	„Institucijos dažnai dirba atskirai, todėl žmogus lieka tarp sistemų.“ (D11) „Bendradarbiavimas yra fragmentuotas.“ (D7) „Paslaugos kartais dubliuojamos, nes nėra bendros sistemos.“ (D9) „Integracija priklauso nuo individualių pastangų, o ne nuo sistemos.“ (D12)
	Paslaugų prieinamumo klientui / asmeniui užtikrinimas	„Svarbu užtikrinti, kad paslaugos būtų suteiktos laiku ir nuosekliai.“ (D7) „Reikia ne tik paskirti paslaugą, bet ir užtikrinti jos prieinamumą.“ (D11) „Didelė darbo dalis yra

		padėti žmogui pasiekti paslaugas.“ (D10)
--	--	---

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis tyrimo duomenimis.

PRIEDAS 8

5 lentelė. Paslaugų koordinavimo organizavimas atskirais atvejais: praktinė patirtis.

Kategorija	Subkategorija	Atsakymų pavyzdžiai
Koordinavimas konkrečiais atvejais	Kaip praktinis darbas „čia ir dabar“ nedelsiant	„Kai visi prisimena, kad centre yra žmogus, tada lengviau ir tuos skirtumus įveikti.“ (D6) „Kai specialistai mato žmogų, o ne tik vien savo funkciją, tada bendradarbiavimas būna labai geras.“ (D11) „Mes neformaliai visą laiką susitinkam, pasitariam, informuojam vieni kitus, ką toliau darysim.“ (D10) „Savivaldybė bendradarbiauja.“ (D1)
	Maža paslaugos gavėjų motyvacija kaip koordinavimo kliūtis	„Koordinuojant paslaugų procesą labai padeda jei asmuo yra motyvuotas ir noriai siekia pokyčių savo gyvenime.“ (D6) „Būna, kad žmogus po vieno nesėkmingo vizito nebenori grįžti <...> Jeigu žmogus jaučiasi paliktas vienas po pirmo žingsnio, tas tęstinumas labai greitai nutrūksta.“ (D11) „Žmogus neprisilaiko vizitų.“ (D16)
	Lėtas institucijų darbas, dideli darbo krūviai	Kartais koordinavimo procesą apsunkina informacijos trūkumas, skirtingos institucijų veiklos tvarkos, didelis specialistų darbo krūvis ar riboti paslaugų resursai. (D15) „Žinoma, labai svarbu, kad yra nemažos eilės, tai žmogui tenka palaukti <...> jeigu žmogui reikia pas gydytoją psichiatrą, o tų talonų – mažai, tai kelių, dviejų savaičių bėgyje ar mėnesio bėgyje

Kategorija	Subkategorija	Atsakymų pavyzdžiai
		patekti tik gali. Tos eilės apsunkina pagalbos gavimą." (D2)
	Neformalus ryšiai ir individualus darbas	„Mes neformaliai visą laiką susitinkam, pasitariam, informuojam vieni kitus, ką toliau darysim." (D10) „Jeigu ne asmeniniai ryšiai, būtų apsunkinta." (D12)
	Specialistų pastangos	„Labiausiai padeda tada, kai specialistai yra pasiekiami ir nusiteikę bendradarbiauti." (D11)
	Koordinavimo eiga: registravimas, susisiektis su įstaigomis, ryšio palaikymas	„Įvertiname situaciją, susidarome planą ir bendraujame su specialistais." (D3) „Stengiuosi susisiekti, užregistruoti žmogų gydytojų konsultacijai, susisiekiu su socialinėm įstaigom jeigu reikia." (D2) „Padedu žmogui suderinti visą reikalingą pagalbą ir palaikau ryšį su specialistais." (D2) „Konkrečiu atveju aš pirmiausia bandau išsigryninti, kas yra svarbiausia čia ir dabar. Tada žiūriu, į kokias įstaigas reikia kreiptis, kokie specialistai turėtų įsitraukti, kokių dokumentų trūksta. Susisiekiu telefonu ar el. paštu, paaiškinu situaciją, informuoju žmogų, ką jis turi padaryti toliau." (D5)
	Duomenų apsauga ir teisinis reglamentavimas kaip ribojantys veiksmai	„Gal labiau dėl duomenų apsaugos. Ir su antstoliais ir su notariais čia visokius klausimus sprendžiame. Teisinis reglamentavimas šiek tiek apsunkina procesą." (D3) „Tai keičiasi teisinis reglamentavimas, ir su tuo

