

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
VIEŠOJO VALDYMO IR VERSLO FAKULTETAS
VADYBOS IR POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

SAMANTA ANDZELEVIČIŪTĖ

Sveikatos politikos ir vadybos studijų programos,
SPVvmns21-1 grupės studentė

VISUOMENĖS SVEIKATOS SPECIALISTŲ IR ŠEIMOS
GYDYTOJŲ BENDRADARBIAVIMO BŪKLĖ VILNIAUS
MIESTO SAVIVALDYBĖJE

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas

Doc. dr. *Romualdas Gurevičius*

VILNIUS

2022

TURINYS

IVADAS	7
1. TEORINIS DARBO PAGRINDIMAS.....	10
1.1. Bendradarbiavimo sveikatos priežiūros sektoriuje samprata	10
1.2. Visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų vaidmuo sveikatos sektoriuje ir jų tarpusavio ryšiai.....	12
1.3. Visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų bendradarbiavimo sąlygos ir kliūtys	16
1.4. Visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų bendradarbiavimo nauda ir šalių praktika	19
1.5. Teisinio reglamentavimo svarba bendradarbiavimui tarp visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų.....	23
2. TYRIMO METODIKA	27
2.1. Tyrimo metodai	27
2.2. Informantų atrankos kriterijai	28
2.3. Tyrimo organizavimas ir eiga.....	28
2.4. Tyrimo etika	30
3. TYRIMO REZULTATAI.....	31
3.1. Šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų bendradarbiavimo įgyvendinimas sveikatos sektoriuje.....	31
3.1.1. Bendradarbiavimo būklė	31
3.1.2. Suvokimas apie bendradarbiavimą	33
3.1.3. Bendradarbiavimo galimybės.....	35
3.2. Šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų (ne)bendradarbiavimui įtaką darantys veiksniai	38
3.2.1. Bendradarbiavimo kliūtys	38
3.2.2. Bendradarbiavimui reikalingi komponentai.....	41
3.3. Motyvaciniai veiksniai, skatinantys bendradarbiavimą tarp šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų.....	45

3.3.1. Bendradarbiavimo naudos identifikavimas.....	45
3.3.2. Asmeniniai motyvaciniai aspektai tarpusavio bendradarbiavimui	48
4. REZULTATŲ APTARIMAS.....	50
IŠVADOS	54
PASIŪLYMAI.....	55
LITERATŪROS ŠALTINIAI	56
ANOTACIJA.....	62
ANNOTATION	63
SANTRAUKA.....	64
SUMMARY.....	65
PRIEDAI.....	66
1 priedas. Stiprybių, silpnybių, galimybių ir grėsmių (SSGG) analizė	66
2 priedas. Klausimynas visuomenės sveikatos specialistams ir šeimos gydytojams.....	68

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Skirtumai tarp visuomenės sveikatos ir pirminės asmens sveikatos priežiūros	16
2 lentelė. Visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų bendradarbiavimui kylančios kliūtys ir pagalbinaiai veiksniai.....	18
3 lentelė. Šeimos gydytojo ir visuomenės sveikatos specialisto sąlyčio taškai	24
4 lentelė. Tyrimo dalyvių nuomonė bei patirtis suskirstyta kategorijomis ir subkategorijomis	29
5 lentelė. Visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų bendradarbiavimo, kaip sveikatos politikos, stiprybių, silpnybių, galimybių ir grėsmių (SSGG) analizė.	66

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Institucinio bendradarbiavimo priklausomo nuo išteklių modelis (RDIC)	12
2 pav. Apsilankymai pas šeimos gydytojus ir profilaktinių apsilankymų dalis 2001 – 2021 metais Lietuvoje.....	15

ŽODYNAS

Bendradarbiavimas – aktyvi ir nuolatinė partnerystė tarp institucijų ir specialistų, turinčių skirtingą išsilavinimą ir įgaliojimus, kurie dirba kartu teikdami paslaugas.

Visuomenės sveikata – mokslas ir menas, siekiant užkirsti kelią ligoms, prailginti gyvenimą ir stiprinti žmonių sveikatą organizuotomis visuomenės, organizacijų, viešojo ir privataus sektorių, bendruomenių ir asmenų pastangomis ir pagrįstu pasirinkimu.

Pirminė asmens sveikatos priežiūra – esminė sveikatos priežiūra, pagrįsta praktiškais, mokliškai pagrįstais ir socialiai priimtinais metodais bei technologijomis, dėl kurių ji yra visuotinai prieinama asmenims ir šeimoms bendruomenėse jiems visapusiškai dalyvaujant ir tokia kaina, kurią bendruomenė ir šalis gali sau leisti išlaikyti kiekviename gyvenimo etape.

Integruotas sveikatos paslaugų teikimas – stiprinimo būdas į žmones orientuotos sveikatos sistemos, skatinant visapusišką kokybiškų paslaugų teikimą per visą gyvenimą, sukurtas atsižvelgiant į daugialypius gyventojų ir individų poreikius, o šias paslaugas teikia koordinuota daugiadisciplininė paslaugų teikėjų komanda, dirbanti įvairiose aplinkos ir priežiūros lygiuose.

IVADAS

Sveikata yra neįkainojama vertybė, kuriai gerinti, išsaugoti ir palaikyti reikalinga visapusiška priežiūra kryptingai sutelkta į suinteresuotus subjektus, siekiant gerovės ne tik konkrečiam pacientui, bet ir visuomenei. Didėjantis lėtinių ligų paplitimas, nesuvaldomi infekcijų protrūkiai, žalingas ir įtemptas gyvenimo būdas, augančios sveikatos priežiūros išlaidos kelia vis didesnę pavojų visuomenei ir sveikatos sistemai, todėl kyla poreikis rasti būdų, kuo efektyviau stabilizuoti ir tuo pačiu gerinti situaciją pasaulyje (Committee on Integrating Primary Care and Public Health ir kt., 2012). Priimant sveikatos sprendimus, atsižvelgiama į pagrindines potencialiai naudingas veiklos kryptis, kuriose galima pasiekti didžiausią naudą. Viena iš krypčių – stiprinti bendradarbiavimą tarp sveikatos priežiūros specialistų, nurodant bendradarbiavimą kaip efektyvesnio sveikatos priežiūros paslaugų teikimo veiksnį (Gröne & Garcia-Barbero, 2001).

Modernėjant ir tobulėjant visuomenei, sveikatos priežiūros paslaugų konceptas ir modeliai taip pat pasikeitė. Tradicinės sveikatos priežiūros principai apėmė orientavimąsi į pacientą ir jo ligas, menką atsakomybės prisiėmimą ir dalykinius santykius. Tuo tarpu vis plačiau pasaulio šalyse diegiami į žmonių poreikius orientuoti sveikatos priežiūros principai neapsiriboja tik individualiais pacientų poreikiais. Pasaulio sveikatos organizacijos paskelbtoje veiksmų programoje (angl. *ROADMAP. Strengthening people – centred health systems in the WHO European Region: A Framework for Action towards Coordinated/ Integrated Health Services Delivery*) akcentuojama, kad pacientas yra įtraukiamas į visuomenę ir dėmesys sutelkiamas į visuomenės lūkesčius ir poreikius, taip paskirstoma individų atsakomybė ne tik vykdyti sveikatos specialistų nurodymus, bet ir rūpintis bei gerinti savo ir kitų sveikatą, taip palaikomas tęstinumas, tvirti asmeniniai santykiai. Ši palyginus visai nauja sveikatos priežiūros paslaugų koncepcija apima ir sveikatos specialistų integraciją siekiant suteikti sveikatos paslaugas reikiamoje vietoje bei reikiamu metu ir taip pasiekti geresnės visuomenės sveikatos (World Health Organization. Regional Office for Europe & Health Services Delivery Programme, 2013). Įgyvendinant integraciją tarp sveikatos priežiūros specialistų, kaip vienas efektyviausių tokių santykių, identifikuojama šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų integracija (Martin-Misener ir kt., 2012). Pagal Alma – Ata deklaraciją, priimtą 1978 metais Tarptautinėje pirminės sveikatos priežiūros konferencijoje, šeimos gydytojai ir jų komanda yra pirminis ir bene svarbiausias pacientų kontaktas sveikatos problemų klausimu, todėl tai yra palanki prieiga vykdyti ne tik ekstrinių situacijų sveikatos kontekste valdymą, bet ir tuo pačiu skatinti ligų prevenciją ir kontrolę, sveikatos mokymą bei stiprinimą (World Health Organization, 1978). Po 40 metų minėtoji deklaracija buvo atnaujinta ir suformuluota Astana deklaracija, kurioje be pirminės sveikatos priežiūros svarbos, prioretizuojamos ir visuomenės sveikatos funkcijos, akcentuojant, kad šios dvi sveikatos priežiūros kryptys turi bendrą tikslą – užtikrinti geresnę šalies gyventojų fizinę, dvasinę ir socialinę gerovę – bei turi labai artimą kontaktą ligų

prevencijos, sveikatos stebėsenos bei stiprinimo kontekste. Todėl užtikrinus į žmonių poreikius orientuotą ir integruotą sveikatos priežiūrą bus pasiekti geresni sveikatos rodikliai ne tik pirminiame lygmenyje, bet ir visuomenėje (World Health Organization, 2019).

Darbo aktualumas. Pasaulio sveikatos organizacija pabrėžia, kad pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos priežiūros integracija tampa vis aktualesnė šiais laikais, ypač COVID-19 pandemijos metu, todėl tai apibrėžiama kaip prioritetinga sritis, kurios turėtų siekti visos suinteresuotos šalys (WHO Regional Office for Europe, 2018).

Tiriama problema. Nors pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimo idėja palankiai priimama daugelyje pasaulio šalių, taip pritariant potencialiai naudai bei pamažu diegiant intervencijas, tačiau vis dar susiduriama su sunkumais įgyvendinant šių sveikatos sektorių integravimą praktikoje (Petronytė ir Kanapeckienė, 2014).

Atlikto tyrimo teorinė ir praktinė reikšmė. Tyrimo metu siekiama identifikuoti, kokia yra bendradarbiavimo būklė tarp šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų, kokios kliūtys trukdo bendradarbiauti ir kokios priemonės galėtų padėti stiprinti bendradarbiavimą, tokiu būdu didinant sveikatos paslaugų integraciją. Gautus rezultatus galima panaudoti kuriant tarpsektorinio bendradarbiavimo politiką ir konkrečius įgyvendinimo planus.

Mokslinis naujumas. Lietuvoje pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos priežiūros tema atlikti tyrimai suteikia teorinį pagrindą, kuris reikalingas bendradarbiavimui įgyvendinti praktikoje (Drąsutytė, 2017; Gurevičius ir kt., 2012; Kudukytė - Gasperė ir Jankauskienė, 2014). 2013 metais R. Gurevičiaus ir kt. išleistas leidinys „Sveikatos sinergija – sveikatos modelio sėkmės garantas“ galimai vienas reikšmingiausių mokslinių tyrimų atliktų Lietuvoje apie pirminės ir visuomenės sveikatos sektorių bendradarbiavimo naudą, galimybes, kliūtis (Poliakovienė ir Gurevičius, 2011). Vis dėl to, Lietuvoje atlikti moksliniai tyrimai yra seni, todėl šiame darbe pateikiama atnaujinta informacija apie vyraujančią situaciją Vilniaus miesto savivaldybėje ir reikalingas priemonės bei strategiją siekti kuo efektyvesnio bendradarbiavimo.

