



Kauno technologijos universitetas

Socialinių, humanitarinių mokslų ir menų fakultetas

**Tarpprofesinį bendradarbiavimą sąlygojantys veiksniai
asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje Viešojoje
įstaigoje X poliklinika**

Baigiamasis magistro studijų projektas

Dovilė Vaitonytė

Projekto autorė

Doc. dr. Rūta Petrauskienė

Vadovė

Kaunas, 2024



Kauno technologijos universitetas

Socialinių, humanitarinių mokslų ir menų fakultetas

**Tarpprofesinį bendradarbiavimą sąlygojantys veiksniai
asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje Viešojoje
įstaigoje X poliklinika**

Baigiamasis magistro studijų projektas

Viešasis administravimas (6211LX040)

Dovilė Vaitonytė

Projekto autorė

Doc. dr. Rūta Petrauskienė

Vadovė

Lekt. dr. Donata Jovarauskienė

Recenzentė

Kaunas, 2024



Kauno technologijos universitetas

Socialinių, humanitarinių mokslų ir menų fakultetas

Dovilė Vaitonytė

**Tarpprofesinį bendradarbiavimą sąlygojantys veiksniai
asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje Viešojoje
įstaigoje X poliklinika**

Akademinių sąžiningumo deklaracija

Patvirtinu, kad:

1. baigiamąjį projektą parengiau savarankiškai ir sąžiningai, nepažeisdama(s) kitų asmenų autoriaus ar kitų teisių, laikydamasi(s) Lietuvos Respublikos autorių teisių ir gretutinių teisių įstatymo nuostatų, Kauno technologijos universiteto (toliau – Universitetas) intelektinės nuosavybės valdymo ir perdavimo nuostatų bei Universiteto akademinės etikos kodekse nustatytų etikos reikalavimų;
2. baigiamajame projekte visi pateikti duomenys ir tyrimų rezultatai yra teisingi ir gauti teisėtai, nei viena šio projekto dalis nėra plagijuota nuo jokių spausdintinių ar elektroninių šaltinių, visos baigiamojo projekto tekste pateiktos citatos ir nuorodos yra nurodytos literatūros sąrašė;
3. įstatymų nenumatytų piniginių sumų už baigiamąjį projektą ar jo dalis niekam nesu mokėjęs (-usi);
4. suprantu, kad išaiškėjus nesąžiningumo ar kitų asmenų teisių pažeidimo faktui, man bus taikomos akademinės nuobaudos pagal Universitete galiojančią tvarką ir būsiu pašalinta(s) iš Universiteto, o baigiamasis projektas gali būti pateiktas Akademinės etikos ir procedūrų kontrolieriaus tarnybai nagrinėjant galimą akademinės etikos pažeidimą.

Dovilė Vaitonytė,

Patvirtinta elektroniniu būdu

Vaitonytė, Dovilė. Tarpprofesinį bendradarbiavimą sąlygojantys veiksniai asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje Viešojoje įstaigoje X poliklinika. Magistro studijų baigiamasis projektas / vadovė doc. dr. Rūta Petrauskienė; Kauno technologijos universitetas, Socialinių, humanitarinių mokslų ir menų fakultetas.

Studijų kryptis ir sritis (studijų krypties grupė): 03S (L07).

Reikšminiai žodžiai: bendradarbiavimas, tarpprofesinis bendradarbiavimas, tarpprofesinį bendradarbiavimą sąlygojantys veiksniai, asmens sveikatos priežiūros paslaugos, pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra.

Kaunas, 2024. 69 p.

Santrauka

Sparčiai senėjant visuomenei ir didėjant sergamumui lėtinėmis ligomis sveikatos priežiūros sistemai kyla daug iššūkių, todėl siekiant suteikti kokybiškas ir į pacientą orientuotas sveikatos priežiūros paslaugas yra skatinamas tarpprofesinis bendradarbiavimas. Tarpprofesinis bendradarbiavimas yra bendros sveikatos priežiūros specialistų pastangos siekiant užtikrinti kokybišką sveikatos priežiūrą pacientams. Siekiant sėkmingo tarpprofesinio bendradarbiavimo, yra svarbu išskirti veiksniai, kurie gali skatinti bei trikdyti tarpprofesinį bendradarbiavimą. Bendradarbiavimo tema plačiai yra nagrinėta daugelio mokslininkų. Bendradarbiavimo sampratą nagrinėjo Camarihna`as-Matos`as ir Afsarmanesh (2008), Lewis (2006), Raišienė (2005) ir kt. Tarpprofesinį bendradarbiavimą nagrinėjo D'Amour ir kt. (2008), Morley ir Cashell (2017). Nors Lietuvoje yra atlikta tyrimų gydymo įstaigose bendradarbiavimo tema, tačiau mokslinių tyrimų apie veiksniai, sąlygojančius tarpprofesinį bendradarbiavimą tarp šeimos gydytojo komandos, kurią sudaro šeimos gydytojas, slaugytojas ir medicinos registratorius, narių, nėra atlikta. Todėl baigiamajame projekte yra formuluojama tyrimo problema: kokie veiksniai sąlygoja sėkmingą tarpprofesinį bendradarbiavimą asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje Viešojoje įstaigoje X poliklinika? Tyrimo objektas – tarpprofesinį bendradarbiavimą sąlygojantys veiksniai Viešojoje įstaigoje X poliklinikoje. Projekto tikslas – nustatyti tarpprofesinį bendradarbiavimą sąlygojančius veiksniai asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje Viešojoje įstaigoje X poliklinika. Projekto uždaviniai: 1. išanalizuoti tarpprofesinio bendradarbiavimo sveikatos priežiūros sistemoje sampratą ir šį bendradarbiavimą sąlygojančius veiksniai. 2. išanalizuoti tarpprofesinio bendradarbiavimo sveikatos priežiūros sistemoje skatinimo strategines nuostatas, teisinį reguliavimą bei gerąsias patirtis. 3. ištirti tarpprofesinį bendradarbiavimą skatinančius ir trikdančius veiksniai asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje Viešojoje įstaigoje X poliklinika. Baigiamajame projekte buvo naudojami šie tyrimo metodai: mokslinės literatūros ir teisinių dokumentų analizė, kiekybinis tyrimas – anketinė apklausa. Tyrimo imtis buvo pasirinkta tikslinė, ją sudarė šeimos gydytojai, slaugytojai ir registratoriai, kurie kartu dirba suformuotoje komandoje. Iš viso buvo gauta 151 tinkamai užpildyta anketa. Duomenų analizei atlikti buvo naudojami šie būdai: aprašomoji statistika, Mann-Whitney ir Kruskal-Wallis metodai bei Spearman koreliacija. Atlikta tyrimo duomenų analizė parodė, kad tarpprofesinį bendradarbiavimą sveikatos priežiūros sistemoje sąlygoja sisteminiai (politiniai), organizaciniai bei tarpasmeniniai veiksniai. Lietuvoje tarpprofesinis bendradarbiavimas yra skatinamas strateginiuose dokumentuose ir programose. Šeimos gydytojo komandos, grįstos tarpprofesiniu bendradarbiavimu, plėtra bei funkcijų perskirstymas yra vienas iš būdų gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad įstaigoje labiau

pasireiškia tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinantys, nei trikdančios, veiksniai. Dažniausiai pasireiškiantys tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinantys veiksniai yra pagarbūs santykiai, pasitikėjimas vienas kitu ir kt. Kalbant apie tarpprofesinį bendradarbiavimą trikdančius veiksnius, galima teigti, kad respondentai neturi stiprios pozicijos ir yra neužtikrinti šių veiksmų pasireiškimu Viešojoje įstaigoje X poliklinika. Dažniausiai pasireiškiantys tarpprofesinį bendradarbiavimą trikdančios veiksniai yra neaiškus teisinis gydytojų, slaugytojų ir registratorių funkcijų bei atsakomybių bendradarbiaujant reglamentavimas, nepakankamas įstaigos vadovybės įsitraukimas ir tarpprofesinio bendradarbiavimo skatinimas ir kt. Šie rezultatai naudingi tiriamai įstaigai, nes padės užtikrinti tolimesnį sėkmingą tarpprofesinį bendradarbiavimą. Projektą sudaro trys skyriai. Pirmame skyriuje analizuojama tarpprofesinio bendradarbiavimo samprata, nauda ir šį bendradarbiavimą sąlygojantys veiksniai. Antrame skyriuje nagrinėjami strateginiai dokumentai bei teisės aktai, reglamentuojantys tarpprofesinį bendradarbiavimą, ir gerosios užsienio šalių patirtys nagrinėjamoje srityje. Trečiame skyriuje pristatoma tyrimo metodika bei atlikto empirinio tyrimo Viešojoje įstaigoje X poliklinika duomenų analizė. Projektas baigiamas išvadomis bei rekomendacijomis.

Vaitonytė, Dovilė. Factors Determining Interprofessional Collaboration in Delivery of Personal Health Care Services at Public Institution X Polyclinic. Master's Final Degree Project / supervisor assoc. prof. dr. Rūta Petrauskienė; Faculty of Social Sciences, Arts and Humanities, Kaunas University of Technology.

Study field and area (study field group): 03S (L07).

Keywords: collaboration, interprofessional collaboration, factors influencing interprofessional collaboration, personal health care services, primary ambulatory personal health care.

Kaunas, 2024. 69 p.

Summary

With the rapid ageing of the population and the increase in the incidence of chronic diseases, the healthcare system faces many challenges, which is why interprofessional collaboration is being promoted to provide quality and patient-centered healthcare. Interprofessional collaboration is a joint effort of health professionals to ensure quality healthcare for patients. In order to achieve successful interprofessional collaboration, it is important to single out the factors that can promote and hinder interprofessional collaboration. The topic of collaboration is widely studied by many scientists. The concept of collaboration was studied by Camarihna-Matos and Afsarmanesh (2008), Lewis (2006), Raišienė (2005), etc. Interprofessional collaboration was explored by D'Amour et al. (2008), Morley and Cashell (2017). Although the topic of collaboration between research in medical institutions has been carried out in Lithuania, there is no research on the factors that lead to interprofessional collaboration between the members of the family doctor's team, consisting of a family doctor, a nurse, and a medical registrar. Therefore, the final project formulates the research problem: what factors lead to successful interprofessional collaboration in delivery of personal health care services at Public institution X polyclinic? The object of the research is the factors that lead to interprofessional collaboration in the Public institution X polyclinic. The aim of the project is to identify the factors that lead to interprofessional collaboration in delivery of personal health care services at Public institution X polyclinic. Objectives of the project: 1. to analyze the concept of interprofessional collaboration in the health care system and the factors that lead to this collaboration. 2. to analyze the strategic provisions, legal regulation and good practices for the promotion of interprofessional collaboration in the health care system. 3. to study the factors that promote and disturb interprofessional collaboration in delivery of personal health care services at Public institution X polyclinic. The following research methods were applied during the research: analysis of scientific literature and legal documents, quantitative research – questionnaire survey. The sample of the study was targeted, consisting of family doctors, nurses and registrars who work together in a formed team. A total of 151 duly completed questionnaires were received. The following methods of data analysis were used in the work: descriptive statistics, the methods of Mann-Whitney and Kruskal-Wallis and the correlation of Spearman. The analysis of the research data showed that interprofessional collaboration in the health care system is conditioned by systemic (political), organizational and interpersonal factors. In Lithuania, interprofessional collaboration is promoted in strategic documents and programs. The development and redistribution of functions of the family doctor's team based on interprofessional collaboration is one of the ways to improve the quality of health care services. The results of the conducted study showed that factors that strengthen interprofessional collaboration are more manifested in the institution than disruptive ones. The most common factors that strengthen interprofessional collaboration are respectful relationships, trust in each other, etc. As for the factors that disrupt interprofessional collaboration, it can be said that respondents do not have a strong position and are not sure of the manifestation of these factors in the Public institution X polyclinic.

The most common factors that disrupt interprofessional collaboration are the unclear legal regulation of the functions and responsibilities of doctors, nurses and registrars in collaboration, the lack of involvement of the institution's management and the promotion of interprofessional collaboration, etc. These results are useful for the institution being studied, as they will help to ensure further successful interprofessional collaboration. The project consists of three sections. The first chapter analyzes the concept, benefits, and determinants of interprofessional collaboration. The second chapter examines the strategic documents and legislation governing interprofessional collaboration and the good practices of foreign countries in the area under consideration. The third chapter presents the research methodology and the analysis of the data of the empirical study conducted in the public institution X polyclinic. The final project concludes with conclusions and recommendations.

Turinys

Lentelių sąrašas	9
Paveikslų sąrašas	10
Santrumpų ir terminų sąrašas	11
Įvadas.....	12
1. Tarpprofesinį bendradarbiavimą sveikatos priežiūros sistemoje sąlygojančių veiksnių teorinė analizė	15
1.1. Bendradarbiavimo samprata, tipai ir modeliai	15
1.2. Tarpprofesinio bendradarbiavimo sveikatos priežiūros sistemoje samprata ir nauda.....	20
1.3. Tarpprofesinį bendradarbiavimą sveikatos priežiūros sistemoje sąlygojantys veiksniai	22
2. Tarpprofesinio bendradarbiavimo sveikatos priežiūros sistemoje skatinimo strateginės nuostatos, teisinis reguliavimas bei gerosios patirtys	29
2.1. Tarpprofesinio bendradarbiavimo poreikis Lietuvos pirminėje asmens sveikatos priežiūros sistemoje	29
2.2. Tarpprofesinio bendradarbiavimo sveikatos priežiūros sistemoje strateginės nuostatos ir teisinis reguliavimas	31
2.3. Tarpprofesinio bendradarbiavimo sveikatos priežiūros sistemoje gerosios patirtys.....	33
3. Tarpprofesinį bendradarbiavimą sąlygojančių veiksnių asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje Viešojoje įstaigoje X poliklinika tyrimas	37
3.1. Tyrimo metodika	37
3.2. Tyrimo duomenų analizė	42
3.2.1. Tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinančių veiksnių analizė	42
3.2.2. Tarpprofesinį bendradarbiavimą trikdančių veiksnių analizė	49
3.2.3. Tarpprofesinio bendradarbiavimo patirties komandose analizė	52
Išvados	56
Rekomendacijos.....	57
Literatūros sąrašas	58
Informacijos šaltinių sąrašas	66
Priedai.....	70
1 Priedas. Šeimos gydytojų komandos nariai ir jų esminės funkcijos (sudaryta autorės)	70
2 Priedas. Tyrimo „Tarpprofesinį bendradarbiavimą sąlygojantys veiksniai asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje Viešojoje įstaigoje X poliklinika“	72
3 Priedas. Leidimas atlikti tyrimą	75
4 Priedas. Viešosios įstaigos X poliklinika darbuotojų pasiūlymai tarpprofesinio bendradarbiavimo gerinimui jų darbovietėje.....	76

Lentelių sąrašas

1 lentelė. Bendradarbiavimo sampratos (sudaryta autorės, remiantis Patel, 2012; Pike, 1993, ir kt.)	15
2 lentelė. Tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinantys ir trikdančios veiksniai sveikatos priežiūros sistemoje (sudaryta autorės, 2023)	26
3 lentelė. Anketos klausimų grupės ir jų paskirtis (sudaryta autorės, 2023)	38
4 lentelė. Koreliacinio ryšio stiprumo intervalai (sudaryta autorės, remiantis Čekanavičius ir Murauskas, 2000)	40
5 lentelė. Klausimynų konstrukto vidinis suderinamumas (sudaryta autorės, 2023)	41
6 lentelė. Respondentų demografinė charakteristika (sudaryta autorės, 2023)	41
7 lentelė. Tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinančių veiksnių pasireiškimas X poliklinikos komandoje, vidurkiai (sudaryta autorės, 2023)	43
8 lentelė. Tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinančių veiksnių pasireiškimo X poliklinikos komandose sąsajos su respondentų amžiumi ir darbo patirtimi įstaigoje (sudaryta autorės, 2023)..	44
9 lentelė. Tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinančių veiksnių svarba, vidurkiai (sudaryta autorės, 2023)	46
10 lentelė. Tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinančių veiksnių svarbos sąsajos su respondentų amžiumi ir darbo patirtimi organizacijoje (sudaryta autorės, 2023)	48
11 lentelė. Tarpprofesinį bendradarbiavimą trikdančių veiksnių pasireiškimas poliklinikos komandoje, vidurkiai (sudaryta autorės, 2023)	50
12 lentelė. Tarpprofesinį bendradarbiavimą trikdančių veiksnių svarbos sąsajos su respondentų amžiumi ir darbo patirtimi įstaigoje (sudaryta autorės, 2023)	51
13 lentelė. Tarpprofesinio bendradarbiavimo patirtis komandoje, vidurkiai (sudaryta autorės, 2023)	54
14 lentelė. Tarpprofesinio bendradarbiavimo patirties sąsajos su respondentų amžiumi ir darbo patirtimi įstaigoje (sudaryta autorės, 2023)	54

Paveikslų sąrašas

1 pav. Sąveikos tarp partnerių tipai (sudaryta autorės, remiantis Frey, 2006)	17
2 pav. Tarpprofesinio bendradarbiavimo veiksniai sveikatos priežiūros sistemoje (sudaryta autorės, remiantis Mulvale ir kt., 2016)	23
3 pav. Tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinančių veiksnių pasireiškimas Viešojoje įstaigoje X poliklinika (komandose), vid. balai (sudaryta autorės, 2023)	42
4 pav. Tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinančių veiksnių svarba, vidurkiai (sudaryta autorės, 2023).....	46
5 pav. Tarpprofesinį bendradarbiavimą trikdančių veiksnių pasireiškimas Viešojoje įstaigoje X poliklinika (komandose), vid. balai (sudaryta autorės, 2023)	50
6 pav. Respondentų tarpprofesinio bendradarbiavimo patirtis komandoje, vidurkiai (sudaryta autorės, 2023).....	53

Santrumpų ir terminų sąrašas

Santrumpos:

AMKA – Amerikos medicinos koledžų asociacija;

JTO – Jungtinių Tautų organizacija;

PASP – pirminė asmens sveikatos priežiūra;

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija;

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija;

Terminai:

Bendradarbiavimas – tai terminas, skirtas apibūdinti bendras pastangas ar kolektyvinius veiksmus (Durugbo, 2016).

Tarpprofesinis bendradarbiavimas – tai procesas, kuris apima aktyvų ir abipusį skirtingų specialistų dalyvavimą (Jennings ir kt., 2016).

Tarpprofesinį bendradarbiavimą sąlygojantys veiksniai – tai politiniai (sisteminiai), organizaciniai, komandos ir individualūs veiksniai, darantys įtaką tarpprofesiniam sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimui (Mulvale ir kt., 2016).

Asmens sveikatos priežiūros paslaugos – tai pacientams teikiamos paslaugos, apimant pirminę, specializuotą priežiūrą, stacionarinę priežiūrą, skubią pagalbą ir reabilitacinę priežiūrą (Public Health, 2008).

Pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra – tai būtinoji sveikatos priežiūra, kuri yra visuotinai prieinama asmenims ir šeimoms bei teikianti skatinamąsias, prevencines, gydomąsias, palaikomąsias ir reabilitacines paslaugas (WHO, 1978).

Įvadas

Temos aktualumas. Problemos, kylančios dabartiniu laikotarpiu, dažnai yra sudėtingos ir daugialypės, todėl vienam žmogui rasti jų sprendimą darosi vis sudėtingiau. Nacionalinės mokslo, inžinerijos ir medicinos akademijos atstovai teigia, kad būtent bendradarbiaujant galima išspręsti tokias sudėtingas ir kompleksines problemas (National Academy of Sciences, National Academy of Engineering ir Institute of Medicine, 2005). Bendradarbiavimas priskiriamas sąveikos rūšiai, kurios metu asmenys, komandos nariai ar organizacijos dirba kartu, kad pasiektų bendrą tikslą, veiklą ar produkciją (Keyton, 2017). Bendradarbiavimas galimas praktiškai bet kuriuo organizacinės struktūros lygmeniu. Žmonės gali bendradarbiauti tarpusavyje, tarp profesijų ir tarp organizacijų (Green ir Johnson, 2015). Mokslinėje literatūroje išskiriama bendradarbiavimo teikiama nauda. Jau daugelį metų verslo praktikoje yra siekiama bendradarbiauti, kad būtų galima pasidalinti išlaidas ir paskirstyti riziką (Vangen ir Huxham, 2003). Littlechild`as ir Smith`as (2013) teigia, kad bendradarbiaujant didinamas veiklos efektyvumas, gerinami įgūdžiai, teikiamos visapusiškos paslaugos, diegiamos naujovės bei skatinamas kūrybiškumas ir labiau į vartotoją orientuota praktika.

Sparčiai senstant visuomenei bei didėjant lėtinių ligų susirgimams iškyla naujų iššūkių gydymo įstaigoms, o ypač pirminės sveikatos priežiūros. Augant sveikatos paslaugų poreikiui, iškyla rizika ne tik dėl mažėjančios sveikatos priežiūros paslaugų kokybės, bet ir kyla poreikis didinti sveikatos priežiūros išlaidas. Siekiant gerinti teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas ir mažinti išlaidas, rengiami nauji sveikatos priežiūros modeliai, pagrįsti tarpprofesiniu bendradarbiavimu (Lutfiyya ir kt., 2016). Bendradarbiavimas sveikatos priežiūros srityje yra vadinamas tarpprofesiniu bendradarbiavimu, kurio metu skirtingų profesijų sveikatos priežiūros darbuotojai teikia visapusiškas asmens sveikatos priežiūros paslaugas dirbdami kartu su pacientais ir jų artimaisiais (Habre ir kt., 2023). Tarpprofesinis bendradarbiavimas yra naudingas kiekvienai gydymo įstaigai ir jos pacientams. Atlikti tyrimai rodo, kad bendradarbiaudami skirtingų profesijų atstovai, pavyzdžiui, gydytojai, slaugytojai, slaugytojų padėjėjai ir kt., sukuria aukštą darbo efektyvumą (Bonciani ir kt. 2018). Svarbu paminėti, kad efektyvus gydytojų bei slaugytojų tarpprofesinis bendradarbiavimas naudingas pacientams, nes yra susijęs su geresniais pacientų sveikatos rodikliais bei didesniu pasitenkinimu asmens sveikatos priežiūros sistema (Sangaleti ir kt., 2017). Taip pat tarpprofesinio sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimo skatinimas yra vienas iš būdų, galinčių padidinti sveikatos sistemos efektyvumą naudojant esamus išteklius bei paspartinti keliamų tikslų įgyvendinimą (Vaseghi ir kt., 2022).

Nors apie tarpprofesinį bendradarbiavimą vis daugiau yra kalbama mokslinėje literatūroje, tačiau praktikoje tai vis dar išlieka dideliu iššūkiu sveikatos priežiūros srityje (Orchard ir kt., 2012). Siekiant sėkmingo tarpprofesinio bendradarbiavimo sveikatos priežiūros sistemoje svarbu iš anksto numatyti galimus veiksnius, kurie ne tik stiprintų, bet ir trikdytų tarpprofesinį bendradarbiavimą. Išskiriama nemažai kliūčių, apsunkinančių tarpprofesinį bendradarbiavimą, tokių, kaip vienas kito vaidmenų ir kompetencijų apibrėžimo bei supratimo trūkumas, atsakomybės stoka (Supper, 2015), skirtingų interesų ir lūkesčių turėjimas (Morley ir Cashell, 2017) ir kt. Nors slaugytojai ir gydytojai, dirbdami kartu komandoje, padeda užtikrinti kokybišką sveikatos priežiūrą, tačiau atlikti tyrimai rodo, kad šių specialistų tarpprofesinis bendradarbiavimas vis dar nėra pakankamas. El-Awaisi ir kt. (2021) teigia, kad būtent netinkamas bendravimas ir tarpprofesinio bendradarbiavimo trūkumas daro neigiamą poveikį sveikatos priežiūros sistemai ir pacientų sveikatos rezultatams. Tarpprofesinio bendradarbiavimo stoka yra pagrindinė medicininių klaidų, kurių būtų galima išvengti, priežastis. Taip pat neigiamai veikia pačios įstaigos rezultatus ir sukelia darbuotojų stresą (Sabone, 2020).

Veitienės ir kt. (2022) teigimu, gydytojams ir slaugytojams sunku komunikuoti ir bendradarbiauti, nes šių specialistų požiūris į bendradarbiavimą yra skirtingas. McInnes ir kt. (2015) atliktas tyrimas parodė, kad slaugytojai dažnai nedalyvauja priimant bendrus sprendimus, nustatant gydymo tikslus bei nesijaučia lygūs su gydytojais. Dinius ir kt. (2020), Meyer-Kühling ir kt. (2015) atlikti tyrimai parodė, kad būtent slaugytojai daugiau neigiamai vertina tarpprofesinį bendradarbiavimą lyginant su gydytojais. Tokia situacija kelia nerimą, nes pagarbių santykių nebuvimas tarp slaugytojų ir gydytojų gali lemti mažesnį slaugytojų pasitenkinimą darbu ar net išėjimą iš darbo (Galletta ir kt., 2013).

Temos naujumas. Bendradarbiavimo tema plačiai yra nagrinėta daugelio mokslininkų. Bendradarbiavimo sampratą nagrinėjo Camarihna`as-Matos`as ir Afsarmanesh (2008), Lewis (2006), Raišienė (2005) ir kt. Bendradarbiavimo procesą nagrinėjo Thomson ir Perry`is (2006), bendradarbiavimo tipus – Frey`is ir kt. (2006), bendradarbiavimui būdingus elementus – Soliman`as ir kt. (2005). Tarpprofesinį bendradarbiavimą nagrinėjo D'Amour ir kt. (2008), Morley ir Cashell (2017). Tarpprofesinį bendradarbiavimą pirminėje asmens sveikatos priežiūroje (toliau – PASP) analizavo Gurevičius ir kt. (2012), Sangaleti ir kt. (2017), Supper ir kt. (2015). Tarpprofesinio bendradarbiavimo kliūtis tyrė Green`as ir Johnson (2015), McInnes ir kt. (2015). Tarpprofesinio bendradarbiavimo veiksniai tyrė Bollen ir kt. (2019), Soemantri ir kt. (2019).

Jungtinių Amerikos Valstijų (toliau – JAV) atlikti tyrimai rodo, kad esant veiksmingam tarpprofesiniam bendradarbiavimui, iki 80 proc. prevencinės sveikatos priežiūros galėtų atlikti ne gydytojai, o kiti komandos nariai (Green, 2013). Lietuvoje vis daugiau sveikatos priežiūros įstaigų diegia tarpprofesinių komandų praktiką, plečiant šeimos gydytojo komandą prie jos prijungiant apylinkės administratorius (registratorius) ir kitus sveikatos priežiūros specialistus. Nors Lietuvoje yra atlikta tyrimų bendradarbiavimo tema gydymo įstaigose (Danauskaitė ir Kranciukaitė – Butylkinienė, 2019; Jakubynaitė ir kt., 2016; Veitienė ir kt., 2022), tačiau mokslinių tyrimų apie veiksniai, sąlygojančius tarpprofesinį bendradarbiavimą tarp šeimos gydytojo komandos narių kaip gydytojas, slaugytojas ir medicinos registratorius, nėra atlikta. Todėl šiame baigiamajame projekte yra siekiama nustatyti tarpprofesinį bendradarbiavimą sąlygojančius veiksniai asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje Viešojoje įstaigoje X poliklinika.

Tyrimo problema. Kokie veiksniai sąlygoja sėkmingą tarpprofesinį bendradarbiavimą asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje Viešojoje įstaigoje X poliklinika?

Tyrimo objektas – tarpprofesinį bendradarbiavimą sąlygojantys veiksniai Viešojoje įstaigoje X poliklinikoje.

Projekto tikslas – nustatyti tarpprofesinį bendradarbiavimą sąlygojančius veiksniai asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje Viešojoje įstaigoje X poliklinika.

Projekto uždaviniai:

1. išanalizuoti tarpprofesinio bendradarbiavimo sveikatos priežiūros sistemoje sampratą ir šį bendradarbiavimą sąlygojančius veiksniai.
2. išanalizuoti tarpprofesinio bendradarbiavimo sveikatos priežiūros sistemoje skatinimo strategines nuostatas, teisinį reguliavimą bei gerąsias patirtis.
3. ištirti tarpprofesinį bendradarbiavimą skatinančius ir trikdančius veiksniai asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje Viešojoje įstaigoje X poliklinika.

Tyrimo metodai. Siekiant parengti baigiamąjį projektą, buvo naudoti šie tyrimo metodai: mokslinės literatūros analizė, teisinių dokumentų analizė ir kiekybinis tyrimas – anketinė apklausa. Atliekant mokslinės literatūros analizę buvo siekiama išanalizuoti tarpprofesinio bendradarbiavimo sampratą, jo poreikį sveikatos priežiūros sistemoje bei susisteminti veiksnius, kurie sąlygoja tarpprofesinį bendradarbiavimą sveikatos priežiūros sistemoje. Teisinių dokumentų analizė buvo naudojama siekiant išanalizuoti tarpprofesinio bendradarbiavimo skatinimo strategines nuostatas ir teisinį reguliavimą užsienyje ir Lietuvoje. Kiekybinis tyrimas buvo naudojamas siekiant ištirti veiksnius, kurie sąlygoja tarpprofesinį bendradarbiavimą ir pasireiškia sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje Viešojoje įstaigoje X poliklinika.

Projekto struktūra. Baigiamąjį projektą sudaro trys skyriai. Pirmame skyriuje analizuojama bendradarbiavimo samprata bei tipai, tarpprofesinio bendradarbiavimo ypatumai sveikatos priežiūros sistemoje bei tarpprofesinį bendradarbiavimą sveikatos priežiūros sistemoje stiprinantys ir trikdančios veiksniai. Antrame skyriuje nagrinėjama tarpprofesinio bendradarbiavimo skatinimo poreikis Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje, strateginės nuostatos ir teisiniai reguliavimai bei pristatomos gerosios užsienio šalių patirtys, taikant tarpprofesinį bendradarbiavimą pirminėje asmens sveikatos priežiūros sistemoje. Trečiame skyriuje yra pateikiama empirinio tyrimo metodika, pateikiami tarpprofesinį bendradarbiavimą sąlygojančių veiksnių asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje Viešojoje įstaigoje X poliklinika tyrimo rezultatai. Atsižvelgiant į tyrimo rezultatus, pateikiamos rekomendacijos. Baigiamasis projektas baigiamas pateikiant išvadas, mokslinės literatūros ir informacijos šaltinių sąrašus.

Projektą sudaro: 77 puslapiai (su priedais), 14 lentelių, 6 paveikslai, 4 priedai. Panaudota 86 mokslinės literatūros šaltiniai ir 46 teisės aktai ir duomenų šaltiniai.

1. Tarpprofesinį bendradarbiavimą sveikatos priežiūros sistemoje sąlygojančių veiksmų teorinė analizė

Šiame skyriuje yra nagrinėjama bendradarbiavimo samprata bei tipai, analizuojami skirtingų mokslininkų pateikiami bendradarbiavimo proceso modeliai bei tarpprofesinio bendradarbiavimo ypatumai sveikatos priežiūros sistemoje. Analizuojami tarpprofesinį bendradarbiavimą sveikatos priežiūros sistemoje stiprinantys ir trikdančios veiksniai.

1.1. Bendradarbiavimo samprata, tipai ir modeliai

Vienas svarbiausių bet kurios bendruomenės sėkmės veiksnių yra gebėti siekti bendrų tikslų komunikuojant, kitaip tariant bendradarbiauti (Patel ir kt., 2012). Tačiau mokslinėje literatūroje yra pateikiamas ne vienas bendradarbiavimo apibrėžimas. Sullivan`as (1998) bendradarbiavimą apibūdina kaip dinamišką procesą, kuris sukuria galios pasidalijimo partnerystę. Camarihna`as-Matos`as ir Afsarmanesh (2008) bendradarbiavimą apibūdina kaip procesą, kurio metu yra dalijamasi informacija, ištekliais bei atsakomybe, kad būtų įgyvendinta ir įvertinta veiklos programa bendram tikslui pasiekti. Thomson ir kt. (2007) bendradarbiavimą apibūdina kaip procesą, kurio metu partneriai sąveikauja per formalias ir neformalias derybas, kuria taisykles ir struktūras, kurios reglamentuoja jų santykius ir elgesį, kitaip tariant tai procesas, apimantis bendras normas ir abipusiai naudingą sąveiką. Green`as ir Johnson (2015) bendradarbiavimą laiko procesu, kurio metu du ar daugiau subjektų dirba kartu, kad pasiektų norimą rezultatą. Plačiau bendradarbiavimo sampratos pateiktos 1 lentelėje.