Kategorija	Subkategorija	Atsakymų pavyzdžiai
		susiduri kiekvieną dieną, staigiai reikia kažką tai daryti ir žiūri, kad tas teisinis reglamentavimas yra pasikeitęs. Tai tu pusmetį tą patį darei, ko nereikėjo daryti." (D4) „Reikia sprendimų prašyti, siuntimus rašyti, reikia sutartis sudarinėti – tada jau nebe žmogus pirmoje vietoje, bet visas tas biurokratinis krūvis." (D4)
	Formalus požiūris kaip trukdis	„Kartais koordinavimas atrodo kaip nuolatinis priminimas kitiems, kad tas žmogus apskritai egzistuoja ir jo klausimas dar neišspręstas." (D5)

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis tyrimo duomenimis.

PRIEDAS 9

6 lentelė. Iššūkiai, su kuriais susiduriama siekiant užtikrinti paslaugų tęstinumą.

Kategorija	Subkategorija	Atsakymų pavyzdžiai
Su paslaugų gavėjais susiję iššūkiai	Susiekimo problemos	„Pagrinde visos mūsų paslaugos yra mieste ir jų yra nemažai, turime socialines dirbtuves, nevyriausybinės organizacijas, kurios teikia paslaugas, tačiau didžiausia problema yra transportas.“ (D1) „Transporto pasiekiamumas yra didžiausia problema, nes žmogus negali reguliariai lankytis paslaugose.“ (D10) „Ypač kaimiškose vietovėse žmonės susiduria su transporto problema ir negali atvykti nei pas gydytojus, nei į socialines paslaugas.“ (D18) „Transporto galimybės yra ribotos, todėl paslaugų tęstinumą tampa sudėtingas.“ (D7)
	Paslaugų gavėjų motyvacijos pokyčiai	„Tęstinumas yra labai trapus, nes žmogus gali pradėti lankyti paslaugas, bet vėliau nustoti dėl įvairių priežasčių.“ (D5) „Kartais tenka išlaukti, kai žmogus sako, kad jam nieko nereikia, bet vėliau jis vėl sugrįžta į procesą.“ (D14) „Reikalingas nuolatinis palaikymas, priminimas ir bendravimas, kad žmogus išliktų procese.“ (D11) „Žmogus neprisilaiko vizitų.“ (D16)

Su specialistais susiję iššūkiai	Paslaugų koordinavimas neatsižvelgiant į žmogaus gebėjimų lygį	„Kai žmogui pačiam labai sunku suprasti, kas vyksta, kas už ką atsakingas, kokie bus kiti žingsniai, tai mano darbas yra tą procesą padaryti aiškesnį.“ (D6) „Žmogui labai dažnai tie visi procesai atrodo kaip viena didelė painiava.“ (D11)
	Pasitikėjimo specialistų stoka tarp	„Trūksta pasitikėjimo, dėl to kyla sunkumų, nes gydymo įstaigos nesuteikia pakankamai informacijos dėl duomenų apsaugos.“ (D6)
Institucinio paslaugų prieinamumo problemos	Neaiškumas, skirtingos tvarkos ir dokumentų našta	„Sunkumų kyla tada, kai trūksta komunikacijos arba kai kiekviena institucija mato tik savo dalį.“ (D11) „Informacija ne visada yra perduodama laiku, skirtingos institucijos turi skirtingas tvarkas ir prioritetus.“ (D7) „Didelė administracinė našta.“ (D9)
	Nėra koordinavimo	„Svarbu, kad paslaugos būtų suderintos, nesidubliuotų ir atitiktų paslaugų gavėjo poreikius.“ (D6) „Nėra bendros sistemos, kaip tas paslaugas sukoordinuoti todėl dažnai jos yra perteklinės arba dubliuojamos.“ (D9)

	Specialistų trūkumas	„Mano patirtis rodo, kad ilgas laukimo laikas pas specialistus yra didelė problema.“ (D2) „Specialistų trūkumas apsunkina paslaugų prieinamumą ir tęstinumą.“ (D6) „Norėtusi daugiau specialistų, nes dabar jų nepakanka visiems poreikiams patenkinti.“ (D7)
	Ribotos psichologo konsultacijos	„Psichologas pas mus atvažiuoja tik vieną kartą per mėnesį, todėl labai sunku užtikrinti nuoseklų darbą su klientu.“ (D1) „Psichologų konsultacijų skaičius yra ribotas, todėl tenka ilgai laukti arba ieškoti alternatyvų.“ (D6) „Psichikos sveikatos paslaugų poreikis didėja, bet pasiūla nespėja su tuo augimu“

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis tyrimo duomenimis.