Tikslas – įvertinti Vilniaus miesto savivaldybės šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų bendradarbiavimo būklę ir poreikį, siekiant nustatyti bendradarbiavimo ypatumus, trukdžius ir plėtros galimybes sveikatos priežiūros sistemoje.

Įvade išsikelti uždaviniai:

1. Remiantis moksline literatūra, išanalizuoti bendradarbiavimo šioje srityje sampratą ir reikšmę sveikatos priežiūros kontekste.
2. Atlikus šios srities strateginių dokumentų ir teisinio reglamentavimo apžvalgą, identifikuoti šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų funkcijas, šių specialistų bendradarbiavimo sveikatos sistemoje ypatumus.
3. Empirinio tyrimo metu įvertinti šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų nuomonę apie šių specialistų bendradarbiavimo įgyvendinimo galimybes, bendradarbiavimui įtaką darančius veiksnius ir motyvacinius veiksnius, skatinančius bendradarbiauti.

1. TEORINIS DARBO PAGRINDIMAS

1.1. Bendradarbiavimo sveikatos priežiūros sektoriuje samprata

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir efektyvumas priklauso ne tik nuo konkrečių sveikatos priežiūros specialisto atliktų veiksmų, bet ir nuo to, kiek dėmesio skiriama pacientui, kad jis jaustųsi patenkintas ir pasiektų geriausias sveikatos rezultatus (Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 1996). Šiuolaikinėje visuomenėje vis labiau propaguojamas požiūris, kad sveikatos priežiūra neapsiriboja tik momentiniu paciento sveikatos patikrinimu ar ligos išgydymu. Tai reiškia, kad nuo tradicinės medicinos pereinama prie naujoviško sveikatos priežiūros suvokimo, kuris apima į žmonių poreikius orientuotas sveikatos priežiūros paslaugas (World Health Organization. Regional Office for Europe & Health Services Delivery Programme, 2013). Anksčiau sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pasižymėjo epizodiniu gydymu, pacientas buvo tik subjektas su problema, kurią reikia pašalinti ar bent jau sumažinti. Tačiau šiandien aktualu tai, kad žmonės rūpinasi savo sveikata ne tik tada, kai ji yra blogiausios stadijos, bet ir, kai norima palaikyti gerą savijautą, gerinti sveikatą bendrąja prasme. Prie to prisideda ir sveikatos specialistai, kurie atsižvelgia į paciento lūkesčius, gyvenimo būdą, prioritetus ir koordinuotai teikia paslaugas reikiamoje vietoje ir reikiamu metu, tuo pačiu numatydami priemones, kurios padėtų išsaugoti, palaikyti ir gerinti sveikatą. Tokiu būdu pacientai jaučia, kad yra kuriamas ryšys tarp sveikatos specialisto bei auga pasitikėjimas. Į paciento poreikius orientuota sveikatos priežiūra turi tikslą įgalinti pacientą rūpintis savo sveikata (World Health Organization. Regional Office for Europe & Health Services Delivery Programme, 2013).

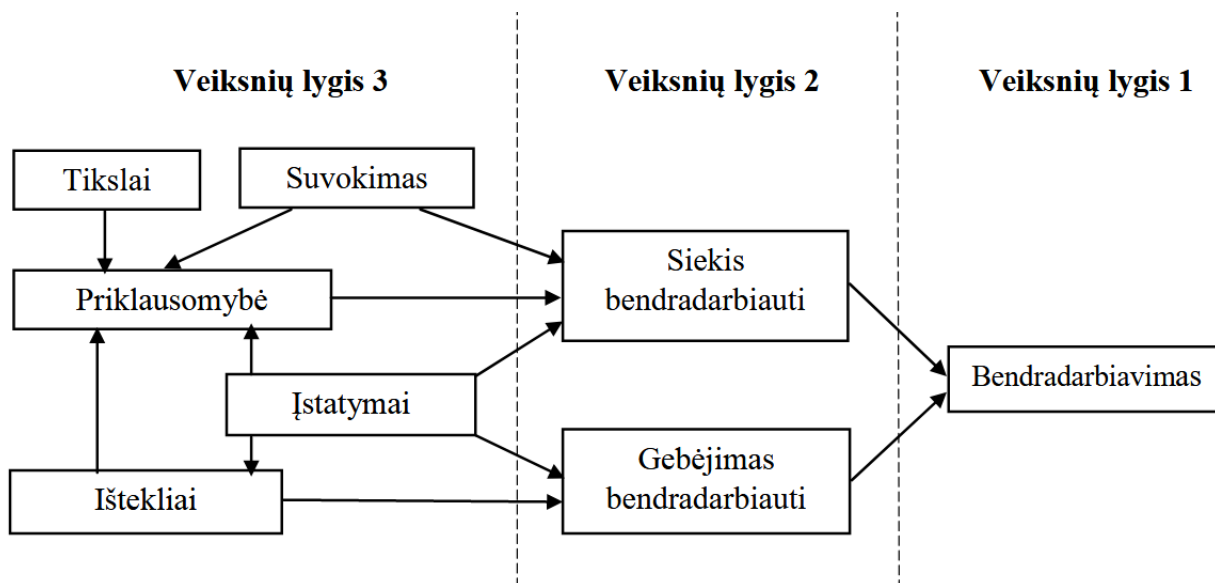
Šių pokyčių kontekste atsiranda dar didesnė sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumo svarba. Fragmentuotas paslaugų teikimas yra nesuderinamas su į paciento poreikius orientuota priežiūra, nes požiūris į pacientą keičiasi iš esmės, todėl skatinamas sveikatos priežiūros paslaugų organizuotumas, kad pacientas nuosekliai gautų reikiamas paslaugas ir pasiektų kuo geresnius sveikatos rezultatus (Jurgutis ir Juknevičiūtė, 2012). Tyrimai rodo, kad sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumas teigiamai vertinamas tiek pacientų, tiek sveikatos priežiūros specialistų. Pacientų perspektyvoje paslaugų tęstinumas suteikia norą stengtis dėl savo sveikatos, kelia pasitenkinimą sveikatos sistema. Holistiniu požiūriu besivadovaujantys sveikatos priežiūros specialistai labiau vertina pacientų atsidavimą siekti sveikatos rezultatų, periodiškai atliekami sveikatos patikrinimai padeda tiksliau ir išsamiau nustatyti diagnozes ir laiku suteikti pagalbą pacientams. To rezultatai yra kokybiškesnės sveikatos priežiūros paslaugos, didesnis efektyvumas, sumažėjęs hospitalizavimas, mirtingumas bei sveikatos išlaidos (Nowak ir kt., 2021).

Daugelyje šalių sveikatos sistemos yra organizuojamos su tikslu sumažinti išlaidas, pasiekti kuo didesnio efektyvumo, tačiau nuolat kylantys iššūkiai nėra tam palankūs, todėl didėja poreikis ieškoti naujų priemonių sveikatos sektoriaus stabilizavimui. Pavyzdžiui, lėtinės neinfekcinės ligos yra

įvardinamos kaip vienas didžiausių socialinių – ekonominių problemų sveikatos sistemoje visame pasaulyje. Tokios ligos kaip diabetas, onkologinės, širdies ir kraujagyslių, kvėpavimo sistemos ligos yra didelė problema ir Lietuvos visuomenėje. Didėjantis sergamumas ir prevencijos bei sveikatos mokymo poreikis lemia, kad žmonėms prireikia apsilankyti pas vis daugiau sveikatos priežiūros specialistų, siekiant identifikuoti konkrečias sveikatos problemas, jas eliminuoti ir palaikyti gerą paciento sveikatą (Jurgutis ir Juknevičiūtė, 2012). Sveikatos sektoriuje dirbantys sveikatos priežiūros specialistai yra glaudžiai susiję vienas su kitu, nes paciento sveikatos problema gali paliesti ne vieną medicinos sritį. Kelias, kuriuo nueina pacientas gali būti ilgas ir komplikluotas, todėl sveikatos paslaugų tęstinumas ir kompleksinis paslaugų teikimas tarp įvairių sričių sveikatos specialistų yra itin aktualus ir būtinas. Atsižvelgiant į šias problemas, šalys pamažu įgyvendina sveikatos paslaugų integraciją (Petronytė ir Kanapeckienė, 2014). Pasaulio sveikatos organizacija integruotą sveikatos priežiūros paslaugų teikimą įvardina kaip organizuotą ir koordinuotą valdymo sistemą, kurioje sveikatos paslaugos nepertraukiamai teikiamos per įvairių lygių ir kryptių sveikatos specialistus, atsižvelgiant į pacientų poreikius, vertinant grįžtamąjį ryšį (WHO Regional Office for Europe, 2016). Integruotoms paslaugoms būdingi harmoningai suderinti procesai tarp sveikatos priežiūros specialistų, kai vykdomos paslaugos yra tęstinės ir puoselėjamas nuolatinis rūpestis pacientų gerove. Taigi, sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumas ir į žmonių poreikius orientuota priežiūra yra vieni svarbiausių integruotos sveikatos priežiūros paslaugų komponentų (Kudukytė - Gasperė ir Jankauskienė, 2014).

Integruojant sveikatos priežiūros paslaugas svarbiausia užtikrinti tinkamą ir kokybišką bendradarbiavimą tarp sveikatos priežiūros specialistų (Seaton ir kt., 2021). Nors dirbant sveikatos sektoriuje vienokiu ar kitokiu būdu sveikatos specialistams tenka bendrauti tarpusavyje, tačiau ne visada tai galima vadinti bendradarbiavimu. Literatūros šaltiniuose aprašomos bendradarbiavimo teorijos su principais, kurie gali padėti užtikrinti kokybišką bendradarbiavimą (Corbin ir Mittelmark, 2008; de Rijk ir kt., 2007; Jones ir Barry, 2011; Suter ir kt., 2009). A. de Rijk, A. van Raak, J. Van der Made analizuoja institucinio bendradarbiavimo priklausomo nuo išteklių modelį (angl. *Resource Dependence Institutional Cooperation (RDIC) Model*). Šiame modelyje akcentuojama, kad bendradarbiavimas yra paremtas susitarimais, todėl tai nėra neplanuoti, atsitiktiniai veiksmai. Tačiau šie susitarimai vyksta tik tada, kai suinteresuoti asmenys nori bendradarbiauti ir turi galimybę tai daryti. Noras arba kitaip motyvacija gali kilti iš pačio asmens arba ji gali būti išorinė, tai yra atlygis ar bausmė už tam tikrus rezultatus. Tuo tarpu galimybės yra laikas, skirtas bendradarbiauti, vieta, kurioje vyktų bendradarbiavimas, ir asmeniniai sugebėjimai. Viso to fone prioretizuojami bendri tikslai ir šiems tikslams pasiekti reikalingi išteklių minėti anksčiau, taip pat suvokimas savo ir kito asmens funkcijų bei galimybių ir akcentuojama priklausomybė vienas nuo kito, jeigu išsikulto tikslo neįmanoma pasiekti atskirai. Taip pat šiame bendradarbiavimo modelyje išskiriamos institucijos ir jų nustatytos taisyklės, kurios gali būti formalios, kaip teisės aktai, rašytiniai susitarimai, arba neformalios, tokios kaip vertybės,

kultūros normos. RDIC modelio autoriai itin atsakingai pažvelgė į būtinus komponentus sėkmingam bendradarbiavimui (1 pav.) (de Rijk ir kt., 2007).