1 lentelė. Bendradarbiavimo sampratos (sudaryta autorės, remiantis Patel, 2012; Pike, 1993, ir kt.)

Autorius	Apibrėžimas
Patel (2012)	Tai procesas, įtraukiantis kelis subjektus, kurie bendrauja siekdami bendro tikslo.
Pike (1993)	Tai procesas, apimantis komunikaciją, kooperaciją, derybas, pagarbą ir pasitikėjimą, siekiant sukurti sinergišką aljansą.
Reeves (2010)	Tai procesas, kai kartu yra dirbama, vykdomos derybos, konfliktų valdymas bei vienas kito įvertinimas.
Rousseau (2012)	Tai yra nuolatinė ir aktyvi institucijų ir profesionalų partnerystė, siekiant suteikti paslaugas.
Stout ir Keast (2021)	Tai yra efektyviausias būdas pasiekti norimų rezultatų, kurių nebūtų galima pasiekti savarankiškai.
Taylor-Seehafer (1998)	Tai apima bendrą planavimą bei darbą kartu, kuriame dalyviai yra kolegos, turintys lygiaverčius santykius bei norintys kartu ieškoti sprendimų.
Vangen (2016)	Tai yra formalizuotas bendro darbo susitarimas tarp nepriklausomų viešųjų, privačių ir ne pelno organizacijų, skirtas spręsti problemas su kuriomis susiduria visuomenė.

Apibendrinus mokslininkų pateikiamas sampratas galima teigti, kad bendradarbiavimas yra procesas, kai bendradarbiaujančios grupės dirba kartu, kad įgyvendintų bendrus tikslus.

Mokslinėje literatūroje yra daug diskutuojama apie bendradarbiavimo naudą. Verslo organizacijose bendradarbiavimas padeda sumažinti išlaidas, leidžia priimti kokybiškesnius sprendimus, didina pelną (Hansen ir Nohria, 2004). Bendradarbiavimas leidžia tobulėti ir peržengti tradicinio mąstymo būdus bei užmegzti naujus kontaktus. Taip pat bendradarbiavimas padeda plėtoti visą gyvenimą trunkančius ryšius ir santykius, kurie gali duoti naudos ateityje, leidžia pasinaudoti kitų išmintimi, didina gebėjimą spręsti sudėtingas problemas ir įgyti naujų įgūdžių. Bendradarbiaujant padidėja

produktyvumas, nes yra atliekama daugiau darbo per trumpesnę laiko tarpą. Taip pat bendradarbiavimas naudingas finansine prasme, nes dažniausiai yra pasidalinama išlaidomis tarp bendradarbiaujančių grupių bei suteikiama didesnė prieiga prie šių išteklių, kadangi dalis finansuojančių įstaigų remia tik bendradarbiavimu grįstus projektus (Green ir Johnson, 2015). Raišienė (2005) išskiria šiuos teigiamus bendradarbiavimo aspektus.

- Bendradarbiaujant užtikrinama efektyvi informacijos sklaida tarp partnerių bei išvengiama funkcijų dubliavimo.
- Bendradarbiavimas yra naujas veiklos būdas, kuris skiriasi nuo tradicinių valdymo metodų kaip biurokratija, kuri yra ne tokia veiksminga sparčiai besikeičiančioje aplinkoje.
- Bendradarbiavimas didina visuomenės pasitikėjimą valdžios institucijomis gerindamas viešojo, privataus, nepelno sektorių ir visuomenės, kurios interesai yra tenkinami partnerystės programose, santykius.
- Bendradarbiaujant yra formuojamos dalyvavimo bei atsakomybės socialinės nuostatos „kai tu laimi ir aš laimi“.
- Bendradarbiaujant yra dalijamasi ištekliais, todėl partneriai turi vienodą teisę valdyti finansinius bei kitus išteklius.
- Bendradarbiaujančios grupės turi galią inicijuoti sprendimus, įgyvendinti juos ir vertinti taip leidžiant pasidalinti bendra atsakomybe.

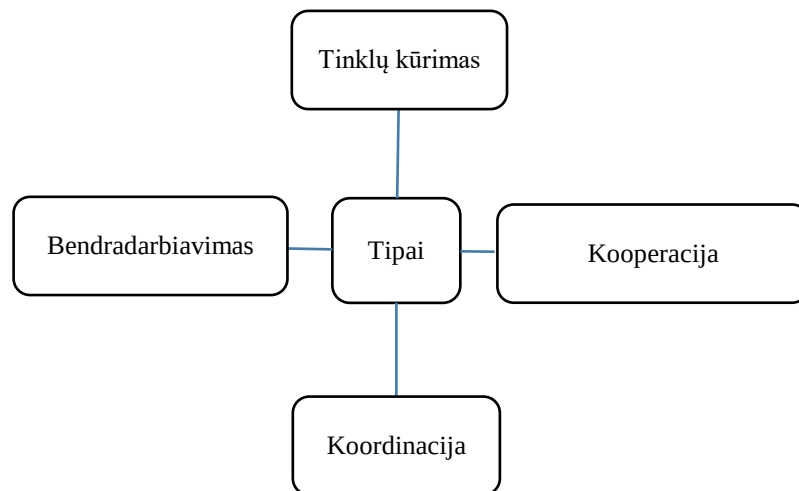
Nors bendradarbiavimas yra naudingas, tačiau tai yra gana sudėtingas procesas. Bendradarbiaujantys nariai dažnai atstovauja skirtingiems interesams (pvz., demografinių ir kultūrinių savybių įvairovė, organizacijos dydis, profesija) bei turi skirtingas bendradarbiavimo priežastis, strategijas ir tikslus (Keyton, 2017). Camarihna`as-Matos`as ir Afsarmanesh (2008), išskyrė sėkmingo bendradarbiavimo reikalavimus. Visų pirma, bendradarbiaujančios grupės turi turėti bendrą tikslą, problemą, kurią nori išspręsti. Taip pat bendradarbiaujančios grupės turi laikytis bendros vizijos, norint pasiekti užsibrėžtus tikslus. Antra, bendradarbiaujančios šalys turi sutikti dalintis žiniomis, ištekliais ir kt. Trečia, bendradarbiaujančios grupės turi turėti bendrą supratimą apie nagrinėjamą problemą ir diskutuoti apie pažangą. Siekiant sėkmingo bendradarbiavimo, svarbu išskirti esminius elementus, be kurių bendradarbiavimas negalėtų įvykti. Soliman`as ir kt. (2005) išskyrė pagrindinius bendradarbiavimui reikalingus elementus.

- **Žmonės.** Bendradarbiavimui reikia dviejų ar daugiau žmonių, nes tai yra procesas, kurį atlieka žmonės.
- **Bendra erdvė.** Tai yra vieta, kurioje vyksta komunikacija tarp bendradarbiaujančių grupių.
- **Laikas.** Norint, kad bendradarbiavimas egzistuotų, bendradarbiaujančios grupės turi investuoti laiko. Taip pat turimas laikas daro įtaką darbų atlikimo greičiui.
- **Bendras tikslas.** Nors partneriai gali bendradarbiauti dėl skirtingų priežasčių, tačiau juos turi vienyti bendras tikslas.
- **Dėmesio sutelkimas į tikslą.** Partneriai turi sutelkti dėmesį į užduotis, kurios leidžia pasiekti išsikeltą tikslą.
- **Bendra kalba.** Tai ne tik kalbėjimas ta pačia kalba, bet ir kūno kalba, simboliai, kurie turi būti abipusiai suprantami visiems dalyviams.
- **Žinios.** Dalyviai turi (individualiai) turėti tam tikrų žinių atlikdami tam tikras užduotis ir siekdami bendro tikslo.

- **Sąveika.** Tai yra abipusis ryšis tarp partnerių. Jei nėra sąveikos, vadinasi dalyviai dirba individualiai siekdami bendro tikslo, bet ne bendradarbiauja.

Taigi, siekiant bendradarbiauti, svarbu ne tik turėti bendrą erdvę ir skirti tam laiko, tačiau reikalingas ir pačių dalyvių įsitraukimas, komunikacija, dalinimasis žiniomis bei dėmesio sutelkimas į bendrą tikslą.

Vyrauja daug skirtingų būdų, kaip partneriai gali dirbti kartu. Partneriai gali bendradarbiauti neformaliai (pvz., dalijantis informacija) ir labiau organizuotai (pvz., kelios organizacijos, kurios glaudžiai bendradarbiauja, siekdamos bendros vizijos). Sąveika tarp bendradarbiaujančių partnerių yra skirstoma į keturis tipus: tinklų kūrimas (angl. k. *networking*), kooperacija (angl. k. *cooperation*), koordinacija (angl. k. *coordination*) ir bendradarbiavimas (angl. k. *collaboration*) (Frey ir kt., 2006). Bendradarbiavimo tipai pavaizduoti 1 paveiksle.



1 pav. Sąveikos tarp partnerių tipai (sudaryta autorės, remiantis Frey, 2006)

- **Tinklų kūrimas** – kai partneriai dalijasi informacija siekdami abipusės naudos. Tai yra laisvi, lankstūs ir neformalūs santykiai, kurie apima nežymų sprendimų priėmimą, nekeliantį didelės rizikos. Pvz., partneriai aptaria veiklas ar paslaugas su kitomis organizacijomis.
- **Kooperacija** – kai partneriai remia vieni kitų veiklas, tačiau neturi oficialaus susitarimo. Tai yra palaikantys ir neformalūs santykiai, kurie pasižymi dažnesniu bendravimu, ribotu sprendimų priėmimu ir maža rizika. Pvz.: partneriai keičiasi ištekliais (technologijų žiniomis ar susitikimų erdve), dalyvauja vienas kito susitikimuose ar renginiuose.
- **Koordinacija** – kai partneriai dalyvauja bendruose projektuose, modifikuodami savo veiklą, kad būtų naudinga abiem bendradarbiaujančioms grupėms. Tai yra apibrėžti santykiai, kurie pasižymi nuolatiniu bendravimu, bendru sprendimų priėmimu, pasidalinimu ištekliais bei maža ar vidutine rizika. Pvz., partneriai kartu vykdo programas, paslaugas, kartu dirba komitetuose, tarybose.
- **Bendradarbiavimas** – kai yra oficialiai susitariama siekti bendros vizijos. Tokie santykiai yra formalūs, pasižymi vaidmenų pasiskirstymu, dažnu bendravimu, keitimusi idėjomis, bendru sprendimų priėmimu, bendrais ištekliais, dideliu pasitikėjimu bei didele rizika. Pavyzdžiui, partneriai kuria bendras duomenų rinkimo sistemas, sutelkia žmogiškuosius išteklius, bendrai deda pastangas surinkti lėšas.

1 paveikslo duomenimis, kiekvienas sąveikos tipas tarp partnerių skiriasi dalyvių įsitraukimo ir pasitikėjimo lygiu bei gresiančia rizika. Labiausiai neįpareigojantys santykiai kuriami tinklų pagalba, kurie nekelia daug rizikos. Kooperacija ir koordinacija yra glaudesni partnerių santykiai. Labiausiai įpareigojantys ir įtraukiantys partnerių santykiai yra bendradarbiavimas, kuris reikalauja oficialaus susitarimo ir abipusio pasitikėjimo.

Taip pat bendradarbiavimas gali būti skirstomas į lygius – nuo potencialaus, plėtojamo bendradarbiavimo iki aktyvaus (D'Amour ir kt., 2008).

- **Potencialus bendradarbiavimas.** Tai bendradarbiavimo nebuvimas arba nutrūkęs bendradarbiavimas dėl kylančių partnerių konfliktų. Tokioje sudėtingoje aplinkoje, kurioje kyla daug konfliktų, sudėtinga įdiegti naują profesinę praktiką reikalinga norint bendradarbiauti. Tik išsprendus konfliktus galima įgyvendinti bendradarbiavimą.
- **Bendradarbiavimo plėtojimas.** Tai yra aukštesnio lygio bendradarbiavimas, tačiau dar pilnai nėra priimamas partnerių organizacijų kultūrose. Tokio tipo bendradarbiavimas lemia preliminarų pareigų pasiskirstymą tarp bendradarbiaujančių grupių. Tokio lygio bendradarbiavime dar nėra pasiektas sutarimas dėl tikslų, santykių tarp partnerių bei valdymo mechanizmų. Partneriai vykdo derybas, kurios gali būti dalinės arba net sukelti konfliktų, tačiau vis dėlto jos yra atviros, vykstančios ir prieinamos.
- **Aktyvus bendradarbiavimas.** Tai yra aukščiausio lygio bendradarbiavimas, kai dalyviai sėkmingai ir stabiliai bendradarbiauja. Partneriai yra išsikėlę bendru sutarimu grįstus tikslus, išsiugdę abipusį pasitikėjimą bei susitarę dėl taisyklių ir valdymo mechanizmų.

Galima teigti, kad šie bendradarbiavimo lygiai skiriasi savo intensyvumu nuo žemiausio iki aukščiausio. Potencialus bendradarbiavimas prilyginamas žemiausiam bendradarbiavimo lygiui arba bendradarbiavimo nebuvimui. Bendradarbiavimo plėtojimas yra aukštesnis bendradarbiavimo lygis, kuriame siekiama pasidalinti užduotis. Aukščiausias bendradarbiavimo lygis yra aktyvus bendradarbiavimas, kuriame bendromis pastangomis siekiama išsikelti tikslo. Taigi, siekiant sėkmingo bendradarbiavimo svarbu užtikrinti aukščiausio lygio bendradarbiavimą.

Bendradarbiavimas gali būti skirstomas pagal tai, su kuo yra bendradarbiaujama. Dažniausiai yra bendradarbiaujama komandose arba tarp bendradarbių (Keyton, 2017). Toks bendradarbiavimo būdas yra vadinamas tarpprofesiniu, kuris toliau bus analizuojamas kitame baigiamojo projekto poskyryje. Reikėtų paminėti, kad bendradarbiauti galima ir tarp rajonų, miestų, valstijų, regionų, šalių ir žemynų. Organizaciniu požiūriu, bendradarbiavimas vyksta pelno, ne pelno, nevyriausybines bei vyriausybines organizacijose (Keyton, 2017). Toks bendradarbiavimo būdas yra vadinamas tarporganizaciniu, kurio metu dvi ar daugiau teisiškai nepriklausomų organizacijų susijungia, kad spręstų problemas ir pasiektų bendrą tikslą, kuris taip pat svarbus dalyvaujančių grupių interesams (Gray, 1989).

Nors daugelis mokslininkų, tokių, kaip D'Amour ir kt., (2008), Littlechild'as ir Smith'as, (2013) bei kt., tiria bendradarbiavimą, tačiau nėra priimtos vienos, visiems priimtinos, bendradarbiavimo sampratos, todėl tai skatina labiau gilintis ir suprasti patį bendradarbiavimo procesą (Clark ir Mayer, 2011). Labai svarbu atpažinti pagrindinius aspektus, kurie apima bendradarbiavimą bei atskiria jį nuo kitų ryšių tipų, pvz., tokių, kaip hierarchija, rinkos (Powell, 1990). Thomson ir kt. (2007) savo darbuose siūlo daugiadimensinį bendradarbiavimo modelį, kuriame išskiria penkis bendradarbiavimo

procesui svarbius aspektus, iš kurių du yra struktūriniai (valdymas ir administravimas), du socialinio kapitalo (abipusiškumas ir normos) bei vienas organizacinis (autonomija).

- **Valdymas** – apima partnerių pasirinkimą bendradarbiauti bei sprendimų priėmimo procesų nustatymą. Dalyviai, norintys bendradarbiauti, turi kartu priimti bendras taisykles, kurios valdys jų elgesį ir santykius. Kitaip tariant, šis aspektas apibūdina struktūrinę sistemą, reikalingą bendradarbiavimui įvykti.
- **Administravimas** – apima bendradarbiavimo detales ir mechanizmus tikslams įgyvendinti (komandos narių vaidmenų ir pareigų nustatymas, susitarimas dėl bendrų tikslų). Kad būtų pasiektas tikslas, dėl kurio yra bendradarbiaujama, turi egzistuoti tam tikra administracinė struktūra, kuri leidžia pereiti nuo valdymo prie veiksmų.
- **Abipusiškumas** – tai yra vienas iš socialinio kapitalo kintamųjų, kuris išsivysto iš santykių ir sąveikos, kuri įvyksta tarp bendradarbiaujančių asmenų. Bendradarbiaujančios grupės turi patirti abiem naudingą tarpusavio priklausomybę, kuri pagrįsta skirtingų interesų tenkinimu. Bendradarbiaudamos grupės dažnai išreiškia norą bendradarbiauti tik tada, jei ir kita pusė elgsis taip pat: „Aš padarysiu, jei tu padarysi“.
- **Normos** – tai yra vienas iš socialinio kapitalo kintamųjų, kuris išsivysto iš santykių ir sąveikos, kuri įvyksta tarp bendradarbiaujančių asmenų. Šios abipusiškumo ir pasitikėjimo normos išsivysto, kai bendradarbiaujančios grupės išmoka pasitikėti viena kita bei prisiima įsipareigojimus, kurie gali veikti kaip socialinis tepalas, stiprinantis abipusį ryšį.
- **Autonomija** – atspindi įtampą tarp bendradarbiaujančių grupių dėl asmeninių ir bendrų interesų tenkinimo. Bendradarbiaujančios grupės siekia pasiekti tiek savo individualius tikslus, tiek kolektyvinius bei išlaikyti atskaitomybę vienas kitam.

Taigi, šie pagrindiniai modelio aspektai atspindi bendradarbiavimo procesui būdingą daugialypiškumą. Bendradarbiavimas yra sudėtingas procesas, apimantis struktūrinius, socialinius ir organizacinius elementus. Siekiant bendradarbiavimo svarbu ne tik sukurti bendras taisykles ir paskirstyti užduotis, bet ir puoselėti partnerių tarpusavio priklausomybės jausmą bei pasitikėjimą vienas kitu.

Bendradarbiavimo modelius taip pat nagrinėjo ir kiti mokslininkai. Gray (1989) pristato trijų etapų bendradarbiavimo proceso modelį, kuriame pirmasis etapas – problemų nustatymas, antrasis – krypties nustatymas ir trečiasis – įgyvendinimas. Pirmajame etape yra identifikuojamos problemos, nepasiekti tikslai, kuriuos bus siekiama įgyvendinti bendradarbiaujant. Labai svarbu tinkamai nustatyti problemas, nes tai daro įtaką sėkmingai bendradarbiavimo pradžiai. Antrajame etape yra sutariama dėl bendro tikslo, kuriuo bus siekiama išspręsti problemas. Paskutiniame etape yra pasidalinama vaidmenimis ir darbu siekiant įgyvendinti trumpalaikius ir ilgalaikius tikslus. D'Amour ir kt. (2008) pristato bendradarbiavimo modelį, kuriame bendradarbiavimo procesas gali būti analizuojamas pagal keturias dimensijas, kurios daro viena kitai įtaką. Tai yra bendri tikslai ir vizija, internalizavimas, formalizavimas ir valdymas. Bendri tikslai ir vizija bei internalizavimas apima santykius tarp dalyvių, o kitos dvi dimensijos – organizacinę aplinką. Šie keturi aspektai taip pat priklauso nuo išorės veiksnių, tokių, kaip ištekliai, finansai ir politika.

- **Bendri tikslai ir vizija.** Tai yra bendradarbiaujančių grupių išsikelti bendri tikslai ir vizija, komandos narių skirtingų nuomonių pripažinimas.
- **Internalizavimas.** Tai yra bendradarbiaujančių pusių tarpusavio priklausomybė, bendrumo jausmas, vertybės bei abipusis pasitikėjimas.

- **Formalizavimas.** Tai yra dokumentuotos procedūros reikalingos vykdyti bendradarbiavimą bei informacijos keitimasis.
- **Valdymas.** Tai yra vadovavimas pasižymintis lyderyste, palaikantis bendradarbiavimą ir skatinantis inovacijas.

Apibendrinant galima teigti, kad mokslininkai nėra apibrėžę vienos bendros bendradarbiavimo sampratos, tačiau sutinka, kad bendradarbiaujant kartu yra pasiekiami užsibrėžti tikslai. Taip pat bendradarbiavimas yra naudingas, nes padeda spręsti sudėtingas problemas, leidžia priimti kokybiškesnius sprendimus bei didina efektyvumą. Siekiant sėkmingo bendradarbiavimo, svarbu turėti bendrą tikslą, viziją bei dalintis žiniomis ir ištekliais. Sąveika tarp bendradarbiaujančių grupių gali būti skirstoma į keturis tipus: tinklų kūrimą, kooperaciją, koordinaciją bei bendradarbiavimą, kuris gali būti skirstomas ir tris lygius nuo potencialaus, plėtojamo iki aktyvaus. Yra sukurtas ne vienas bendradarbiavimo modelis, kuriuo siekiama paaiškinti bendradarbiavimo metu vykstančius procesus. Gray (1989) pasiūlytas bendradarbiavimo proceso modelis atskleidžia pagrindinius etapus bendradarbiaujant. Thomson ir kt. (2007) modelis leidžia suprasti, kad bendradarbiavimas yra daugialypis procesas, kuriame svarbų vaidmenį vaidina ne tik bendradarbiavimo veiklos organizavimas, tačiau ir dalyvių abipusiai santykiai. Panašiai teigiama D'Amour ir kt. (2008) bendradarbiavimo modelyje, kuriame bendradarbiavimas priklauso nuo organizacinės aplinkos ir santykių tarp partnerių.

1.2. Tarpprofesinio bendradarbiavimo sveikatos priežiūros sistemoje samprata ir nauda

Tarpprofesinis bendradarbiavimas apibūdinamas kaip kelių profesijų atstovų, turinčių skirtingas žinias bei patirtį, bendradarbiavimas, siekiant atlikti bendrą užduotį (Abbott, 1988). Tai yra kolektyvinis veiksmas, orientuotas į bendro tikslo siekimą ir abipusį pasitikėjimą. Taip pat tarpprofesiniam bendradarbiavimui būdingas savanoriškumas, nes bendradarbiaujančios grupės gali pačios pasirinkti, ar nori bendradarbiauti (D'Amour ir kt., 2005). Svarbu paminėti, kad tarpprofesinis bendradarbiavimas yra ypač naudingas atliekant sudėtingas užduotis bei gali vykti skirtinguose sektoriuose, tokiuose, kaip statybos, kūrybos ar sveikatos priežiūros (Weber ir kt., 2022). Mokslinėje literatūroje dažniausiai yra nagrinėjamas tarpprofesinis bendradarbiavimas sveikatos priežiūros sistemoje. Sveikatos priežiūros sektorius yra vienas greičiausiai augančių sektorių, apimančių įstaigas, teikiančias tokias sveikatos priežiūros paslaugas, kaip gydymas, prevencija, reabilitacija ir kt. (Davies, 2018). Šios paslaugos gali būti teikiamos ligoninėse (stacionare), poliklinikose (ambulatorijose), slaugos namuose, privačiuose kabinetuose bei pirminių, antrinių ir tretinių lygmenimis. Pirminė sveikatos priežiūra – tai tęstinės sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos šeimos gydytojų ir jų komandos narių, pavyzdžiui, slaugytojai, kineziterapeutai ir kt. bei yra pirmasis visuomenės kontaktas su sveikatos priežiūros sistema. Antrinė sveikatos priežiūra – tai gydytojų specialistų, tokių, kaip kardiologai, endokrinologai ir kt., teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos. Tretinė sveikatos priežiūra – tai gydytojų specialistų teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos, reikalaujančios sudėtingo gydymo ir specializuotos įrangos. Dažniausiai tretinio lygio paslaugos yra teikiamos stacionaruose turint pirminio ar antrinio lygio gydytojo siuntimą (Hopayian, 2022). Apie PASP buvo pradėta kalbėti 1978 m. Alma Atoje įvykusioje tarptautinėje sveikatos priežiūros konferencijoje. Konferencijoje dalyvavo 134 PSO valstybės narės ir 67 Jungtinių Tautų organizacijų (toliau – JTO) bei nevyriausybinių organizacijų atstovai, kurie išskyrė šias pagrindines PASP sritis: tinkamos mitybos skatinimas, saugaus vandens vartojimo užtikrinimas, pagrindinių sanitarinių sąlygų užtikrinimas, motinos ir vaiko priežiūra, imunizacija nuo pagrindinių infekcinių ligų, infekcinių ligų profilaktika ir kontrolė, sveikatos problemų švietimas bei ligų ir traumų gydymas (World Health

Organization [WHO], 1978). Svarbu paminėti, kad PASP koordinuojama pacientų sveikatos priežiūra bei užtikrinamas aukštesnio lygio sveikatos paslaugų tikslingumas ir prieinamumas. Taip pat siekiama gerinti visuomenės sveikatos rodiklius, užtikrinant lėtinių ligų kontrolę ir profilaktiką (Danauskaitė ir Krančiukaitė-Butylkinienė, 2019).

Tarpprofesinio bendradarbiavimo sąvoką sveikatos priežiūroje nagrinėja nemažai mokslininkų. Green`as ir Johnson (2015) teigia, kad tarpprofesinis bendradarbiavimas apima sveikatos priežiūros darbuotojus, kurie pasitelkia skirtingus savo įgūdžius pacientų gydymui. Supper ir kt. (2015) tarpprofesinį bendradarbiavimą apibrėžia kaip integruotą skirtingų sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimą, kai yra dalinamasi vienas kito gebėjimais ir įgūdžiais, leidžiančiais geriausiai panaudoti esamus išteklius. Garth ir kt. (2018) teigia, kad tarpprofesinis bendradarbiavimas atsiranda tuomet, kai skirtingų profesijų sveikatos priežiūros specialistai komunikuoja su pacientais ir jų artimaisiais, kad galėtų teikti kokybišką sveikatos priežiūrą. Taigi, apibendrinus mokslininkų pateikiamas sampratas galima teigti, kad tarpprofesinis bendradarbiavimas yra skirtingų sveikatos priežiūros specialistų bendros pastangos suteikti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas pacientams, įtraukiant pačius pacientus ir jų artimuosius.

Tarpprofesinis bendradarbiavimas yra labai svarbus sveikatos priežiūros sistemoje, nes nėra vienos profesijos, kuri patenkintų visus pacientų poreikius (Matziou ir kt. 2014). Taip pat tarpprofesinis bendradarbiavimas būtinas siekiant kokybiškų ir saugių sveikatos priežiūros paslaugų (Reeves ir kt., 2017). Tarpprofesinio bendradarbiavimo svarbą sveikatos priežiūroje išskyrė ir Amerikos medicinos koledžų asociacijos (toliau - AMKA) atstovai, kurie tarpprofesinį bendradarbiavimą įvardino kaip vieną svarbiausių įgūdžių, skirtų pateikti studentams į rezidentūrą. AMKA tarpprofesinį bendradarbiavimą pripažino kaip pagrindinį klinikinį įgūdį, kurį turi išmanyti medicinos studijas baigę studentai (Association of American Medical Colleges, 2014). Verta paminėti, kad sveikatos priežiūros praktika, kuri yra orientuota tik į vieno sveikatos paslaugų teikėjo darbą, yra brangi ir neveiksminga (Green ir Johnson, 2015). Priešingai, daugiafunkcinės komandos, sudarytos iš kelių sveikatos priežiūros specialistų, yra žymiai veiksmingesnės, efektyvesnės ir geriau valdo riziką (Parker ir kt., 2012). Dauguma tokių komandų sudaro gydytojai, slaugytojai ir kitų profesijų atstovai, tokie, kaip socialiniai darbuotojai, dietologai ar farmacininkai (Schot ir kt., 2020). Kaip jau buvo minėta, tarpprofesiniame bendradarbiavime labai svarbios sveikatos priežiūros komandos. Deja, dažnai susidaro klaidinga nuomonė, kad tarpprofesinis bendradarbiavimas yra prilyginimas komandiniam darbui. Pasaulio sveikatos organizacija (toliau – PSO) komandinį darbą apibūdina kaip dinamišką procesą, kai veiklą vykdo du ar daugiau žmonių, siekiant atlikti užduotis (WHO, 2012). Priešingai, tarpprofesinis bendradarbiavimas yra laikomas idealus būdas, kaip būtų galima dirbti kartu komandose (Schot ir kt., 2020). Svarbu suprasti, kad paskirtų užduočių atlikimas nėra bendradarbiavimas. Bendradarbiavimas yra sudėtingas procesas, reikalaujantis didesnės sąveikos tarp grupės narių (Janutaitė ir kt., 2015). Tačiau kartu, komandinis darbas ir tarpprofesinis bendradarbiavimas, yra veiksminga strategija tinkamai organizuoti sveikatos priežiūros paslaugas ir užtikrinti pacientų poreikius (Sangaleti ir kt., 2017).

Tarpprofesinio bendradarbiavimo integravimas sveikatos priežiūros srityje yra naudingas daugeliu aspektų tiek pačiam pacientui, tiek įstaigai ir jos darbuotojams. *Visų pirma*, yra išskiriama nauda paciento sveikatai. Atlikti tyrimai rodo, kad tarpprofesinis bendradarbiavimas yra siejamas su geresne pacientų sveikatos būkle bei didesniu pasitenkinimu pačiomis paslaugomis (Cheng ir kt., 2021, El-Awaisi ir kt., 2021, McInnes ir kt., 2015, Morley ir Cashell, 2017). Sveikatos priežiūros ekspertai teigia, kad bendradarbiaujantys specialistai yra jautresni, dėmesingesni pacientams ir jų artimiesiems

bei teikia geresnę priežiūrą. Bendradarbiavimas tarp sveikatos priežiūros specialistų lemia efektyvesnį žinių perdavimą ir informacijos dalijimąsi. Būtent tai leidžia priimti geresnius sprendimus, susijusius su paciento gydymu (Morley ir Cashell, 2017). PSO tarpprofesinį bendradarbiavimą sieja su geresniais rezultatais šeimos sveikatos bei infekcinių ligų srityse (WHO, 2010). Taip pat pranešama, kad tarpprofesinio bendradarbiavimo skatinimas tarp specialistų sutrumpina pacientų buvimo ligoninėje trukmę (Reeves ir kt., 2010) bei pagerina onkologinėmis ligomis sergančių pacientų simptomų valdymą (Elsayem ir kt., 2004). Teigiamas tarpprofesinio bendradarbiavimo poveikis yra pastebimas ir slaugos įstaigose, nes jose sumažėja pacientų griuvimo rizika bei pagerėja vaistų vartojimas (Nazir ir kt., 2013). **Antra**, tarpprofesinis bendradarbiavimas skatina pacientų dalyvavimą gydymo procese. Pacientai ne tik yra šviečiami sveikatos išsaugojimo klausimais, bet ir gali patys dalyvauti priimant sprendimus (Morley ir Cashell, 2017). Vermeire ir kt. (2001) teigimu, pacientai yra svarbiausi dalyviai priimant sprendimus, o sveikatos specialistai atlieka tik pagalbinį vaidmenį. Taip pat bendradarbiaudami pacientai ir sveikatos priežiūros specialistai kuria abipusį pasitikėjimą, kas lemia didesnę pacientų atvirumą, mažesnę nerimą bei sėkmingą paskirto gydymo laikymąsi (Chan ir kt., 2012). **Trečia**, tarpusavyje bendradarbiaujantys medikai padeda užtikrinti pacientų saugumą. Tarpprofesinis bendradarbiavimas yra susijęs su mažesniu komplikacijų dažniu (Green ir Johnson, 2015). Filizli ir Önlér, (2020) atlikto tyrimo intensyviosios terapijos skyriuje rezultatai parodė, kad abipusis slaugytojų ir gydytojų bendradarbiavimas buvo susijęs su mažesniu pneumonijos ir kraujo infekcijų dažniu. **Ketvirta**, tarpprofesinis bendradarbiavimas yra naudingas patiems darbuotojams ir sveikatos priežiūros įstaigoms. PSO tarpprofesinį bendradarbiavimą sieja su stipriomis sveikatos priežiūros sistemomis bei optimizuotomis paslaugomis (WHO, 2010). Tarpprofesinis bendradarbiavimas tarp sveikatos priežiūros specialistų skatina inovacijas ir įstaigos našumą (Morley ir Cashell, 2017), nes didina darbuotojų įsitraukimą į darbą (Attridge, 2009) bei sumažina darbuotojų pravaikštas (Jones ir Jones, 2011). Tarpprofesinis bendradarbiavimas yra susijęs su mažesne personalo kaita ir konfliktais tarp darbuotojų (Green ir Johnson, 2015). Taip pat bendradarbiaudami specialistai sutaupo laiko (Sangaleti ir kt., 2017) ir greičiau įvykdo paskirtus darbus. Gydymo įstaigose, kuriose vyrauja bendradarbiavimo kultūra, didėja ir darbuotojų pasitenkinimas darbu. Tai galima paaiškinti tuo, kad bendradarbiaujantys specialistai labiau jaučiasi pripažinti. Juos sieja horizontalūs, o ne hierarchija paremti vertikalūs ryšiai (Morley ir Cashell, 2017). Tarpprofesiniu bendradarbiavimu grįsti santykiai tarp sveikatos specialistų skatina formalų ir neformalų bendravimą, pagarbą ir atsakomybę vienas kitam (Sangaleti, 2017). Tai leidžia klostytis geriems santykiams tarp kolegų bei sulaukti pagalbos reikiamu metu.