PRIEDAS 10

7 lentelė. Bendradarbiavimo su kitais specialistais ir institucijomis (sveikatos priežiūros, socialinių paslaugų, kitais sektoriais) vertinimas.

Kategorija	Subkategorija	Atsakymų pavyzdžiai
Bendradarbiavimo su specialistais ir institucijomis teigiamas vertinimas	Bendradarbiauti stengiamasi	„Su vienomis sveikatos įstaigomis pavyksta bendradarbiauti.“ (D9)) „Padeda visi, su kuo tenka bendrauti.“ (D10) „Su psichikos sveikatos centru man geriau sekasi bendradarbiauti.“ (D1) „Vertinu pakankamai gerai.“ (D3) „Dar niekad neužtrenkė durų.“ (D4) „Kai specialistai dalijasi informacija ir mato bendrą tikslą, pagalba būna stipresnė.“ (D5) „Reguliarus bendravimas su specialistais labai padeda.“ (D6) „Bendradarbiavimas dažnai efektyvus, kai aiškūs tikslai ir komunikacija.“ (D7) „Šeimos gydytojai dalinasi informacija ir padeda spręsti situacijas.“ (D8) „Yra ir gerai veikiančių specialistų.“ (D9) „Mes visi kartu dirbam dėl tų žmonių.“ (D10) „Psichiatrai mielai priima kartu su klientu.“ (D4) „Kai specialistai dalijasi informacija, pagalba būna stipresnė.“ (D5) „Bendradarbiavimas vyksta gana sklandžiai ir aktyviai.“ (D15) „Kai specialistai yra pasiekiami, viskas vyksta sklandžiau.“ (D16) „Gydytojai džiaugiasi bendradarbiavimu.“ (D17) „Komandų susibūrimai padeda spręsti situacijas.“ (D19)

		„Problemos sprendžiamos bendradarbiaujant.“ (D20)
	Kai kurie specialistai aktyviai įsitraukia	Labai priklauso nuo dirbančio žmogaus.“ (D9) „Kai specialistai mato žmogų, o ne tik savo funkciją, bendradarbiavimas būna geras.“ (D11) „Labiausiai padeda konkretūs, atsakingi specialistai.“ (D5) „Jei turi empatijos ir supratimo, darbas vyksta sklandžiau.“ (D9) „Jei randi supratingą specialistą, visas juda.“ (D5) „Ne visi specialistai vertina atvejo vadybininką.“ (D3) „Svarbus specialistų geranoriškumas.“ (D17) „Kai kurie specialistai nori bendradarbiauti, tada rezultatai geresni.“ (D16) „Svarbu specialistų įsitraukimas.“ (D15)
	Sėkmingai išnaudojamos neformalaus bendradarbiavimo galimybės	„Deriname veiksmus telefonu ir tiesiogiai.“ (D8) „Neformaliai susitinkam, pasitariam.“ (D10) „Galima pasiskambinti, aptarti situaciją.“ (D3) „Kelių organizacijų susibėgimai.“ (D4) „Skambučiai, laiškai, greitas pasitarimas.“ (D20) „Neformalus bendravimas padeda spręsti problemas.“ (D19)

Bendradarbiavimo specialistais institucijomis neigiamas vertinimas	su ir	Nėra bendros sistemos, leidžiančios koordinuoti paslaugas	„Mes neformaliai susitinkam, pasitariam, susiskambinam.“ (D10) „Su kai kuriomis įstaigomis sunkiau sekasi bendradarbiauti.“ (D9) „Specialistai labai retai kreipiasi pas mane.“ (D1) „Ne visos paslaugos kreipiasi, kai galėtų bendradarbiauti.“ (D4) „Bendradarbiavimas daugiau laikosi ant asmeninių pastangų.“ (D5) „Nepakankamas tarpinstitucinis bendradarbiavimas.“ (D6) „Socialiniame sektoriuje bendradarbiavimo beveik nėra.“ (D4) „Institucijos veikia fragmentuotai.“ (D7) „Nėra aiškios bendradarbiavimo sistemos ar struktūros.“ (D8) „Skirtingos institucijų tvarkos apsunkina bendradarbiavimą.“ (D15) „Nėra bendro vaizdo.“ (D16) „Fragmentuotas bendradarbiavimas.“ (D19)
		Pasidalijimo informacija problemos	„Informacija dažnai lieka neprieinama tiems, kuriems jos reikia.“ (D10) „Gydytojai ne visada nori pasakyti apie savo klientą.“ (D1)