Šaltinis: de Rijk ir kt., 2007

1 pav. Institucinio bendradarbiavimo priklausomo nuo išteklių modelis (RDIC)

Prie šių komponentų galima pridėti J. Jones ir M. M. Barry analizuotus bendradarbiavimo faktorius: pasitikėjimas ir lyderystė. Pasitikėjimas išreiškiamas atvirumu partneriui, vienas kito palaikymu, dalinimusi informacija, idėjomis ir kitais resursais. Būtent nepasitikėjimas kitu asmeniu yra viena iš kertinių problemų bendradarbiavime, nes kuriamas įtarinėjimu paremtas bendravimas neveda link bendro tikslo (Jones ir Barry, 2011). Vystant bendradarbiavimą tarp sveikatos priežiūros specialistų, kaip vienas reikšmingiausių komponentų yra lyderystė. Partnerystėje lyderystė yra padalyta tarp suinteresuotų šalių. Tokie asmenys žino bendradarbiavimo esmę ir stengiasi pasiekti didžiausios naudos visiems asmenims, susijusiems su bendradarbiavimu. Tuo pačiu metu lyderiai imdamiesi iniciatyvos siekia rasti kompromisą tarp visų sveikatos specialistų ir perprasti jų funkcijas, pareigas ir tikslus. Stipri lyderystė neleidžia abejoti vykdoma veikla ir galiausiai atveda į tikslą (Folkman ir kt., 2019). Taigi, bendradarbiavimo terminas apima kolektyvinį ir harmoningą darbą dėl bendro tikslo, vykdam jį su noru, pasitikėjimu, vieningumu, suteikiant pagalbą partneriams ir užtikrinant veiksmų koordinavimą.

1.2. Visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų vaidmuo sveikatos sektoriuje ir jų tarpusavio ryšiai

Sveikatos priežiūros sistemoje bendradarbiavimas turi ypatingą reikšmę, o atsižvelgus į tai, jog augs pacientų lūkesčiai kokybiškesnėms sveikatos priežiūros paslaugoms, senėja visuomenė ir tuo pačiu

didėja poliligitumo atvejų, kuomet pacientas serga keliomis ligomis vienu metu, taip pat pasikartoja infekcinių ligų protrūkiai, vyrauja sveikatos netolygumai, dėl šių priežasčių didėja sveikatos priežiūros išlaidos, koncentruotis į bendradarbiavimą tarp įvairių kryptių sveikatos specialistų tampa itin aktualu (R. K. Valaitis ir kt., 2020). Šių problemų sprendimo pradžia gali būti pirminės sveikatos priežiūros stiprinimas. 1978 metais Tarptautinėje pirminės sveikatos priežiūros konferencijoje priima Alma – Ata deklaracija yra pirmoji tarptautinė deklaracija, kurioje pirminė sveikatos priežiūra pripažįstama kaip fundamentali sveikatos sritis. Pirminė sveikatos priežiūra yra įvardinama kaip „esminė sveikatos priežiūra, pagrįsta praktiškais, mokliškai pagrįstais ir socialiai priimtinais metodais bei technologijomis, dėl kurių ji yra visuotinai prieinama asmenims ir šeimoms bendruomenėse jiems visapusiškai dalyvaujant ir tokia kaina, kurią bendruomenė ir šalis gali sau leisti išlaikyti kiekviename gyvenimo etape“ (World Health Organization, 1978). Šis dokumentas išgrynino šeimos gydytojų vaidmenį, pabrėžė reikšmę sveikatos sistemoje ir išskėlė tikslą siekti pirminės sveikatos vaidmens sustiprinimo. Europos observatorija sveikatos sistemoms ir politikai, kartu su Pasaulio sveikatos organizacija, parengtame leidinyje „Kuriant pirminę sveikatos priežiūrą besikeičiančioje Europoje“ (angl. „*Building primary care in a changing Europe*“) patvirtina, kad šeimos gydytojai ir jų komandos yra pirminis kontaktas su pacientais, kurie kreipiasi į gydymo įstaigą. Kadangi šeimos gydytojai atlieka „vartininko“ vaidmenį, jie turi užtikrinti, kad kuo daugiau sveikatos problemų būtų išspręsta pirminiame sveikatos lygyje, o jeigu to neįmanoma padaryti, šie gydytojai turi koordinuoti ir nukreipti pacientą tolimesniems tyrimams, gydymui, priežiūrai ar sveikatinimui pas kitus specialistus (Kringos ir kt., 2015). Pirminė sveikatos priežiūra yra paremta klinicine praktika, individualiu asmenų gydymu ir daugiausia fokusuota į pacientų sveikatos problemas bei diagnozių nustatymą, todėl dėl daugelio priežasčių šeimos gydytojai ne visada skiria tiek daug dėmesio kitiems sveikatos klausimams (Poliakovienė ir Gurevičius, 2011).

Vis dėl to, sveikatos koncepcija susideda ne tik iš ligų gydymo, todėl ir šeimos gydytojai neatskiriami nuo sveikatos stiprinimo. 2018 metais vykusioje Tarptautinėje sveikatos priežiūros konferencijoje priimta Astana deklaracija paskatino pirminės sveikatos priežiūros specialistus įdėti dar daugiau pastangų ir prisiimti atsakomybę už sveikatos stiprinimą ir ligų prevenciją populiacijos lygmenyje. Atsižvelgus į poreikį ugdyti ir stiprinti visuomenės sveikatą, šioje deklaracijoje įvardinama būtinybė bendradarbiauti su visuomenės sveikatos specialistais, kurie turi bendrą tikslą – užtikrinti geresnę šalies gyventojų fizinę, dvasinę ir socialinę gerovę (World Health Organization, 2019).

Visuomenės sveikata yra plati sąvoka ir Europos šalyse gali būti apibrėžiama skirtingai, tačiau dažniausiai naudojama Acheson 1998 metais suformuluota sąvoka: „Visuomenės sveikata yra mokslas ir menas, siekiant užkirsti kelią ligoms, prailginti gyvenimą ir stiprinti žmonių sveikatą organizuotomis visuomenės, organizacijų, viešojo ir privataus sektorių, bendruomenių ir asmenų pastangomis ir pagrįstu pasirinkimu.“ (Bjørn Jensen ir kt., 2018). Visuomenės sveikatos svarba pabrėžiama 1986 metais

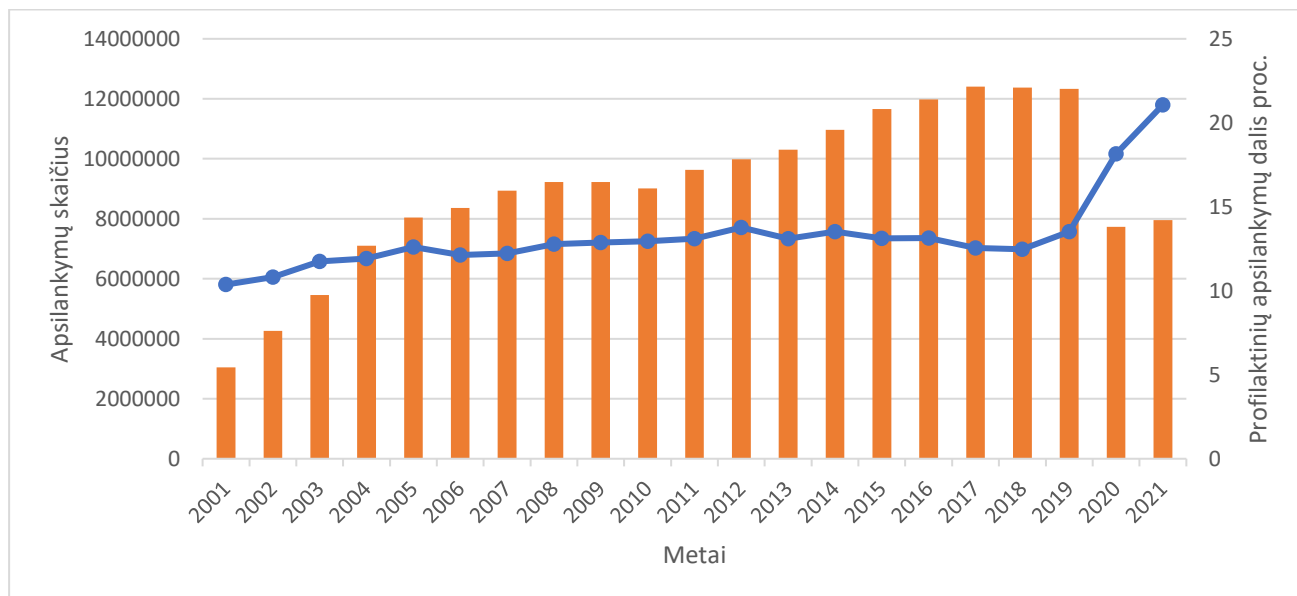
priimtoje Otavos chartijoje. Šiame dokumente dar kartą įvardinama, kad sveikata apima ne tik susirgimų gydymą, o sveikatos stiprinimas yra esminis sveikatos priežiūros tikslas (World Health Organization, 1986). Visuomenės sveikatos specialistai yra atsakingi už sveikatos priežiūrą plačiaja prasme, todėl neužtenka orientuotis tik į trumpalaikę sveikatos priežiūrą.

Visuomenės sveikatos dėmesys sutelktas į gyventojų sveikatą ir yra susijęs su visais veiksniais, kurie turi įtakos tiek žmonių grupės, tiek individų sveikatai. Siekiant konkrečiau apibrėžti visuomenės sveikatos pajėgumus sveikatos sistemoje, Pasaulio sveikatos organizacijos Europos regioninis biuras išskyrė 10 esminių visuomenės sveikatos funkcijų (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2012):

1. Gyventojų sveikatos ir gerovės stebėjimas
2. Stebėjimas ir reagavimas į pavojų sveikatai ir ekstremalias situacijas
3. Visuomenės sveikatos tyrimų tobulinimas siekiant formuoti sveikatos politiką ir praktiką
4. Sveikatos apsauga, įskaitant aplinkos, darbo, maisto saugą ir kt.
5. Sveikatos stiprinimas, įskaitant veiksmus, skirtus socialiniams veiksniams ir sveikatos nelygybės problemoms spręsti
6. Komunikacijos ir socialinės mobilizacijos plėtra sveikatos tikslams
7. Ligų prevencija, įskaitant ankstyvą ligos nustatymą
8. Pakankamos ir kompetentingos visuomenės sveikatos darbo jėgos užtikrinimas
9. Sveikatos ir gerovės valdymo užtikrinimas
10. Tvarių organizacinių struktūrų ir finansavimo užtikrinimas.