Apibendrinant galima teigti, kad tarpprofesinis bendradarbiavimas yra skirtingų profesijų atstovų darbas siekiant bendro tikslo, dažniausiai pasireiškiantis sveikatos priežiūros sistemoje. Tarpprofesinis bendradarbiavimas sveikatos priežiūros sistemoje yra būtinas organizuojant kokybiškas ir į pacientą orientuotas sveikatos priežiūros paslaugas. Tarpprofesinis bendradarbiavimas visų pirma naudingas pacientams, nes gerina jų sveikatos rodiklius, didina pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis, užtikrina saugumą bei leidžia įsitraukti į gydymo procesą. Taip pat tarpprofesinis bendradarbiavimas naudingas ir pačioms sveikatos priežiūros įstaigoms bei jos darbuotojams, nes didina įstaigos našumą ir darbuotojų pasitenkinimą.

1.3. Tarpprofesinį bendradarbiavimą sveikatos priežiūros sistemoje sąlygojantys veiksniai

Nors tarpprofesinis bendradarbiavimas yra naudingas sveikatos priežiūros sistemoje, tačiau jo stoka gali sukelti didelę žalą paciento sveikatai. Atlikti tyrimai patvirtina, kad sveikatos priežiūros specialistų tarpprofesinio bendradarbiavimo trūkumas susijęs su netiksliomis arba pavėluotai

nustatytomis diagnozėmis, bloga sveikatos priežiūra ir net padidėjusiu pacientų mirtingumu (Vaseghi ir kt., 2022). Siekiant sėkmingo tarpprofesinio bendradarbiavimo sveikatos priežiūros sistemoje svarbu nustatyti tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinančius ir trikdančius veiksniai. Mulvale ir kt. (2016) savo darbe išskyrė pagrindines tarpprofesinio bendradarbiavimo sveikatos priežiūros sistemoje veiksmų kategorijas: makro (politikos), mezo (organizacijos), mikro (komandos) ir individualius. Tarpprofesinio bendradarbiavimo veiksniai pavaizduoti 2 paveiksle.

Makro veiksniai	Mezo veiksniai	Mikro veiksniai	Individualūs veiksniai
• Profesinis reguliavimas • Reglametai	• Organizacinė struktūra • Organizacijos kultūra • Informacinės sistemos • Darbuotojų atlyginimas • Mokymai	• Komandos struktūra • Socialiniai procesai • Formalūs procesai • Komandos požiūris	• Branda savo profesijoje • Lankstumas • Požiūris į bendradarbiavimo praktiką

2 pav. Tarpprofesinio bendradarbiavimo veiksniai sveikatos priežiūros sistemoje (sudaryta autorės, remiantis Mulvale ir kt., 2016)

- **Makro** veiksniai yra susiję su valdžios sprendimais. Tai gali būti profesinis reguliavimas, reglamentai, susiję su finansavimo mechanizmais, praktikos apimtimis, teikėjo mokėjimu). Šie veiksniai keičiasi retai, tačiau pasikeitę, daro didelę įtaką bendradarbiaujančioms komandoms.
- **Mezo** veiksniai susiję su pačia organizacija. Jie apima organizacinę struktūrą, organizacijos kultūrą, informacines sistemas ir skiriamą atlygį, mokymus. Šie veiksniai gali keistis dažniau ir paveikti daugiau bendradarbiaujančių sveikatos priežiūros specialistų.
- **Mikro** veiksniai yra susiję su pačiomis sveikatos priežiūros specialistų komandomis. Jie apima komandos struktūrą (lyderiai, pagalbininkai, komandos dydis), formalius procesus (vizija, išsikelti tikslai, bendri susitikimai ir sprendimų priėmimas), socialinius procesus, (sklandi ir atvira komunikacija, konfliktų sprendimas) bei komandos požiūrį (inovacijų palaikymas, jautimasis komandos dalimi). Šie veiksniai daro įtaką kiekvienai komandai individualiai.
- **Individualūs** veiksniai susiję su pačiais sveikatos priežiūros darbuotojais, kurie bendradarbiauja komandose. Šie veiksniai apima brandą savo profesijoje, lankstumą ir požiūrį į bendradarbiavimo praktiką.

Išskyrę šiuos pagrindinius tarpprofesinio bendradarbiavimo veiksmus, Mulvale ir kt. (2016) teigia, kad tarpprofesinis bendradarbiavimas turi būti svarbus ne tik pačiai komandai, bet ir politikos formuotojams, sveikatos priežiūros įstaigų vadovams ir lyderiams. Jų veiksmai gali padėti užtikrinti veiksmingą tarpprofesinį bendradarbiavimą ir geriau atliepti pacientų poreikius.

Taigi, remiantis Mulvale ir kt. (2016) išskirtais veiksniais galima teigti, jog veiksniai, stiprinantys tarpprofesinį bendradarbiavimą, yra sisteminiai, organizaciniai ir tarpasmeniniai (pačios komandos). Sisteminiai veiksniai, darantys įtaką nacionaliniu, valstybės lygiu, apima vyriausybės politiką, strategines kryptis bei finansavimą. Aiški vyriausybės politika, įgyvendinant sveikatos priežiūros modelius, palaikančius tarpprofesinį bendradarbiavimą, vaidina labai svarbų vaidmenį kuriant stipresnį bendradarbiavimą. Taip pat ilgalaikės tarpprofesinio bendradarbiavimo strategijos kūrimas leidžia turėti aiškią viziją bei prioritetus, siekiant sėkmingo tarpprofesinio bendradarbiavimo. Svarbu paminėti ir didesnio finansavimo skyrimo ir išvystytos informacinės struktūros valstybės lygmeniu

svarbą. Gerai išvystyta informacinė struktūra palengvina komunikaciją tarp sveikatos priežiūros specialistų, o tai skatina didesnę tarpprofesinį bendradarbiavimą (Wong ir kt., 2017). Organizaciniai veiksniai, stiprinantys tarpprofesinį bendradarbiavimą kiekvienos sveikatos priežiūros įstaigos lygmenyje, yra organizaciniai mechanizmai, remiantys tarpprofesinį bendradarbiavimą, lyderiai bei optimalus išteklių naudojimas. Organizaciniai mechanizmai, remiantys tarpprofesinį bendradarbiavimą, yra formalizuoti bendradarbiavimo procesai, protokolai, bendros standartizuotos informacinės sistemos. Labai svarbu, kad įstaigos užtikrintų komandų bendradarbiavimą, organizuodamos bendrus susirinkimus bei susitardamos dėl bendrų tarpprofesinio bendradarbiavimo taisyklių ir komandos narių pareigybių. Standartizuota informacinė sistema gali padėti efektyviau komunikuoti ir keistis informacija. Taip pat sėkmingam bendradarbiavimui svarbu, kad įstaigose būtų lyderiai, kurie remtų bendradarbiavimą, skatintų siekti bendro tikslo bei koordinuotų tarpprofesinių komandų darbą. Tarpprofesinis bendradarbiavimas būtų neįsivaizduojamas be optimalaus išteklių naudojimo. Labai svarbus vaidmuo atitenka žmogiškiesiems, finansiniams bei laiko ištekliams. Siekiant sėkmingo tarpprofesinio bendradarbiavimo, svarbu investuoti į darbuotojų tarpprofesinio bendradarbiavimo mokymus bei sudaryti tinkamas sąlygas bendradarbiauti (laikas, vieta) (Valaitis ir kt., 2018). Tarpasmeniniai veiksniai, stiprinantys tarpprofesinį bendradarbiavimą, yra komunikacija, pagarba ir pasitikėjimas, bendra vizija ir tikslai, profesinių vaidmenų žinojimas (Bollen ir kt., 2019, Johnson ir kt., 2021, Soemantri ir kt., 2019). Granheim ir kt., (2018) teigimu, atvira bei abipusė komunikacija yra efektyvus tarpprofesinio bendradarbiavimo tarp sveikatos priežiūros darbuotojų pagrindas. Bendraudami skirtingų profesijų atstovai gali labiau suvokti vienas kito vaidmenis ir funkcijas bei siekti bendro tikslo. Taip pat profesinių vaidmenų žinojimas skatina pagarbą ir pasitikėjimą vienas kitu. Pasitikėdami kitais komandos nariais rodome, kad gerbiame jų nuomonę ir sprendimus. Komandoje išsikelti bendri tikslai ir vizija taip pat stiprina tarpprofesinį bendradarbiavimą. Tarpprofesinės komandos, turinčios aiškiai suformuluotą bendrą viziją ir tikslus, gali nustatyti aiškią kryptį ir būti orientuotos į veiksmus (Johnson ir kt., 2021, Soemantri ir kt., 2019). Svarbu išskirti, kad sveikatos priežiūros specialistų tarpprofesinio bendradarbiavimo žinios ir įgūdžiai bei gera ankstesnė bendradarbiavimo patirtis taip pat stiprina tarpprofesinį bendradarbiavimą (Bollen ir kt., 2019). Vaseghi ir kt. (2022) mokslinės literatūros apžvalgoje išskyrė pagrindines sveikatos priežiūros specialistų kompetencijas, užtikrinančias sėkmingą bendradarbiavimą. Tai yra į pacientą orientuota priežiūra, tarpprofesinė komunikacija, lyderystė, konfliktų sprendimas, pareigų ir atsakomybės skaidrumas bei darbas komandoje.

- **Į pacientą orientuota sveikatos priežiūra.** Ši kompetencija leidžia užtikrinti paciento poreikius, sveikatos priežiūros saugą ir kokybę.
- **Tarpprofesinė komunikacija.** Ši kompetencija leidžia bendrauti ir dalintis informacija tarp skirtingų sveikatos priežiūros specialistų.
- **Lyderystė.** Ši kompetencija kuria saugią darbo aplinką, kurioje skatinamas sveikatos priežiūros specialistų įsitraukimas, tarpprofesiniai santykiai ir keitimasis informacija.
- **Konfliktų sprendimas.** Ši kompetencija labai svarbi siekiant darnaus bendradarbiavimo bei suprasti kitų darbuotojų jausmus ir vertybes.
- **Darbas komandoje.** Ši darbuotojų kompetencija skatina suvokimą apie komandą ir jos galimybes. Komandinio darbo dėka įgalinamas efektyvus tarpprofesinis bendradarbiavimas.
- **Pareigų atsakomybė ir skaidrumas.** Ši kompetencija skatina suvokti kiekvieno darbuotojo pareigas ir atsakomybę vienas kitam bei panaudoti vienas kito gebėjimus siekiant bendro tikslo.

Apie kompetencijas, reikalingas tarpprofesiniame bendradarbiavime, taip pat kalba Suter ir kt. (2009). Jie teigia, kad sklandžiam bendradarbiavimui svarbu ugdyti dvi pagrindines kompetencijas. Pirmoji – tai bendradarbiaujančių grupių lūkesčių ir vaidmenų supratimas. Antroji – tai gebėjimas komunikuoti, įskaitant derėjimosi ir konfliktų sprendimo įgūdžius.

Taigi, sėkmingas tarpprofesinis bendradarbiavimas sveikatos priežiūros sistemoje priklauso nuo sisteminių, organizacinių ir tarpasmeninių veiksnių. Siekiant sėkmingo ir darnaus tarpprofesinio bendradarbiavimo tarp sveikatos priežiūros specialistų, svarbu gebėti komunikuoti ir dirbti komandoje, spręsti iškilusius konfliktus bei ugdyti atsakomybę už savo veiksmus. Visa tai turėtų būti skatinama kiekvienoje gydymo įstaigoje bei įtraukiama į studijų programas.

Veiksniai, trikdančys tarpprofesinį bendradarbiavimą sveikatos priežiūros sistemoje, taip pat gali būti skirstomi į sisteminius, organizacinius ir tarpasmeninius. Sisteminiai, tarpprofesinį bendradarbiavimą trikdančys, veiksniai yra mažas vyriausybės palaikymas ir išitraukimas, kitaip tariant vyriausybės politikos, kuri skatintų tarpprofesinį bendradarbiavimą, nebuvimas. Taip pat tarpprofesinį bendradarbiavimą apsunkina finansavimo stoka bei silpnai išvystyta informacinių technologijų infrastruktūra valstybės lygmeniu. Labai svarbu stiprinti informacinių technologijų sistemas, kad būtų užtikrinta tinkama sveikatos priežiūros specialistų komunikacija (Wong ir kt., 2017). Organizaciniai veiksniai, trikdančys tarpprofesinį bendradarbiavimą kiekvienos sveikatos priežiūros įstaigos lygmenyje, yra įstaigos biurokratiniai mechanizmai, vadovų palaikymo ir paramos trūkumas bei išteklių (finansinių, laiko, vietos, žmogiškųjų) stoka. Biurokratiniai procesai, susiję su griežtų procedūrų ir protokolų laikymusi, dažnai apsunkina sprendimų priėmimą, o tai taip pat gali slopinti sklandų bendradarbiavimą. Sėkmingam tarpprofesiniam bendradarbiavimui trukdo nepakankamas įstaigos vadovybės išitraukimas ir palaikymas. Darbuotojai nebus suinteresuoti bendradarbiauti, jei nebus skatinami pačios organizacijos. Taip pat tarpprofesinį bendradarbiavimą apsunkina išteklių stoka, pavyzdžiui, bendra erdvė ir laikas, skirtas bendradarbiauti, komunikacijos priemonės, darbuotojų atlyginimai bei investavimas į darbuotojų žinias ir įgūdžius, susijusius su tarpprofesiniu bendradarbiavimu (Bollen ir kt., 2019, Valaitis ir kt., 2018). Kalbant apie tarpasmeninius tarpprofesinį bendradarbiavimą trikdančius veiksnius, galima išskirti kitų sveikatos specialistų vaidmenų ir pareigų pažinimo stoką (El-Awaisi ir kt., 2021, Piper-Vallillo ir kt., 2023). Tai galima paaiškinti tuo, kad trūksta kiekvieno specialisto aiškaus vaidmens apibrėžimo, suvokimo ir pripažinimo (Supper ir kt., 2015). Pastebima, kad dažnai gydytojai nesupranta kitų sveikatos priežiūros specialistų tokių kaip farmacininkai, dietologai, socialiniai darbuotojai ir kt. vaidmenų. Visa tai skatina šiuos darbuotojus jaustis nesuprastiems ir neįvertintiems (Garth ir kt., 2018). Mokslinėje literatūroje bene labiausiai yra pabrėžiama slaugytojų vaidmenų aiškumo stoka (Tang ir kt., 2013, WHO, 2013). Nors slaugytojai yra pripažinti atskira ir savarankiška specialybe, tačiau gydytojai juos suvokia kaip padėjėjus, kurių pagrindinė funkcija yra įsakymų vykdymas (Matziou ir kt., 2014). Kita sėkmingo bendradarbiavimo kliūtis yra nuo senų laikų susiklostę hierarchija grįsti santykiai tarp sveikatos priežiūros specialistų (Sangaleti ir kt., 2017, Supper ir kt., 2015). Mokslinėje literatūroje teigiama, kad gydytojai save suvokia kaip lyderius ir pagrindinius sprendimų priėmėjus (Karam ir kt., 2022, Matziou ir kt., 2014). Tai ypač pastebima gydytojo ir slaugytojo santykiuose. Piper – Vallillo ir kt. (2023) atliktame tyrime slaugytojai tarpprofesinį bendradarbiavimą suvokia kaip didesnę savarankiškumą ir dalyvavimą priimančiais sprendimus, o gydytojų bendradarbiavimo įgūdžius – kaip neoptimalius. Tačiau gydytojų nuomone, slaugytojų išsilavinimas ir kompetencija neleidžia jų pripažinti kaip savarankiškų specialistų (El-Awaisi ir kt., 2021). Stein`as (1967) pristatė „gydytojų ir slaugytojų žaidimo“ modelį, kuriame teigė, kad slaugytojos yra gydytojų „tarnaitės“. Taip pat

slaugytojai, dirbdami su gydytojais, visada yra linkę gauti gydytojo sutikimą ir patvirtinimą. Nepaisant to, kad šiais laikais slaugytojai yra savarankiškesni, tačiau paternalistinis į mediciną orientuotas požiūris vis dar egzistuoja (Matziou ir kt., 2014). Svarbu paminėti, kad sklandų tarpprofesinį bendradarbiavimą apsunkina pagarbos ir pasitikėjimo trūkumas tarp sveikatos priežiūros specialistų. El-Awaisi ir kt. (2021) atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad gydytojai slaugytojus laiko jų teikiamų paslaugų papildymu bei nelaiko lygiaverčiais kolegomis. Mokslinėje literatūroje teigiama, kad skirtingas sveikatos priežiūros specialistų išsilavinimas ir ankstesnės patirtys (Tarhan ir kt., 2022), interesai, lūkesčiai ir išsikelti tikslai gali apsunkinti bendravimą ir sukelti tarpusavio konfliktus (Morley ir Cashell, 2017). Taip pat tarpprofesinėse komandose gali būti asmenų, turinčių skirtingą įgaliojimų lygį, prestižą, atlyginimą ir kt., dėl ko gali kilti papildomų iššūkių, susijusių su sprendimų priėmimais (Love ir Roper, 2009).

Galima teigti, kad sveikatos priežiūros sistemoje vis dar yra susiduriama su kliūtimis, kurios trukdo įgyvendinti sėkmingą tarpprofesinį bendradarbiavimą. Šios kliūtys yra sisteminės, organizacinės ir tarpasmeninės. Svarbu paminėti, kad sveikatos priežiūros sistema yra viena iš nedaugelio, kurioje dar vyrauja nuo senų laikų susiklostę hierarchija grįsti santykiai. Tokie santykiai menkina darbuotojų savivertę ir mažina pasitenkinimą darbu. Taip pat kitų sveikatos priežiūros specialistų, kaip pavyzdžiui, slaugytojas, socialinis darbuotojas ir kt., vaidmenų supratimo ir pripažinimo stoka rodo, kad apie šias profesijas nėra pakankamai kalbama medicinos studijų programose. Taigi, galima teigti, kad būsimi sveikatos priežiūros specialistai nėra mokomi tarpprofesinio bendradarbiavimo.

Apibendrinant galima teigti, kad tarpprofesinį bendradarbiavimą sveikatos priežiūros sistemoje sąlygoja sisteminiai (valstybės lygiu), organizaciniai (organizacijos lygiu) ir tarpasmeniniai (sveikatos priežiūros darbuotojų) veiksniai. Siekiant sėkmingo sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimo svarbu nustatyti, kokie veiksniai stiprina ir trikdo tarpprofesinį bendradarbiavimą. Tarpprofesinio bendradarbiavimo veiksniai stiprinantys ir trikdančys tarpprofesinį bendradarbiavimą sveikatos priežiūros sistemoje pavaizduoti 2 lentelėje.

2 lentelė. Tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinantys ir trikdančys veiksniai sveikatos priežiūros sistemoje (sudaryta autorės, 2023)

Lygmuo	Tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinantys veiksniai	Tarpprofesinį bendradarbiavimą trikdančys veiksniai
Sisteminis lygmuo	• aiški vyriausybės politika, skatinanti tarpprofesinį bendradarbiavimą • ilgalaikės tarpprofesinio bendradarbiavimo strategijos kūrimas • finansavimas • išvystyta informacinė struktūra	• mažas vyriausybės palaikymas ir įsitraukimas • finansavimo stoka • neišvystyta informacinė struktūra
Organizacinis lygmuo	• formalizuoti bendradarbiavimo procesai • protokolai • bendros informacinės sistemos • bendri susirinkimai • aiškos taisyklės, nusakančios tarpprofesinių komandos narių pareigybės • lyderiai • optimalus išteklių (finansinių, žmogiškųjų, laiko) naudojimas	• organizacijos biurokratiniai mechanizmai • organizacinės paramos trūkumas (nepakankamas vadovybės įsitraukimas ir palaikymas) • išteklių (laiko, vietos, finansinių, žmogiškųjų) stoka

Tarpasmeninis lygmuo	• sklandi komunikacija • pagarba ir pasitikėjimas • bendra vizija ir tikslai • atsakomybės prisiėmimas už atliekamas užduotis • profesinių vaidmenų žinojimas • pakankamos tarpprofesinio bendradarbiavimo žinios ir įgūdžiai • teigiama ankstesnė bendradarbiavimo patirtis • gebėjimas tinkamai spręsti konfliktus • gebėjimas sklandžiai dirbti komandoje	• vaidmenų ir funkcijų pažinimo stoka • hierarchija grįsti santykiai • pagarbos ir pasitikėjimo trūkumas • skirtingas sveikatos priežiūros specialistų išsilavinimas • neigiama ankstesnio bendradarbiavimo patirtis • skirtingi interesai, lūkesčiai ir išsikelti tikslai • skirtingas įgaliojimų lygis (statusas) • skirtingas atlyginimas
----------------------	--	---

Apibendrinant lentelėje pateiktus duomenis galima teigti, jog sisteminiai veiksniai, stiprinantys tarpprofesinį bendradarbiavimą, yra aiški vyriausybės politika, skatinanti tarpprofesinį bendradarbiavimą, ilgalaikės tarpprofesinio bendradarbiavimo strategijos kūrimas, pakankamas finansavimas bei išvystyta informacinė struktūra. Svarbu, kad valstybė užtikrintų aiškų teisinį reguliavimą apie tarpprofesinį bendradarbiavimą sveikatos priežiūros įstaigose. Taip pat finansavimo didinimas, ypač informacinių sistemų diegimui, yra labai svarbus, siekiant užtikrinti sklandžią komunikaciją tarp sveikatos priežiūros specialistų. Priešingai, tarpprofesinį bendradarbiavimą šiame lygmenyje gali trikdyti nepakankamas vyriausybės palaikymas ir įsitraukimas, nepakankamas finansavimas bei neišvystyta informacinė struktūra. Vienas iš vyriausybės nepakankamo palaikymo ir įsitraukimo pavyzdžių yra aiškaus teisinio reguliavimo, reglamentuojančio gydytojų, slaugytojų ir kitų komandos narių funkcijas bendradarbiaujant, stoka. Tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinantys veiksniai organizaciniame lygmenyje yra organizaciniai mechanizmai, remiantys tarpprofesinį bendradarbiavimą, lyderių aktyvus įsitraukimas ir skatinimas bei optimalus išteklių naudojimas. Organizaciniai mechanizmai apima protokolus, aprašančius tarpprofesinio bendradarbiavimo procedūras kiekvienoje sveikatos priežiūros įstaigoje. Svarbu, kad kiekviena įstaiga aiškiai pateiktų gaires, kaip, su kuo, kada bendradarbiauti. Toks žingsnis parodytų, kad pati įstaigos vadovybė yra įsitraukusi į tarpprofesinio bendradarbiavimo skatinimą. Lyderiai kiekvienoje įstaigoje yra taip pat labai svarbūs koordinuojant tarpprofesinių komandų darbą ir skatinant siekti bendro tikslo. Optimalus išteklių naudojimas apima aprūpinimą tarpprofesiniam bendradarbiavimui skirtą įrangą (pavyzdžiui, telefonas, elektroninis paštas), darbuotojų atlyginimus ir mokymus tarpprofesinio bendradarbiavimo tema. Priešingai, tarpprofesinį bendradarbiavimą šiame lygmenyje trikdo išteklių (laiko, vietos, finansinių, žmogiškųjų) stoka, organizacijos biurokratiniai mechanizmai bei organizacinės paramos trūkumas. Organizacijos biurokratiniai mechanizmai, susiję su griežtomis taisyklėmis ir protokolais, kurių laikymasis apsunkina greitą sprendimų priėmimą ir tuo pačiu apsunkina efektyvų tarpprofesinį bendradarbiavimą. Organizacinės paramos trūkumas susijęs su įstaigos vadovybės nepakankamu įsitraukimu ir tarpprofesinio bendradarbiavimo skatinimu. Tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinantys veiksniai tarpasmeniniame lygmenyje yra sklandi komunikacija, abipusė pagarba ir pasitikėjimas vienas kitu, atsakomybės prisiėmimas už atliekamas užduotis bei bendros vizijos ir tikslo turėjimas komandoje. Svarbu, kad visi bendradarbiaujantys asmenys žiūrėtų viena kryptimi siekiant kokybiškai suteikti sveikatos priežiūros paslaugas. Taip pat tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprina gebėjimas dirbti komandoje ir tinkamai spręsti konfliktus, pakankamos darbuotojų žinios ir įgūdžiai bendradarbiaujant, teigiama ankstesnė bendradarbiavimo patirtis bei kolegų profesinių vaidmenų žinojimas. Suvokiant kitų sveikatos priežiūros darbuotojų funkcijas ir pareigas, parodome, kad gerbiame kiekvienos profesijos savitumą bei galime geriau komunikuoti. Priešingai, tarpprofesinį

bendradarbiavimą šiame lygmenyje trikdo sveikatos priežiūros darbuotojų vaidmenų ir funkcijų pažinimo stoka, skirtingas sveikatos priežiūros specialistų išsilavinimas, statusas (pareigos), skirtingas darbo apmokėjimas, skirtingi interesai, lūkesčiai ir išsikelti tikslai. Taip pat tarpprofesinį bendradarbiavimą trikdo neigiama ankstesnio bendradarbiavimo patirtis, pagarbos ir pasitikėjimo trūkumas, kuris dažniausia susijęs su hierarchija grįstais santykiais. Tokie santykiai yra ypač būdingi sveikatos priežiūros sistemoje ir dažniausiai apima gydytojo dominavimą prieš kitus darbuotojus, pavyzdžiui, slaugytojus, socialinius darbuotojus ir kt.

Apibendrinant pirmąjį skyrių galima teigti, kad bendradarbiavimas yra daugelio mokslininkų nagrinėjamas objektas, kuris neturi vieno aiškaus apibrėžimo ir modelio. Apibendrinant mokslininkų pateikiamas bendradarbiavimo sampratas galima teigti, kad tai yra procesas, kuriuo organizacijos ar bendradarbiaujantys asmenys siekia įgyvendinti užsibrėžtą tikslą. Nors bendradarbiavimas daugeliu atžvilgiu yra naudingas, tačiau tai yra sudėtingas procesas, reikalaujantis ne tik bendrų taisyklių ir protokolų laikymosi, bet ir bendradarbiaujančių grupių abipusio pasitikėjimo ir įsitraukimo. Tarpprofesinis bendradarbiavimas apibrėžiamas kaip skirtingų profesijų atstovų pastangos atlikti bendrą užduotį. Dažniausiai tarpprofesinis bendradarbiavimas pasireiškia sveikatos priežiūros sistemoje sąveikaujant skirtingiems sveikatos priežiūros specialistams. Tarpprofesinis bendradarbiavimas sveikatos priežiūros sistemoje yra būtinas, norint užtikrinti kokybišką sveikatos priežiūrą. Medicinos darbuotojų komandinis darbas, grįstas tarpprofesiniu bendradarbiavimu, yra geriausias būdas užtikrinti didėjančius pacientų poreikius. Nors tarpprofesinis bendradarbiavimas naudingas tiek pacientui, tiek pačiai gydymo įstaigai ir jos darbuotojams, tačiau vis dar yra nemažai veiksnių, kurie trikdo sklandų tarpprofesinį bendradarbiavimą tarp sveikatos priežiūros specialistų.

2. Tarpprofesinio bendradarbiavimo sveikatos priežiūros sistemoje skatinimo strateginės nuostatos, teisinis reguliavimas bei gerosios patirtys

Šiame skyriuje nagrinėjama tarpprofesinio bendradarbiavimo skatinimo poreikis Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje bei strateginės nuostatos ir teisiniai reguliavimai, pristatomos gerosios užsienio šalių patirtys, taikant tarpprofesinį bendradarbiavimą pirminėje asmens sveikatos priežiūros sistemoje.

2.1. Tarpprofesinio bendradarbiavimo poreikis Lietuvos pirminėje asmens sveikatos priežiūros sistemoje

Siekiant suprasti tarpprofesinio bendradarbiavimo svarbą pirminėje asmens sveikatos priežiūroje Lietuvoje, pirmiausia svarbu išnagrinėti, kaip yra organizuojama nacionalinė sveikatos sistema. Lietuvos Respublikos (toliau – LR) Sveikatos sistemos įstatyme teigiama, kad Lietuvoje gyventojų sveikatos priežiūra yra organizuojama dviem lygmenimis. Valstybės lygmeniu LR Sveikatos apsaugos ministerija (toliau – SAM) formuoja ir koordinuoja sveikatos politiką, taip pat organizuoja tretinę asmens sveikatos priežiūrą. Savivaldybių lygmeniu yra organizuojama pirminė bei antrinė asmens sveikatos priežiūra (Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas, 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552, 1994). LR sveikatos apsaugos ministro įsakyme, PASP apibūdinama kaip šeimos gydytojo ir jo komandos, kurią sudaro vaikų ligų, vidaus gydytojai, akušeriai ginekologai, psichikos sveikatos specialistai bei odontologai (Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo, 2005 m. gruodžio 5 d. Nr. V-943, 2005).

Analizuojant PASP rodiklius Oficialiosios statistikos portalo ir higienos instituto duomenų bazėse, galima matyti, kad Lietuvos PASP yra būtini pokyčiai. Visų pirma, poreikis keisti PASP sistemą susijęs su didėjančiais sveikatos priežiūros kaštais. Oficialiosios statistikos portalo duomenimis, sveikatos priežiūros išlaidos 2018 - 2021 m. laikotarpyje padidėjo nuo 2 972,3 mln. Eur. iki 4 392,7 mln. Eur. Šis pokytis yra susijęs su senėjančia Lietuvos visuomene ir didėjančiu gyventojų sergamumu. Svarbu paminėti, kad didžioji dalis sveikatos priežiūros išlaidų (70 - 80 proc.) yra skiriamos lėtinių ligų gydymui (STRATA, 2022). Oficialiosios statistikos portalo duomenimis, demografinis senatvės koeficientas¹ 2013-2023 m. laikotarpyje atitinkamai didėjo nuo 124 iki 134. Prognozuojama, kad 2050 m. vyresni nei 65 m. Lietuvos gyventojai sudarys net 31,6 proc. (2019 m. sudarė 19,8 proc.) (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2022). Higienos instituto duomenimis, sergamumas lėtinėmis ligomis kito nevienodai. Sergamumas kraujotakos sistemos ligomis 1000 gyventojų 2018 - 2020 m. laikotarpyje sumažėjo atitinkamai nuo 319,75 iki 312,61. Šis stebimas susirgimų skaičiaus mažėjimas gali būti paaiškinamas remiantis tuometine epidemiologine situacija dėl COVID-19 pandemijos. Šios pandemijos metu buvo sustabdytas sveikatos priežiūros paslaugų teikimas bei pradėtas dalies konsultacijų teikimas nuotoliniu būdu. Tačiau suvaldžius infekcijos paplitimą dėl visuotinės vakcinacijos ir iš naujo pradėjus pilnai teikti sveikatos priežiūros paslaugas 2021 - 2022 metų laikotarpyje šių susirgimų skaičius žymiai padidėjo atitinkamai nuo 325,31 iki 330,32. Tokia pati tendencija stebima kalbant ir apie sergamumą navikais. 2018 - 2020 m. laikotarpyje sergamumas navikais 1000 gyventojų sumažėjo atitinkamai nuo 89,22 iki 79,24, o 2021-2022 metų laikotarpyje padidėjo atitinkamai nuo 90,58 iki 97,41. Nors matoma, kad pandemija turėjo

¹ Žmonių, vyresnių nei 65 m. skaičius, tenkantis 100 vaikų (0-14 m.).

didelę įtaką gyventojų sergamumui, tačiau 2022 m. sergamumo rodikliai ne tik susilygino su 2018 metų rodikliais, bet ir gerokai viršijo.