		„Mažai kas nori svarbios informacijos paskleisti.“ (D3) „Informacijos stoka.“ (D5) „Informacijos perdavimo problemos tarp institucijų.“ (D7) „Asmens duomenų apsauga tampa barjeru.“ (D8) „Sunku gauti informaciją dėl duomenų apsaugos.“ (D15) „Informacijos nesidalinimas lėtina procesą.“ (D18) „Istaigos nenoriai teikia informaciją.“ (D20)
	Konkurencija tarp paslaugų teikėjų trukdo	„Kai kurios organizacijos suinteresuotos teikti kuo daugiau paslaugų.“ (D9) „Nenoras dalintis klientais.“ (D12) „Jaučiu tokią kaip ir konkurenciją.“ (D1) „Mane mato kaip konkurentę.“ (D4) „Istaigos linkusios dirbti atskirai, ne kaip sistema.“ (D6) „Specialistai sprendžia problemas savarankiškai.“ (D18) „Atsiranda trintis tarp specialistų.“ (D18)
	Formalumas ir biurokratija	„Informacija pateikiama sudėtingai, ne visada suprantamai.“ (D11) „Reikia praeiti teisinį kelią.“ (D3) „Biurokratija.“ (D5) „Formalus požiūris į paslaugų gavėją.“ (D6) „Nėra aiškaus reglamentavimo tarp institucijų.“ (D8) „Sistema per sudėtinga.“ (D16) „Ilgi sprendimų procesai.“ (D15) „Duomenų apsauga apsunkina bendradarbiavimą.“ (D20)

	Sisteminiai ir organizaciniai barjerai	„Didelis specialistų darbo krūvis.“ (D15) „Paslaugų trūkumas regionuose.“ (D15) „Transporto problemos.“ (D18) „Finansiniai resursai riboti.“ (D19) „Darbuotojų kaita.“ (D20) „Sistema nėra pakankamai lanksti.“ (D16)
	Socialiniai ir kultūriniai barjerai	„<...> pasipriešinimas.“ (D19) „Asmenys jaučiasi neverti.“ (D17)

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis tyrimo duomenimis.

PRIEDAS 11

8 lentelė. Atvejo vadybininko vaidmuo integruotoje paslaugų teikimo sistemoje.

Kategorija	Subkategorija	Atsakymų pavyzdžiai
Atvejo vadybininko vaidmuo	Nuoseklus vedimas per procesą ir žmogaus interesų atstovavimas skirtingose sistemose	„Padedu žmogui gauti visas reikalingas paslaugas, pradedant nuo poreikių išsiaiškinimo iki realaus paslaugų gavimo.“ (D2) „Kartu organizuoju pagalbą, kad žmogus gautų užimtumą, socialinių įgūdžių ugdymą dienos centre ar bendruomenėje.“ (D2) „Atvejo vadybininkas pirmiausia yra advokatas klientui visose jo gyvenimo srityse ir atstovauja jo poreikiams.“ (D17) „Aš savo vaidmenį matau kaip tiltą tarp sveikatos priežiūros sektorių ir socialinių darbuotojų.“ (D18) „Atvejo vadybininkas yra tarsi koordinavimo centras, kuris apjungia visas pagalbos grandis.“ (D7)
	Informavimas ir orientavimas sistemoje: nukreipimas, veiksmų paaiškinimas suprantama kalba	„Padedu žmogui susigaudyti, kur jam kreiptis, ką sakyti ir kaip tvarkyti savo reikalus.“ (D5) „Tarpininkas padeda žmogui paprasčiau suvokti sudėtingą informaciją, paverčiant ją suprantama kasdiene kalba.“ (D3) „Dažnai tenka paaiškinti paprastai, ką žmogui reikia daryti ir kokie yra tolimesni žingsniai.“ (D16) „Žinoma kaip koordinatoriaus, kaip tarpininko, kuris padeda sujungti skirtingas sistemas tarp asmens ir paslaugas teikiančios įstaigos, kad asmuo gautų informaciją