Pagal visuomenės sveikatos apibrėžimą ir išskirtas funkcijas, galima aiškinti, kad visuomenės sveikata nėra izoliuota sveikatos sistemos dalis, tačiau apima politinius, ekonominius, socialinius, kultūrinius, elgesio, biologinius ir kitus faktorius. Taip, kaip pirminėje sveikatos priežiūroje šeimos gydytojai yra atsakingi už visuomenės sveikatos funkcijas, taip ir visuomenės sveikata kartu su pirmine sveikatos priežiūra gali pasiekti geresnių sveikatos rezultatų.

Tyrimai rodo, kad bendradarbiavimas tarp šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų gali padėti suvaldyti pacientų srautus, nes vizitų pas šeimos gydytojus kiekvienais metais vis daugėja (Harrison ir kt., 2019). Remiantis Higienos instituto statistika apie apsilankymus pas šeimos gydytoją 2001 – 2021 metais Lietuvoje, galima daryti išvadą, kad vizitų pas šeimos gydytoją kasmet daugėja, išskyrus 2020 – 2021 metais, galimai dėl COVID-19 pandemijos apribojimų lankytis gydymo įstaigose. Analizuojant priežastis, dėl ko buvo kreiptasi į šeimos gydytoją, išskirta profilaktinių apsilankymų dalis, kuri 2001 – 2019 metais svyravo nuo 10,37% iki 13,76%, tačiau sparčiai padidėjo 2020 – 2021 metais, o 2021 metais net 21,07% visų apsilankymų pas šeimos gydytojus Lietuvoje sudarė profilaktiniai apsilankymai (2 pav.) (Higienos institutas, 2001).



Šaltinis: Higienos institutas, 2001

2 pav. Apsilankymai pas šeimos gydytojus ir profilaktinių apsilankymų dalis 2001 – 2021 metais Lietuvoje

Didėjantis pacientų srautas sveikatos priežiūros įstaigose lemia tai, kad pirminėje asmens sveikatos priežiūroje dirbantys šeimos gydytojai susiduria su dideliais darbo krūviais, o pacientų poreikis profilaktiniams patikrinimams vis didėja. Tai rodo, kad šeimos gydytojai turi skirti daugiau laiko ir pastangų siekiant užtikrinti tinkamą prevencijos teikimą pacientams. Kaip vienas efektyviausių būdų šiai problemai spręsti yra visuomenės sveikatos specialistų pasitelkimas, jų įgalinimas koordinuoti prevencines programas, konsultuoti prevencijos, sveikatinimo klausimais, vykdyti sveikatos mokymą.

Vis dėl to, visuomenės sveikata ir pirminė sveikatos priežiūra turi esminių skirtumų. Vienas ryškiausių skirtumų yra, kad visuomenės sveikatos tikslai orientuoti į populiaciją, tuo tarpu pirminė sveikatos priežiūra orientuota į individus, kuriems reikia pagalbos, todėl visuomenės sveikatos specialistai mąsto sistemiškai ir stengiasi kontroliuoti pavojų, o pirminėje sveikatoje vyrauja „vienas prieš vieną“ santykiai ir reaguojama į poveikį. Taip pat, visuomenės sveikata dažnai įvardinama kaip proaktyvi veikla, kai yra iš anksto numatomos problemos ir galima imtis iniciatyvos, o pirminė sveikatos priežiūra linksnuojama kaip reaktyvi veikla, tai reiškia, kad šios krypties specialistai reaguoja į jau iškilusią problemą (1 lentelė) (Bjørn Jensen ir kt., 2018).

1 lentelė. Skirtumai tarp visuomenės sveikatos ir pirminės asmens sveikatos priežiūros

Visuomenės sveikata	Pirminė asmens sveikatos priežiūra
Populiacija	Individas
Sisteminis požiūris	„Vienas prieš vieną“ santykis
Reakcija į pavojus	Reakcija į poveikį
Proaktyvumas	Reaktyvumas
Platus populiacijos sveikatos matavimai	Ataskaitos apie individus
Tyrimai	Pacientų stebėjimas

Šaltinis: Bjørn Jensen ir kt., 2018

Šių dviejų sveikatos priežiūros sektorių skirtumai nėra svarstomi kaip kertinis trukdis bendradarbiavimui vystyti, nes tiek visuomenės sveikatos specialistai, tiek pirminėje sveikatos priežiūroje dirbantys šeimos gydytojai turi bendrą tikslą, kuriam įgyvendinti reikalinga kooperacija vienas su kitu, o skirtingi bruožai tik papildytų vienas kitą. Apibendrinus galima teigti, kad visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų reikšmė sveikatos sektoriuje yra didelė, tačiau atsižvelgus į poreikį šiandieninėje visuomenėje, pripažįstama, kad suderinti visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų veiksmai leistų pasiekti geresnių sveikatos rezultatų.

1.3. Visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų bendradarbiavimo sąlygos ir kliūtys

Daugelis Europos šalių pritaria visuomenės ir asmens sveikatos specialistų bendradarbiavimui bei numatoma naudai, tačiau, kad pradėti vykdyti bendradarbiavimą, kuris būtų efektyvus ir kokybiškas, reikia pasiruošti ir išanalizuoti įtaką darančius veiksnius, kliūtis, priemones reikalingas problemoms spręsti ir parengti nuoseklų planą. R. Martin – Misener, R. K. Valaitis ir kiti bendraautorai atliko literatūros apžvalgą šių sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimo tema ir, atsižvelgdami į kompleksinį šių paslaugų teikimą, suskirstė bendradarbiavimą į tris lygmenis: sisteminį, organizacinį ir tarpasmeninį (Martin-Misener ir kt., 2012).

Plačiausias ir, galima teigti, kad daugiausia laiko priemonėms įgyvendinti reikalaujantis yra sisteminis lygmuo. Šiame lygmenyje išskiriami tokie sisteminiai faktoriai kaip vyriausybės įsitraukimas, sveikatos politikos sprendimai, finansavimas ir išteklių valdymas, kontrolės sistema. Bendradarbiavimo įgyvendinimas priklauso nuo to, kaip jis yra sureguliuojamas, jeigu yra suformuota aiški politika ir priimti teisės aktai, kuriais galima vadovautis, tada specialistams bus lengviau suprasti, kaip ir kokiuose

taškuose vykdyti bendradarbiavimą su partneriais. Visgi, be finansavimo nebus galimybių to užtikrinti. Pakankamas išteklių skyrimas specialistams ir finansinių modelių, kaip apmokėti už paslaugas ir, kokias skatinamąsias išmokas skirti, įgyvendinimas yra esminė sąlyga (Martin-Misener ir kt., 2012). Kanadoje atlikto tyrimo metu nustatyta, kad bendradarbiavimui įtaką darantys sisteminiai faktoriai yra ne tik valstybės priimti sprendimai, finansinės paskatos, tačiau informantai taip pat išskyrė poreikį sukurti bendradarbiavimui skirtą informacinę sistemą bei valstybės atsakomybę formuoti sisteminių požiūrį į visuomenės sveikatos ir šeimos gydytojų bendradarbiavimą, kad specialistai tikėtų to nauda, o ne tik matytų tai kaip pareigą (Wong ir kt., 2017).

Visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų bendradarbiavimas organizaciniame lygmenyje apima glaudesnius, tačiau daug labiau komplikuočius santykius. Organizaciniai faktoriai šiame lygmenyje išskiriami kaip bendra vizija ir tikslai, organizacijos kultūra, formalūs organizacijų lyderiai, strateginio koordinavimo ir planavimo mechanizmai. Pagal Kanados tyrimo rezultatus, vykdant bendradarbiavimą tarp šių specialistų svarbu užtikrinti aiškumą, tam reikia sukurti bendradarbiavimo dalyvių darbotvarkę, pasirašyti oficialias sutartis apie teikiamas paslaugas, parengti protokolus ir suteikti komunikacijos priemones. Taip pat formuoti organizacijos kultūrą, kad specialistai būtų supažindinti su bendradarbiavimo nauda, siekiamais rezultatais ir būtų pasirengę tai vykdyti. Jeigu sveikatos įstaigos niekada nebuvo kūrusios tarpsektorinių ryšių, reikalingas nuodugnus planavimas, o iniciatyvos imtis turi lyderiai, kurie ne tik būtų atsakingi už paslaugų koordinavimą, bet ir kurtų tinkamą atmosferą tarp specialistų (R. Valaitis ir kt., 2018).

Tuo tarpu tarpasmeninis lygmuo apibrėžia bendravimą ir santykius tarp visuomenės sveikatos ir asmens sveikatos specialistų. Šiame lygmenyje akcentuojamas partnerių vienas kito vaidmenų suvokimas ir žinios apie jų atliekamas funkcijas. Visuomenėje vyrauja požiūris, kad šeimos gydytojai atlieka reikšmingą vaidmenį sveikatos sistemoje, į juos gali kreiptis visi gyventojai, kurie susirūpina savo sveikata, palaikomi artimi tarpusavio santykiai, o kadangi pirminėje asmens sveikatos priežiūroje rezultatai yra greičiau pasiekiami, todėl gyventojai iškart gali įvertinti teiktas paslaugas. Visuomenės sveikatos sektoriuje dažniausiai rezultatų reikia laukti ilgesnį laiko tarpą, nes įvairios sveikatinimo programos, prevencijos priemonės duoda ilgalaikius rezultatus, todėl gyventojams sunkiau vertinti visuomenės sveikatos specialistų darbą. Be to, gyventojai ir netgi asmens sveikatos priežiūros specialistai vis dar nesupranta visuomenės sveikatos reikšmės ir kokias konkrečiai funkcijas atlieka visuomenės sveikatos specialistas, todėl yra sunkiau pasitikėti jų veikla. Aiškumui ir sveikatos žinių gilinimui svarbu organizuoti mokymus, seminarus, kuriuose moksliai ir praktiškai pristatomos visuomenės sveikatos specialisto prioritetinės sritys ir veiklos rezultatai. Taip pat bendradarbiavimui įtaką darantys tarpasmeniniai faktoriai yra vertybės tokios kaip pasitikėjimas, tolerancija, pagarba partneriams. Dažnai žmonės nėra linkę įsitraukti į naują veiklą, nes nesupranta savo ir kitų pozicijų bei

nenori pokyčių, dėl kurių reikėtų įdėti daugiau pastangų nei jų kasdieninis darbas, todėl tam spręsti yra svarbi komunikacija ir komandinio darbo propagavimas (Kendir ir kt., 2020; Pratt ir kt., 2018).