Visų antra, pokyčius PASP skatina ir didėjantis sveikatos priežiūros specialistų poreikis. Tai ypač pastebima, atnaujinus gydymo įstaigų darbą po pandemijos. Oficialiosios statistikos portalo duomenimis, 2018 - 2022 metų laikotarpyje praktikuojančių gydytojų skaičius tenkantis 10 000 gyv. sumažėjo atitinkamai nuo 46,1 iki 44,0. Tais pačiais metais praktikuojančių slaugytojų skaičius tenkantis 10 000 gyv. sumažėjo nuo 78,0 iki 74,3. Prognozuojama, kad iki 2030 m. daugiausiai trūks tokių specialistų kaip šeimos gydytojai, slaugytojai bei vidaus ligų gydytojai (STRATA, 2021). Vienos iš pagrindinių sveikatos priežiūros specialistų trūkumo priežasčių yra darbuotojų išėjimas į pensiją bei didelis darbo krūvis. Oficialiosios statistikos portalo duomenimis, 2018 - 2022 metų laikotarpyje didėjo vyresnių nei 65 m. gydytojų skaičius atitinkamai nuo 2 055 iki 2 676. UAB „ESTEP Vilnius“ parengtoje analizėje (2020) pabrėžiama, kad gydytojai turi didelį darbo krūvį, todėl per mažai dėmesio skiria paciento būklei bei ligų prevencijai. Taip pat nefunkcionuoja darni šeimos gydytojo komanda ir pastebima didelė teikiamų paslaugų fragmentacija.

Trečia, pirminės sveikatos priežiūros sistema yra neveiksminga. Šiandieninė sveikatos priežiūra yra „ligų priežiūros“ sistema, kurioje sveikatos paslaugų teikimas struktūriškai yra nepasikeitęs. Kaip ir yra įprasta, gydytojai atlieka pacientų apžiūrą, diagnozuoja ligas ir paskiria gydymą (STRATA, 2022). Tokia PASP nėra orientuota į prevenciją ir sveikatos išsaugojimą. Neveiksmingą PASP rodo ir didelis aktyvaus gydymo lovų skaičius ligoninėse. 2019 m. šis skaičius buvo 29 proc. ir viršijo ES vidurkį (27 proc.) (Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija, 2022). 2022 – 2030 metų LR Sveikatos apsaugos ministerijos sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo plėtros programoje teigiama, kad neefektyvi Lietuvos PASP susijusi su neracionaliu gydytojų funkcijų pasidalijimu, atvejo vadybos stoka bei nepakankamai integruotomis visuomenės sveikatos ir socialinėmis paslaugomis (Dėl 2022-2030 metų Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo plėtros programos patvirtinimo, 2022 m. kovo 30 d. Nr. 319, 2022). Darbo pasidalijimas tarp pirminės sveikatos priežiūros specialistų yra neefektyvus ir prilyginamas žmoniškųjų išteklių švaistymui. Nustatyta, kad 76 proc. gydytojų ir 79 proc. slaugytojų yra per daug paprasta atlikti tam tikras užduotis susijusias su jų kasdieniu darbu (Organisation for Economic Cooperation and Development [OECD], 2019). Taip pat Lietuvos valstybės kontrolės ataskaitoje išskirta, kad nereikšmingos užduotys, kurioms nebūtinės žinios ir kompetencijos, užima net 22 proc. šeimos gydytojo darbo laiko (Valstybės kontrolės 2013 m. vasario 28 d. valstybinio audito ataskaita, 2013). Tokia susidariusi situacija rodo, kad PASP neužtikrinamas tarpprofesinis bendradarbiavimas tarp sveikatos priežiūros specialistų, todėl būtina imtis priemonių stiprinti tarpprofesinį šių specialistų bendradarbiavimą.

Apibendrinant galima teigti, kad šiandieninė Lietuvos PASP susiduria su daugeliu iššūkių, tokių, kaip didėjantis visuomenės senėjimas ir sergamumas lėtinėmis ligomis, augantis sveikatos priežiūros specialistų poreikis, didelis darbo krūvis ir netikslingas funkcijų pasidalinimas. Neefektyvaus darbo pasidalinimo priežastys gali būti susijusios su nepakankamu tarpprofesiniu sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimu bei šį bendradarbiavimą trikdančių veiksnių buvimu, pvz., tokių, kaip sveikatos priežiūros specialistų vaidmenų ir funkcijų pažinimo stoka, hierarchija grįsti tarpusavio santykiai, pagarbos ir pasitikėjimo trūkumas bei kt.

2.2. Tarpprofesinio bendradarbiavimo sveikatos priežiūros sistemoje strateginės nuostatos ir teisinis reguliavimas

Tarpprofesinio bendradarbiavimo svarba minima didžiausioje tarptautinėje sveikatos organizacijoje – PSO. PSO 2010 m. išleistose gairėse apie tarpprofesinį švietimą ir bendradarbiavimo praktiką teigiama, kad tarpprofesinio bendradarbiavimo skatinimas sveikatos priežiūros sistemoje yra vienas iš reikšmingiausių sprendimo būdų užtikrinant kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas esant sveikatos priežiūros darbuotojų trūkumui visame pasaulyje. Taip pat nurodoma, kad skatinant tarpprofesinį bendradarbiavimą labai svarbus tarptautinių organizacijų ir nevyriausybinių organizacijų vaidmuo. Šios institucijos turėtų remti įvairių šalių nacionalinės sveikatos politikos formuotojų pastangas diegti tarpprofesinio bendradarbiavimo praktikas, užtikrinti finansavimą bei projektų rengimą (WHO, 2010). Tarpprofesinio bendradarbiavimo poreikis sveikatos priežiūroje yra minimas Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos (toliau – EBPO) gairėse. Ši organizacija vienija 38 pasaulio valstybes, kurios dalijasi patirtimi mokslo, švietimo, inovacijų ir kt. srityse. Šiose gairėse teigiama, kad pagrindiniai sveikatos priežiūros specialistų įgūdžiai, siekiant į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros, yra tarpprofesinis bendradarbiavimas. Tarpprofesinio bendradarbiavimo poreikis susijęs su pakitusiu sveikatos priežiūros specialistų darbo pobūdžiu dėl naujų technologijų pažangos, profesinių standartų pokyčių, pačių pacientų ir jų artimųjų įtraukimo į sveikatos priežiūros valdymą bei didėjančių pacientų kompleksinių problemų, kurių vienas specialistas negali tinkamai išspręsti. Taip pat išskiriamos rekomendacijos skatinti ne tik klinikinius ir techninius sveikatos priežiūros specialistų įgūdžius, bet ir universaliuosius kaip tarpprofesinis bendradarbiavimas (Maeda ir Socha-Dietrich, 2021). Tarpprofesinio sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimo būtinumas pabrėžiamas ir Pasaulio sveikatos profesijų aljanso (angl. k. *The World Health Professions Alliance*) gairėse. Šis aljansas vienija daugiau nei 41 mln. sveikatos priežiūros specialistų, apimančių gydytojus, slaugytojus, farmacininkus, odontologus ir kt. daugiau kaip 130 šalyse. Šiose gairėse teigiama, kad tarpprofesinis bendradarbiavimas susijęs su visapusiška ir koordinuota sveikatos priežiūra, efektyvesniu išteklių naudojimu bei padidėjusiu sveikatos priežiūros darbuotojų pasitenkinimu darbu. Taip pat teigiama, kad diegiant tarpprofesinio bendradarbiavimo praktikas svarbu, kad vyriausybės užtikrintų pakankamą finansavimą, struktūrizuotų sveikatos priežiūros paslaugas ir sistemas bei skatintų sveikatos priežiūros darbuotojų tarpprofesinio bendradarbiavimo švietimą. Taip pat minima, kad sveikatos priežiūros specialistai patys turėtų aktyviai dalyvauti diskusijose, susijusiose su tarpprofesinio bendradarbiavimo skatinimu sveikatos priežiūros sistemoje (World Health Professions Alliance [WHPA], 2019).

Taigi, tarpprofesinis bendradarbiavimas yra pripažįstamas svarbiu ir aktyviai skatinamas pasauliniu mastu tokių organizacijų, kaip PSO ar EBPO. Šių organizacijų pateikiamos gairės ir rekomendacijos valstybių nacionalinės sveikatos politikos formuotojams, skatina diegti tarpprofesiniu bendradarbiavimu grįstas praktikas.

Dėmesys Lietuvos gyventojų sveikatai ir jos gerinimui pabrėžiamas tokiuose strateginiuose dokumentuose, kaip Lietuvos sveikatos 2014 - 2025 metų strategija (Dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų strategijos patvirtinimo, 2014 m. birželio 26 d. Nr. XII-964, 2014), Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“ (Dėl valstybės pažangos strategijos Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“ patvirtinimo, 2012 m. gegužės 15 d. Nr. XI-2015, 2012) bei naujai išleistoje valstybės pažangos strategijoje „Lietuvos ateities vizija „Lietuva 2050“, kurioje pabrėžiama gyventojų sveikatos stiprinimo, mažesnio mirtingumo siekimo bei efektyvios sveikatos apsaugos sistemos svarba (Dėl valstybės pažangos strategijos „Lietuvos ateities vizija „Lietuva 2050“ patvirtinimo,

2023). Tarpprofesinio bendradarbiavimo tarp sveikatos priežiūros specialistų poreikis pabrėžiamas Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programoje (Dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos patvirtinimo, 2014 m. birželio 26 d. Nr. XII-964, 2014). Šios programos ketvirtuoju tikslu siekiama užtikrinti efektyvią ir kokybišką sveikatos priežiūrą, kuri yra orientuota į gyventojų poreikius. Viena iš priemonių, skirtų pasiekti šį tikslą, yra pirminės sveikatos priežiūros organizavimo gerinimas, užtikrinant specialistų tarpusavio bendradarbiavimą (Dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos patvirtinimo, 2014 m. birželio 26 d. Nr. XII-964, 2014). LR sveikatos apsaugos ministro įsakyme išskiriama tarpprofesinio bendradarbiavimo svarba plėtojant tarpprofesines komandas PASP. Siekiant gerinti PASP teikiamas paslaugas ir jų prieinamumą, išskiriamas poreikis plėtoti šeimos gydytojų ir su jais dirbančių slaugytojų bendradarbiavimą su kitomis šeimos gydytojų komandomis. Taip pat akcentuojamas poreikis gerinti tarpprofesinį bendradarbiavimą su kitais sveikatos priežiūros darbuotojais, tokiais, kaip odontologai, ambulatorines ir stacionarias paslaugas teikiantys specialistai bei visuomenės sveikatos specialistai (Dėl šeimos medicinos plėtros 2016-2025 metų veiksmų plano patvirtinimo, 2016 m. rugsėjo 26 d. Nr. V-1104, 2016). Tarpprofesinio bendradarbiavimo poreikis pabrėžiamas 2022 – 2030 metų sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo plėtros programoje (Dėl 2022-2030 metų Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo plėtros programos patvirtinimo, 2022 m. kovo 30 d. Nr. 319, 2022). Šios programos pažangos priemonėje „Gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą“ numatoma didinti šeimos gydytojo komandas ir įtraukti naujus komandos narius. Siekiama, kad iki 2030 m. visi šeimos gydytojai dirbtų su pilna komanda (Dėl 2022-2030 metų plėtros programos valdytojos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo plėtros programos pažangos priemonės Nr. 11-002-02-11-01 „Gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą“ aprašo patvirtinimo, 2022 m. gegužės 20 d. Nr. V-988, 2022). Nauja šeimos gydytojo komandos sudėtis, kurią turi sudaryti gydytojas, slaugytojas, akušeris, slaugytojo padėjėjas, gyvensenos medicinos specialistas, socialinis darbuotojas, kineziterapeutas ir du nauji – atvejo vadybininkas bei apylinkės administratorius, pristatoma LR Sveikatos apsaugos ministro įsakyme (Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ pakeitimo, 2023 m. kovo 3 d. Nr. V-293, 2023). Įtvirtinant tokias šeimos gydytojo komandas, bus siekiama palengvinti šeimos gydytojų darbą mažinant administracinio darbo našumą bei perteklinį darbo krūvį, dalį užduočių deleguojant komandos nariams. Viso to tikslas yra suteikti kokybiškesnes sveikatos priežiūros paslaugas, grįstas tarpprofesiniu bendradarbiavimu. Kalbant apie tarpprofesines šeimos gydytojo komandas, labai svarbu paminėti, kokios yra šeimos gydytojo komandos narių esminės funkcijos. Šių komandos narių esminės funkcijos pateiktos 1 Priede. Apibendrinant 1 Priede pateiktus duomenis galima teigti, kad Lietuvoje tarpprofesinis bendradarbiavimas sveikatos priežiūros sistemoje yra skatinamas kuriant tarpprofesines komandas. Šeimos gydytojo komandą sudaro nemažai skirtingų specialistų, tokių, kaip slaugytojai, akušeriai, gyvensenos medicinos specialistai ir kt. Taip pat svarbu paminėti, kad Lietuvoje nuo 2015 m. magistratūros studijose yra ruošiami išplėstinės praktikos slaugytojai, kurie turi reikiamų kompetencijų perimti dalį gydytojo darbo. Daugiau kompetencijų turinčių slaugytojų ir kitų skirtingų sveikatos priežiūros specialistų tarpprofesinis bendradarbiavimas yra puiki strategija siekiant užtikrinti visapusiškas ir kokybiškas PASP paslaugas.

Apibendrinant galima teigti, kad tarptautinių organizacijų gairėse yra pateikiama tarpprofesinio bendradarbiavimo sveikatos priežiūros sistemoje svarba.. Kiekvienos valstybės sveikatos politikos

formuotojai raginami diegti tarpprofesinio bendradarbiavimo praktikas. Lietuvoje tarpprofesinio bendradarbiavimo poreikis sveikatos priežiūros sistemoje, ypač PASP, nurodomas SAM strateginiuose dokumentuose ir plėtros planuose. Tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinantys veiksniai, tokie, kaip aiški vyriausybės politika, skatinanti tarpprofesinį bendradarbiavimą ir finansavimo didinimas, būtent ir atsispindi šiuose dokumentuose. Tarpprofesinio bendradarbiavimo praktika PASP skatinama plečiant šeimos gydytojo komandas, kurios turi pilnai funkcionuoti iki 2030. Šių komandų plėtra taip pat pareikalaus ir papildomų investicijų į tarpprofesinį bendradarbiavimą.

2.3. Tarpprofesinio bendradarbiavimo sveikatos priežiūros sistemoje gerosios patirtys

Tarpprofesiniu bendradarbiavimu grįsta PASP praktika sėkmingai įgyvendinta užsienio šalių sveikatos priežiūros sistemoje.

Visų pirma, tarpprofesinio bendradarbiavimo skatinimas sveikatos priežiūroje susijęs su integruotų paslaugų teikimu. 2010 m. Suomijoje, Karelijoje buvo įkurta organizacija, kurioje buvo pradėtos teikti integruotos PASP ir socialinės paslaugos atokiau nuo gydymo įstaigų gyvenantiems žmonėms. Paslaugas teikė sveikatos priežiūros komandos, sudarytos iš bendrosios praktikos gydytojų, slaugytojų bei socialinių darbuotojų. Šie komandos nariai per nuotolinį pacientų būklės stebėjimą teikė rekomendacijas sveikatos priežiūros bei socialiniais klausimais. Toks skirtingų sveikatos priežiūros paslaugų integravimas vienoje vietoje buvo sėkmingas ir lėmė didesnę pacientų saugumą, mažesnę izoliaciją ir vaistų vartojimą bei sutrumpino vizitų į skirtingas gydymo įstaigas laiką (Regional Council of South Karelia, 2021). Taigi, apjungus sveikatos priežiūros specialistų ir socialinių darbuotojų teikiamas paslaugas sutaupomi kaštai, užtikrinamas paslaugų prieinamumas, patenkinamai socialiniai pacientų poreikiai bei užtikrinama kokybiška, tarpprofesiniu bendradarbiavimu grįsta sveikatos priežiūra.

Antra, tarpprofesinio bendradarbiavimo skatinimas sveikatos priežiūroje susijęs su aktyviu atvejų valdymu. 2010 m. Jungtinėje Karalystėje, Pietų Devono ir Torbėjaus miestuose buvo pradėtos steigti „virtualios palatos“, skirtos pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis ir turinčių didelę hospitalizacijos riziką, stebėjimui ir konsultavimui. Šios „virtualios palatos“ apėmė skirtingų sveikatos priežiūros specialistų, socialinės priežiūros darbuotojų, atvejo vadybininko ir savanorių komandinį darbą, grįstą tarpprofesiniu bendradarbiavimu. Toks koordinuotos ir visapusiškos sveikatos priežiūros suteikimas buvo susijęs su geresniais pacientų sveikatos rezultatais, nes sumažino hospitalizacijos atvejų skaičių bei sumažino vyresnių amžiaus žmonių ilgalaikės priežiūros poreikį (Sonola ir kt., 2013). Taigi, siekiant sumažinti žmonių sergamumą ir mirtingumą, svarbu kuo anksčiau atrinkti rizikos grupėje esančius pacientus bei užtikrinti tarpprofesiniu bendradarbiavimu grįstą sveikatos specialistų stebėseną ir priežiūrą.

Trečia, tarpprofesiniu bendradarbiavimu grįstų komandų kūrimas yra susijęs su veiksmingesne PASP. Apie tai kalbama Slovėnijos, Danijos, Ispanijos bei JAV gerosiose praktikose.

Slovėnijoje PASP paslaugų teikimas yra grįstas tarpprofesinėmis šeimos gydytojų komandomis. Šias komandas sudaro šeimos gydytojai, slaugytojai, slaugytojų padėjėjai bei bendruomenės slaugytojai. Šeimos gydytojai gydo lėtinėmis ir ūminėmis ligomis sergančius pacientus. Slaugytojų veikla apima diagnostiką, rizikos veiksnių identifikavimą bei gerai kontroliuojamomis lėtinėmis ligomis sergančių pacientų vaistų skyrimą. Slaugytojų padėjėjai padeda užtikrinti pacientų sveikatos priežiūrą vykstant į pacientų namus (prausimas, rengimas). Bendruomenės slaugytojai, pasitarę su gydytojais, teikia

sveikatos priežiūros paslaugas pacientų namuose. Pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis sveikatos priežiūra yra organizuojama remiantis protokolais, kuriuose savo rekomendacijas teikia pacientą pakonsultavę kiti gydytojai (Klemenc-Ketis ir kt., 2019). Taigi, Slovėnijos PASP stebimas aiškus šeimos gydytojo komandos narių funkcijų pasidalinimas. Taip pat komandą sudaro netradicinis dalyvis – slaugytojo padėjėjas, kuris padeda sumažinti slaugytojų darbo krūvį.

Danijoje PASP taip pat būdingos tarpprofesiniu bendradarbiavimu grįstos šeimos gydytojo komandos. Šias komandas sudaro šeimos gydytojas, slaugytojas bei sekretorius. Taip pat svarbu paminėti, kad šeimos gydytojai vis dažniau dirba ne atskirai, o su keliais šeimos gydytojais komandoje. Sekretorių pagrindinė funkcija yra perimti iš šeimos gydytojų administracinį darbą, taip sumažinant gydytojų darbo krūvį. Slaugytojų funkcijos pagrinde apima pacientų lankymą bei priežiūrą namuose. Kai kurios Danijos savivaldybės yra įsteigusios laikinus skyrius. Šiose laikinose apgyvendinimo vietose slaugytojai teikia visapusišką sveikatos priežiūrą pacientams, kurie nėra hospitalizuojami, tačiau taip pat laikinai negali likti savo namuose. Taip pat nuo 2014 m. Danijos sostinės regione gyventojams nuotoline konsultacijas trumpuoju numeriu „1813“ sveikatos priežiūros klausimais teikia slaugytojai, prižiūrimi šeimos gydytojų (Schmidt ir kt., 2019). Taigi, Danijos PASP šeimos gydytojo komandoje yra ne tik tradiciškai tapę gydytojas ir slaugytojas, bet ir naujas narys – sekretorius. Tai yra puikus sprendimas siekiant sumažinti gydytojų administracinio darbo našumą.

Ispanijos PASP yra laikoma viena geriausiai išvystytų visoje Europoje. Jos pagrindą sudaro tarpprofesinės PASP komandos. COVID-19 pandemijos metu padidėjęs gyventojų sergamumas taip pat lėmė didesnę PASP darbuotojų darbo krūvį. Prieš COVID-19 pandemiją, 25 000 gyventojų PASP paslaugas teikė šie komandos nariai: 10 šeimos gydytojų, 3 pediatrai, 1 odontologas, 13 slaugytojų, 2 slaugytojų padėjėjai, 1 socialinis darbuotojas bei 1 administratorius. Taip pat svarbu paminėti, kad šie specialistai komandos veikloje dalijosi po vieną valandą per dieną (WHO, 2021). 2020 m. Ispanijoje, Katalonijos regione, buvo pradėtas įgyvendinti PASP stiprinimo planas, kuriuo buvo siekiama pertvarkyti buvusias komandas. Šią pertvarką sudarė naujų komandos narių įtraukimas, atliekamų užduočių perskirstymas ir vaidmenų išplėtimas (Catalan Department of Health, 2020):

- **Naujų komandos narių įtraukimas.** Papildomai buvo įdarbinti COVID-19 vadovai, kurie buvo atsakingi už infekcija užsikrėtusių asmenų kontaktų atsekimą. Pandemijos metu PASP komandą sudarė 10 šeimos gydytojų, 3 pediatrai, 1 odontologas, daugiau nei 13 slaugytojų, 2 slaugytojų padėjėjai, 2 socialiniai darbuotojai, daugiau nei 10 administratorių bei vienas COVID-19 vadovas.
- **Atliekamų užduočių perskirstymas.** Šeimos gydytojai perdavė slaugytojams infekcinėmis ligomis sergančių pacientų būklės stebėjimą. Slaugytojai savo ruožtu apmokė slaugytojų padėjėjus atlikti tam tikras technines užduotis, o administratoriai perėmė bendravimo su pacientais funkciją.
- **Vaidmenų išplėtimas.** Slaugytojai įgavo didesnę savarankiškumą vykdant pacientų, sergančių infekcinėmis ligomis (tarp jų ir COVID-19) stebėseną ir priežiūrą. Slaugytojų padėjėjai pradėjo atlikti sergančių pacientų testavimą dėl COVID-19 pandemijos, o administratoriai tapo pagrindiniais darbuotojais, nukreipiančiais sergančius pacientus pas reikiamą šeimos komandos narį.

Taigi, Ispanijos PASP komandas sudaro ne tik gydytojai ir slaugytojai, bet ir socialiniai darbuotojai, administratoriai bei slaugytojų padėjėjai. Taip pat pandemijos metu išaugęs sveikatos priežiūros

specialistų poreikis paskatino įdarbinti naujus specialistus – COVID-19 vadovus. Kitos svarbios strategijos išaugus sveikatos priežiūros specialistų poreikiui yra tinkamas komandos narių užduočių perskirstymas bei vaidmenų išplėtimas.

Naujų strategijų buvo imtasi ir kituose Ispanijos regionuose, siekiant pertvarkyti PASP. 2020 m. buvo pradėta kaimiškų Ispanijos regionų, Kastilijos ir Leono, PASP reorganizacija. Tokius pokyčius paskatino retai apgyventa teritorija ir prastas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas dėl plačiai išsibarsčiusių PASP centrų. PASP reorganizacija buvo susijusi su slaugytojo vaidmens stiprinimu. Slaugytojas tapo pagrindiniu PASP komandos dalyviu vykdant pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, stebėjimą. Pandemijos metu, slaugytojai tapo atsakingi už pacientų lankymą namuose, ypač tų, kuriems sunku atvykti į toli esančias gydymo įstaigas. Taip pat COVID-19 infekcijos kontaktų atsekimą bei vakcinacijos nuo COVID-19 infekcijos koordinavimą. Taip pat svarbu paminėti, kad ši pertvarka paskatino sveikatos priežiūros darbuotojų perkėlimą į didesnius ir labiau koncentruotus PASP centrus bei nuotolinių konsultacijų teikimą. Taip sveikatos priežiūros paslaugos tapo labiau prieinamos gyventojams. Taip pat šie pokyčiai sustiprino ir pačių sveikatos priežiūros darbuotojų priklausymo komandai jausmą bei tarpprofesinio bendradarbiavimo galimybes (Board of Castile and Leon Ministry of Health, 2019). Taigi, šie pokyčiai PASP yra naudingi, nes slaugytojų vaidmenų išplėtimas daro didelę įtaką jų savarankiškumui bei pasitenkinimui darbu. Taip pat sveikatos priežiūros darbuotojų perkėlimas dirbti kartu susijęs su geresnėmis tarpprofesinio bendradarbiavimo galimybėmis.

Siekiant veiksmingos PASP persikirstant darbuotojų krūvį, galima paminėti JAV pavyzdį. 2006 m. medicinos centre, įsikūrusiame Olimpijoje, Vašingtone, buvo inicijuota PASP pertvarka. Šios pertvarkos tikslas buvo sumažinti pacientų apsilankymų skaičių, tenkantį vienam gydytojui bei pagerinti paslaugų kokybę, prailginant konsultacijai skirtą laiką. Siekiant šių tikslų buvo suformuotos tarpprofesinės sveikatos priežiūros specialistų komandos, kurias sudarė gydytojai, gydytojų padėjėjai, slaugytojai bei vaistininkai. Taip pat svarbu paminėti, kad buvo išplėstos slaugytojų kompetencijos. Apmokyti slaugytojai, konsultavo pacientus, sergančius lėtinėmis ligomis bei depresija, todėl žymiai pagerėjo šių ligų kontrolė. Taip pat šioje įstaigoje veikė virtuali pacientų priežiūra. Pacientai telefonu, elektroniniu paštu galėdavo konsultotis su bet kuriuo komandos nariu (Aggarwal, 2022). Taigi, PASP komandos, grįstos tarpprofesiniu bendradarbiavimu, yra naudingos siekiant sumažinti gydytojų darbo krūvį bei gerinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

Kitas tarpprofesinio bendradarbiavimo sveikatos priežiūroje gerosios praktikos pavyzdys yra 2012 metais JAV įkurtas PASP centrų tinklas „Ąžuolo gatvės sveikata“ (angl. k. *Oak Street Health*), aptarnaujantis daugiau nei 100 000 gyventojų 15 valstijų. Šiuose centruose veikia tarpprofesinės komandos, kurias sudaro gydytojai, gydytojų padėjėjai, pediatrai, slaugytojai, pacientų atvejų vadybininkai, elgesio sveikatos specialistai ir vaistininkai. Remiantis taip suformuotomis komandomis yra teikiamos visapusiškos sveikatos priežiūros paslaugos nuo švietimo apie teisingą vaistų vartojimą iki neigiamų ir sveikatą žalojančių socialinių veiksnių šalinimo. Taip pat šių komandų nariai tarpusavyje bendradarbiaudami teikia mobiliąs integruotas sveikatos priežiūros paslaugas sunkiai sergantiems pacientams namuose. COVID-19 infekcijos pandemijos metu šiuose centruose buvo pradėta virtuali pacientų sveikatos priežiūra, naudojantis pokalbiais telefonu ar video skambučiais. Taip pat teigiama šios praktikos poveikį rodo ir 50 proc. sumažėjęs pacientų hospitalizacijų skaičius, palyginti su šalies vidurkiu (Aggarwal, 2022). Taigi, siekiant visapusiškos pacientų sveikatos priežiūros svarbu tinkamai užtikrinti tokių skirtingų specialistų kaip gydytojų,

slaugytojų, atvejo vadybininkų, elgesio sveikatos specialistų bei kitų komandos narių tarpprofesinį bendradarbiavimą.

Apibendrinant gerąsias užsienio šalių patirtis galima teigti, kad tarpprofesinio bendradarbiavimo integravimas PASP susijęs geresne pacientų sveikatos priežiūra, mažesniais kaštais, aktyviu atvejų stebėjimu bei efektyvesniu darbo krūvio pasidalijimu. Šiais laikais pacientai turi daug poreikių, reikalaujančių skirtingų specialistų tarpprofesinio bendradarbiavimo. Aptartose praktikose į PASP komandas yra įtraukiami netradiciniai nariai, tokie, kaip slaugytojo padėjėjai, administratoriai, atvejų vadybininkai ir kt. Taip pat akcentuojamas komandos narių funkcijų ir vaidmenų aiškumas. Ypač svarbu paminėti slaugytojų funkcijų išplėtimą ir didesnę savarankiškumą, nes šiandieninėje praktikoje vis dar vyrauja stereotipai, kad slaugytojas turi vykdyti tik gydytojų nurodymus.

Apibendrinant antrąjį skyrį galima teigti, kad tarpprofesinio bendradarbiavimo sveikatos priežiūros sistemoje skatinimas yra išskiriamas tokių tarptautinių organizacijų, kaip PSO ar EBPO, gairėse. Lietuvoje apie tarpprofesinio bendradarbiavimo svarbą yra kalbama valstybės strateginiuose dokumentuose, tokiuose, kaip Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų strategija, Lietuvos pažangos strategija „Lietuvos ateities vizija „Lietuva 2050“. Analizuojant šiuos strateginius dokumentus, galima išskirti tarpprofesinį bendradarbiavimą sveikatos priežiūros sistemoje stiprinančius veiksnius, tokius, kaip aiški vyriausybės politika, skatinanti tarpprofesinį bendradarbiavimą ir didesnis finansavimas. Taip pat svarbu paminėti, kad ypatingas poreikis diegti tarpprofesinio bendradarbiavimo praktikas atspindi PASP. Lietuvos gyventojų senėjimas ir didėjantis sergamumas, didelis hospitalizacijų skaičius bei didelis gydytojų darbo krūvis lemia neveiksmingą PASP. Būtent šeimos gydytojo komandos plėtra, grįsta tarpprofesiniu bendradarbiavimu, yra viena iš LR Sveikatos apsaugos ministerijos pasirinktų strategijų, siekiant gerinti PASP teikiamas paslaugas ir užtikrinti didėjančius pacientų poreikius.

3. Tarpprofesinį bendradarbiavimą sąlygojančių veiksnių asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje Viešojoje įstaigoje X poliklinika tyrimas

Šiame skyriuje pristatoma tarpprofesinį bendradarbiavimą sąlygojančių veiksnių asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje Viešojoje įstaigoje X poliklinika tyrimo metodika, eiga ir tyrimo duomenų analizė.