		įstaigose suprastų ir gebėtų vertinti.“ (D3)) „Tai supažindinimas su tais pačiais asmenimis, pasakojimas jiems apie tas paslaugas.“ (D10)
	Motyvacijos stiprinimas ir padrąšinimas priimti pagalbą bei išlikti procese	„Svarbi mano darbo dalis yra motyvuoti žmogų kreiptis pagalbos ir priimti siūlomas paslaugas.“ (D6) „Nuolat tenka motyvuoti žmogų, kad jis tęstų pradėtą procesą ir nenutrauktų pagalbos.“ (D11) „Motyvuoti žmogų yra labai svarbu, nes be to procesas dažnai sustoja.“ (D7) „Kartais reikia padrąsinti žmogų, kad jis nebijotų kreiptis ir pasitikėtų pagalba.“ (D14) „Taip pat atstovauti kliento norą, poreikį tenka nuvykus vienokią ar kitokią instanciją, kad neprapultų kliento drąsa, ryžtas, motyvacija, labai svarbu būti kartu su klientu, jam priminti, kokį tikslą jis turi išsikėles ir kaip pagerėtų jo gyvenimas, įgyvendinus savo išsikeltą tikslą. Kai kurie klientai tuo jau džiaugiasi.“ (D17)
	„Vertėjo / laidininko“ funkcija: informacijos perėmimas, perdavimas ir paaiškinimas, kai žmogus pats nesusiorientuoja	„Tai aš čia kaip laidininku arba vertėju patampu.“ (D4) Tarkime, žmogus apsilankęs gydymo įstaigoje ir gavęs paslaugą ten gali daugiau nesilankyti, o mes, kaip atvejo vadybininkai, dalyvaujame žmogaus gyvenime, stebime tą procesą ar žmogus vykdo gydymo paskyrimą (D20) „Mano vaidmuo man atrodo labai svarbus tada,

		kai žmogus pats dar nepajėgia visko susidėlioti. Kai jis pasimetęs, bijo, nesupranta sistemos, tada atvejo vadybininkas būna tas tarpinis žmogus, kuris padeda viską sujungti į vieną vietą” (D16) „Jis padeda sujungti skirtingų sričių specialistus, kad asmeniui būtų suteikta visapusiška pagalba. Mano, kaip atvejo vadybininko, vaidmuo ypač svarbus situacijose, kai asmeniui sunku savarankiškai orientuotis paslaugų sistemoje arba kai reikia koordinuoti kelių institucijų veiksmus“ (D15)
	Stebėseną ir greitas reagavimas pablogėjimo / krizės situacijose	„Ir klausiu, ar gėrei vaistų? Ai, neįsirašiau. Tai kodėl? Ar eilė yra? Na, tada bandai ieškoti ir skambinti.“ (D12) „Taip pat atvejo vadybininko vaidmuo tampa itin svarbus krizinių situacijų metu, kai pablogėja asmens psichikos sveikatos būklė, atsiranda socialinių problemų, kyla rizika prarasti gyvenamąją vietą ar kitas reikalingas paslaugas. Tokiais atvejais svarbu greitai reaguoti, organizuoti specialistų bendradarbiavimą ir užtikrinti, kad asmeniui būtų suteikta reikalinga pagalba laiku“ (D15) Nuolatinis bendravimas su klientu ir jo stebėjimas, kad jis gautų ne tik būtinas, bet ir prevencines sveikatos priežiūros paslaugas. Informuojame apie galimas paslaugas, kad užkirsti kelią ligos paūmėjimui” (D19)
	Administracinė stebėseną ir teisių užtikrinimas (išmokos, poreikiai, dokumentai)	„Dar labai svarbu, sąrašą žmonių kurį turiu, vis laikas nuo laiko patikrinu sistemoje, nes turiu didesnę

		priėjimą nei socialiniai darbuotojai ir žiūriu ar priklauso visos išmokos, ar gauna tai kas jiems priklauso.“ (D13) „<u>Kelis atvejus atradau, kad žmonėms nustatyti poreikiai, o jie nesikreipė į savivaldybę ir negauna pinigų.</u>“ (D13) D16: “Pavyzdžiui, žmogui reikia pagalbos iš gydytojų, ir socialinės pagalbos, ir kažkokių sprendimų dėl būsto ar išmokų.”
--	--	---

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis tyrimo duomenimis.

PRIEDAS 12

9 lentelė. Pagrindiniai organizaciniai ir sisteminiai barjerai, trukdantys veiksmingai taikyti atvejo vadybą.