2 lentelė. Visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų bendradarbiavimui kyrančios kliūtys ir pagalbinaiai veiksniai

	Kliūtys	Pagalbiniai veiksniai
Sisteminis lygmuo	<ul style="list-style-type: none"> • Sveikatos reformos, kuriose nacionaliniai prioritetai svarbesni už vietos prioritetus; • Stabilaus finansavimo trūkumas; • Sveikatos specialistų biurokratinis mechanizmas; • Bendros informacinės sistemos trūkumas; • Gyventojų sveikatos tyrimų trūkumas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vyriausybės išitraukimas į visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų bendradarbiavimo skatinimą; • Sveikatos politikos, palankios sveikatos specialistų bendradarbiavimui, kūrimas; • Tvarus valstybės finansavimas; • Tinkamas išteklių sutelkimas; • Teisingo požiūrio apie bendradarbiavimo naudą skatinimas. • Bendros informacinės sistemos sukūrimas;
Organizacinis lygmuo	<ul style="list-style-type: none"> • Bendros darbotvarkės ir vizijos nebuvimas; • Išteklių (žmogiškieji, laiko, finansiniai, vietos) apribojimai; • Žinių ir įgūdžių trūkumas, • Skirtingas sektorių dėmesys (pirminė sveikatos priežiūra orientuota į individus ir trumpalaikius rezultatus, visuomenės sveikatos priežiūra į visuomenę ir ilgalaikius rezultatus); 	<ul style="list-style-type: none"> • Lyderystė, siekiant palengvinti bendrą planavimą; • Komandinio darbo propagavimas, įtraukiant sveikatos specialistus; • Sutartys, ataskaitų teikimas, bendros valdymo struktūros; • Bendradarbiavimo protokolai, strategijos ir procesai.

Šaltiniai: Martin-Misener ir kt., 2012; Pratt ir kt., 2018; R. Valaitis ir kt., 2018; Wong ir kt., 2017

2 lentelės tęsinys.

	Kliūtys	Pagalbiniai veiksniai
Tarpasmeninis lygmuo	<ul style="list-style-type: none"> • Stereotipinis požiūris į visuomenės sveikatos specialistus, nepasitikėjimas jų veikla; • Pasipriešinimas pokyčiams ir atsisakymas dalyvauti planuojamoje veikloje; • Tarpdisciplininio komandinio darbo nesuvokimas; • Konkurenciniai aspektai; • Komunikacijos tarp specialistų problemos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aiškūs visų partnerių vaidmenys ir atsakomybės; • Geresnės žinios apie vienas kito funkcijas; • Teigiami santykiai: pasitikėjimas, tolerancija, pagarba; • Efektyvus komandos įsitraukimas: komunikavimas, bendras planavimas, partnerių išklausymas.

Šaltiniai: Martin-Misener ir kt., 2012; Pratt ir kt., 2018; R. Valaitis ir kt., 2018; Wong ir kt., 2017

Taigi, visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų bendradarbiavimui įtaką darantys veiksniai apima platų spektrą nuo vyriausybės sprendimų iki asmeninių įsitikinimų. Tačiau būtina atsižvelgti į visus susijusius veiksnius, reikalingus efektyviam ir kokybiškam bendradarbiavimui pasiekti.

1.4. Visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų bendradarbiavimo nauda ir šalių praktika

Pasaulio šalyse taikoma visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų bendradarbiavimo praktika parodo, kad įgyvendinimas galimas įvairiuose lygiuose, o užtikrinus bendradarbiavimo teorinius aspektus, nauda yra neginčijama. McVicar su bendraautoriais 2018 metais atliko pirminės asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos integracijos Jungtinėse Amerikos Valstijose kokybinę apžvalgą. Tyrimas buvo skirtas apžvelgti viešai paskelbtus bendradarbiavimo tarp minėtų sektorių specialistų atvejus, kurių viso buvo publikuota 84 atvejai 3 metų laikotarpyje, tačiau į apžvalgą buvo įtraukti 57 bendradarbiavimo atvejai iš 45 valstijų. Bendradarbiavimas tarp visuomenės sveikatos ir pirminės asmens sveikatos specialistų buvo pagrįstas išsikeltais konkrečiais tikslais, o vykdytos programos apėmė bendruomenės sveikatos klausimus. Pavyzdžiui, Šiaurės Karolinos valstijoje vykdytas bendradarbiavimas siekiant sumažinti priešlaikinio gimdymo atvejus, Niujorke sutelktos jėgos į ŽIV priežiūros koordinavimą, Havajuose siekta pagerinti suaugusiųjų sergančių psichinėmis ligomis sveikatos rezultatus, Ohajo valstijoje dėmesys sutelktas į profilaktinių patikrinimų dėl hipertenzijos ir aukšto cholesterolio didinimą, Montanoje buvo organizuota cukrinio diabeto prevencijos programa.

Analizės rezultatai parodė, kad dažniausi bendradarbiavimo tikslai buvo lėtinių ligų valdymas (astma, širdies ir kraujagyslių ligos, ŽIV, diabetas), motinos ir vaiko sveikatos gerinimas (kūdikių mirtingumo mažinimas, gimdymo aplinkybių gerinimas), sveikatinimas ir sveikatos stiprinimas (svorio reguliavimas, rūkymo, vaistų perdozavimo prevencija) (McVicar ir kt., 2019). Taigi, Jungtinėse Amerikos Valstijose atliktas tyrimas parodė, kokiose srityse gali sėkmingai vykti visuomenės sveikatos ir pirminės asmens sveikatos specialistų bendradarbiavimas.

Visgi, suinteresuotiems asmenims dažniau gali kilti klausimų ne kokiose srityse turėtų vykti bendradarbiavimas, bet kaip ir kokiomis formomis turi būti tai įgyvendinama. Nemažai pasaulio šalių vykdo projektus, kurie yra pavyzdys kitoms šalims, kaip vystyti bendradarbiavimą tarp visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų. Pasaulio sveikatos organizacijos 2018 metais paskelbtame leidinyje „Užtikrinant bendradarbiavimą tarp pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos paslaugų“ (angl. *Ensuring collaboration between primary health care and public health services*) pateikiama Europos šalių patirtis, kaip yra vystomas tokio tipo bendradarbiavimas. Pavyzdžiui, Nyderlanduose įgyvendintos „Sveiko svorio programos“ metu buvo užtikrintas aiškus šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų vaidmenų pasiskirstymas ir sklandi komunikacijos sistema. Ši programa, kurios tikslas yra sekti vaikų nutukimo riziką, pradėtas Amsterdame, o po sėkmingo įgyvendinimo adaptuotas kituose miestuose. Pirminėje sveikatos priežiūroje dirbantys gydytojai pirmieji pastebi galimą riziką vaikams turėti nutukimą, todėl jie yra tiesiogiai nukreipiami pas visuomenės sveikatos specialistus, kurie vykdo ankstyvasias intervencijas, apimančias geresnę mitybą, miego režimą, fizinį aktyvumą (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2018).

Dar vienas projektas įgyvendintas Švedijoje yra sukurti šeimos centrai. Iš pradžių šiuos centrus sukūrė nevyriausybinių organizacijų, jie po vienu stogu suburia valstybės finansuojamas sveikatos ir socialines paslaugas, daugiausia dėmesio skiriant moterų ir vaikų sveikatai. Centrai veikia pagal principą sukurti komandą, į kurią įtrauktas šeimos gydytojas, slaugytojas, socialinis darbuotojas, visuomenės sveikatos specialistas ir kiti sveikatos priežiūros specialistai, susiję su šeimos sveikata. Šios komandos siekia gerinti vaikų ir šeimos sveikatą, optimalų vaikų protinį ir fizinį vystymąsi, sveikatos gyvensenos įpročius ir tuo pačiu dėmesys nukreiptas į rizikos grupių vaikus (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2018). Švedijos pavyzdys parodo, kad visuomenės sveikatos specialistai ir šeimos gydytojai gali dirbti vienoje komandoje kaip lygiaverčiai asmenys siekiantys bendro tikslo.

Idėja įtraukti visuomenės sveikatos specialistą į šeimos gydytojo komandą įgyvendinta Irane. Kaimo gyvenvietėse pas gyventojus į jų namus kartu su šeimos gydytojais vyksta ir visuomenės sveikatos specialistai, kurie atlieka savo funkcijas, kuomet šeimos gydytojas vykdo sveikatos patikrinimus, gydymą. Visuomenės sveikatos specialistas yra atsakingas už infekcijų kontrolę, šeimos planavimą, mokinių sveikatą ir aplinkos sveikatą. Panašiu keliu pasekė ir Brazilija. Šioje šalyje į pirminės sveikatos priežiūrą integruoti bendruomenės sveikatos darbuotojai tiesiogiai dirba su

šeimomis, padeda jiems valdyti lėtines ligas, teikia sveikatos stiprinimo patarimus, organizuoja profilaktinius patikrinimus (WHO Regional Office for Europe, 2018). Taigi, kaip viena dažniausių bendradarbiavimo tarp visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų formų yra visuomenės sveikatos specialistų integravimas į pirminę asmens sveikatos priežiūrą, kurie dirbtų kartu komandoje arba bent toje pačioje sveikatos įstaigoje. Tačiau bendradarbiavimo formų tarp šių specialistų yra įvairių.

Praktikoje plačiai taikomas lėtinių ligų priežiūros modelis apima individualią vadybą, kai lėtinėmis ligomis sergantis asmenys gauna visą reikalingą informaciją apie jų ligą ne tik iš juos gydančių gydytojų, bet ir suteikiamos žinios, kaip valdyti susidariusią situaciją, kokių rekomendacijų laikytis, siekiama skatinti pacientus rūpintis savo sveikata ir ją stiprinti. Šis modelis, dar kitaip vadinamas atvejo vadyba, į paciento sveikatos problemos sprendimą įtraukia ne tik gydytojus, bet visus specialistus, kurių tuo metu reikia konkrečiam pacientui su konkrečia lėtine liga (Barr ir kt., 2003). Nuolat gydymo įstaigose besilankantys pacientai pasigenda sveikatos paslaugų tęstinumo, todėl reikalingas sklandus paslaugų koordinavimas. Atvejo vadyba apibūdinama kaip sistemingas ir dinamiškas metodas, naudojamas siekiant užtikrinti, koordinuoti ir integruoti pacientams teikiamas paslaugas. Tam įgyvendinti reikalingas atvejo vadybininkas, kuris būtų tarpininkas tarp paciento ir sveikatos priežiūros specialisto, kuris planuoja individualiam pacientui reikalingas sveikatos, socialines paslaugas, jas koordinuoja ir įgyvendina (Hudon ir kt., 2022).