3.1. Tyrimo metodika

Siekiant nustatyti tarpprofesinį bendradarbiavimą sąlygojančius veiksnius asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje Viešojoje įstaigoje X poliklinika, buvo atliktas empirinis tyrimas taikant kiekybinio tyrimo metodą. Kiekybinis tyrimas naudojamas siekiant surasti išorinius reiškinio požymius juos išmatuojant ir pritaikant visai populiacijai. Šis tyrimo būdas yra labiau struktūrizuotas, gaunami tikslesni duomenys, mažiau interpretacijos. Taip pat tyrėjas gali labiau kontroliuoti tyrimo eigą. Duomenų rinkimui buvo pasirinktas apklausos metodas. Tai vienas labiausiai naudojamų duomenų rinkimo metodų socialinių tyrimų srityje (Kardelis, 2002). Tyrimo instrumentas – anketa, kuri yra anoniminė ir sudaryta remiantis analizuojama literatūra (žr. 2 Priedas). Sudarant anketą buvo formuluojami tokie klausimai:

- Uždaro tipo klausimai – skirti išsiaiškinti sociodemografinius respondentų duomenis;
- Uždaro tipo klausimai (Likert'o skalė) – skirti išsiaiškinti respondentų nuomonę apie tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinančius ir trikdančius veiksnius bei bendradarbiavimo patirtį komandoje. Vertinant respondentų nuomonę apie tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinančių veiksnių svarbą, remiantis atlikta mokslinės literatūros analize, buvo pateikta 18 veiksnių, kuriuos reikėjo įvertinti penkiabalėje skalėje nuo 1 – visiškai nesvarbu iki 5 – labai svarbu. Vertinant respondentų nuomonę apie tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinančių veiksnių pasireiškimą respondento atstovaujamos poliklinikos komandoje, buvo pateikta 18 veiksnių, kuriuos reikėjo įvertinti penkiabalėje skalėje nuo 1 – visiškai nebūdinga iki 5 – labai būdinga. Vertinant respondentų nuomonę apie tarpprofesinį bendradarbiavimą trikdančių veiksnių pasireiškimą respondento atstovaujamos poliklinikos komandoje, remiantis atlikta mokslinės literatūros analize, buvo pateikta 15 veiksnių, kuriuos reikėjo įvertinti penkiabalėje skalėje nuo 1 – visiškai nebūdinga iki 5 – labai būdinga. Vertinant respondentų tarpprofesinio bendradarbiavimo patirtį komandoje, buvo pateikti 7 teiginiai, kuriuos reikėjo įvertinti penkiabalėje skalėje nuo 1 – visiškai nesutinku iki 5 – visiškai sutinku.
- Atviro tipo klausimas – skirtas suteikti galimybę respondentams pateikti pasiūlymus, kaip gerinti tarpprofesinį bendradarbiavimą įstaigoje.

Tyrimo anketą sudarė 6 dalys:

- Įvadinė dalis – kreipimasis į respondentą, nurodant tyrimo tikslą, pristatant tarpprofesinio bendradarbiavimo sampratą ir anketos pildymo būdą;
- Bendroji dalis (sociodemografiniai klausimai) (1-4 klausimai) – skirta išsiaiškinti respondentų sociodemografinę informaciją;
- Klausimai apie veiksnius, stiprinančių tarpprofesinį bendradarbiavimą (5 klausimas) – skirti išsiaiškinti respondentų nuomonę apie tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinančių veiksnių pasireiškimą respondento atstovaujamos poliklinikos komandoje bei šių veiksnių svarbą tarpprofesiniam bendradarbiavimui;

- Klausimai apie veiksnius, trikdančių tarpprofesinį bendradarbiavimą (6 klausimas) – skirti išsiaiškinti respondentų nuomonę apie tarpprofesinį bendradarbiavimą trikdančių veiksnių pasireiškimą respondento atstovaujamos poliklinikos komandoje;
- Klausimai apie tarpprofesinio bendradarbiavimo patirtį komandoje (7 klausimas) – skirti išsiaiškinti respondentų tarpprofesinio bendradarbiavimo patirtį;
- Respondentų pasiūlymai, kaip gerinti tarpprofesinį bendradarbiavimą atstovaujamoje įstaigoje (8 klausimas).

Klausimų grupės ir jų paskirtis pateikta 3 lentelėje.

3 lentelė Anketos klausimų grupės ir jų paskirtis (sudaryta autorės, 2023)

Klausimų grupė	Kas siekiama išsiaiškinti	Autoriai
• Jūsų lytis; • Jūsų amžius; • Kokia Jūsų darbo patirtis dabartinėje darbovietėje? • Kokios Jūsų užimamos pareigos?	Respondentų sociodemografinė informacija	-
• Išvystyta informacinė struktūra, leidžianti komunikuoti (pvz., e-sveikata).	Sisteminių ir organizacinių veiksnių, stiprinančių tarpprofesinį bendradarbiavimą, svarba ir pasireiškimas X poliklinikoje.	Wong ir kt., 2017
• Įstaigos vadovybės įsitraukimas ir tarpprofesinio bendradarbiavimo skatinimas; • Aiškos taisyklės, nusakančios tarpprofesinių komandų narių funkcijas; • Bendri susirinkimai; • Bendros informacinės sistemos (pvz., elektroninis paštas, telefonas); • Lyderiai, koordinuojantys tarpprofesinių komandų darbą; • Investavimas į darbuotojų tarpprofesinio bendradarbiavimo mokymus; • Bendra erdvė (kabinetas), kuriame bendradarbiaujama.		Valaitis ir kt., 2018
• Sklandi komunikacija.	Tarpasmeninių veiksnių, stiprinančių tarpprofesinį bendradarbiavimą, svarba ir pasireiškimas X poliklinikoje	Bollen ir kt., 2019; Granheim ir kt., 2018; Johnson ir kt., 2021; Soemantri ir kt., 2019
• Pagarbūs santykiai; • Pasitikėjimas vienas kitu; • Bendros vizijos ir tikslų turėjimas; • Kitų komandos narių kompetencijų žinojimas.		Bollen ir kt., 2019; Johnson ir kt., 2021; Soemantri ir kt., 2019
• Pakankamos tarpprofesinio bendradarbiavimo žinios ir įgūdžiai; • Teigiama ankstesnio tarpprofesinio bendradarbiavimo patirtis.		Bollen ir kt., 2019
• Atsakomybės prisiėmimas atliekant paskirtas užduotis; • Gebėjimas tinkamai spręsti konfliktus; • Gebėjimas sklandžiai dirbti komandoje.		Vaseghi ir kt., 2022
• Neaiškus teisinis gydytojų, slaugytojų ir registratorių funkcijų ir atsakomybių bendradarbiaujant reglamentavimas; • Silpnai išvystyta informacinė struktūra, leidžianti komunikuoti (pvz., e-sveikata).	Sisteminių ir organizacinių veiksnių, trikdančių tarpprofesinį bendradarbiavimą, pasireiškimas X poliklinikoje.	Wong ir kt., 2017

• Nepakankamas įstaigos vadovybės įsitraukimas ir tarpprofesinio bendradarbiavimo skatinimas; • Bendrų patalpų (kabinėtų) trūkumas • Įrangos, būtinos tarpprofesiniam bendradarbiavimui, trūkumas; • Tarpprofesinio bendradarbiavimo mokymų trūkumas.	Tarpasmeninių veiksmų, trikdančių tarpprofesinį bendradarbiavimą, pasireiškimas X poliklinikoje.	Bollen ir kt., 2019; Valaitis ir kt., 2018.
• Kitų komandos narių funkcijų pažinimo stoka;		El-Awaisi ir kt., 2021; Piper-Vallillo ir kt., 2023
• Hierarchija grįsti tarpusavio santykiai		Sangaleti ir kt., 2017; Supper ir kt., 2015
• Pagarbos trūkumas tarp komandos narių; • Pasitikėjimo trūkumas tarp komandos narių.		El-Awaisi ir kt., 2021
• Skirtingas sveikatos priežiūros specialistų išsilavinimas; • Neigiama ankstesnio bendradarbiavimo patirtis.		Tarhan ir kt., 2022
• Skirtingi komandos narių interesai, lūkesčiai ir išsikelti tikslai.		Morley ir Cashell, 2017
• Skirtingas įgaliojimų lygis (pareigos).		Love ir Roper, 2009
• Žinių ir įgūdžių stoka tarpprofesinio bendradarbiavimo srityje.		Bollen ir kt., 2019
• Man svarbu, kad gydytojai, slaugytojai ir registruotojai bendradarbiautų; • Mano komandos narių bendradarbiavimas padeda užtikrinti kokybišką pacientų sveikatos priežiūrą; • Mano komandoje yra nepakankamai bendradarbiaujama; • Nesijaučiu gerbiamas savo komandos narių; • Mano komandos nariai manimi pasitiki; • Į mano nuomonę dirbant komandoje dažnai nėra atsižvelgiama; • Visada dalyvauju priimančiam sprendimus savo komandoje.	Tarpprofesinio bendradarbiavimo patirtis X poliklinikoje.	Orchard ir kt., 2012

Tyrimas vykdytas vienoje iš poliklinikų (X poliklinika), kurios pavadinimas baigiamajame projekte nėra atskleidžiamas, kadangi nebuvo gautas oficialus leidimas naudoti įstaigos pavadinimą. Formuojant tyrimo imtį buvo vykdyta tikslinė tiriamųjų atranka. Generalinę aibę sudarė tik Viešojoje įstaigoje X poliklinika pilnu (1,00) etatu dirbantys šeimos gydytojai, slaugytojai ir registruotojai, kurie kartu dirba suformuotose komandose. Tyrime nedalyvavo vaikų ligų gydytojai (pediatrai), vidaus ligų gydytojai ir jų komandos nariai. Šeimos gydytojų komandų sąrašai buvo gauti paprašius X poliklinikos vadovybės. Iš viso minėtoje įstaigoje suformuotose komandose dirba 86 šeimos gydytojai, 87 slaugytojai ir 37 registruotojai, iš viso generalinę aibę sudarė 210 įstaigos darbuotojų. Tyrimo imtis esant 5 proc. paklaida yra 136 respondentai. Tyrimo imtis apskaičiuota suvedus duomenis į skaičiuoklę <http://www.surveysystem.com/sscalc.htm>

Siekiant atlikti anketinę apklausą, lapkričio mėnesį buvo gautas Viešosios įstaigos X poliklinika vadovybės leidimas (žr. 3 Priedas). Anketa buvo sukurta elektroniniame puslapyje www.apklausa.lt. Respondentams buvo išsiųsta elektroninės anketos nuoroda X poliklinikos darbuotojams skirtu elektroninio pašto adresu. Visi respondentai šioje apklausoje galėjo dalyvauti savo noru, nieko neverčiami. Kadangi anketa buvo pildoma elektroniniu būdu, buvo užtikrintas respondentų anonimiškumas. Tyrimo metu nebuvo padaryta žala respondentams, išskyrus sugaištas laikas.

Anoniminėje anketoje nebuvo vartojami įžeidžiantys žodžiai ar išsireiškimai. Atliekant tyrimą, buvo numatytos tokios galimos rizikos:

- Nebus gautas leidimas atlikti tyrimą poliklinikoje;
- Nebus pasiekta suplanuota tyrimo imtis, esant 5 proc. paklaidai.

Numatyti šių rizikų įveikimo būdai:

- Neatskleisti poliklinikos pavadinimo ir baigiamajame projekte naudoti terminą „X poliklinika“;
- Siekiant užtikrinti reprezentatyvią imtį, paraginti X poliklinikos darbuotojus dalyvauti tyrime ir užpildyti anketą bendro susirinkimo metu. Kreiptis į sveikatos priežiūros skyriaus vedėją ir vyriausiąją slaugos administratorę, kad taip pat paskatintų darbuotojus dalyvauti tyrime.

Tyrimas buvo vykdomas 2023 metų lapkričio 27 – gruodžio 6 dienomis. Anketos nuoroda buvo išsiųsta 210 įtaigos darbuotojų, gauta tinkamai užpildytų – 151. Anketų atsakymų dažnis – 72 proc.

SPSS (angl. k. *Statistical Package for Social Science*) 24.0 programos versija buvo naudota siekiant atlikti gauto tyrimo rezultatų statistinę analizę. Microsoft Excel 2010 buvo naudojama diagramų sudarymui. Kolmogorovo-Smirnov testas buvo naudojamas siekiant patikrinti kintamųjų normalumą. Darbe buvo naudojami neparametriniai testai, nes normalumo prielaida kintamiesiems nebuvo tenkinama (Pukėnas, 2005). Darbe buvo naudojami šie duomenų analizės metodai (Pukėnas, 2005):

- Aprašomoji statistika (duomenų padėties charakteristikos, dažnių lentelės). Dažnių lentelės pasirinktos siekiant sužinoti kaip pasiskirstė tiriamųjų atsakymai (dažniais ir procentais) į pateiktus anketos klausimus. Duomenų padėties charakteristikai apibūdinti naudotas vidurkis.
- Mann-Whitney ir Kruskal-Wallis metodai. Mann-Whitney metodas naudojamas siekiant surasti skirtumus tarp dviejų populiacijos grupių. Kruskal-Wallis metodas naudojamas siekiant surasti skirtumus tarp trijų ir daugiau populiacijos grupių;
- Spearman koreliacija. Ši koreliacija buvo pasirinkta siekiant surasti ryšius tarp demografinių veiksnių ir ranginių kintamųjų. Statistiškai reikšmingas ryšis – kai $p < 0,05$. Koreliacinio ryšio stiprumo intervalai pateikti 4 lentelėje.

4 lentelė Koreliacinio ryšio stiprumo intervalai (sudaryta autorės, remiantis Čekanavičius ir Murauskas, 2000)

Įvertis	Koreliacinio ryšio stiprumas
Nuo -0,3 iki 0,3	labai silpnas
Nuo 0,3 iki 0,5 (-0,3 iki -0,5)	silpnas
Nuo 0,5 iki 0,7 (-0,5 iki -0,7)	vidutinis
Nuo 0,7 iki 0,9 (-0,7 iki -0,9)	stiprus

Siekiant sužinoti, ar sukurtas klausimynas yra patikimas, buvo skaičiuojama Cronbach α . Klausimynas yra patikimas, kai Cronbach α yra $\geq 0,7$ (Pakalniškienė, 2012). Visų trijų klausimyno dalių teiginių suderinamumas yra geras, nes Cronbach $\alpha > 0,7$. Klausimyno konstrukto patikimumas pateiktas 5 lentelėje.

5 lentelė. Klausimyno konstrukto patikimumas (sudaryta autorės, 2023)

Klausimų grupės	Teiginių skaičius	Cronbach α
Tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinantys veiksniai	18	0,919
Tarpprofesinį bendradarbiavimą trikdančius veiksniai	15	0,932
Tarpprofesinio bendradarbiavimo patirtis	7	0,716

Tyrime iš viso dalyvavo 151 respondentai. Didžiąją dalį respondentų sudarė moterys (97,4 proc.; n=147) ir tik 2,6 proc. (n=4) vyrai. Tai galima paaiškinti tuo, kad moterys dažniau nei vyrai dirba asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Kaip matoma iš pateiktų duomenų, Viešojoje įstaigoje X poliklinika daugiausiai dirba 56-65 m. darbuotojai (31,8 proc.; n=47), mažiausiai yra iki 25 m. darbuotojų (1,3 proc.; n=2). Kalbant apie respondentų darbo patirtį tiriamoje įstaigoje, pusė apklaustųjų (50,3 proc.; n=76) turėjo daugiau nei 21 m. darbo patirtį. Daugiau nei trečdalis (39,1 proc.; n=59) respondentų buvo gydytojai, 47 proc. (n=71) slaugytojai, o 13,9 proc. (n=21) sudarė medicinos registratoriai. Apibendrinant galima teigti, kad tipinis apklausoje dalyvavęs respondentas yra vidutinio/vyresnio amžiaus moteris, dirbanti daugiau nei 21 m. tiriamoje įstaigoje. Rezultatai pateikti 6 lentelėje.

6 lentelė. Respondentų demografinė charakteristika (sudaryta autorės, 2023)

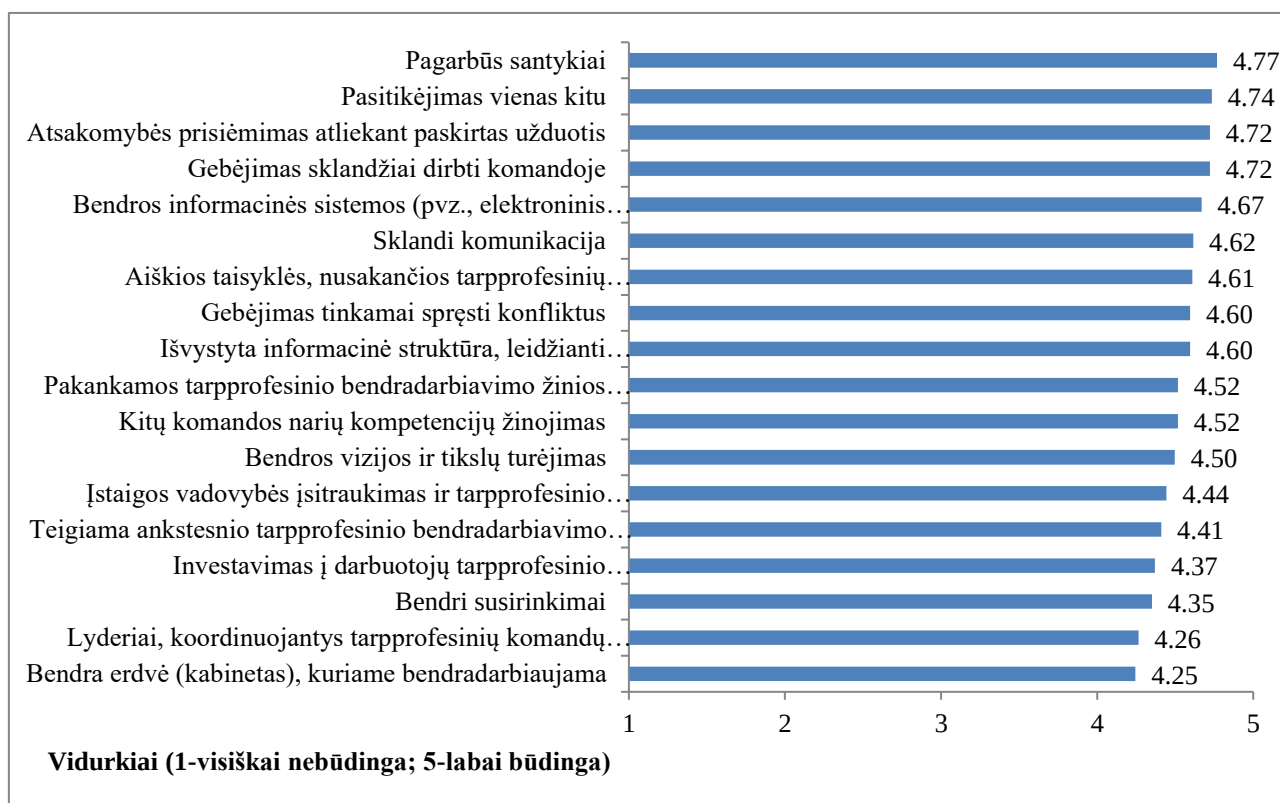
Demografiniai veiksniai		Pareigos			Bendrai
		Gydytojai	Slaugytojai	Medicinos registratoriai	
Lytis	Moterys	94,9 (56)	98,6 (70)	100 (21)	97,4 (147)
	Vyrai	5,1 (3)	1,4 (1)	-	2,6 (4)
Amžius	Iki 25 m.	-	1,4 (1)	4,8 (1)	1,3 (2)
	25-35 m.	18,6 (11)	15,5 (11)	19 (4)	17,2 (26)
	36-45 m.	11,9 (7)	2,8 (2)	14,3 (3)	7,9 (12)
	46-55 m.	22 (13)	29,6 (21)	33,3 (7)	27,2 (41)
	56-65 m.	23,7 (14)	42,3 (30)	19 (4)	31,8 (48)
	66 m. ir daugiau	23,7 (14)	8,5 (6)	9,5 (2)	14,6 (22)
Darbo patirtis	Iki 5 m.	18,6 (11)	22,5 (16)	28,6 (6)	21,9 (33)
	5-10 m.	8,5 (5)	4,2 (3)	14,3 (3)	7,3 (11)
	11-20 m.	27,1 (16)	11,3 (8)	33,3 (7)	20,5 (31)
	21 m. ir daugiau	45,8 (27)	62 (44)	23,8 (5)	50,3 (76)

Apibendrinant galima teigti, kad siekiant nustatyti tarpprofesinį bendradarbiavimą sąlygojančius veiksnius asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje Viešojoje įstaigoje X poliklinika, buvo atliktas kiekybinis tyrimas, apklausiant X poliklinikos darbuotojus, t. y. šeimos gydytojus, slaugytojus ir medicinos registratorius, kurie dirba suformuotoje tarpprofesinėje komandoje. Sukurtas klausimynas, remiantis analizuojama literatūra yra patikimas, nes Cronbach`o alfa reikšmė $>0,7$. Statistinei tyrimo duomenų analizei naudojama aprašomoji statistika, Mann-Whitney ir Kruskal-Wallis metodai bei Spearman koreliacija. Tyrime dalyvavo 151 respondentai, kurių didžiąją dalį sudarė vidutinio/vyresnio amžiaus moterys, dirbančios ilgiau nei 21 m. X poliklinikoje.

3.2. Tyrimo duomenų analizė

3.2.1. Tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinančių veiksnių analizė

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad X poliklinikai yra būdingi tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinantys veiksniai, nes nustatyta, kad visų veiksnių vidurkiai viršija keturių balų ribą. Tokiems tyrimo rezultatams įtakos gali turėti tai, kad tiriamoje įstaigoje šeimos gydytojai, slaugytojai ir registratoriai dirba suformuotose tarpprofesinėse komandose, kas savaime skatina bendradarbiauti. Nors tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinančių veiksnių pasireiškimas skiriasi nežymiai, tačiau galima išskirti tokius dažniausiai pasireiškiančius veiksnius, kaip pagarbūs santykiai (vid. balas 4,77), pasitikėjimas vienas kitu (vid. balas 4,74) ir atsakomybės prisiėmimas atliekant paskirtas užduotis (vid. balas 4,72). Rečiausiai būdinga bendra erdvė (kabinetas), kuriame bendradarbiaujama (vid. balas 4,25), lyderiai, koordinuojantys tarpprofesinių komandų darbą (vid. balas 4,26) ir bendri susirinkimai (vid. balas 4,35). Tai rodo, kad X poliklinikoje nevysiškai pakanka bendrų patalpų (kabinėtų) bei nėra pakankamai lyderių, kurie skatintų bendradarbiauti. Pasak Vaseghi ir kt. (2022), lyderystė yra viena iš sveikatos priežiūros specialistų kompetencijų, užtikrinančių sėkmingą bendradarbiavimą. Remiantis tyrimo rezultatais galima teigti, kad tiriamoje įstaigoje dažniau pasireiškia tarpasmeniniai tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinantys veiksniai, kurie yra būdingi pačioms komandoms, o rečiau – organizaciniai veiksniai. 2021 metais Indonezijos ligoninėje, krūties vėžio priežiūros skyriuje atlikto tyrimo duomenimis, tarpprofesinį sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimą taip pat labiausiai skatina tarpasmeniniai veiksniai, tokie, kaip atsakomybės prisiėmimas ir sklandi komunikacija (Kurniasih, 2022). Kitokia situacija stebima Indonezijos ligoninėje. Atlikto tyrimo duomenimis, gydytojų, slaugytojų ir akušerių tarpprofesinį bendradarbiavimą labiausiai skatina organizaciniai veiksniai, tokie kaip lyderystė bei didesnis valdžios palaikymas ir įsitraukimas (Soemantri ir kt., 2019). Tyrimo duomenys pateikti 3 paveiksle.



3 pav. Tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinančių veiksnių pasireiškimas Viešojoje įstaigoje X poliklinika (komandose), vid. balai (sudaryta autorės, 2023)

Vertinant darbuotojų nuomonę apie tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinančių veiksnių pasireiškimą jų atstovaujamos X poliklinikos komandose, nustatyti statistiškai reikšmingi nuomonės skirtumai ($p < 0,05$) atsižvelgiant į darbuotojų profesiją. Nustatyta, kad investavimo į darbuotojų tarpprofesinio bendradarbiavimo mokymus veiksnys yra labiau būdingas slaugytojams (vid. balas 4,56) ir medicinos registratoriams (vid. balas 4,67), negu gydytojams (vid. balas 4,03) ($\chi^2 = 8,175$; $df = 2$; $p = 0,017$). Tokie rezultatai rodo, kad slaugytojai ir medicinos registratoriai turi daugiau mokymų šia tema, nei gydytojai. Kitų stiprinančių veiksnių pasireiškimas reikšmingai nesiskyrė lyginant tarp trijų profesijų grupių: gydytojų, slaugytojų ir medicinos registratorių ($p > 0,05$). Taip pat galima pastebėti, kad gydytojų nuomone, dažniausiai jų atstovaujamos poliklinikos komandose būdingi pagarbūs santykiai (vid. balas 4,78), slaugytojų nuomone – išvystyta informacinė struktūra, leidžianti komunikuoti (vid. balas 4,86), o medicinos registratorių nuomone – atsakomybės prisiėmimas atliekant paskirtas užduotis (vid. balas 4,95). Rezultatai pateikti 7 lentelėje.

7 lentelė. Tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinančių veiksnių pasireiškimas X poliklinikos komandoje, vidurkiai (sudaryta autorės, 2023)

Veiksniai	Pareigos			χ^2	df	p
	Gydytojai	Slaugytojai	Medicinos registratoriai			
Išvystyta informacinė struktūra, leidžianti komunikuoti (pvz., e-sveikata)	4,68	4,86	4,14	0,582	2	0,748
Ištaigos vadovybės įsitraukimas ir tarpprofesinio bendradarbiavimo skatinimas	4,54	4,48	4,05	2,390	2	0,303
Aiškios taisyklės, nusakančios tarpprofesinių komandų narių funkcijas	4,56	4,58	4,86	3,719	2	0,156
Bendri susirinkimai	4,32	4,35	4,43	0,520	2	0,771
Bendros informacinės sistemos (pvz., elektroninis paštas, telefonas)	4,61	4,66	4,86	2,746	2	0,253
Lyderiai, koordinuojantys tarpprofesinių komandų darbą	4,19	4,31	4,33	0,092	2	0,955
Investavimas į darbuotojų tarpprofesinio bendradarbiavimo mokymus	4,03	4,56	4,67	8,175	2	0,017*
Bendra erdvė (kabinetas), kuriame bendradarbiaujama	4,2	4,34	4,05	0,655	2	0,721
Sklandi komunikacija	4,53	4,65	4,76	2,269	2	0,322
Pagarbūs santykiai	4,78	4,72	4,9	2,387	2	0,303
Pasitikėjimas vienas kitu	4,75	4,68	4,9	2,064	2	0,356
Atsakomybės prisiėmimas atliekant paskirtas užduotis	4,63	4,73	4,95	4,747	2	0,093
Bendros vizijos ir tikslų turėjimas	4,47	4,45	4,71	2,179	2	0,336
Kitų komandos narių kompetencijų žinojimas	4,49	4,48	4,71	2,124	2	0,346
Gebėjimas tinkamai spręsti konfliktus	4,56	4,55	4,86	3,402	2	0,183
Gebėjimas sklandžiai dirbti komandoje	4,68	4,72	4,86	2,859	2	0,239
Pakankamos tarpprofesinio bendradarbiavimo žinios ir įgūdžiai	4,51	4,51	4,57	0,059	2	0,971

Teigiama ankstesnio tarpprofesinio bendradarbiavimo patirtis	4,61	4,24	4,43	2,101	2	0,350
--	------	------	------	-------	---	-------

* - kai $p < 0,05$.

Siekiant nustatyti tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinančių veiksnių pasireiškimo X poliklinikos komandose ryšį su respondentų amžiumi bei darbo patirtimi tiriamoje įstaigoje, atlikta Spearman koreliacija. Gauti rezultatai (žr. 8 lent.) parodė, kad kuo darbuotojai jaunesni, tuo jie dažniau sutinka, kad yra išvystyta informacinė struktūra, leidžianti komunikuoti (pvz., e-sveikata) ($r = -0,218$; $p = 0,007$). Taip pat pastebėta, kad kuo darbuotojai jaunesni ($r = -0,302$; $p < 0,001$) ar darbo patirtis ($r = -0,230$; $p = 0,004$) yra mažesnė, tuo dažniau yra sutinkama, kad X poliklinikos komandose būdingos aiškos taisyklės, nusakančios tarpprofesinių komandų narių funkcijas. Tyrimas atskleidė, kad kuo darbuotojai jaunesni, tuo jie dažniau mano, kad X poliklinikos komandose yra būdingas gebėjimas tinkamai spręsti konfliktus ($r = -0,169$; $p = 0,039$). Tokie tyrimo rezultatai gali būti susiję su tuo, kad dažnai jaunesni darbuotojai geriau moka naudotis informacinėmis technologijomis, nei vyresni, bei turi daugiau žinių konfliktų sprendimo tema. Tokią situaciją gali lemti tai, kad šiuolaikinės medicinos studijų programos yra atnaujintos ir labiau orientuotos į medicinos darbuotojų ir paciento tarpusavio santykių palaikymą.