Kategorija	Subkategorija	Atsakymų pavyzdžiai
Sisteminiai barjerai	Konfidencialumas ir duomenų apsauga kaip barjeras	„Dėl duomenų apsaugos reikia daug papildomo darbo, kad sužinoti situaciją.“ (D20) „Kartais dėl duomenų apsaugos telefonu informacija apskritai neteikiama.“ (D19)
	Finansinių ir materialinių resursų trūkumas	„Finansinių resursų stoka riboja galimybes žmogui gauti reikalingas paslaugas.“ (D18) „Pavėžėjimo paslaugos yra ribotos, nors jų poreikis yra didelis.“ (D19)
	Žmogiškų resursų trūkumas ir darbo krūviai	„Labai jaučiasi žmogiškųjų resursų stoka ir dideli darbo krūviai.“ (D18) „Specialistai dirba sunkų darbą, bet jiems ne visada užtikrinamos tinkamos darbo sąlygos.“ (D19)
	Teisinis neapibrėžtumas	„Atvejo vadyba dar nėra pilnai išgryninta, todėl institucijos kartais nežino jos vaidmens.“ (D20) „Trūksta aiškumo, kaip turėtų vykti bendradarbiavimas tarp skirtingų sektorių“ (D18)
Organizaciniai barjerai	Nesidalijimas informacija, nekalbėjimas, nesikalbėjimas	„Kai informacija nevaikšto, stringa ir sprendimai.“ (D18) „Kartais bendradarbiavimas vyksta tik iš atvejo vadybininko iniciatyvos.“ (D19)
	Asmeninės atsakomybės nebuvimas	„Žmogus nebūtų mėtom as nuo vienos vietos prie kitos.“ (D5) „Dažnai būna, kad nebe žmogus pirmoje vietoje, bet visas tas biurokratinis krūvis.“ (D4) Dažnai specialistai vengia

		atsakomybės arba permeta darbus kitiems.“ (D6) „Kartais paskirsčius atsakomybes tarp specialistų, tenka kartas nuo karto vis priminti, kas ką turi atlikti.“ (D7)
	Nėra nusistovėjusios informacijos dalijimosi tvarkos	„Konfidencialumas ir jo nuožmus laikymasis, kad nėra nusistovėjusių tvarkų, kaip turėtų būti keičiamasi informacija, nėra bendradarbiavimo.“ (D2) „Manau, kad ir be neformalaus ryšio specialistai turėtų labiau dalintis informacija.“ (D3)
	Profesinės ir tarpsektorinės konkurencijos jausmas	„Kai kurios organizacijos vis dar mato mane kaip konkurentą ir kad jos pačios susitvarkys.“ (D4) „Jaučiu tokią kaip ir konkurenciją, kadangi psichikos sveikatos centrai dar turi savo vadybininkus, kurie kartais nelabai supranta savo funkciją ir mano, kad aš esu jų konkurentė.“ (D1)
	Atsainus požiūris	„Pasitaiko atvejų, kai bendradarbiavimas būna formalus, nesistengiama gilintis į asmens situaciją.“ (D6)
	Paslaugų individualizavimo nebuvimas	„Jis nori būti tarp kitokių, sveikesnių, žmonių, kad pagal asmens gebėjimus ir poreikius būtų ta paslauga pritaikyta.“ (D3) „Paslaugos nėra teikiamos lanksčiai, neįsigilinama į asmens situaciją.“ (D6) „Paslaugos retai pritaikomos individualiai.“ (D7)

	Tarpinstitucinio bendradarbiavimo trūkumas	„Taip pat ir nepakankamas tarpinstitucinis bendradarbiavimas, tarp sveikatos priežiūros specialisto ir socialinio darbuotojo.“ (D2) „Nepakankamas tarpinstitucinis bendradarbiavimas apsunkina paslaugų koordinavimą.“ (D6) „Bendradarbiavimas vis dar remiasi tik asmeninių ryšių ir geranoriškumo principu.“ (D3)
--	--	--

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis tyrimo duomenimis.

PRIEDAS 13

10 lentelė. Atvejo vadybos ir paslaugų integravimo praktikos, kurios veiksmingiausios.