Atvejo vadybininko funkcijas gali atlikti ne tik slaugytojas, socialinis darbuotojas, bet ir visuomenės sveikatos specialistas. 2009 – 2014 metais Lietuvoje vykusio projekto įgyvendinimo priemonė „Jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelio sukūrimas“ įrodė, kad visuomenės sveikatos specialistas gali atlikti atvejo vadybininko vaidmenį. Šiame projekte visuomenės sveikatos specialistas vertino jauno žmogaus sveikatos poreikius, komunikavo su žmogumi ir koordinavo paslaugas, kurių prirėkė žmogui kreipiantis į asmens sveikatos, socialines ir kitas įstaigas. Dažniausiai figūravo tokios temos kaip psichikos sveikatos stiprinimas, sveikos mitybos propagavimas, traumų ir nelaimingų atsitikimų prevencija, lytinės sveikatos švietimas (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2015). Todėl ne tik valdant infekcines ligas galima įtraukti visuomenės sveikatos specialistus, bet ir aktyviai įgyvendinant atvejo vadybą žmonėms, kuriems reikalingas dažnas paslaugų teikimas. Taigi, visuomenės sveikatos specialistai, atlikdami atvejo vadybininko vaidmenį, gali koordinuoti sveikatos paslaugas, taip bendradarbiaujant su šeimos gydytojais rinkti informaciją ir užtikrinti efektyvesnę paslaugų teikimą.

G. Petronytės ir V. Kanapeckienės atliktoje literatūros apžvalgoje aprašoma šalių patirtis visuomenės sveikatos specialistų ir pirminės asmens sveikatos paslaugų integravimo kontekste. Moksliniame darbe akcentuojamas integravimo formų ir modelių įvairumas, tačiau išskiriami tokie pagrindiniai modeliai: paslaugų koordinavimas; sveikatos paslaugų kokybės ir efektyvumo gerinimas, integruojant visuomenės sveikatos praktiką; visuomenės sveikatos problemų identifikavimas ir jų

sprendimas remiantis klinicine praktika; projektų įgyvendinimas sveikatos stiprinimo kontekste; politikos formavimas, tyrimų atlikimas (Petronytė ir Kanapeckienė, 2014). Tai parodo, kad bendradarbiavimas, kaip integracijos pagrindas, gali būti įgyvendinamas įvairiomis formomis, tačiau dažniausiai pasirinkimą lemia specifinės konkrečios visuomenės problemos, todėl šalys atsižvelgia į žmonių poreikius ir vyraujančias tendencijas. Gerosios praktikos pavyzdžiai rodo, kad sėkmingai įgyvendintas bendradarbiavimas teikia naudos.

Martin – Misener ir kt. literatūros analizėje bendradarbiavimo naudą išskyrė į tris lygius: nauda asmenims ir populiacijai; nauda sveikatos specialistams; nauda sveikatos priežiūros sistemai (Martin-Misener ir kt., 2012).

- Nauda asmenims ir populiacijai. Įgyvendinus efektyvų bendradarbiavimą tarp visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų būtų pasiektas aukštesnis profilaktinių patikrinimų rodiklis, nes jei asmenys turėtų geresnį prieinamumą prie prevencinių programų, o koordinuojamos paslaugos leistų asmenims aiškiau suprasti to reikšmę, tai jiems šios paslaugos būtų patrauklesnės ir priimtinesnės. Taip pat užtikrinus lėtinių ligų valdymą, sumažėtų dėl šių ligų kylančių komplikacijų ir hospitalizavimo, pagerėtų pacientų gyvenimo kokybė.
- Nauda sveikatos specialistams. Bendradarbiavimas sustiprintų tarpusavio santykius tarp kolegų, nes suprantant vienas kito vaidmenį, lengviau suprasti, ko siekia aplinkui dirbantys žmonės ir už ką yra atsakingi. Diegiami komandinio darbo principai leistų sveikatos specialistams jaustis komandos dalimi ir įgalintų pasiskirstyti darbais, jausti atsakomybę ne tik už savo individualias pareigas, bet ir už kito pasiektus rezultatus, žinotų, kaip, esant netikėtoms situacijoms, pagelbėti kolegoms. Tai pagilintų sveikatos žinias, kurios padėtų spręsti įvairias situacijas, susijusias su darbu sveikatos sektoriuje. Dėl to vyktų sklandesnis darbas sveikatos įstaigos viduje ir tarp sveikatos įstaigų, o tai lemia stipresnius ryšius su bendruomene, nes, kai vyrauja organizuotumas darbo aplinkoje, tada bendruomenės nariai gali labiau pasikliauti įstaiga ir sveikatos specialistais.
- Nauda sveikatos priežiūros sistemai. Galiausiai visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų bendradarbiavimo rezultatai apimtų pagerėjusį sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę, efektyvumą. Tai yra tai, ko siekia sveikatos sistema, nes pacientai turės galimybę gauti jiems reikalingas paslaugas, kurios bus kokybiškos, o užtikrintas efektyvumas leis su mažiausiomis įmanomomis sąnaudomis pasiekti didžiausios naudos. Tai lemia pacientų pasitenkinimą, o pacientas yra pagrindinė sveikatos sistemos ašis. Be to, kadangi visuomenės sveikatos požiūris į sveikatą keičiasi, tai tokio tipo bendradarbiavimas dar labiau paskatins visuomenę atkreipti dėmesį į prevenciją, nes rūpinantis savo sveikata, iš anksto nustatčius rizikos veiksnius, anksti reaguojant į sveikatos problemas galima užkirsti

kelių sveikatos problemoms ir turėti kokybišką gyvenimą, o dėl žemo susirgimų skaičiaus sumažėtų sveikatos išlaidos.

Apibendrinant, galima teigti, kad šalių praktikos pavyzdžiai parodo, kad bendradarbiavimas tarp visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų vyksta ir yra orientuojamasi į tokias sveikatos temas, kurios yra aktualiausios esamu laiku konkrečiose bendruomenėse, todėl ir bendradarbiavimo formų gali būti įvairių. Vis dėl to, galima išskirti, kad šio tipo bendradarbiavimas dažniausiai įgyvendinamas, kai visuomenės sveikatos specialistas yra įtraukiamas į šeimos gydytojo komandą; kai visuomenės sveikatos specialistas ir šeimos gydytojas bendradarbiauja projektuose, sveikatos stiprinimo temomis; kai visuomenės sveikatos specialistas atlieka atvejo vadybininko vaidmenį ir koordinuoja paslaugas, kurios apima pirminę sveikatos priežiūrą, kai įtraukiamas lėtinių ligų valdymas, prevencinių programų vykdymas. Taigi, bendradarbiavimo nauda yra neginčijama, o tarp minėtų sveikatos specialistų vykstantis bendradarbiavimas yra naudingas ne tik specialistams, kurie yra tiesiogiai su tuo susiję, bet ir asmenims, kurie gauna sveikatos paslaugas, kylančias iš bendradarbiavimo, bei galiausiai sveikatos sistemai, nes užtikrintas paslaugų prieinamumas, efektyvumas ir kokybė yra pagrindiniai sveikatos sektoriaus siekiai.

1.5. Teisinio reglamentavimo svarba bendradarbiavimui tarp visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų

Mokslinė literatūra rodo, kad sukurtas stiprus teorinis pagrindas bendradarbiavimui tarp visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų, tačiau siekiant įgyvendinti tinkamą bendradarbiavimą praktikoje, reikalinga parengti teisinį reglamentavimą, kuriuo besivadovaujantys sveikatos specialistai žinotų paslaugų teikimo tvarką, konkrečias pareigas ir tikslus. Lietuvoje bendradarbiavimo tarp visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų tema yra nagrinėjama moksliniais tyrimais, įgyvendinami projektai, tačiau pasigendama teisinio reglamentavimo išpildymo.

Lietuvos teisės aktuose galime identifikuoti pirminės asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sąlyčio taškus, kuriuose gali būti vykdomas šių sveikatos specialistų bendradarbiavimas. Lietuvos medicinos normoje MN 14:2019 „Šeimos gydytojas“ (Žin., 2005, Nr. 3-62) nurodytos šeimos gydytojo teisės, pareigos ir kompetencijos. Tarp pareigų yra išskiriamas bendradarbiavimas su sveikatos priežiūros ir kitais specialistais, informacijos apie sveikatos stiprinimą, išsaugojimą ir ligų profilaktiką suteikimas pacientui, sveikatos programų vykdymas ir kita (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2019 „Šeimos gydytojas“ patvirtinimo, 2005). Šios pareigos yra siejamos su visuomenės sveikatos specialistų pareigomis. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos 1994 m. liepos 19 d. įstatyme Nr. I-552 (Žin., 1994, Nr. 63-1231) nurodoma, kad asmens sveikatos priežiūra vykdoma ne tik kaip būtinosios medicinos pagalba, bet ir vykdant prevencinę

mediciną, profilaktinius patikrinimus ir kitas sveikatos priežiūros veiklas. Šiame įstatyme apibrėžiama ir visuomenės sveikatos priežiūra, teigiant, kad ši priežiūra apima visuomenės sveikatos ugdymą ir stiprinimą, visuomenės sveikatos saugą, ligų profilaktiką ir kontrolę, ekstremalias visuomenės sveikatai situacijas, visuomenės sveikatos stebėjimą (monitoringą) bei visuomenės sveikatos kontrolę (Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, 1994). Šie teisės aktai parodo, kad asmens sveikatos priežiūra turi bendrą kryptį su visuomenės sveikatos priežiūra. Kaip pagrindines bendras šių sveikatos specialistų funkcijas galima išskirti sveikatos stebėseną, sveikatos stiprinimą, ligų ir sužalojimų prevenciją. Lentelėje pateikiamos šeimos gydytojo kompetencijos iš Lietuvos medicinos normos MN 14:2019 „Šeimos gydytojas“ bei visuomenės sveikatos specialisto kompetencijos iš Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo Nr. IX-886, kurios apima visuomenės sveikatą ir siejasi tarpusavyje (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2019 „Šeimos gydytojas“ patvirtinimo, 2005, p. 14; Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas, 2002).