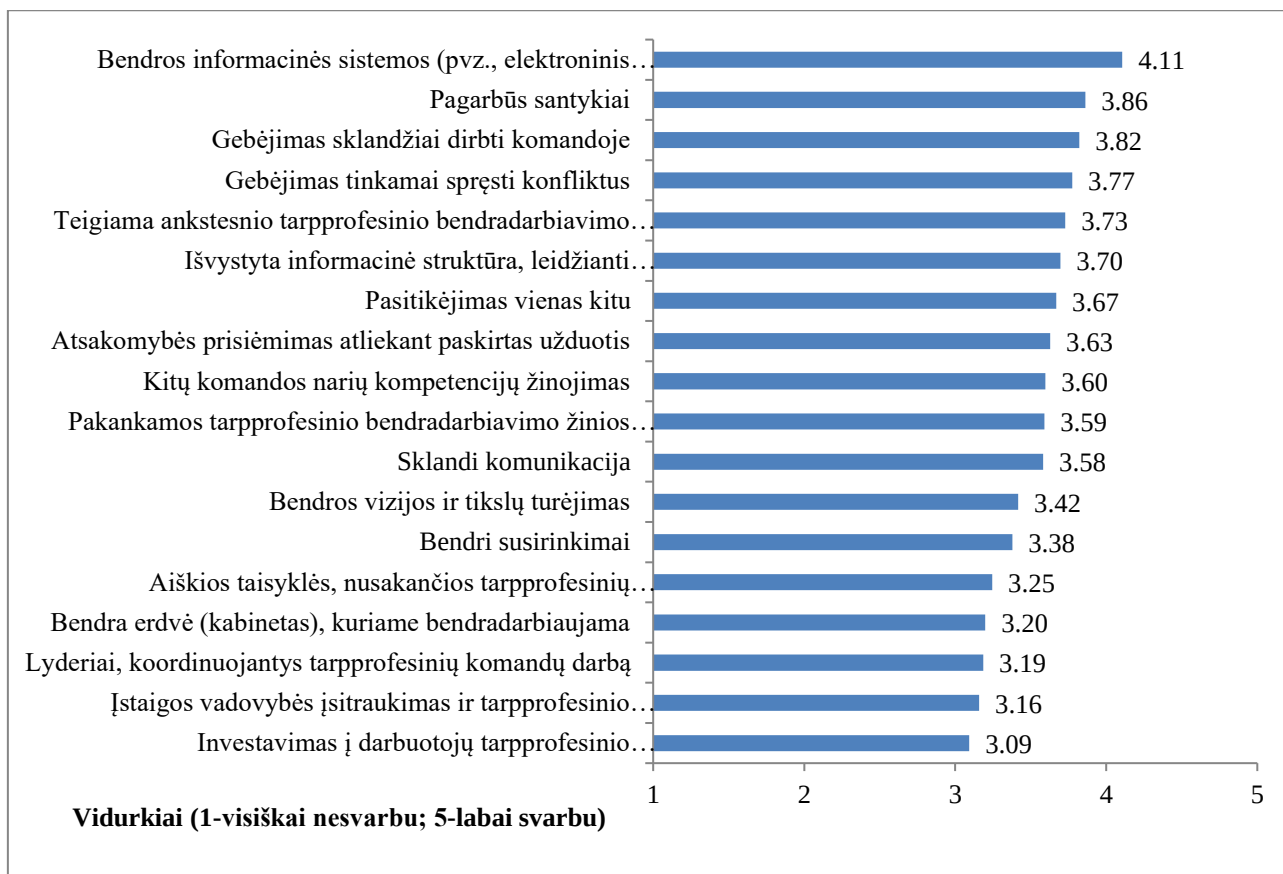
8 lentelė. Tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinančių veiksnių pasireiškimo X poliklinikos komandose sąsajos su respondentų amžiumi ir darbo patirtimi įstaigoje (sudaryta autorės, 2023)

Sąsajos		Amžius	Darbo patirtis
Išvystyta informacinė struktūra, leidžianti komunikuoti (pvz., e-sveikata)	r	-0,218	-0,084
	p	0,007**	0,302
Įstaigos vadovybės įsitraukimas ir tarpprofesinio bendradarbiavimo skatinimas	r	-,200*	-0,059
	p	0,014	0,473
Aiškos taisyklės, nusakančios tarpprofesinių komandų narių funkcijas	r	-0,302	-0,230
	p	<0,001**	0,004**
Bendri susirinkimai	r	0,113	0,115
	p	0,167	0,158
Bendros informacinės sistemos (pvz., elektroninis paštas, telefonas)	r	-0,101	-0,028
	p	0,215	0,733
Lyderiai, koordinuojantys tarpprofesinių komandų darbą	r	-0,034	0,062
	p	0,683	0,452
Investavimas į darbuotojų tarpprofesinio bendradarbiavimo mokymus	r	0,012	-0,004
	p	0,885	0,961
Bendra erdvė (kabinetas), kuriame bendradarbiaujama	r	0,079	0,122
	p	0,333	0,136
Sklandi komunikacija	r	-0,153	-0,122
	p	0,060	0,136
Pagarbūs santykiai	r	0,053	-0,001
	p	0,516	0,992
Pasitikėjimas vienas kitu	r	-0,035	-0,041
	p	0,672	0,620

Atsakomybės prisiėmimas atliekant paskirtas užduotis	r	-0,007	-0,021
	p	0,929	0,802
Bendros vizijos ir tikslų turėjimas	r	-0,149	-0,093
	p	0,067	0,258
Kitų komandos narių kompetencijų žinojimas	r	-0,111	-0,084
	p	0,173	0,306
Gebėjimas tinkamai spręsti konfliktus	r	-0,169	-0,153
	p	0,039*	0,061
Gebėjimas sklandžiai dirbti komandoje	r	-0,126	-0,115
	p	0,123	0,158
Pakankamos tarpprofesinio bendradarbiavimo žinios ir įgūdžiai	r	-0,065	-0,056
	p	0,429	0,492
Teigiama ankstesnio tarpprofesinio bendradarbiavimo patirtis	r	0,035	0,006
	p	0,672	0,939

r – Spearman koreliacijos koeficientas, p – statistinis reikšmingumas, * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$

Tyrimo metu buvo svarbu nustatyti ne tik veiksmų, stiprinančių tarpprofesinį bendradarbiavimą, tiriamojoje poliklinikoje pasireiškimą, tačiau ir sužinoti pačių darbuotojų nuomonę, kurie veiksniai, jų nuomone, yra svarbiausi. 4 paveikslu duomenimis, darbuotojams dirbant komandose svarbiausia yra bendros informacinės sistemos (pvz., elektroninis paštas, telefonas) (vid. balas 4,11), pagarbūs santykiai (vid. balas 3,86) ir gebėjimas sklandžiai dirbti komandoje (vid. balas 3,82). Mažiausiai respondentams svarbu yra investavimas į darbuotojų tarpprofesinio bendradarbiavimo mokymus (vid. balas 3,09), įstaigos vadovybės įsitraukimas ir tarpprofesinio bendradarbiavimo skatinimas (vid. balas 3,16) bei lyderiai, koordinuojantys tarpprofesinių komandų darbą (vid. balas 3,19) (žr. 4 pav.). Remiantis šiais rezultatais galima teigti, kad respondentams svarbiausia bendrų informacinių sistemų buvimas, kas yra tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinantis organizacinis veiksnys. Galima sutikti, kad šiais technologijų laikais neturint elektroninio pašto ar telefono, bendradarbiavimas beveik neįmanomas. Taip pat matoma, kad X poliklinikos darbuotojams labai svarbūs tokie tarpasmeniniai veiksniai, kaip pagarba vienas kitam ir gebėjimas dirbti komandoje. Darbas komandoje sveikatos priežiūros įstaigose yra labai svarbus, nes yra veiksmingesnis ir gali geriau patenkinti pacientų poreikius (Parker ir kt., 2012). Kaip matoma, respondentams mažiau yra svarbūs organizaciniai tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinantys veiksniai. Tokie tyrimo rezultatai gali būti susiję su tuo, kad darbuotojai labiau vertina gerus tarpasmeninius santykius tarp komandos narių. Esant nepagarbiems santykiams ar nesutarimams komandose bendradarbiavimas tampa sudėtingu.



4 pav. Tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinančių veiksnių svarba, vidurkia (sudaryta autorės, 2023)

Vertinant darbuotojų nuomonę apie tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinančių veiksnių svarbą, nustatyti reikšmingi nuomonės skirtumai ($p < 0,05$) atsižvelgiant į darbuotojų profesiją. Galima teigti, kad slaugytojams labiau svarbu įstaigos vadovybės įsitraukimas ir tarpprofesinio bendradarbiavimo skatinimas (vid. balas 3,42), negu gydytojams (vid. balas 3,02) ir medicinos registratoriams (vid. balas 2,67) ($\chi^2 = 6,133$; $df = 2$; $p = 0,047$). Taip pat bendros informacinės sistemos (pvz., elektroninis paštas, telefonas) yra svarbesnės slaugytojams (vid. balas 4,37) ir gydytojams (vid. balas 4,03), negu medicinos registratoriams (vid. balas 3,43) ($\chi^2 = 8,098$; $df = 2$; $p = 0,017$). Tyrimas atskleidė, kad slaugytojams svarbiau yra investavimas į darbuotojų tarpprofesinio bendradarbiavimo mokymus (vid. balas 3,46), negu gydytojams (vid. balas 2,76) ir medicinos registratoriams (vid. 2,76) ($\chi^2 = 9,742$; $df = 2$; $p = 0,008$). Taip pat slaugytojams svarbiau yra bendra erdvė (kabinetas), kuriame bendradarbiaujama (vid. balas 3,56), negu gydytojams (vid. balas 2,97) ar medicinos registratoriams (vid. 2,62) ($\chi^2 = 9,315$; $df = 2$; $p = 0,009$). Kitų stiprinančių veiksnių svarba reikšmingai nesiskyrė lyginant tarp trijų profesijų grupių: gydytojų, slaugytojų ir medicinos registratorių ($p > 0,05$). Taip pat galima pastebėti, kad gydytojams (vid. balas 4,03) ir slaugytojams (vid. balas 4,37) svarbiausia bendros informacinės sistemos, o medicinos registratoriams – teigiama ankstesnio tarpprofesinio bendradarbiavimo patirtis (vid. balas 3,76). Duomenys pateikti 9 lentelėje.

9 lentelė. Tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinančių veiksnių svarba, vidurkia (sudaryta autorės, 2023)

Veiksniai	Pareigos			χ^2	df	p
	Gydytojai	Slaugytojai	Medicinos registratoriai			
Išvystyta informacinė struktūra, leidžianti komunikuoti (pvz., e-sveikata)	3,63	3,85	3,38	2,220	2	0,330

Ištaigos vadovybės įsitraukimas ir tarpprofesinio bendradarbiavimo skatinimas	3,02	3,42	2,67	6,133	2	0,047*
Aiškios taisyklės, nusakančios tarpprofesinių komandų narių funkcijas	3,05	3,44	3,14	2,596	2	0,273
Bendri susirinkimai	3,22	3,61	3,05	4,290	2	0,117
Bendros informacinės sistemos (pvz., elektroninis paštas, telefonas)	4,03	4,37	3,43	8,098	2	0,017*
Lyderiai, koordinuojantys tarpprofesinių komandų darbą	2,95	3,35	3,29	2,017	2	0,365
Investavimas į darbuotojų tarpprofesinio bendradarbiavimo mokymus	2,76	3,46	2,76	9,742	2	0,008*
Bendra erdvė (kabinetas), kuriame bendradarbiaujama	2,97	3,56	2,62	9,315	2	0,009*
Sklandi komunikacija	3,42	3,75	3,48	3,055	2	0,217
Pagarbūs santykiai	3,86	3,99	3,43	4,655	2	0,098
Pasitikėjimas vienas kitu	3,76	3,76	3,1	4,237	2	0,120
Atsakomybės prisiėmimas atliekant paskirtas užduotis	3,54	3,75	3,48	1,223	2	0,543
Bendros vizijos ir tikslų turėjimas	3,46	3,44	3,24	0,671	2	0,715
Kitų komandos narių kompetencijų žinojimas	3,49	3,72	3,48	1,273	2	0,529
Gebėjimas tinkamai spręsti konfliktus	3,61	3,94	3,67	2,937	2	0,230
Gebėjimas sklandžiai dirbti komandoje	3,69	4,01	3,52	3,224	2	0,200
Pakankamos tarpprofesinio bendradarbiavimo žinios ir įgūdžiai	3,42	3,72	3,62	2,183	2	0,336
Teigiama ankstesnio tarpprofesinio bendradarbiavimo patirtis	3,64	3,79	3,76	0,910	2	0,634

* - kai $p < 0,05$.

Siekiant nustatyti tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinančių veiksnių svarbos ryšį su respondentų amžiumi bei darbo patirtimi tiriamoje įstaigoje, atlikta Spearman koreliacija. Gauti rezultatai (žr. 10 lent.) parodė, kad darbuotojams su didesne darbo patirtimi svarbiau yra bendri susirinkimai ($r=0,165$; $p=0,043$) ir lyderiai, koordinuojantys tarpprofesinių komandų darbą ($r=0,199$; $p=0,014$). Taip pat nustatyta, kad kuo darbuotojai vyresni ($r=0,211$; $p=0,009$) ar darbo patirtis ($r=0,252$; $p=0,002$) didesnė, tuo jiems svarbiau investavimas į darbuotojų tarpprofesinio bendradarbiavimo mokymus.

Tyrimas atskleidė, kad su darbuotojų amžiumi tampa vis svarbesnė bendra erdvė (kabinetas), kuriame bendradarbiaujama ($r=0,179$; $p=0,028$), sklandi komunikacija ($r=0,162$; $p=0,047$), atsakomybės prisiėmimas atliekant paskirtas užduotis ($r=0,175$; $p=0,031$), kitų komandos narių kompetencijų žinojimas ($r=0,177$; $p=0,030$), gebėjimas tinkamai spręsti konfliktus ($r=0,189$; $p=0,020$), pakankamos tarpprofesinio bendradarbiavimo žinios ir įgūdžiai ($r=0,164$; $p=0,044$), teigiama ankstesnio tarpprofesinio bendradarbiavimo patirtis ($r=0,216$; $p=0,008$).

Taip pat pastebėta, kad su didesne darbuotojų patirtimi tampa vis svarbesnė bendra erdvė (kabinetas), kuriame bendradarbiaujama ($r=0,220$; $p=0,007$), sklandi komunikacija ($r=0,163$; $p=0,046$), pasitikėjimas vienas kitu ($r=0,183$; $p=0,024$), atsakomybės prisiėmimas atliekant paskirtas užduotis

($r=0,163$; $p=0,045$), kitų komandos narių kompetencijų žinojimas ($r=0,208$; $p=0,011$), gebėjimas tinkamai spręsti konfliktus ($r=0,185$; $p=0,023$), teigiama tarpprofesinio bendradarbiavimo patirtis ($r=0,178$; $p=0,029$).

10 lentelė. Tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinančių veiksnių svarbos sąsajos su respondentų amžiumi ir darbo patirtimi organizacijoje (sudaryta autorės, 2023)

Sąsajos		Amžius	Darbo patirtis
Išvystyta informacinė struktūra, leidžianti komunikuoti (pvz., e-sveikata)	r	0,069	0,062
	p	0,401	0,446
Įstaigos vadovybės įsitraukimas ir tarpprofesinio bendradarbiavimo skatinimas	r	0,087	0,134
	p	0,286	0,102
Aiškos taisyklės, nusakančios tarpprofesinių komandų narių funkcijas	r	0,039	0,095
	p	0,636	0,248
Bendri susirinkimai	r	0,151	0,165
	p	0,064	0,043*
Bendros informacinės sistemos (pvz., elektroninis paštas, telefonas)	r	0,021	0,045
	p	0,798	0,585
Lyderiai, koordinuojantys tarpprofesinių komandų darbą	r	0,133	0,199
	p	0,104	0,014*
Investavimas į darbuotojų tarpprofesinio bendradarbiavimo mokymus	r	0,211	0,252
	p	0,009**	0,002**
Bendra erdvė (kabinetas), kuriame bendradarbiaujama	r	0,179	0,220
	p	0,028*	0,007**
Sklandi komunikacija	r	0,162	0,163
	p	0,047*	0,046*
Pagarbūs santykiai	r	0,095	0,067
	p	0,246	0,410
Pasitikėjimas vienas kitu	r	0,114	0,183
	p	0,164	0,024*
Atsakomybės prisiėmimas atliekant paskirtas užduotis	r	0,175	0,163
	p	0,031*	0,045*
Bendros vizijos ir tikslų turėjimas	r	0,135	0,148
	p	0,097	0,070
Kitų komandos narių kompetencijų žinojimas	r	0,177	0,208
	p	0,030*	0,011*
Gebėjimas tinkamai spręsti konfliktus	r	0,189	0,185
	p	0,020*	0,023*
Gebėjimas sklandžiai dirbti komandoje	r	0,091	0,104
	p	0,269	0,204
Pakankamos tarpprofesinio bendradarbiavimo žinios ir įgūdžiai	r	0,164	0,157
	p	0,044*	0,055

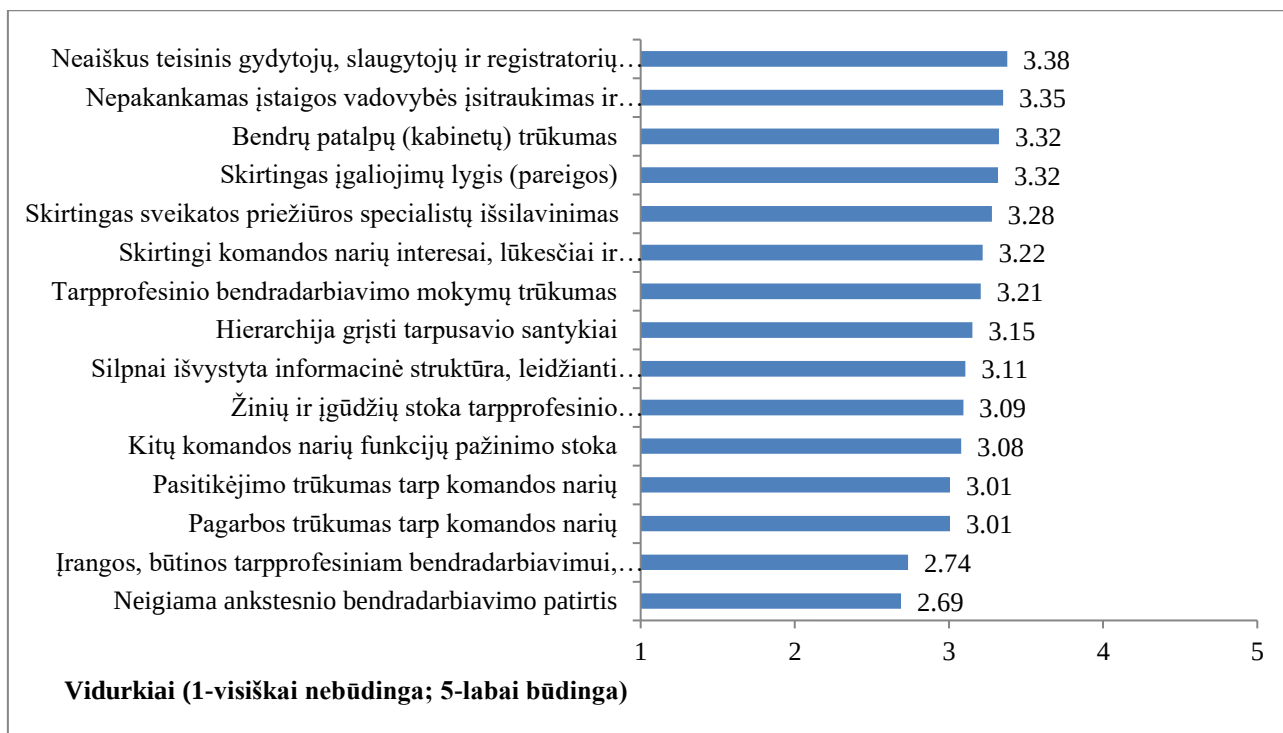
Teigiama ankstesnio tarpprofesinio bendradarbiavimo patirtis	r	0,216	0,178
	p	0,008**	0,029*

r – Spearman koreliacijos koeficientas, p – statistinis reikšmingumas, * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$

Apibendrinant galima teigti, kad X poliklinikoje dažniausiai pasireiškia tokie tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinantys veiksniai, kaip pagarbūs santykiai ir pasitikėjimas vienas kitu, o rečiausiai – bendra erdvė (kabinetas), kuriame bendradarbiaujama ir lyderiai, koordinuojantys tarpprofesinių komandų darbą. Kaip matoma, labiau pasireiškia tarpasmeniniai tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinantys veiksniai, nei organizaciniai. Siekiant sėkmingo tarpprofesinio sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimo svarbu, kad ne tik pačios komandos nariai gerai sutartų ir sklandžiai bendradarbiautų, bet ir kad pati organizacija skatintų šį bendradarbiavimą bei sudarytų tinkamas sąlygas bendradarbiauti.

3.2.2. Tarpprofesinį bendradarbiavimą trikdančių veiksnių analizė

Atlikus tyrimo duomenų analizę paaiškėjo, kad tiriamoje X poliklinikoje tarpprofesinį bendradarbiavimą trikdantys veiksniai pasireiškia vidutiniškai, nes visų veiksnių vidurkiai yra artimi trimis balams. Respondentai neturi stiprios pozicijos ir yra neužtikrinti šių veiksnių egzistavimu X poliklinikoje. Nors tarpprofesinį bendradarbiavimą trikdančių veiksnių pasireiškimas skiriasi nežymiai, tačiau galima išskirti tokius dažniausiai pasireiškiančius veiksnius, kaip neaiškus teisinis gydytojų, slaugytojų ir registratorių funkcijų, atsakomybių bendradarbiaujant reglamentavimas (vid. balas 3,38), nepakankamas įstaigos vadovybės įsitraukimas ir tarpprofesinio bendradarbiavimo skatinimas (vid. balas 3,35) bei bendrų patalpų (kabinėtų) trūkumas (vid. balas 3,32). Rečiausiai tarpprofesinį bendradarbiavimą trikdo neigiama ankstesnio bendradarbiavimo patirtis (vid. balas 2,69), įrangos, būtinės tarpprofesiniam bendradarbiavimui, trūkumas (vid. balas 2,74) ir pagarbos trūkumas tarp komandos narių (vid. balas 3,01). Tokie tyrimo rezultatai rodo, kad dalis X poliklinikos darbuotojų nesupranta gydytojų, slaugytojų ir medicinos registratorių funkcijų ir atsakomybių bendradarbiaujant bei nemato įstaigos vadovybės įsitraukimo. Taip pat galima teigti, kad dažniausiai X poliklinikoje pasireiškia sisteminiai ir organizaciniai tarpprofesinį bendradarbiavimą trikdantys veiksniai. 2021 metais Indonezijos ligoninėje, krūties vėžio priežiūros skyriuje, atliktas tyrimas parodė, kad tarpprofesinį šio skyriaus sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimą labiausiai trikdo sisteminis veiksnys - neaiškos funkcijos darbo atžvilgiu (Kurniasih, 2022). Taip pat 2022 metais dvejose Etiopijos ligoninėse atliktas tyrimas parodė, kad labiausiai tarpprofesinį sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimą trikdo komunikacijos nebuvimas bei mažas vadovybės palaikymas ir įsitraukimas (Degu ir kt., 2023). Atlikto tyrimo rezultatai pateikti 5 paveiksle.



5 pav. Tarpprofesinį bendradarbiavimą trikdančių veiksnių pasireiškimas Viešojoje įstaigoje X poliklinika (komandose), vid. balai (sudaryta autorės, 2023)

Vertinant darbuotojų nuomonę apie tarpprofesinį bendradarbiavimą trikdančių veiksnių svarbą, reikšmingų nuomonės skirtumų atsižvelgiant į darbuotojų profesiją nenustatyta ($p < 0,05$). Galima teigti, kad tarpprofesinį bendradarbiavimą trikdančių veiksnių pasireiškimas reikšmingai nesiskyrė lyginant tarp trijų profesijų grupių: gydytojų, slaugytojų ir medicinos registratorių ($p > 0,05$).

Tačiau galima pastebėti, kad gydytojams (vid. balas 3,44) ir medicinos registratoriams (vid. balas 3,57) dažniausiai trikdančias veiksnys yra bendrų patalpų (kabinetų) trūkumas, o slaugytojams – hierarchija grįsti tarpusavio santykiai ir neaiškus teisinis gydytojų, slaugytojų, registratorių funkcijų, atsakomybių bendradarbiaujant reglamentavimas (vid. balas 3,39). Tai galima paaiškinti tuo, kad sveikatos priežiūros sistemoje vis dar vyrauja hierarchija grindžiami slaugytojų ir gydytojų santykiai. Slaugytojai dažniau vykdo gydytojų nurodymus bei rečiau dalyvauja sprendimų priėmimo (Matziou ir kt., 2014). Duomenys pateikti 11 lentelėje.

11 lentelė. Tarpprofesinį bendradarbiavimą trikdančių veiksnių pasireiškimas poliklinikos komandoje, vidurkiai (sudaryta autorės, 2023)

Veiksniai	Pareigos			χ^2	df	p
	Gydytojai	Slaugytojai	Medicinos registratoriai			
Neaiškus teisinis gydytojų, slaugytojų ir registratorių funkcijų ir atsakomybių bendradarbiaujant reglamentavimas	3,41	3,39	3,24	0,132	2	0,936
Silpnai išvystyta informacinė struktūra, leidžianti komunikuoti (pvz., e-sveikata)	3,1	3,13	3,05	0,030	2	0,985
Nepakankamas įstaigos vadovybės įsitraukimas ir tarpprofesinio bendradarbiavimo skatinimas	3,37	3,37	3,24	0,088	2	0,957
Bendrų patalpų (kabinetų) trūkumas	3,44	3,15	3,57	2,480	2	0,289

Įrangos, būtinų tarp profesiniam bendradarbiavimui, trūkumas	2,83	2,63	2,81	0,713	2	0,700
Tarp profesinio bendradarbiavimo mokymų trūkumas	3,2	3,21	3,19	0,017	2	0,991
Pagarbos trūkumas tarp komandos narių	2,86	3,06	3,24	1,334	2	0,513
Pasitikėjimo trūkumas tarp komandos narių	2,97	2,92	3,43	2,379	2	0,304
Kitų komandos narių funkcijų pažinimo stoka	3,1	3,03	3,19	0,319	2	0,853
Skirtingas sveikatos priežiūros specialistų išsilavinimas	3,41	3,34	2,71	3,252	2	0,197
Hierarchija grįšti tarpusavio santykiai	2,9	3,39	3,05	4,232	2	0,120
Neigiama ankstesnio bendradarbiavimo patirtis	2,71	2,77	2,33	1,854	2	0,396
Skirtingi komandos narių interesai, lūkesčiai ir išsikelti tikslai	3,24	3,25	3,05	0,348	2	0,840
Skirtingas įgaliojimų lygis (pareigos)	3,24	3,35	3,43	0,472	2	0,790
Žinių ir įgūdžių stoka tarp profesinio bendradarbiavimo srityje	3,15	3,08	2,95	0,274	2	0,872

* - kai $p < 0,05$.

Siekiant nustatyti tarp profesinį bendradarbiavimą trikdančių veiksnių svarbos ryšį su respondentų amžiumi bei darbo patirtimi tiriamoje įstaigoje, atlikta Spearman koreliacija. Gauti rezultatai (žr. 12 lent.) parodė, kad kuo darbuotojai jaunesni, tuo jiems dažniau bendradarbiauti trukdo bendrų patalpų trūkumas ($r = -0,242$; $p = 0,003$), tarp profesinio bendradarbiavimo mokymų trūkumas ($r = -0,229$; $p = 0,005$), pasitikėjimo trūkumas tarp komandos narių ($r = -0,284$; $p < 0,001$), skirtingas sveikatos priežiūros specialistų išsilavinimas ($r = -0,208$; $p = 0,010$), hierarchija grįšti tarpusavio santykiai ($r = -0,264$; $p = 0,001$).

Taip pat gauti rezultatai parodė, kad kuo darbuotojų mažesnė darbo patirtis X poliklinikoje, tuo jiems dažniau bendradarbiauti trukdo bendrų patalpų (kabinetų) trūkumas ($r = -0,223$; $p = 0,006$), tarp profesinio bendradarbiavimo mokymų trūkumas ($r = -0,176$; $p = 0,030$), pasitikėjimo trūkumas tarp komandos narių ($r = -0,267$; $p = 0,001$), kitų komandos narių funkcijų pažinimo stoka ($r = -0,160$; $p = 0,049$), skirtingas sveikatos priežiūros specialistų išsilavinimas ($r = -0,162$; $p = 0,046$), hierarchija grįšti tarpusavio santykiai ($r = -0,193$; $p = 0,018$), skirtingas įgaliojimų lygis (pareigos) ($r = -0,170$; $p = 0,037$).

12 lentelė. Tarp profesinį bendradarbiavimą trikdančių veiksnių svarbos sąsajos su respondentų amžiumi ir darbo patirtimi įstaigoje (sudaryta autorės, 2023)

Sąsajos		Amžius	Darbo patirtis
Neaiškus teisinis gydytojų, slaugytojų ir registratorių funkcijų ir atsakomybių bendradarbiaujant reglamentavimas	r	-0,039	-0,107
	p	0,636	0,192
Silpnai išvystyta informacinė struktūra, leidžianti komunikuoti (pvz., e-sveikata)	r	-0,054	-0,127
	p	0,507	0,120
Nepakankamas įstaigos vadovybės įsitraukimas ir tarp profesinio bendradarbiavimo skatinimas	r	-0,091	-0,144
	p	0,267	0,077

Bendrų patalpų (kabinėtų) trūkumas	r	-0,242	-0,223
	p	0,003**	0,006**
Įrangos, būtinos tarpprofesiniam bendradarbiavimui, trūkumas	r	-0,125	-0,084
	p	0,128	0,305
Tarpprofesinio bendradarbiavimo mokymų trūkumas	r	-0,229	-0,176
	p	0,005**	0,030*
Pagarbos trūkumas tarp komandos narių	r	-0,145	-0,117
	p	0,077	0,152
Pasitikėjimo trūkumas tarp komandos narių	r	-0,284	-0,267
	p	<0,001**	0,001**
Kitų komandos narių funkcijų pažinimo stoka	r	-0,157	-0,160
	p	0,054	0,049*
Skirtingas sveikatos priežiūros specialistų išsilavinimas	r	-0,208	-0,162
	p	0,010*	0,046*
Hierarchija grįsti tarpusavio santykiai	r	-0,264	-0,193
	p	0,001**	0,018*
Neigiama ankstesnio bendradarbiavimo patirtis	r	-0,094	-0,086
	p	0,251	0,295
Skirtingi komandos narių interesai, lūkesčiai ir išsikelti tikslai	r	-0,143	-0,131
	p	0,081	0,109
Skirtingas įgaliojimų lygis (pareigos)	r	-0,137	-0,170
	p	0,094	0,037*
Žinių ir įgūdžių stoka tarpprofesinio bendradarbiavimo srityje	r	-0,129	-0,130
	p	0,113	0,113

r – Spearman koreliacijos koeficientas, p – statistinis reikšmingumas, * - p < 0,05, ** - p < 0,01

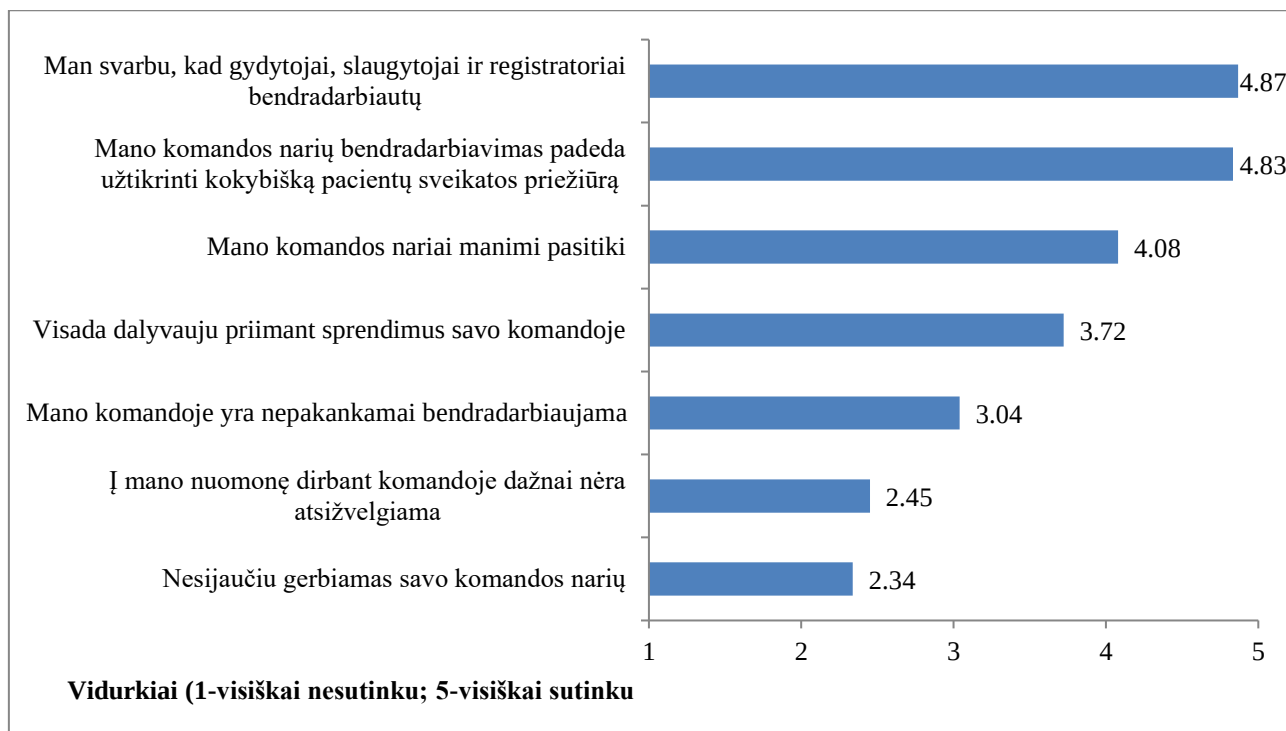
Apibendrinant galima teigti, kad X poliklinikoje dažniausiai pasireiškia tokie tarpprofesinį bendradarbiavimą trikdantys veiksniai, kaip neaiškus teisinis gydytojų, slaugytojų ir registratorių funkcijų, atsakomybių bendradarbiaujant reglamentavimas bei nepakankamas įstaigos vadovybės įsitraukimas ir tarpprofesinio bendradarbiavimo skatinimas, o rečiausiai – bendrų patalpų (kabinėtų) trūkumas ir skirtingas įgaliojimų lygis (pareigos). Kaip matoma, labiausiai pasireiškia sisteminiai ir organizaciniai tarpprofesinį bendradarbiavimą trikdantys veiksniai, kurie nepriklauso nuo pačių komandų. Svarbu suprasti, kad organizacijos vadovybės skatinimas ir palaikymas yra vienas iš būdų, galinčių motyvuoti darbuotojus bendradarbiauti.

3.2.3. Tarpprofesinio bendradarbiavimo patirties komandose analizė

Tyrimo metu respondentų buvo teiraujamasi, kokia yra jų tarpprofesinio bendradarbiavimo patirtis komandoje (žr. 6 pav.) Dažniausiai X poliklinikos darbuotojai sutinka, jog jiems svarbu, kad gydytojai, slaugytojai ir registratoriai bendradarbiautų (vid. balas 4,87) bei kad jų komandos narių bendradarbiavimas padeda užtikrinti kokybišką pacientų sveikatos priežiūrą (vid. balas 4,83).