Kategorija	Subkategorija	Atsakymų pavyzdžiai
Veiksmingos atvejo vadybos ir paslaugų integravimo praktikos	Individualizuotas požiūris į klientą	„Kiekvienas žmogus yra individualus ir su kiekvienu asmeniu reikia skirtingai užmegzti ryšį, nes nėra vienodų situacijų.“ (D3) „Pagalbos planas sudaromas atsižvelgiant į konkretaus žmogaus poreikius ir situaciją.“ (D2) „Svarbu aktyviai įtraukti žmogų į sprendimų priėmimą ir pagalbos procesą.“ (D7) „Individualus požiūris leidžia geriau atliepti žmogaus poreikius ir pasiekti geresnių rezultatų.“ (D8)
	Glaudžių santykių su klientu kūrimas	„Atvejo vadybininkas teikia individualizuotą pagalbą asmeniui, todėl labai svarbus ryšio užmezgimas su asmeniu.“ (D6) „Palydėjimo praktika veikia tada, kai klientas ne tik nukreipiamas, bet ir lydimas pirmuose žingsniuose.“ (D7)
	Veiksmų plano sudarymas ir informacijos suteikimas	„Sakyčiau, kad veiksmingiausia yra kalbėtis su žmogumi, viską išsiaiškinti ir sudaryti planą pagal tai, kokios pagalbos jam reikia.“ (D1) „Veiksmingiausia, kai su žmogumi susidarome pagalbos planą ir vyksta nuoseklus koordinavimas bei bendradarbiavimas su specialistais.“ (D2) „Tikslingas asmens poreikių įvertinimas, lūkesčių išklausa ir aiškus plano sudarymas yra būtini.“ (D6)

		„Procesas apima situacijos įvertinimą, plano sudarymą, pagalbos organizavimą ir nuolatinę stebėseną.“ (D7)
	Artimųjų įtraukimas	„Labai svarbu įtraukti artimuosius į pagalbos procesą, nes jie gali padėti palaikyti pokyčius.“ (D6) „Kartais artimieji neprisileidžia specialistų, todėl darbas su jais užtrunka ir reikalauja papildomų pastangų.“ (D8)
	Aiškus pasiskirstymas atsakomybėmis komandoje	„Labai svarbu aiškiai pasiskirstyti atsakomybes tarp specialistų, kad kiekvienas žinotų savo vaidmenį.“ (D6) „Komandoje paskirstomos atsakomybės padeda efektyviau organizuoti pagalbą.“ (D7) „Komandos posėdžiuose specialistai susitaria dėl veiksmų ir atsakomybių pasidalijimo.“ (D11)
	„Mažų žingsnių“ principas	„– Mano manymu, geriausiai veikia nuoseklus ir paprastas ėjimas su žmogumi. Ne tada, kai viskas užverčiama vienu metu, o kai einama mažais žingsniais. Iš pradžių išsiaiškinam, kas jam svarbiausia, tada nuo to ir pradedam.“ (D16) „Tad, manau, atvejo vadybos esmė - būti su žmogumi (klientu) jo gyvenimo situacijoje ir siekti jo nusimatytų tikslų, po truputį, neskubant, gerinant jo gyvenimo kokybę.“ (D17)
	Nuolatinis kontaktavimas su klientu	„– Labai veikia aiškus, paprastas informacijos pateikimas. Kai žmogui pasakai ne sudėtingai, o paprastai, ką jis dabar turi daryti, kur eiti, ko tikėtis,

		tada jam daug ramiau. Taip pat veikia pastovus kontaktas – kai žmogus žino, kad gali paskambinti, paklausti, pasitikslinti.“ (D16) „– Mano patirtyje labai svarbiausia yra nuoseklus kontaktas su paslaugos gavėju. Reikia žmogų nuolat motyvuoti priimti sveikatos priežiūros specialistų pagalbą, kalbėtis su juo ne tik apie sunkumus, bet ir apie teigiamus momentus jo gyvenime.“ (D1) „Mano patirtyje labai svarbiausia yra nuoseklus kontaktas su paslaugos gavėju.“ (D18)
--	--	--

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis tyrimo duomenimis.

PRIEDAS NR. 14

11 lentelė. Aspektai, kuriuos reikia keisti ar tobulinti atvejo vadybos organizavime Lietuvoje, siekiant geresnio integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų koordinavimo ir tęstinumo.