3 lentelė. Šeimos gydytojo ir visuomenės sveikatos specialisto sąlyčio taškai

Šeimos gydytojas	Visuomenės sveikatos specialistas
<ul style="list-style-type: none"> išmanyti sveikos gyvensenos principus ir sveikatos mokymo metodikas; 	<ul style="list-style-type: none"> vykdyti visuomenės sveikatos mokymą; vykdyti visuomenės sveikatos stiprinimą; skatinti sveikatos žinių populiarinimą;
<ul style="list-style-type: none"> išmanyti profesinės sveikatos ir darbo medicinos principus; 	<ul style="list-style-type: none"> vykdyti profesinių ligų stebėseną (monitoringą);
<ul style="list-style-type: none"> konsultuoti vaikų ir suaugusiųjų mitybos ir fizinio aktyvumo klausimais; 	<ul style="list-style-type: none"> užtikrinti sveikatą mitybą; skatinti fizinį aktyvumą; vykdyti vaikų sveikatos saugą ir stiprinimą;
<ul style="list-style-type: none"> atlikti psichikos būklės ištyrimą; 	<ul style="list-style-type: none"> vykdyti visuomenės psichikos sveikatos priežiūrą, psichikos ir elgesio sutrikimų profilaktiką ir stebėseną (monitoringą);
<ul style="list-style-type: none"> išmanyti imunoprofilaktikos principus; sudaryti skiepų planą ir vertinti skiepavimo indikacijas ir kontraindikacijas; 	<ul style="list-style-type: none"> vykdyti žmonių užkrečiamųjų ligų epidemiologinės priežiūros profilaktiką ir kontrolę;
<ul style="list-style-type: none"> išmanyti ligų epidemiologiją, diagnostiką ir gydymą bei jų profilaktiką; konsultuoti ūminių ir lėtinių ligų ir sveikatos sutrikimų bei profilaktikos klausimais; 	<ul style="list-style-type: none"> vykdyti neinfekcinių ligų ir traumų epidemiologinę priežiūrą bei tyrimus; vykdyti neinfekcinių ligų kontrolę ir profilaktiką;

Šaltiniai: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2019 „Šeimos gydytojas“ patvirtinimo, 2005, p. 14; Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas, 2002

Bendradarbiavimo tarp visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų svarba pabrėžiama įvairiose Lietuvos strategijose, veiksmų planuose. 2015 m. gruodžio 9 d. nutarime Nr. 1291 „Dėl Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2016 – 2023 metų plėtros programos patvirtinimo“ (TAR 2015-19827) iškeliami tikslai:

- stiprinti fizinę ir psichinę sveikatą – formuoti sveiką gyvenimą, skatinti sveikatos raštingumą;
- mažinti aplinkos veiksnių, nesaugių produktų neigiamą poveikį visuomenės sveikatai;
- užtikrinti visuomenės sveikatos priežiūros sistemos tvarumą.

Siekiant įgyvendinti šios programos tikslus, skatinama įtraukti sveikatos specialistus ir vystyti jų bendradarbiavimą. Šiame nutarime akcentuojama, kad viena iš tikslų bei uždavinių įgyvendinimo priemonių yra įdiegti ir plėtoti integruotus visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų modelius, apimančius asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Kaip viena iš krypčių, kur gali vykti toks bendradarbiavimas, išskiriama lėtinių neinfekcinių ligų prevencija (Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas dėl Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 metų plėtros programos patvirtinimo, 2015).

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. rugsėjo 26 d. nutarime Nr. V-1104 „Dėl Šeimos medicinos plėtros 2016 – 2025 metų veiksmų plano patvirtinimo“ (TAR 2016-24098) visuomenės sveikatos specialistai užima reikšmingą vietą. Šio veiksmų plano viena iš įgyvendinimo priemonių yra „gerinti šeimos gydytojo komandos bendradarbiavimą su pirminės psichikos, pirminės odontologijos, slaugos, greitosios medicinos pagalbos, specializuotas paslaugas teikiančiais specialistais, visuomenės sveikatos priežiūros specialistais, nevyriausybinėmis organizacijomis.“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl Šeimos medicinos plėtros 2016–2025 metų veiksmų plano patvirtinimo, 2016). Tai rodo, kad visuomenės sveikatos specialistai yra įtraukiami į šeimos medicinos tikslus, tam, kad sutelkus jėgas, būtų pasiekti pageidaujami veiksmų plano rezultatai. Integruotas šių specialistų paslaugos akcentuojamos ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2017 m. kovo 13 d. nutarime Nr. 167 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos įgyvendinimo plano patvirtinimo“ (TAR 2017-4172). Šiame nutarime viena iš prioritetinių sričių yra gyventojų sveikos gyvensenos ugdymo sistemos keitimas remiantis sveikatinimu. Tam įgyvendinti reikalingas „integruotų asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų, stiprinant sveikos gyvensenos įgūdžius rizikos grupės asmenims, įdiegimas“ (Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos įgyvendinimo plano patvirtinimo, 2017).

Nors Lietuvos teisės aktai įrodo bendradarbiavimo tarp visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų reikalingumą, tačiau vis dar nėra parengta konkrečios bendradarbiavimo tvarkos, kaip tiksliai turi vykti bendradarbiavimas tarp šių specialistų, kas yra kam atskaitingas ir koks skiriamas finansavimas. R. Gurevičiaus ir bendraautorių atlikto tyrimo „Visuomenės sveikatos specialistų požiūris į bendradarbiavimą su pirminės sveikatos priežiūros sektoriumi“ rezultatai parodo, kad didžioji dalis

tyrime dalyvavusių respondentų pritaria, kad sėkmingam bendradarbiavimu reikalingas palaikymas iš politikos atstovų ir tinkamas finansavimo skyrimas, kurio taip trūksta (Gurevičius ir kt., 2012).

Kaip geroji praktika gali būti pateikiamas Švedijos politikos formavimo pavyzdys. Švedija turi senas vietos savivaldos ir bendruomenės dalyvavimo tradicijas, o tai atsispindi ir sveikatos politikos formavime. Nacionalinė vyriausybė kuria sveikatos politiką daugiausia reaguodama į visuomenės problemas, o tarpsektoriniai veiksmai yra aiškūs prioritetai, todėl bendradarbiavimas tarp sveikatos specialistų visuomenės sveikatos temomis yra nacionalinės vyriausybės atsakomybė. Švedijoje visuomenės sveikatos politikos įgyvendinimas koordinuojamas nacionaliniu lygiu, tačiau atsakomybė paskirstoma ir regionams, apskričių taryboms ir savivaldybėms. Tokios visuomenės sveikatos kryptys kaip sveikatos stiprinimas ir ligų prevencija didžiąja dalimi yra integruotos į apskričių tarybų teikiamas pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Šis politikos formavimas prisideda prie Švedijos sveikatos rodiklių, kurie yra vieni geriausių pasaulyje (Burström ir Sagan, 2018). Pasaulio sveikatos organizacija, stebėdama šių sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimo potencialą ir būtinybę, rekomenduoja šalių politikos formuotojams puoselėti naujoves teikiant paslaugas, užtikrinti, kad iniciatyvos būtų įtrauktos į finansavimo sistemą ir makrolygio politiką (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2018).

Taigi, sėkmingam visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų bendradarbiavimui vykdyti reikalinga užtikrinti aiškų ir konkrečius aspektus apimančią teisinį reglamentavimą. Nors ir Lietuvos teisės aktai nurodo būtinybę bendradarbiauti šiems specialistams, o pareigybių aprašymuose matomi aiškūs sąlyčio taškai, tačiau trūksta konkrečių nurodymų ir paslaugų teikimo tvarkos, kuriuo remiantis, sveikatos priežiūros specialistai galėtų vykdyti bendradarbiavimą.

2. TYRIMO METODIKA

2.1. Tyrimo metodai

Siekiant įvertinti visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų bendradarbiavimo būklę, 2022 m. spalio – 2022 m. lapkričio mėn. buvo atliktas šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų interviu. Kokybinio tyrimo dizainas pasirinktas atvejo analizė, nes bendradarbiavimas kaip tiriamoji veikla nuodugniai analizuojamas iš skirtingų perspektyvų. Tyrimo uždavinių įgyvendinimui pasirinkta tyrimo paradigma – interpretatyvizmas – siekiama suprasti socialinį pasaulį tiriant, kaip jį interpretuoja jo dalyviai. Tyrimo prieiga pasirinkta indukcinė logika, nes buvo renkami faktai, duomenys, kuriuos analizuojant ir interpretuojant keliamos išvados.

Metodologiniame pagrindime išsikelti 3 uždaviniai:

1. Išanalizuoti šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų bendradarbiavimo įgyvendinimą sveikatos sektoriuje.
2. Įvertinti šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų nuomonę apie tarpusavio bendradarbiavimui įtaką darančius veiksnius.
3. Nustatyti motyvacinus veiksnius, skatinančius šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų bendradarbiavimą.

Šiame tyrime pasirinktu duomenų rinkimo būdu – individualus giluminis interviu – siekiama įsigilinti į problemą ir suprasti realią situaciją iš praktikuojančiųjų pusės bei tokiu būdu pateikti išsamesnius rezultatus, o ne tik statistiką. Dažnai, formuojant sveikatos politiką, nėra įsigilinama į asmenų, kurie bus įtraukti į įgyvendinimą, nuomonę, norus. Todėl šis tyrimo būdas leidžia išsiaiškinti informantų įsitikinimus ir sampratą, elgesio motyvus bei asmeninę patirtį bendradarbiavimo tarp sveikatos specialistų kontekste. Norint užtikrinti efektyvią sveikatos politiką, reikia ne tik vadovautis „iš viršaus į apačią“ politikos įgyvendinimu, kai vyrauja griežtai apibrėžtos atsakomybės, tikslus planavimas, racionalumas ir ribotos laisvės improvizuoti, bet ir dėmesį atkreipti į elementus, kurie kyla „iš apačios į viršų“ įgyvendinimo, vadovaujantis realistiškesniu vaizdu, kurį kuria ir adaptuoja politikos įgyvendintojai, laviruodami tarp taisyklių ir įgyvendinamumo.

Informacija buvo renkama pusiau struktūruotu interviu metodu, todėl interviu metu buvo pateikti iš anksto parengti atviri klausimai, kurie padėjo nenukrypti nuo pagrindinės problemos. Tačiau tyrimo eigoje, atsižvelgiant į situaciją, buvo užduodama papildomų klausimų, jeigu buvo matoma, kad tai praturtintų tyrimą. Iš anksto buvo parengta po 8 klausimus tiek visuomenės sveikatos specialistams, tiek šeimos gydytojams bei papildomieji klausimai priklausomai nuo specialybės (klausimynai pateikti magistrinio darbo prieduose).

2.2. Informantų atrankos kriterijai

Informantai buvo atrinkti tikslinės atrankos būdu remiantis apibrėžtais kriterijais. Tyrime dalyvavo Vilniaus miesto Visuomenės sveikatos biuro visuomenės sveikatos specialistai (5 asmenys) bei Vilniaus miesto X asmens sveikatos priežiūros įstaigos šeimos gydytojai (3 asmenys). Buvo taikomi tokie patekimo į tyrimą kriterijai: visuomenės sveikatos specialistai dirbantys Visuomenės sveikatos stebėsenos ir strateginio planavimo bei Visuomenės sveikatos stiprinimo skyriuose, kurie sutinka dalyvauti interviu, taip pat Vilniaus miesto X asmens sveikatos priežiūros įstaigos šeimos gydytojai, kurie sutinka dalyvauti interviu. Tyrimo metu surinkta informacija, galinti atskleisti informantų asmenybę, buvo koduojama. Kiekvienam informantui buvo suteiktas kodas pagal jo pareigybes (VSS – visuomenės sveikatos specialistas, ŠG – šeimos gydytojas) ir tyrimo dalyvio numerį. Viso 8 koduoti asmenys: VSS1, VSS2, VSS3, VSS4, VSS5, ŠG1, ŠG2, ŠG3.