Rečiausiai respondentai sutinka, kad jie nesijaučia gerbiama savo komandos narių (vid. balas 2,34) ir kad į jų nuomonę dirbant komandoje dažnai nėra atsižvelgiama (vid. balas 2,45). Tačiau, galima

pastebėti, kad respondentai nėra užtikrinti pakankamu tarpprofesiniu bendradarbiavimu savo komandose (vid. balas 3,04). Tokią situaciją gali lemti tai, kad respondentai taip pat nėra užtikrinti tarpprofesinį bendradarbiavimą trikdančių veiksnių buvimu jų darbovietėje. Taip pat svarbu paminėti, kad Lietuvos sveikatos sistemoje tarpprofesinių komandų plėtra, įtraukiant į komandą medicinos registratorius, yra nauja SAM strategija, kuria siekiama gerinti PASP teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas. Medicinos registratoriai yra nauji šeimos gydytojų ir slaugytojų komandos nariai, todėl akivaizdu, kad gali nebūti užsimezgę pakankamai artimi tarpasmeniniai santykiai.



6 pav. Respondentų tarpprofesinio bendradarbiavimo patirtis komandoje, vidurkiai (sudaryta autorės, 2023)

Vertinant darbuotojų nuomonę apie tarpprofesinio bendradarbiavimo patirtis komandoje, nustatyti reikšmingi nuomonės skirtumai ($p < 0,05$) atsižvelgiant į darbuotojų profesiją. Galima teigti, kad slaugytojai dažniau nesijaučia gerbiami savo komandos narių (vid. 2,66), negu gydytojai (vid. 1,97) ir medicinos registratoriai (vid. 2,29) ($\chi^2 = 6,658$; $df = 2$; $p = 0,036$). Vokietijos slaugos ligoninėse atlikto tyrimo rezultatai taip pat parodė, kad slaugytojai dažniau neigiamai nei gydytojai vertina tarpprofesinį bendradarbiavimą. Slaugytojai kritiškiau vertino komunikacijos efektyvumą tarp slaugytojų ir gydytojų bei pagarbą vienas kitam (Reese ir kt., 2021). Remiantis tyrimo duomenimis nustatyta, kad dažniau į medicinos registratorių (vid. 2,86) ir slaugytojų (vid. 2,66) nuomonę dirbant komandoje nėra atsižvelgiama, negu į gydytojų (vid. 2,05) ($\chi^2 = 6,997$; $df = 2$; $p = 0,030$). Taip pat priimant sprendimus komandoje dažniau dalyvauja gydytojai (vid. 4,03) ir slaugytojai (vid. 3,62), negu medicinos registratoriai (vid. 3,19) ($\chi^2 = 6,804$; $df = 2$; $p = 0,033$). Tokie gauti rezultatai rodo, kad gydytojai labiau dominuoja tarpprofesinėse komandose ir yra pagrindiniai sprendimų priėmėjai, o medicinos registratoriai yra dar nauji šeimos gydytojo komandos nariai, todėl nepakankamai dalyvauja priimant sprendimus.

Kitos tarpprofesinio bendradarbiavimo patirtys reikšmingai nesiskyrė lyginant tarp trijų profesijų grupių: gydytojų, slaugytojų ir medicinos registratorių ($p > 0,05$). Rezultatai pateikti 13 lentelėje.

13 lentelė. Tarpprofesinio bendradarbiavimo patirtis komandoje, vidurkiai (sudaryta autorės, 2023)

Veiksniai	Pareigos			χ^2	df	p
	Gydytojai	Slaugytojai	Medicinos registratoriai			
Man svarbu, kad gydytojai, slaugytojai ir registratoriai bendradarbiautų	4,85	4,89	4,86	0,504	2	0,777
Mano komandos narių bendradarbiavimas padeda užtikrinti kokybišką pacientų sveikatos priežiūrą	4,81	4,85	4,86	0,943	2	0,624
Mano komandoje yra nepakankamai bendradarbiaujama	2,71	3,21	3,38	3,986	2	0,136
Nesijaučiu gerbiamas savo komandos narių	1,97	2,66	2,29	6,658	2	0,036*
Mano komandos nariai manimi pasitiki	4,17	4	4,1	0,607	2	0,738
Į mano nuomonę dirbant komandoje dažnai nėra atsižvelgiama	2,05	2,66	2,86	6,997	2	0,030*
Visada dalyvauju priimant sprendimus savo komandoje	4,03	3,62	3,19	6,804	2	0,033*

* - kai $p < 0,05$.

Siekiant nustatyti tarpprofesinio bendradarbiavimo patirties ryšį su respondentų amžiumi bei darbo patirtimi tiriamoje įstaigoje, atlikta Spearman koreliacija. Gauti rezultatai (žr. 14 lent.) parodė, kad kuo darbuotojai vyresni ($r=0,210$; $p=0,010$) ar darbo patirtis ($r=0,226$; $p=0,005$) didesnė, tuo jie dažniau mano, kad jų komandos nariai jais pasitiki. Taip pat kuo darbuotojai vyresni ($r=0,277$; $p=0,001$) ar darbo patirtis ($r=0,256$; $p=0,001$) didesnė, tuo jie dažniau dalyvauja priimant sprendimus savo komandoje.

14 lentelė. Tarpprofesinio bendradarbiavimo patirties sąsajos su respondentų amžiumi ir darbo patirtimi įstaigoje (sudaryta autorės, 2023)

Sąsajos		Amžius	Darbo patirtis
Man svarbu, kad gydytojai, slaugytojai ir registratoriai bendradarbiautų	r	-0,014	-0,063
	p	0,867	0,444
Mano komandos narių bendradarbiavimas padeda užtikrinti kokybišką pacientų sveikatos priežiūrą	r	-0,062	-0,057
	p	0,447	0,487
Mano komandoje yra nepakankamai bendradarbiaujama	r	0,069	0,030
	p	0,401	0,718
Nesijaučiu gerbiamas savo komandos narių	r	-0,057	-0,052
	p	0,487	0,528
Mano komandos nariai manimi pasitiki	r	0,210	0,226
	p	0,010**	0,005**
Į mano nuomonę dirbant komandoje dažnai nėra atsižvelgiama	r	-0,086	-0,096
	p	0,295	0,241
Visada dalyvauju priimant sprendimus savo komandoje	r	0,277	0,256

	p	0,001**	0,001**
--	---	---------	---------

r – Spearman koreliacijos koeficientas, p – statistinis reikšmingumas, * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$

Siekiant sužinoti respondentų pasiūlymus, kaip būtų galima ateityje tobulinti tarpprofesinį bendradarbiavimą tiriamoje įstaigoje (žr. 4 Priedas), buvo gauta 38 pasiūlymai. Dažniausiai buvo rekomenduojama rengti tarpprofesinio bendradarbiavimo mokymus ir bendrus susirinkimus, dalyvaujant visiems komandos nariams (gydytojams, slaugytojams ir medicinos registratoriams). Taip pat buvo pateikti pasiūlymai dažniau susitikti ir bendrauti neformalioje aplinkoje, organizuoti darbą taip, kad komandos nariai dirbtų šalia vienas kito, dalintis gerąja bendradarbiavimo patirtimi bei sudaryti vienodas darbo sąlygas komandų nariams.

Apibendrinant galima teigti, kad respondentai tarpprofesinį bendradarbiavimą tarp gydytojų, slaugytojų ir registratorių laiko svarbiu ir tiki, kad jis padeda užtikrinti kokybišką pacientų sveikatos priežiūrą. Tačiau respondentai nėra užtikrinti pakankamu savo komandos bendradarbiavimu. Nors tarpprofesinių komandų diegimas ir naujų narių, tokių, kaip medicinos registratoriai, įtraukimas, skatina tarpprofesinį bendradarbiavimą, tačiau didesnis gydytojo dominavimas ir nepagarbūs santykiai slaugytojų atžvilgiu, gali tai apsunkinti.

Apibendrinant trečiąją skyrių galima teigti, kad tiriamoje poliklinikoje labiau vyrauja tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinantys veiksniai nei trikdančios. Dažniausiai pasireiškiantys tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinantys veiksniai yra tarpprofesiniai, tokie kaip pagarbūs santykiai ir pasitikėjimas vienas kitu. Dažniausiai pasireiškiantys tarpprofesinį bendradarbiavimą trikdančios veiksniai yra sisteminiai ir organizaciniai, tokie, kaip neaiškus teisinis gydytojų, slaugytojų ir registratorių funkcijų, atsakomybių bendradarbiaujant reglamentavimas bei nepakankamas įstaigos vadovybės įsitraukimas ir tarpprofesinio bendradarbiavimo skatinimas. Taip pat tiriamos poliklinikos darbuotojai nėra užtikrinti pakankamu bendradarbiavimu savo komandose bei komandose nėra lygiaverčių santykių, nes labiau jose dominuoja gydytojai. Siekiant sėkmingo tarpprofesinio bendradarbiavimo bet kurioje įstaigoje svarbu, kad vyrautų ne tik geri ir pagarbūs darbuotojų tarpasmeniniai santykiai, bet ir pačios įstaigos palaikymas ir skatinimas, palankių sąlygų bendradarbiauti sudarymas bei lygios galimybės visiems komandos nariams.

Išvados

1. Tarpprofesinis bendradarbiavimas sveikatos priežiūros sistemoje yra suprantamas kaip bendras skirtingų sveikatos priežiūros specialistų darbas siekiant bendro tikslo – į pacientą orientuotos ir kokybiškos sveikatos priežiūros. Tarpprofesinio bendradarbiavimo nauda siejama ne tik su geresniais pacientų sveikatos rezultatais, bet ir didesniu pačių gydymo įstaigų efektyvumu bei didesniu darbuotojų pasitenkinimu. Tarpprofesinį bendradarbiavimą sveikatos priežiūros sistemoje sąlygoja sisteminiai (politiniai), organizaciniai bei tarpasmeniniai (tarp bendradarbiaujančių sveikatos priežiūros specialistų) veiksniai. Sisteminiai veiksniai apima vyriausybės politiką, skatinančią tarpprofesinį bendradarbiavimą, išvystytą informacinę struktūrą. Organizaciniai veiksniai apima bendras informacines sistemas, optimalų išteklių (finansinių, žmogiškųjų, laiko) naudojimą. Tarpasmeniniai veiksniai apima sklandžią komunikaciją, pagarbą ir pasitikėjimą vienas kitu. Siekiant sėkmingo tarpprofesinio bendradarbiavimo svarbus visų šių veiksnių pasireiškimas.
2. Tarptautinės organizacijos, suvokdamos tarpprofesinio bendradarbiavimo naudą ir būtinumą, skatina valstybes diegti tarpprofesinio bendradarbiavimo praktikas savo sveikatos priežiūros sistemose. Efektyvi sveikatos apsaugos sistema Lietuvoje yra vienas iš valstybės pažangos strategijos siekių. Senėjant visuomenei ir didėjant sergamumui svarbu užtikrinti kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą gyventojams. Šeimos gydytojo komandos, grįstos tarpprofesiniu bendradarbiavimu, plėtra bei funkcijų perskirstymas yra vienas iš būdų siekiant gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Tai patvirtina ir gerosios užsienio šalių patirtys, kuriose daug dėmesio skiriama slaugytojų savarankiškumo didinimui ir funkcijų išplėtimui bei tokių netradicinių šeimos gydytojų komandos narių, kaip slaugytojo padėjėjai, administratoriai, atvejų vadybininkai ir kt., įtraukimui.
3. Tarpprofesinį bendradarbiavimą sąlygojančių veiksnių asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje Viešojoje įstaigoje X poliklinika tyrimo rezultatai parodė, kad įstaigoje labiau pasireiškia tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinantys veiksniai nei trikdantys. Dažniausiai pasireiškiantys tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinantys veiksniai yra pagarbūs santykiai ir pasitikėjimas vienas kitu, o trikdantys veiksniai – neaiškus teisinis gydytojų, slaugytojų ir registratorių funkcijų, atsakomybių bendradarbiaujant reglamentavimas bei nepakankamas įstaigos vadovybės įsitraukimas ir tarpprofesinio bendradarbiavimo skatinimas. Tokie rezultatai rodo, kad tiriamos įstaigos darbuotojai geriau vertina tarpasmeninius santykius komandose nei pačios įstaigos vadovybės įsitraukimą bei nėra tikri dėl savo atliekamų funkcijų bendradarbiaujant.

Rekomendacijos

Atlikus mokslinės literatūros, tarptautinių ir Lietuvos Respublikos strateginių dokumentų bei teisės aktų ir empirinio tyrimo rezultatų analizę yra pateikiamos rekomendacijos šioms suinteresuotoms šalims:

LR Sveikatos apsaugos ministerijai:

- 1) Inicijuoti sveikatos apsaugos ministro įsakymą, kuriame būtų aiškiai paskirstytos šeimos gydytojų komandos narių funkcijos ir atsakomybės bendradarbiaujant.

Viešosios įstaigos X poliklinika šeimos sveikatos priežiūros skyriaus vedėjai:

- 1) Kartą per savaitę organizuoti bendrus susirinkimus šeimos gydytojams, slaugytojams ir medicinos registratoriams, kad visi komandos nariai galėtų vienu metu gauti vienodą informaciją;
- 2) Kartą metuose organizuoti gyvus tarpprofesinio bendradarbiavimo mokymus visiems komandos nariams. Šiuose mokymuose turėtų būti kalbama konfliktų sprendimo, lyderystės ir kitų kompetencijų ugdymo, reikalingo bendradarbiavimui, temomis;
- 3) Dalintis su kitomis poliklinikomis gerosiomis patirtimis bendradarbiaujant komandose. Tai būtų galima įgyvendinti organizuojant bendrus įstaigų vadovybių susirinkimus bei organizuojant darbuotojų komandiruotes į kitas poliklinikas;
- 4) Organizuoti bendras išvykas ir šventes šeimos gydytojams, slaugytojams ir medicinos registratoriams siekiant, kad darbuotojai galėtų kartu pabūti neformalioje aplinkoje;
- 5) Perskirstyti šeimos gydytojų, slaugytojų ir medicinos registratorių darbo vietas taip, kad vienos komandos nariai galėtų būti arčiau vienas kito. Tam įgyvendinti būtų reikalingas šeimos sveikatos priežiūros skyriaus remontas;
- 6) Vykdyti kasmetines darbuotojų apklausas elektroniniu paštu tarpprofesinio bendradarbiavimo tema, siekiant gerinti tarpprofesinį bendradarbiavimą ir darbą komandose.

Literatūros sąrašas

1. Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. The University of Chicago Press [žiūrėta 2023-11-25]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226189666.001.0001>
2. Attridge, M. (2009). Measuring and Managing Employee Work Engagement: A Review of the Research and Business Literature. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 24:4, 383-398 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: DOI: 10.1080/15555240903188398
3. Bollen, A., Harrison, R., Aslani, P. ir van Haastregt, J. C. M. (2019). Factors influencing interprofessional collaboration between community pharmacists and general practitioners - A systematic review. *Health & Social Care in the Community*, 27(4), e189–e212 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1111/hsc.12705>
4. Bonciani, M., Schäfer, W., Barsanti, S., Heinemann, S. ir Groenewegen, P. P. (2018). The benefits of co-location in primary care practices: the perspectives of general practitioners and patients in 34 countries. *BMC Health Services Research*, 18, 132 [žiūrėta 2023-10-26]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2913-4>
5. Camarihna-Matos, L. M. ir Afsarmanesh, H. (2008). Concept of collaboration. In G. D Putnik ir M. M. Cunha (sud.), *Encyclopedia of Networked and Virtual Organizations* (pp. 311-315). Information science reference [žiūrėta 2023-10-26]. Prieiga per internetą: https://www.academia.edu/248756/Concept_of_Collaboration
6. Chan, R. J., Webster, J. ir Marquart, L. (2012). A systematic review: the effects of orientation programs for cancer patients and their family/carers. *International journal of nursing studies*, 49(12), 1558–1567 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.03.002>
7. Cheng, Q., Duan, Y., Wang, Y., Zhang, Q. ir Chen, Y. (2021). The physician-nurse collaboration in truth disclosure: from nurses' perspective. *BMC Nursing*, 20(1), 38–38 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00557-8>
8. Clark, R. C. ir Mayer, R. E. (2011). E-learning and the science of instruction : Proven guidelines for consumers and designers of multimedia learning. *Center for Creative Leadership*. [žiūrėta 2023-12-29]. Prieiga per internetą: http://repo.darmajaya.ac.id/4165/1/e-Learning%20and%20the%20Science%20of%20Instruction_%20Proven%20Guidelines%20for%20Consumers%20and%20Designers%20of%20Multimedia%20Learning%20%28%20PDFDrive%20%29.pdf
9. Čekanavičius, V. ir Murauskas, G. (2000). *Statistika ir jos taikymai*. I dalis. Vilnius.
10. D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L. ir Beaulieu, M. D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of interprofessional care*, 19(1), 116–131 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>
11. D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J., Martín-Rodriguez, L. S. ir Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8(1), 188–188 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>
12. Danauskaitė, D. ir Krančiukaitė – Butylkinienė, D. (2019). Šeimos gydytojų požiūris į komandinį darbą pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose. *Visuomenės sveikata*, 3(86), 81-87 [žiūrėta 2023-12-28]. Prieiga per internetą:

<https://www.lituanistika.lt/en/search?field=source&mode=phrase&query=Visuomen%C4%97s%20+sveikata>

13. Degu, T., Amsalu, E., Kebede, A. ir Ousman, A. (2023). Inter-professional collaboration and associated factors among nurses and physicians in specialized public hospitals, the northwest, Ethiopia: mixed method multi-centered cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 23, 286 [žiūrėta 2023-12-23]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09200-5>
14. Dinius, J., Philipp, R., Ernstmann, N., Heier, L., Göritz, A. S., Pfisterer-Heise, S., Hammerschmidt, J., Bergelt, C., Hammer, A. ir Körner, M. (2020). Inter-professional teamwork and its association with patient safety in German hospitals-A cross sectional study. *PloS one*, 15(5), e0233766 [žiūrėta 2023-10-26]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233766>
15. Durugbo, C. (2016). Collaborative networks: A systematic review and multi-level framework. *International Journal of Production Research*, 54, 3749-3776 [žiūrėta 2023-11-16]. Prieiga per internetą: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00207543.2015.1122249>
16. El-Awaisi, A., Awaisu, A., Aboelbaha, S., Abedini, Z., Johnson, J. ir Al-Abdulla, S. A. (2021). Perspectives of Healthcare Professionals Toward Interprofessional Collaboration in Primary Care Settings in a Middle Eastern Country. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 14, 363–379 [žiūrėta 2023-10-26]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S286960>
17. Elsayem, A., Swint, K., Fisch, M. J., Palmer, J. L., Reddy, S., Walker, P., Zhukovsky, D., Knight, P. ir Bruera, E. (2004). Palliative care inpatient service in a comprehensive cancer center: clinical and financial outcomes. *Journal of clinical oncology*, 22(10), 2008–2014 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1200/JCO.2004.11.003>
18. Filizli, G. ir Önler, E. (2020). Nurse-physician collaboration in surgical units: A questionnaire study. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 21, 100386 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2020.100386>
19. Frey, B. B., Lohmeier, J. H., Lee, S. W. ir Tollefson, N. (2006). Measuring Collaboration Among Grant Partners. *American Journal of Evaluation*, 27(3), 383-392 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1177/1098214006290356>
20. Galletta, M., Portoghese, I., Battistelli, A. ir Leiter, M. P. (2013). The roles of unit leadership and nurse-physician collaboration on nursing turnover intention. *Journal of advanced nursing*, 69(8), 1771–1784 [žiūrėta 2023-10-26]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1111/jan.12039>
21. Garth, M., Millet, A., Shearer, E., Stafford, S., Bereknyei Merrell, S., Bruce, J., Schillinger, E., Aaronson, A. ir Svec, D. (2018). Interprofessional Collaboration: A Qualitative Study of Non-Physician Perspectives on Resident Competency. *Journal of general internal medicine*, 33(4), 487–492 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4238-0>
22. Granheim, B. M., Shaw, J. M. ir Mansah, M. (2018). The use of interprofessional learning and simulation in undergraduate nursing programs to address interprofessional communication and collaboration: An integrative review of the literature. *Nurse education today*, 62, 118–127 [žiūrėta 2023-10-30]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.12.021>
23. Gray, B. (1989). *Collaborating: Finding Common Ground for Multiparty Problems*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

24. Green, B. N. ir Johnson, C. D. (2015). Interprofessional collaboration in research, education, and clinical practice: working together for a better future. *The Journal of chiropractic education*, 29(1), 1–10 [žiūrėta 2023-10-23]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.7899/JCE-14-36>
25. Green, L. V., Savin, S. ir Lu, Y. (2013). Primary care physician shortages could be eliminated through use of teams, nonphysicians, and electronic communication. *Health affairs*, 32(1), 11-9 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: doi: 10.1377/hlthaff.2012.1086.
26. Gurevičius, R., Valentienė, J. ir Kutkaitė, S. (2012). Šeimos gydytojų požiūris į bendradarbiavimą su visuomenės sveikatos sektoriumi. *Visuomenės sveikata*, 2(57), 25-35
27. Habre, M. A., Dolansky, M., Lotas, M., Allam, S. ir Fitzpatrick, J. (2023). Interprofessional collaboration among nurses and physicians in Lebanon. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 32, 100627 [žiūrėta 2023-10-23]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2023.100627>
28. Hansen, M.T. ir Nohria, N. (2004). How to build collaborative advantage. *MIT Sloan Management Review*, 46, 22-30 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://web-p-ebscohost-com.ezproxy.ktu.edu/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=bfe9e7de-063d-4753-a2fb-4a71b3c343fd%40redis> nuoroda
29. Hopayian, K. (2022). Health Care Systems: Primary, Secondary, Tertiary and Quaternary Care. *Journal of Family Medicine & Medical Science Research*, 11(4), 1-2 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://www.longdom.org/open-access/health-care-systems-primary-secondary-tertiary-and-quaternary-care-97476.html>
30. Jakubynaitė, I. ir Kaselienė, S. (2016). Ambulatorinės paslaugas teikiančių gydytojų specialistų požiūris į pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros grandžių bendradarbiavimą. *Visuomenės sveikata*, 1(72), 29-36, [žiūrėta 2023-12-28]. Prieiga per internetą: <https://hdl.handle.net/20.500.12512/94354>
31. Janutaitė, Š., Vosyliūtė, V. ir Vizgirdaitė J. (2015). Tarpkultūrinis virtualus grupinis darbas: kooperacija ir bendradarbiavimas (akademinio projekto „X – Culture“ atvejo analizė). *Social Sciences*, 2(88), 66-88 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.5755/j01.ss.88.2.12739>
32. Jennings, J., Nielsen, P., Buck, M. L., Collins-Fulea, C., Corry, M., Cutler, C. ir kt. (2016). Collaboration in practice: implementing Team-Based Care: report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on collaborative practice. *Obstet Gynecol*, 127(3):612–7 [žiūrėta 2023-11-19]. Prieiga per internetą: https://www.midwife.org/acnm/files/ccLibraryFiles/Filename/000000005912/TF_on_Collaboration_Practice_Report_Executive_Summary.pdf
33. Johnson, J. M., Hermosura, B. J., Price, S. L. ir Gougeon, L. (2021). Factors influencing interprofessional team collaboration when delivering care to community-dwelling seniors: A metasynthesis of Canadian interventions. *Journal of interprofessional care*, 35(3), 376–382 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1758641>
34. Jones, A. ir Jones, D. (2011). Improving teamwork, trust and safety: an ethnographic study of an interprofessional initiative. *Journal of interprofessional care*, 25(3), 175–181 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.3109/13561820.2010.520248>
35. Karam, M., Macq, J., Duchesnes, C., Crismer, A. ir Belche, J. L. (2022). Interprofessional collaboration between general practitioners and primary care nurses in Belgium: a participatory

- action research. *Journal of interprofessional care*, 36(3), 380–389 302 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1929878>
36. Kardelis, K. (2002). *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. 2-asis leidimas, Šiauliai. [žiūrėta 2023-12-03]. Prieiga per internetą: <https://www.scribd.com/doc/37948910/K-Kardelis-Mokslini%C5%B3-tyrim%C5%B3-metodologija-ir-metodai>
 37. Keyton, J. (2017). Collaboration. In C. R. Scott ir L. Lewis (sud.), *The International Encyclopedia of Organizational Communication* (pp. 1-13). John Wiley & Sons [žiūrėta 2023-11-16]. Prieiga per internetą: DOI:10.1002/9781118955567.wbieoc026
 38. Klemenc-Ketis, Z., Benkovič, R. ir Poplas-Susič, A. (2019). A Slovenian Model of Comprehensive Care for Patients with Difficulties Accessing Healthcare: A Step Towards Health Equity. *Journal of community health nursing*, 36(3), 139–146 [žiūrėta 2023-10-29]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1080/07370016.2019.1630996>
 39. Kurniasih, D. A. A., Setiawati, E. P., Pradipta, I. S. ir Subarnas, A. (2022). Interprofessional collaboration in the breast cancer unit: how do healthcare workers see it?. *BMC women's health*, 22(1), 227 [žiūrėta 2023-12-23]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01818-7>
 40. Lewis, L. K. (2006). Collaborative Interaction: Review of Communication Scholarship and a Research Agenda. *Annals of the International Communication Association*, 30(1), 197-247. [žiūrėta 2023-11-25]. Prieiga per internetą: DOI: 10.1080/23808985.2006.11679058
 41. Littlechild, B. ir Smith, R. (2013). *A Handbook for Interprofessional Practice in the Human Services: Learning to Work Together*. Routledge
 42. Love, J. H. ir Roper, S. (2009). Organizing innovation: Complementarities between cross-functional teams. *Technovation*, 29(3), 192-203 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1016/j.technovation.2008.07.008>
 43. Lutfiyya, M. N., Brandt, B., Delaney, C., Pechacek, J. ir Cerra, F. (2016). Setting a research agenda for interprofessional education and collaborative practice in the context of United States health system reform. *Journal of interprofessional care*, 30(1), 7-14 [žiūrėta 2023-10-23]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1040875>
 44. Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Megapanou, E. ir Petsios, K. (2014). Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *Journal of interprofessional care*, 28(6), 526–533 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.934338>
 45. McInnes, S., Peters, K., Bonney, A. ir Halcomb, E. (2015). An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *Journal of advanced nursing*, 71(9), 1973–1985 [žiūrėta 2023-10-26]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1111/jan.12647>
 46. Meyer-Kühling, I., Frankenberg, C. ir Schröder, J. (2015). Expectations, communication and cooperation of professional caregivers and physicians in nursing home care. *HeilberufeScience*, 6, 70–75 [žiūrėta 2023-10-26]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1007/s16024-015-0246-3>
 47. Morley, L. ir Cashell, A. (2017). Collaboration in Health Care. *Journal of medical imaging and radiation sciences*, 48(2), 207–216 [žiūrėta 2023-10-26]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1016/j.jmir.2017.02.071>

48. Mulvale, G., Embrett, M. ir Razavi, S. D. (2016). „Gearing Up“ to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. *BMC family practice*, 17, 83 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0492-1>
49. Nazir, A., Unroe, K., Tegeler, M., Khan, B., Azar, J. ir Boustani, M. (2013). Systematic review of interdisciplinary interventions in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(7), 471–478 2014 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.02.005>
50. Orchard, C., Pederson, L. L., Read, E., Mahler, C. ir Laschinger, H. (2012). Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Further Testing and Instrument Revision. *The Journal of continuing education in the health professions*, 38(1), 11–18 [žiūrėta 2023-10-26]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1097/CEH.0000000000000193>
51. Pakalniškienė, V. (2012). *Tyrimo ir įvertinimo priemonių patikimumo ir validumo nustatymas*. Metodinė priemonė. Vilniaus universiteto leidykla.
52. Parker, K., Jacobson, A., McGuire, M., Zorzi, R. ir Oandasan, I. (2012). How to build high-quality interprofessional collaboration and education in your hospital: the IP-COMPASS tool. *Quality management in health care*, 21(3), 160–168 [žiūrėta 2023-10-30]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1097/QMH.0b013e31825e87a2>
53. Patel, H., Pettitt, M. ir Wilson, J. R. (2012). Factors of collaborative working: a framework for a collaboration model. *Applied Ergonomics*, 43(1), 1-26 87 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: doi: 10.1016/j.apergo.2011.04.009
54. Pike, A. W., McHugh, M., Canney, K. C., Miller, N. E, Reiley, P. ir Seibert, C. P. (1993). A new architecture for quality assurance: nurse-physician collaboration. *Journal of Nursing Care Quality*, 7(3),1-8. [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: doi: 10.1097/00001786-199304000-00007.
55. Piper-Vallillo, E., Zambrotta, M. E., Shields, H. M., Pelletier, S. R. ir Ramani, S. (2023). Nurse-doctor co-teaching: A path towards interprofessional collaboration. *The clinical teacher*, 20(1), e13556 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1111/tct.13556>
56. Powell, W. M. (1990). Neither Market nor Hierarchy; Network Forms of Organization. In B. M. Staw ir L. L. Cummings (sud.), *Research in Organizational Behavior* 12 (pp. 295-336). Greenwich, CT: JAI Press. [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: https://web.stanford.edu/~woodyp/powell_neither.pdf
57. Pukėnas, K. (2005). *Sportinių tyrimų duomenų analizė su SPSS programa*. Mokomoji knyga. LKKA
58. Raišienė, A. G. (2005). Bendradarbiavimo kaip viešojo sektoriaus veiklos organizavimo alternatyvos teoriniai aspektai. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*, 5, 56-60 [žiūrėta 2023-10-26]. Prieiga per internetą: https://www.researchgate.net/profile/Agota-Raisiene/publication/268288295_Bendradarbiavimo_kaip_viesojo_sektoriaus_veiklos_organizavimo_alternatyvos_teoriniai_aspektai/links/54be4f310cf218da9391e3c8/Bendradarbiavimo-kaip-viesojo-sektoriaus-veiklos-organizavimo-alternatyvos-teoriniai-aspektai.pdf
59. Reese, C., Sehlbrede, M., Brühmann, B. A. ir Farin-Glattacker, E. (2021). How do nurses and physicians assess inter-professional collaboration in long-term care homes? A survey study. *Nursing open*, 8(6), 3616–3626 [žiūrėta 2023-12-23]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1002/nop2.912>

60. Reeves, S., Lewin, S., Espin, S. ir Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional teamwork for health and social care*. John Wiley & Sons, Incorporated [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: http://tcsc-indonesia.org/wp-content/uploads/2012/11/ebooksclub.org__Interprofessional_Teamwork_in_Health_and_Social_Care__Promoting_Partnership_for_Health_.pdf
61. Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J. ir Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6(6), CD000072 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>
62. Rousseau, C., Laurin-Lamothe, A., Nadeau, L., Deshaies, S. ir Measham, T. (2012). Measuring the quality of interprofessional collaboration in child mental health collaborative care. *International journal of integrated care*, 12, e3 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.5334/ijic.676>
63. Sabone, M., Mazonde, P., Cainelli, F., Maitshoko, M., Joseph, R., Shayo, J., Morris, B., Muecke, M., Wall, B. M., Hoke, L., Peng, L., Mooney-Doyle, K. ir Ulrich, C. M. (2020). Everyday ethical challenges of nurse-physician collaboration. *Nursing ethics*, 27(1), 206–220 [žiūrėta 2023-10-26]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1177/0969733019840753>
64. Sangaleti, C., Schveitzer, M. C., Peduzzi, M., Zoboli, E. L. C. P., ir Soares, C. B. (2017). Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, 15(11), 2723–2788 [žiūrėta 2023-10-26]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003016>
65. Schmidt, M., Schmidt, S. A. J., Adelborg, K., Sundbøll, J., Laugesen, K., Ehrenstein, V. ir Sørensen, H. T. (2019). The Danish health care system and epidemiological research: from health care contacts to database records. *Clinical epidemiology*, 11, 563–591 [žiūrėta 2023-10-29]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.2147/CLEP.S179083>
66. Schot, E., Tummers, L. ir Noordegraaf, M. (2020). Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of interprofessional care*, 34(3), 332–342 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007>
67. Soemantri, D., Kambey, D. R., Yusra, R. Y., Timor, A. B., Khairani, C. D., Setyorini, D. ir Findyartini, A. (2019). The supporting and inhibiting factors of interprofessional collaborative practice in a newly established teaching hospital. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 15, 149–156 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2019.03.008>
68. Soliman, R., Braun, R. ir Simoff, S. (2005). *The essential ingredients of collaboration. Proceedings of the 2005 International Symposium on Collaborative Technologies and Systems, 2005., St. Louis, MO, USA* (pp. 366-373) [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: doi: 10.1109/ISCST.2005.1553336.
69. Stein L. I. (1967). The doctor-nurse game. *Archives of general psychiatry*, 16(6), 699–703 302 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1967.01730240055009>
70. Stout. M. ir Keast, R. (2021). Collaboration: what does it really mean? In J. M. Meek (sud.), *Handbook of Collaborative Public Management* (pp.17-35). Cheltenham, UK: Edward Elgar