Kategorija	Subkategorija	Atsakymų pavyzdžiai
Tobulinimo kryptys	Aiškesnis bendradarbiavimo reglamentavimas	„Labai svarbu, kad būtų pagerintas informacijos dalinimasis tarp specialistų ir institucijų.“ (D2) „Reikia aiškesnio atsakomybių pasidalijimo tarp institucijų ir specialistų.“ (D5) „Reikėtų sukurti aiškias bendradarbiavimo gaires ir mechanizmus.“ (D7) „Reikia aiškesnio tarpinstitucinio susitarimo, kad visi žinotų savo vaidmenis.“ (D11) „Man atrodo, kad pirmiausia reikėtų daugiau aiškumo ir paprastumo pačioje sistemoje, kad žmogui būtų lengviau suprasti, kas jam priklauso, kur kreiptis ir kokia seka viskas vyksta.“ (D16) „Reiktų stiprinti ryšius su kitais atvejo vadybininkais ir turėti bendras vizijas, kada klientas perduodamas kitam specialistui.“ (D17)
	Didesnis paslaugų prieinamumas ir pasiekiamumas	„Žmogus turi važiuoti į Vilnių.“ (D1) „Reikia didinti paslaugų prieinamumą ir mažinti specialistų trūkumą.“ (D6) „Svarbu spręsti transporto problemas, kad žmonės galėtų realiai pasinaudoti paslaugomis.“ (D11) „Kai paslaugos yra, bet žmogus negali jų pasiekti, jos tampa faktiškai neprieinamos.“ (D18)
	Mokymai ir specialistų kompetencijų stiprinimas	„Trūksta mokymų ir kvalifikacijos kėlimo galimybių specialistams.“ (D7)

		„Reikia stiprinti specialistų kompetencijas ir suteikti daugiau praktinių žinių.“ (D5) „Pasigendu daugiau mokymų, susijusių su praktiniu darbu su klientais.“ (D8) „Kuo daugiau mokymosi iš praktikų ir bendradarbiavimo su kitų sričių atvejo vadybininkais, tuo geresni rezultatai.“ (D17)
	Darbo krūvis, žmogiškieji resursai ir perdegimas	„Dirbant su asmenimis, turinčiais psichosocialinę ir (ar) intelekto negalią, reikia daug kantrybės ir emocinio stabilumo, todėl darbo krūvis yra didelis.“ (D6) „Darbas reikalauja daug energijos ir gali sukelti perdegimą.“ (D8) „Specialistų trūkumas didina darbo krūvį ir mažina paslaugų kokybę.“ (D12) „Labai jaučiasi žmogiškųjų resursų stoka ir dideli darbo krūviai.“ (D18) „Dirba labai mažai atvejo vadybininkų, o poreikis yra gerokai didesnis.“ (D19)
	Paslaugų tęstinumo stiprinimas	„Reikia užtikrinti didesnę paslaugų tęstinumą ir kad žmogus neliktų vienas po pirmo kreipimosi.“ (D16) „Svarbu, kad pagalba nebūtų trumpalaikė, o tęstinė ir nuosekli.“ (D11) „Dabar projektinė sistema riboja pagalbos laiką, nors realiai žmogui jos reikia ilgiau.“ (D18) „36 mėnesių trukmės programa kai kuriems asmenims yra per trumpa.“ (D19)
	Lankstesnės ir individualizuotos paslaugos	„Paslaugos turėtų būti lankstesnės ir labiau pritaikytos konkrečiam

		žmogui, o ne tik bendrai tvarkai.“ (D16) „Kartais paslaugos yra formalios ir nepakankamai atsižvelgia į individualius poreikius.“ (D7) „Svarbu užtikrinti individualų požiūrį ir lankstumą organizuojant pagalbą.“ (D6)
	Bendradarbiavimo stiprinimas tarp sektorių	„Reikia stiprinti bendradarbiavimą tarp sveikatos ir socialinių paslaugų sektorių.“ (D6) „Svarbu, kad specialistai daugiau komunikuotų ir dirbtų kaip viena sistema.“ (D7) „Bendradarbiavimas turėtų būti ne tik formalus, bet ir realus, orientuotas į žmogaus poreikius.“ (D18)
	Atvejo vadybos vaidmens stiprinimas sistemoje	„Norisi, kad būtų aiškiau apibrėžtas atvejo vadybininko vaidmuo sistemoje.“ (D20) „Jei paslauga būtų labiau įtvirtinta sistemoje, būtų lengviau užtikrinti pagalbos tęstinumą.“ (D18)
	Finansavimo stiprinimas	„Ši paslauga turėtų būti su pilnu finansavimu.“ (D19) „Finansiniai resursai daro didelę įtaką paslaugų kokybei ir prieinamumui.“ (D18)

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis tyrimo duomenimis.