- Publishing [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.4337/9781789901917.00012>
71. Sullivan, T. J. (1998). *Collaboration : a health care imperative*. McGraw-Hill.
 72. Supper, I., Catala, O., Lustman, M., Chemla, C., Bourgueil, Y. ir Letrilliart, L. (2015). Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal of public health*, 37(4), 716–727 [žiūrėta 2023-10-26]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1093/pubmed/dfu102>
 73. Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E. ir Deutschlander, S. (2009). Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of interprofessional care*, 23(1), 41–51 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1080/13561820802338579>
 74. Tang, C. J., Chan, S. W., Zhou, W. T. ir Liaw, S. Y. (2013). Collaboration between hospital physicians and nurses: an integrated literature review. *International nursing review*, 60(3), 291–302 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1111/inr.12034>
 75. Tarhan, M., Doğan, P. ir Kürklü, A. (2022). Nurse-physician collaboration, intention to leave job, and professional commitment among new graduate nurses. *Nursing forum*, 57(2), 252–259 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1111/nuf.12672>
 76. Taylor-Seehafer, M. (1998). Nurse-physician collaboration. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 10(9), 387–391 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.1998.tb00524.x>
 77. Thomson, A. M. ir Perry, J. L. (2006). Collaboration Processes: Inside the Black Box. *Public Administration Review*, 66, 20–32 [žiūrėta 2023-10-26]. Prieiga per internetą: <http://www.jstor.org/stable/4096567>
 78. Thomson A. M., Perry J. L. ir Miller T. K. (2007). Conceptualizing and Measuring Collaboration. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 19, 23-56 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: [doi:10.1093/jopart/mum036](https://doi.org/10.1093/jopart/mum036)
 79. Valaitis, R., Meagher-Stewart, D., Martin-Misener, R., Wong, S. T., MacDonald, M. ir O'Mara L. (2018). Organizational factors influencing successful primary care and public health collaboration. *BMC Health Services Research*, 18, 420796 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3194-7>
 80. Vangen, S. (2016). Developing Practice-Oriented Theory on Collaboration: A Paradox Lens. *Public administration review*, 77(2), 262-272 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1111/puar.12683>
 81. Vangen, S ir Huxham, C. (2003). Nurturing Collaborative Relations. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 39(1), 5–31 [žiūrėta 2023-10-23]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1177/0021886303039001001>
 82. Vaseghi, F., Yarmohammadian, M. H. ir Raeisi, A. (2022). Interprofessional Collaboration Competencies in the Health System: A Systematic Review. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 27(6), 496–504 [žiūrėta 2023-10-26]. Prieiga per internetą: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36712303/>
 83. Veitienė, I., Kielė, V., Kutkauskienė, J. ir Fatkulina, N. (2022). Šeimos gydytojų ir bendruomenės slaugytojų komandinio darbo galimybės pirminėje sveikatos priežiūroje. *Sveikatos ekonomika ir vadyba*, 32(2), 130-136 [žiūrėta 2023-10-26]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2022.065>

84. Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P. ir Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 26(5), 331–342 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2710.2001.00363.x>
85. Weber, C. E., Kortkamp, C., Maurer, I. ir Hummers, E. (2022). Boundary Work in Response to Professionals' Contextual Constraints: Micro-strategies in Interprofessional Collaboration. *Organization Studies*, 43(9), 1453-1477 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1177/01708406221074135>
86. Wong, S.T., MacDonald, M., Martin-Misener, R., Meagher-Stewart, D., O'Mara, L. ir Valaitis, R. K. (2017). What systemic factors contribute to collaboration between primary care and public health sectors? An interpretive descriptive study. *MC Health Services Research*, 17, 796 [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2730-1>

Informacijos šaltinių sąrašas

1. Aggarwal, M. (2022). *Interprofessional Primary Care Teams: A literature review of potential international best practices*. Mississauga, ON: College of Family Physicians of Canada [žiūrėta 2023-10-29]. Prieiga per internetą: <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/Health-Policy/HPGR-Evidence-Scan-EN-Sep-9-2022-final.pdf>
2. Association of American Medical Colleges.(2014). *Core Entrustable Professional Activities for Entering Residency: Curriculum Developer's Guide*. Washington, DC: Association of American Medical Colleges [žiūrėta 2023-10-30]. Prieiga per internetą: https://store.aamc.org/downloadable/download/sample/sample_id/63/
3. Board of Castile and Leon Ministry of Health, (2019). *New health care model in rural areas: framework document* [žiūrėta 2023-10-29]. Prieiga per internetą: https://comunicacion.jcyl.es/web/jcyl/Comunicacion/es/Plantilla100Detalle/1284877983892/_/1284909097268/Comunicacion
4. Catalan Department of Health. (2020). *Plan to strengthen and transform primary care* [žiūrėta 2023-10-29]. Prieiga per internetą: <https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/projectes-plans-sanitaris/pla-enfortiment-transformacio-atencio-primaria/>
5. Davies, S. C. (2018). *Annual report of the Chief Medical Officer, Health 2040- Better health within Reach, Department of Health and Social Care* [žiūrėta 2023-10-30]. Prieiga per internetą: https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5c1ccb75ed915d730364be7c/Annual_report_of_the_Chief_Medical_Officer_2018_-_health_2040_-_better_health_within_reach.pdf
6. *Dėl gyvensenos medicinos specialisto veiklos reikalavimų tvirtinimo, 2018 m. kovo 19 d. Nr. V-308*. (2018) [žiūrėta 2023-10-29]. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/0fb64a402cf311e88ea9fc46d2024961>
7. *Dėl Lietuvos medicinos normos MN 40:2014 „Akušeris, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo, 2014 m. lapkričio 25 d. Nr. V-1220*. (2014) [žiūrėta 2023-10-29]. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/3e632e10774a11e496d1f482b62f41cd/asr>
8. *Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2019 „Bendrosios praktikos slaugytojas“ patvirtinimo, 2011 m. birželio 8 d. Nr. V-591*. (2011) [žiūrėta 2023-10-29]. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.401304>
9. *Dėl Lietuvos medicinos normos MN 160:2017 „Išplėstinės praktikos slaugytojas“ patvirtinimo, 2017 m. liepos 7 d. Nr. V-852*. (2017) [žiūrėta 2023-10-29]. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/8230ddf066d411e7b85cfdc787069b42>
10. *Dėl Lietuvos medicinos normos MN 124:2016 „Kineziterapeutas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo, 2016 m. vasario 5 d. Nr. V-184*. (2016) [žiūrėta 2023-10-29]. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/74aed040cf3811e583a295d9366c7ab3/asr>
11. *Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2019 „Šeimos gydytojas“ patvirtinimo, 2005 m. gruodžio 22 d. Nr. V-1013*. (2005) [žiūrėta 2023-10-29]. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.C4E4FA59E3C5/asr>
12. *Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo, 2023 m. kovo 3 d. Nr. V-293*. (2023) [žiūrėta 2023-10-29]. Prieiga per internetą:

- <https://www.e-tar.lt/portal/legalAct.html?documentId=229f5cb0b98d11ed8df094f359a60216>
13. *Dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos patvirtinimo, 2014 m. birželio 26 d. Nr. XII-964.* (2014) [žiūrėta 2023-10-29]. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35834810004f11e4b0ef967b19d90c08?jfwid=-fxdp770g>
 14. *Dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų strategijos patvirtinimo, 2014 m. birželio 26 d. Nr. XII-964.* (2014) [žiūrėta 2023-11-13]. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35834810004f11e4b0ef967b19d90c08/asr>
 15. *Dėl 2022-2030 metų Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo plėtros programos patvirtinimo, 2022 m. kovo 30 d. Nr. 319.* (2022) [žiūrėta 2023-10-29]. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/c4da70d0b1c011ecba9197ac603309e4?positionInSearchResults=0&searchModelUUID=e78cfdd3-87dc-478d-a66c-520f73dd9800>
 16. *Dėl 2022–2030 metų plėtros programos valdytojos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo plėtros programos pažangos priemonės Nr. 11-002-02-11-01 „Gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą aprašo patvirtinimo, 2022 m. gegužės 20 d. Nr. V-988.* (2022) [žiūrėta 2023-10-29]. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/0431bbf0d83411ec8d9390588bf2de65/asr>
 17. *Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo, 2005 m. gruodžio 5 d. Nr. V-943.* (2005) [žiūrėta 2023-10-29]. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.267313/asr>
 18. *Dėl slaugytojo padėjėjo kvalifikacinių reikalavimų aprašo patvirtinimo, 2000 m. balandžio 26 d. Nr. 220.* (2000) [žiūrėta 2023-10-29]. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.DDD847951AD9/asr>
 19. *Dėl sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatų patvirtinimo, 1999 m. spalio 6 d. Nr. 432/77.* (1999) [žiūrėta 2023-10-29]. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.05FDC565FBEC/asr>
 20. *Dėl šeimos medicinos plėtros 2016-2025 metų veiksmų plano patvirtinimo, 2016 m. rugsėjo 26 d. Nr. V-1104.* (2016) [žiūrėta 2023-10-30]. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/0b0610d183f211e6a0f68fd135e6f40c?jfwid=-fxdp770g>
 21. *Dėl valstybės pažangos strategijos „Lietuvos ateities vizija „Lietuva 2050“ patvirtinimo, 2023 m.* (2023) [žiūrėta 2023-12-07]. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAP/f2e47080104111ee9ac6bb8cb9c06455>
 22. *Dėl valstybės pažangos strategijos „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“ patvirtinimo, 2012 m. gegužės 15 d. Nr. XI-2015.* (2012) [žiūrėta 2023-11-13]. Prieiga per internetą: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.vyturelis-alytus.lt/wp-content/uploads/2014/02/LIETUVA-2030X.pdf>
 23. Higienos institutas. (n. d.). *Sergančių asmenų skaičius pagal metus* [lentelė] [žiūrėta 2023-10-29]. Prieiga per internetą: https://stat.hi.lt/default.aspx?report_id=153
 24. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. (2022). *Sveikatos apsaugos reformos eiga ir iššūkiai: Kompetencijų centro ir regioninio bendradarbiavimo modeliu pagrįstos asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo vystymas* [žiūrėta 2023-10-29]. Prieiga per internetą: https://www.lsadps.lt/images/Sveikatos_reforma_Druskininkai_2022_06_04.pdf

25. Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas, 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552. (1994) [žiūrėta 2023-10-29]. Prieiga per internetą:
<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.5905?jfwid=>
26. Maeda, A. ir Socha-Dietrich, K. (2021). Skills for the future health workforce: Preparing health professionals for people-centred care. OECD Health Working Papers, No. 124, OECD [žiūrėta 2023-10-29]. Prieiga per internetą: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/68fb5f08-en.pdf?expires=1700307902&id=id&accname=guest&checksum=AF5016214D5699BE3A2D6C0F85957867>
27. 2022 - 2030 metų plėtros programos valdytojos sveikatos apsaugos ministerijos sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo plėtros programos pagrindimas. (2022). Plėtros programos paskirtis [žiūrėta 2023-10-29]. Prieiga per internetą: <https://sam.lrv.lt/lt/administracine-informacija/planavimo-dokumentai/pletros-programos/sveikatos-prieziuros-kokybes-ir-efektyvumo-didinimo-pletros-programa>
28. National Academy of Sciences, National Academy of Engineering ir Institute of Medicine. (2005). Facilitating Interdisciplinary Research. Washington, DC: The National Academies Press [žiūrėta 2023-10-30]. Prieiga per internetą: <https://nap.nationalacademies.org/catalog/11153/facilitating-interdisciplinary-research>
29. OECD. (2019). *Realising the Full Potential of Primary Health Care: Policy brief* [žiūrėta 2023-10-29]. Prieiga per internetą: <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Policy-Brief-Primary-Health-Care-May-2019.pdf>
30. Oficialiosios statistikos portalas. (n. d.). *Demografinės senatvės koeficientas metų pradžioje* [lentelė] [žiūrėta 2023-10-29]. Prieiga per internetą: <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?hash=fbee7084-03a9-42c8-9d88-88b8c742cf3c#/>
31. Oficialiosios statistikos portalas. (n. d.). *Gydytojų skaičius* [lentelė] [žiūrėta 2023-10-29]. Prieiga per internetą: <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?indicator=S3R130#/>
32. Oficialiosios statistikos portalas. (n. d.). *Sveikatos priežiūros išlaidos* [lentelė] [žiūrėta 2023-10-29]. Prieiga per internetą: <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?hash=915cac4e-0949-4086-ad14-21da2c4effbe#/>
33. Oficialiosios statistikos portalas. (n. d.). *Sveikatos priežiūros personalo skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų* [lentelė] [žiūrėta 2023-10-29]. Prieiga per internetą: <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?hash=561ff255-6f20-4522-8aab-c0bda815d107#/>
34. Public Health. (2008). Local public health services. IAC, 80; 1-11 [žiūrėta 2023-11-21]. Prieiga per internetą: <https://www.legis.iowa.gov/docs/iac/chapter/11-12-2014.641.80.pdf>
35. Regional Council of South Karelia. (2021). *County card* [žiūrėta 2023-10-29]. Prieiga per internetą: <https://liitto.ekarjala.fi/tietopankki/tilastot/maakuntakortti/>
36. Sonola, L., Thiel, V., Goodwin, N., Kodne, DL. (2013). *South Devon and Torbay. Proactive case management using the community virtual ward and the Devon Predictive Model*. [žiūrėta 2023-10-29]. Prieiga per internetą: https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/south-devon-and-torbay-coordinated-care-case-study-kingsfund13.pdf
37. STRATA. (2022). *Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelis* [žiūrėta 2023-10-29]. Prieiga per internetą: <https://strata.gov.lt/wp-content/uploads/2022/08/20220629-asmens-sveikatos-prieziuros-paslaugu-teikimo-modelis.pdf>

38. STRATA. (2021). *Sveikatos priežiūros specialistų prognozių atnaujinimas. Galutinė ataskaita* [žiūrėta 2023-10-29]. Prieiga per internetą: <https://strata.gov.lt/images/tyrimai/2021-metai/20210719-sveikatos-specialistu-poreikis.pdf>
39. UAB „ESTEP Vilnius“. (2020). *Investicijų poreikio sveikatos apsaugos ir ilgalaikės priežiūros srityje analizė* [žiūrėta 2023-10-29]. Prieiga per internetą: <https://2014.esinvesticijos.lt/uploads/main/documents/files/Post%202020/Programos%20rengimas/Sveikatos%20apsaugos%20ir%20ilgalaik%C4%97s%20prie%C5%BEi%C5%ABros%20%C5%BEem%C4%97lapis.pdf>
40. *Valstybės kontrolės 2013 m. vasario 28 d. valstybinio audito ataskaita Nr. VA-P-10-2-4 „Ar efektyvi šeimos gydytojo veikla?“*. (2013) [žiūrėta 2023-10-29]. Prieiga per internetą: <https://www.vkontrole.lt/failas.aspx?id=2831>
41. WHO. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice* [žiūrėta 2023-10-29]. Prieiga per internetą: <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
42. WHO. (2013). *Interprofessional collaborative practice in primary health care: nursing and midwifery perspectives: six case studies* [žiūrėta 2023-11-18]. Prieiga per internetą: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/120098/9789241505857_eng.pdf?sequence=1
43. WHO. (1978). *Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978* [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://www.who.int/publications/i/item/9241800011>
44. WHO. (2021). *Spain. Transforming primary health care during the pandemic* [žiūrėta 2023-10-29]. Prieiga per internetą: https://www.who.int/docs/librariesprovider2/default-document-library/primary-health-care-spain-eng.pdf?sfvrsn=ab06b5ab_8&download=true
45. WHO. (2012). *To Err is Human “Being an effective team player”* [žiūrėta 2023-10-30]. Prieiga per internetą: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/curriculum-guide/resources/ps-curr-handouts/course04_handout_being-an-effective-team-player.pdf?sfvrsn=50aecf5a_9&download=true
46. WHPA. (2019). *Statement on Interprofessional Collaborative Practice* [žiūrėta 2023-10-28]. Prieiga per internetą: <https://www.whpa.org/news-resources/statements/whpa-statement-interprofessional-collaborative-practice>

Priedai

1 Priedas

Šeimos gydytojų komandos nariai ir jų esminės funkcijos (sudaryta autorės, 2023)

Profesija	Esminės funkcijos	Dokumentas
Šeimos gydytojas	Ligų diagnozavimas ir gydymo skyrimas medikamentų išrašymas, nedarbingumo pažymėjimo išdavimas, sveikatos tikrinimas ir kt.	LR sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1013 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2019 „Šeimos gydytojas“ patvirtinimo“
Bendrosios praktikos slaugytojas	Pacientų ir jų artimųjų mokymas apie sveikos gyvensenos principus, medicinos priemonių paruošimas sterilizacijai, medicininį procedūrų atlikimas kaip vaistų leidimas, kraujo ėmimas ir kt.	LR sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 8 d. įsakymas Nr. V-591 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2019 „Bendrosios praktikos slaugytojas“ patvirtinimo“
Išplėstinės praktikos slaugytojas	Neinfekcinių ligų profilaktikos savarankiškas organizavimas ir vykdymas, kompensuojamų vaistų išrašymas esant gydytojo paskyrimui, slaugos dokumentacijos tvarkymas ir kt.	LR sveikatos apsaugos ministro 2017 m. liepos 7 d. įsakymas Nr. V-852 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 160:2017 „Išplėstinės praktikos slaugytojas“ patvirtinimo“
Akušeris	Konsultavimas šeimos planavimo ir lytiškumo temomis, pagalba pasiruošiant gimdimui, motinystei ir tėvystei, žindymo mokymas ir kt.	LR sveikatos apsaugos ministro 2014 m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V-1220 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 40:2014 „Akušeris, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“
Slaugytojo padėjėjas	Medicinos prietaisų dezinfekavimas, pacientų asmens higienos palaikymas ir mokymas, pagalba naudojantis pagalbinėmis priemonėmis (lazda, vaikštyne) ir kt.	LR sveikatos apsaugos ministro 2000 m. balandžio 26 d. įsakymas Nr. 220 „Dėl slaugytojo padėjėjo kvalifikacinių reikalavimų aprašo patvirtinimo“
Socialinis darbuotojas	Socialinių paslaugų teikimas pacientams, pacientų pervežimo organizavimas, užsiėmimų, skatinančių paciento socialinius įgūdžius, vedimas ir kt.	LR sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 1999 m. spalio 6 d. įsakymas Nr. 432/77 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatų patvirtinimo“
Gyvensenos medicinos specialistas	Pacientų konsultavimas sveikos gyvensenos ir ligų profilaktikos klausimais, pacientų gyvensenos rizikos veiksnių įvertinimas ir kt.	LR sveikatos apsaugos ministro 2018 m. kovo 19 d. įsakymas Nr. V-308 „Dėl gyvensenos medicinos specialisto veiklos reikalavimų tvirtinimo“
Kineziterapeutas	Individualių ir grupinių kineziterapijos procedūrų atlikimas, fizinių pratimų bei masažų atlikimas, siekiant palaikyti ar atkurti sutrikusias paciento judėjimo funkcijas, ir kt.	LR sveikatos apsaugos ministro 2016 m. vasario 5 d. įsakymas Nr. V-184 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 124:2016 „Kineziterapeutas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“
Atvejo vadybininkas	Pacientų kompleksinių paslaugų teikimo organizavimas ir koordinavimas.	LR sveikatos apsaugos ministro 2023 m. kovo 3 d. įsakymas Nr. V-293 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų

		apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“
Apylinkės administratorius	Medicininės dokumentacijos tvarkymas, pacientų patekimo pas komandos narius ir gydytojus specialistus administravimas.	LR sveikatos apsaugos ministro 2023 m. kovo 3 d. įsakymas Nr. V-293 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“

**Tyrimo „Tarpprofesinį bendradarbiavimą sąlygojantys veiksniai asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje Viešojoje įstaigoje X poliklinika“
ANKETA**

Gerb. respondente,

Kauno technologijos universiteto Viešojo administravimo magistrantūros studijų studentė Dovilė Vaitonytė atlieka tyrimą, kurio tikslas – nustatyti tarpprofesinį bendradarbiavimą sąlygojančius veiksnius asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje Viešojoje įstaigoje X poliklinika. Tarpprofesinis bendradarbiavimas yra skirtingų sveikatos priežiūros specialistų bendros pastangos suteikti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas pacientams, įtraukiant pačius pacientus ir jų artimuosius. Jūsų dalyvavimas šioje apklausoje yra labai svarbus, todėl prašau Jūsų atvirai ir nuoširdžiai užpildyti anketą.

Anketa yra anoniminė, apibendrinti tyrimo duomenys bus naudojami tik magistro baigiamajame projekte. Maloniai prašau pažymėti labiausiai Jums tinkamą atsakymo variantą „X” ženklų tuščiame langelyje.

I. Bendroji dalis

1. Jūsų lytis:

- ☐ Moteris
☐ Vyras
☐ Kita

2. Jūsų amžius:

- ☐ iki 25 metų
☐ 25 – 35 m.
☐ 36 – 45 m.
☐ 46 – 55 m.
☐ 56 – 65 m.
☐ 66 ir daugiau

3. Kokia Jūsų darbo patirtis dabartinėje darbovietėje?

- ☐ Iki 5 m.
☐ 5-10 m.
☐ 11-20 m.
☐ 21 m. ir daugiau

4. Kokios Jūsų užimamos pareigos?

- ☐ Gydytoja (-as)
☐ Slaugytoja (-as)
☐ Medicinos registratorė (-ius)

II. Veiksniai, stiprinantys tarpprofesinį bendradarbiavimą

5. Prašau įvertinkite lentelėje žemiau pateiktą tarpprofesinį bendradarbiavimą stiprinančių veiksmų pasireiškimą Jūsų atstovaujamos poliklinikos komandoje bei šių veiksmų svarbą tarpprofesiniam bendradarbiavimui (nuo 1 – visiškai nebūdinga iki 5 – labai būdinga ir atitinkamai nuo 1 – visiškai nesvarbu iki 5 – labai svarbu. Kiekvienoje eilutėje Jums tinkantį atsakymo variantą pažymėkite x).

Veiksmų pasireiškimas					Veiksniai	Veiksmų svarba				
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
					Išvystyta informacinė struktūra, leidžianti komunikuoti (pvz., e-sveikata)					
					Ištaigos vadovybės įsitraukimas ir tarpprofesinio bendradarbiavimo skatinimas					
					Aiškios taisyklės, nusakančios tarpprofesinių komandų narių funkcijas					
					Bendri susirinkimai					

					Bendros informacinės sistemos (pvz., elektroninis paštas, telefonas)					
					Lyderiai, koordinuojantys tarpprofesinių komandų darbą					
					Investavimas į darbuotojų tarpprofesinio bendradarbiavimo mokymus					
					Bendra erdvė (kabinetas), kuriame bendradarbiaujama					
					Sklandi komunikacija					
					Pagarbūs santykiai					
					Pasitikėjimas vienas kitu					
					Atsakomybės prisiėmimas atliekant paskirtas užduotis					
					Bendros vizijos ir tikslų turėjimas					
					Kitų komandos narių kompetencijų žinojimas					
					Gebėjimas tinkamai spręsti konfliktus					
					Gebėjimas sklandžiai dirbti komandoje					
					Pakankamos tarpprofesinio bendradarbiavimo žinios ir įgūdžiai					
					Teigiama ankstesnio tarpprofesinio bendradarbiavimo patirtis					

III dalis. Veiksniai, trikdančys tarpprofesinį bendradarbiavimą

6. Prašau įvertinkite lentelėje žemiau pateiktų tarpprofesinį bendradarbiavimą trikdančių veiksmų pasireiškimą Jūsų atstovaujamos poliklinikos komandoje (nuo 1 – visiškai nebūdinga iki 5 – labai būdinga. Kiekvienoje eilutėje Jums tinkantį atsakymo variantą pažymėkite x).

Veiksniai	Veiksmų pasireiškimas				
	1	2	3	4	5
Neaiškus teisinis gydytojų, slaugytojų ir registratorių funkcijų ir atsakomybių bendradarbiaujant reglamentavimas					
Silpnai išvystyta informacinė struktūra, leidžianti komunikuoti (pvz., e-sveikata)					
Nepakankamas įstaigos vadovybės įsitraukimas ir tarpprofesinio bendradarbiavimo skatinimas					
Bendrų patalpų (kabinėtų) trūkumas					
Įrangos, būtinų tarpprofesiniam bendradarbiavimui, trūkumas					
Tarpprofesinio bendradarbiavimo mokymų trūkumas					
Pagarbos trūkumas tarp komandos narių					
Pasitikėjimo trūkumas tarp komandos narių					
Kitų komandos narių funkcijų pažinimo stoka					
Skirtingas sveikatos priežiūros specialistų išsilavinimas					
Hierarchija grįsti tarpusavio santykiai					
Neigiama ankstesnio bendradarbiavimo patirtis					
Skirtingi komandos narių interesai, lūkesčiai ir išsikelti tikslai					
Skirtingas įgaliojimų lygis (pareigos)					
Žinių ir įgūdžių stoka tarpprofesinio bendradarbiavimo srityje					

IV dalis. Tarpprofesinio bendradarbiavimo patirtys

7. Prašau įvertinkite lentelėje žemiau pateiktus teiginius apie Jūsų tarpprofesinio bendradarbiavimo patirtį komandoje (nuo 1 – visiškai nesutinku iki 5 – visiškai sutinku. Kiekvienoje eilutėje Jums tinkantį atsakymo variantą pažymėkite x).

Teiginiai	1	2	3	4	5
Man svarbu, kad gydytojais, slaugytojais ir registratoriais bendradarbiautų					
Mano komandos narių bendradarbiavimas padeda užtikrinti kokybišką pacientų sveikatos priežiūrą					
Mano komandoje yra nepakankamai bendradarbiaujama					
Nesijaučiu gerbiamas savo komandos narių					
Mano komandos nariai manimi pasitiki					
Į mano nuomonę dirbant komandoje dažnai nėra atsižvelgiama					
Visada dalyvauju priimant sprendimus savo komandoje					

8. Jūsu pastebējimai ir pasiūlymai, kaip būtų galima ateityje tobulinti tarpprofesinį bendradarbiavimą Jūsų įstaigoje.

.....

.....

.....

Ačiū už Jūsų atsakymus!

Leidimas atlikti tyrimą



**KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETO
SOCIALINIŲ, HUMANITARINIŲ MOKSLŲ IR MENŲ FAKULTETAS**

Viešoji įstaiga, K. Donelaičio g. 73, 44029 Kaunas.
Duomenys kaupiami ir saugomi Juridinių asmenų registre, kodas 111950581.
Fakulteto duomenys: A. Mickevičiaus g. 37, 44244 Kaunas, tel. (8 37) 30 01 00,
faks. (8 37) 30 01 02, shmmf@ktu.edu, el. p. shmmf@ktu.lt

Viešosios įstaigos „Kauno miesto poliklinika“
direktoriui P. Kibišai

2023-11-22 Nr. ST3-12-E-236

DĖL DOVILĖS VAITONYTĖS TYRIMO ATLIKIMO

Prašome leisti Socialinių, humanitarinių mokslų ir menų fakulteto Viešojo administravimo programos magistro studijų studentei Dovilei Vaitonytei, rengiančiai magistro baigiamąjį projektą tema „Tarpprofesinį bendradarbiavimą sąlygojantys veiksniai asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje Viešojoje įstaigoje X poliklinika“ atlikti su studijomis susijusį tyrimą Jūsų vadovaujamoje Viešojoje įstaigoje „Kauno miesto poliklinika“. Tyrimo tikslas – nustatyti tarpprofesinį bendradarbiavimą sąlygojančius veiksnius asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje Viešojoje įstaigoje X poliklinika. Tyrimo forma – anketinė apklausa. Baigiamojo magistro projekto vadovė doc. dr. Rūta Petrauskienė.

Studijų prodekanė



Eglė Vaidelytė

Suderinta
Personalo valdymo ir administravimo
skyriaus vadovė
Jurga Labanauskienė

Jovilė Boguševičiūtė, tel. (8 37) 30 01 24, el. p. jovile.boguseviciute@ktu.lt

Viešosios įstaigos X poliklinika darbuotojų pasiūlymai tarpprofesinio bendradarbiavimo gerinimui jų darbovietėje (kalba netaisyta)

administracijos vadovai nevienodai atsizvelgia i darbuotoju prasymus del darbo gerinimo, ne vienodos salygos komandu nariams. Reikia vienodo poziurio.
bendrauti neformaliai daugiau
bendri komandos nariu susirinkimai
bendri susirinkimai komandu
bendri susirinkimai su komandos nariais
bendri susirinkimai su komandu nariais
bendri susirinkimai visiems
Bendruose susirinkimuose galetu dalyvauti bent vienas medicinos registratorius. Komandos nariu pasitikejima ir pagarba vieni kitiems, o tuo paciu sklandesni bendradarbiavima skatina ir kartu leidziamas laikas, banalus zmogiski dalykai, kaip pasiguodimas i
Bent karta per menesi daryti apsitairimus visai komandai (registratore, slaugytoja, seimos gydytoja), Tinkamas registratoriu darbas. Bendradarbiavimo mokymo kursai.
Darbas komandoje turetu buti vieningas. Ne visu komandu nariu poziuris yra lygiavertis, jauciama nepagarba, spaudimas.
Daugiau bendradarbiauti ir dalintis patirtimi.
Daugiau bendru susirinkimu aptarimui.
daugiau laiko kaip komanda pramogu aspektu
Geresnis komunikavimas su registratoremis
Investavimas i darbuotoju tarpprofesinio bendradarbiavimo mokymus
Kad komandoje dirbanciu zmoniu kabinetai butu salia
kartu pabuti neformalioje aplinkoje
Kolektyve turi buti tarpusavio bendradarbiavimas,pagalba vienas kitam,draugiskumas,mazesnis susiskaidymas.
Komandos registratoriai turetu buti salia gydytojo ir slaugytojo kabineto
labai svarbu mokymai, nes tokiu dabar neturime visai.
Lengviau komunikuoti mazinant darbo krivi.
mokymai
mokymai kaip bendradarbiauti
mokymai, pagarbos ugdytas
mokymu daugiau
mokymu reiketu apie bendradarbiavima
neturiu
nezinau
pagarbos vienas kitam, isiklausymo
pasiulymu neturiu.
Reiketu tiesioginiu mokymu, o ne nuotoliniu. Ne visada pavyksta issiaiskinti
Reikia daugiau tarpprofesiniu mokymu
Siekiant suvienodinti darbo pobudi tarp visu komandu gal komandos narius galima butu rotuoti. Nors pripratus prie komandos tikrai lengviau,taciau iskritus komandos nariui atejes kitas pavaduoti nemoka greit priprasti todel dideja klaidu tikimybe, padidej

susirinkimai komandos nariams, mokymai kaip bendradarbiauti
susitikimai neformalioje erdveje
tarpprofesinio bendradarbiavimo mokymai
tarpprofesinio bendradarbiavimo mokymu reiketu
tolerancijos, pasitikėjimo tarpasmeniniuose ryšiuose didinimas, gydytoju specialistu itraukimo skatinimas.
turi arčiau vienas kito dirbti komandine registratore, gydytojas ir slaugytoja, kad geriau komunikuotu
Vienas sus kitu kalbėti ir komunikuoti