2.3. Tyrimo organizavimas ir eiga

Prieš pradėdant vykdyti tyrimą, buvo kreiptasi į Vilniaus miesto Visuomenės sveikatos biuro skyriaus vedėjus ir Vilniaus miesto X asmens sveikatos priežiūros įstaigos administraciją dėl leidimo vykdyti tyrimą šiose įstaigose. Gavus leidimus su kiekvienu informantu dėl interviu vietos ir laiko buvo derinama individualiai. Kadangi Visuomenės sveikatos biure dirbantys visuomenės sveikatos specialistai daugiausia dirba nuotoliniu būdu, todėl jie išreiškė prašymą interviu vykdyti per Teams programą nuotoliniu būdu. Šeimos gydytojai interviu atliko gyvai savo darbo kabinete.

Organizuojant tyrimą, kilo sunkumų su šeimos gydytojais susitarti dėl tinkamo laiko, nes jų įtemptas darbo grafikas neleido skirti daugiau laiko interviu, todėl nors ir buvo kviečiama dalyvauti tyrime, tačiau šeimos gydytojai dažnai atsisakydavo dėl laiko trūkumo. Tuo tarpu visuomenės sveikatos specialistai noriai sutiko dalyvauti, tačiau interviu su jais vyko nuotoliniu būdu per vaizdo kamerą ir mikrofoną, todėl pritrūko gyvo kontakto ir emocijų perteikimo.

Prieš interviu buvo supažindinta su tyrimo esme, tikslu, pabrėžiamas anonimiškumas. Interviu buvo įrašomi diktofonu tik gavus informantų sutikimą. Interviu trukdavo nuo pusvalandžio iki valandos. Po kiekvieno interviu buvo pasižymimos pastabos ir atliekama transkripcija. Surinkti duomenys analizuoti turinio analizės metodu, tai daugkartinis skaitymas, pastabų užsirašymas, informacijos skirstymas į kategorijas, subkategorijas, lyginant informantų duomenis, interpretuojant, darant asmenines įžvalgas ir sudarant išvadas (4 lentelė). Duomenų kodavimui bei kategorijų, subkategorijų sudarymui buvo naudojasi MAXqda programa.

4 lentelė. Tyrimo dalyvių nuomonė bei patirtis suskirstyta kategorijomis ir subkategorijomis.

Kategorijos	Subkategorijos
Bendradarbiavimo būklė	Bendradarbiavimas vyksta
	Bendradarbiavimas nevyksta
Suvokimas apie bendradarbiavimą	Teigiamas požiūris į bendradarbiavimą
	Laukiama bendradarbiavimo pokyčių
Bendradarbiavimo galimybės	Prevencijos populiarinimas
	Dalinimasis informacija apie pacientų sveikatą tarpusavyje
	Tikslingas pacientų nukreipimas pas visuomenės sveikatos specialistus
	Visuomenės sveikatos specialisto darbas šalia šeimos gydytojo
Bendradarbiavimo kliūtys	Komplikuotas komunikacijos kelias
	Visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų nelygiavertiškumas
	Finansavimo trūkumas
	Skirtingas sektorių dėmesys
	Visuomenės sveikatos specialistų trūkumas
	Bendradarbiavimo tvarkos nebuvimas
	Teisinio reglamentavimo trūkumas
	Žinių trūkumas apie visuomenės sveikatos specialisto vykdomas veiklas
	Nepasitikėjimas visuomenės sveikatos specialisto vykdoma veikla
Bendradarbiavimui reikalingi komponentai	Teisinis reglamentavimas
	Vaidmenų ir funkcijų aiškumas
	Komandinis darbas
	Finansavimas
	Lyderystė
	Informacinė sistema

4 lentelės tęsinys.

Lauktina bendradarbiavimo nauda	Šeimos gydytojų laiko sutaupymas
	Geresnis santykis su visuomene
	Visuomenės sveikatos specialisto vaidmens stiprinimas
	Efektyvesni rezultatai
	Geresnis paslaugų prieinamumas
Motyvuojantys veiksniai bendradarbiauti	Bendras tikslas
	Visuomenės sveikatos specialistas kaip lygus narys šeimos gydytojui
	Kokybiškos sąlygos bendradarbiauti
	Noras padėti žmonėms

2.4. Tyrimo etika

Atliekant tyrimą, bus laikomasi esminių etikos principų. Interviu pradžioje bus prisistatoma bei motyvuotai ir trumpai paaiškinama, kokių tikslu atliekamas tyrimas. Tyrėja prieš interviu neturėjo jokių išankstinių nusistatymų, kad tai netrukdytų informantams išsakyti savo asmeninės nuomonės, pasidalinti patirtimi. Viso tyrimo metu tyrėja išlaikė pagarbą informantams ir pusiausvyrą tarp norimos informacijos iš informantų siekimo ir asmenų konfidencialumo. Buvo užtikrinamas respondentų anonimiškumas, interviu metu nebuvo prieigos kitiems asmenims klausytis, įsiterpti, klausimuose nėra atskleidžiama respondentų tapatybė.

3. TYRIMO REZULTATAI

3.1. Šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų bendradarbiavimo įgyvendinimas sveikatos sektoriuje

3.1.1. Bendradarbiavimo būklė

Šeimos gydytojai atkreipia dėmesį į prevencijos svarbą, teigdami, kad rūpinantis savo visapusiška sveikata iš anksto, galima išvengti ligų, be to pastebi, kad rūpintis prevenciniais klausimais yra labiau linkę jaunesni žmonės: ŠG2 „*Kaip profilaktika, manau, labai didelę dalį sudaro šeimos gydytojo darbo, nes visada profilaktika yra svarbiau, užbėgti ligai už akių negu paskui paskui gydyti tą ligą, taip kad profilaktikos darbe tikrai yra daug, turėtų būti daug, ne visada spėjame su ja, bet, bet svarbus labai dalykas.*“, ŠG3 „*ta kryptim tikrai galėtų būti daug daugiau dirbama ir dalies ligų net nebūtų. Cukrinis diabetas iš viso tokia liga, kurią tu gali puikiausiai sukontroliuoti, o ne skirti vaistus ir džiaugtis, kad jie yra kompensuojami. Tai yra liūdna, kai cukriniam diabetui, tiktai vaistai yra kompensuojami. Visa kita, kurie turi būti didžiausia pakraipa gyvenenos būdu: keitimas į fizinį krūvį, į mitybą orientuojamasi. Bet tą reikia žmogui padėti.*“, ŠG2 „*Jaunesni pacientai tikrai gerokai labiau rūpinasi profilaktiniais tyrimais negu vyresnio amžiaus žmonės. Vyresnio amžiaus žmonės kaip tik vengia visų tyrimų, nes jie bijo, kad kas nors bus negerai, kad būtinaį ką nors atras, o jaunimas ateina ten tikrintis, kol dar nieko nėra, tiesiog kartą į metus. Taip kad gal, sakyčiau, nuo metų labiau priklauso nuo amžiaus žmonių preferencijos.*“ Tačiau įtemptas šeimos gydytojų grafikas trukdo skirti laiko prevenciniams klausimams, todėl prioretizuojamos gydamosios medicinos problemos ir pacientai, jiems rūpinamais prevenciniais klausimais, turi domėtis patys kitais, dažniausiai nemedicininiais šaltiniais: ŠG1 „*Tai iš tikrųjų trūksta to laiko paaiškinti. Ir, ir tikrai, jei jeigu, jeigu... tu, negali ten irgi keliais sakiniiais paaiškinti žmogui visus niuansus, tai ir ir kiek ta konsultacija turėtų trukti, kad žmogui papasakoti apie, apie visus... visą prevenciją, jeigu tiktai, pavyzdžiui, užsivesi kažkokį pokalbį su tėvais apie skiepus - tai čia gali valandų valandas su jais diskutuoti, tai nėra to laiko kaip gydytojui, ir, aišku, kaip pasakyti, taip pat atliekame kažkokius tai tyrimus ir matome kažkokius pakitimus, tai apie tai kalbame, bet tikrai jaučiu, kad trūksta to tikrai... aš pati jaučiu, kad trūksta to laiko, o kalbėtis su vaikais apie tokius klausimus ir, ir tiesiog ir, ir su kitais turbūt ir su pagyvenusiais žmonėmis iš tikrųjų to laiko išvis yra neskiriama, nes jeigu konsultacijai skiriama 10 minučių, tai tai iš tikrųjų čia neįmanoma tokiais klausimais išsiplėsti, tai tiktai tiesiog turime, turime tam tikrų vat brošiūrų, kurias kurias padaliname, daug daug prašom, kad domėtusi patys internete apie mitybą prie tam tikrų ligų, nes viską papasakoti tikrai nėra laiko. O žmonės turbūt ir nė nesidomi taip taip, taip stipriai, taip stipriai, tuo...“, ŠG2 „*Tai stengiuosi bent keliais sakiniiais šviesti pacientą gyvenimo būdo klausimais, bet galbūt norėtusi daugiau tam laiko skirti. Bet būtent laiko stygius apriboja tą daryti, kad aš neturiu tokios tokios prabangos dvidešimt minučių**

pacientui pasakoti, ką, ką kas kaip saugotis diabeto, cukrinio, tam tiesiog nėra galimybių, laiko sąnaudų nėra.“, ŠG3 „išsigąstu, nes tai reikalauja labai daug laiko žmogui, iš tikrųjų reikalauja labai daug laiko. Čia tokia prabanga... jeigu tu turi žmogui 20 minučių, tu jam nieko nepasakysi, tai tikrai reikia daug daugiau laiko. Tai todėl išsigąstu, nes nu, tai yra daug“.

Tuo tarpu visuomenės sveikatos specialistai gali būti įvardinami kaip iniciatyvūs asmenys, siekiantys įtraukti kuo daugiau žmonių į visuomenės sveikatos stiprinimo, ugdymo ir profilaktikos veiklas: VSS2 *„labai daug ką gali pats, sakykime, tiek veiklų daryti, tiek kažkokios iniciatyvos imtis, ir jeigu įrodai, kad kažkoks veiksmas yra, sakykime, nešantis sveikatai naudą ar stiprinantis sveikatą, sakykime, žmonėms, tai tikrai yra užtikrinama ir labai viskas palaikoma.“*, *„ir tikrai vis daugiau žmonių atranda mus ir, žinoma, turbūt per įvairiausias veiklas, kuo mes daugiau patys einame ir organizuojame renginius ar socialinius tinklus skleidžiame informaciją ir panašiai, tuo daugiau žmonių mus atranda.“*, *„galėtumėme tikrai apie savo programas ir savo žinomis pasidalinti su kitais žmonėmis.“*, *„net mes esam, kažkada bandėme tą padaryti, kad, sakykime, ar poliklinikose būtų kažkokios mūsų ten informacinės skrajutės, ar kažkas.“*. Vis dėl to, visuomenės sveikatos specialistai pasidalijo patirtimi, kad visuomenė vis dar sunkiai suvokia jų, kaip specialistų reikšmę ir poziciją sveikatos sistemoje: VSS4 *„Iš asmeninės patirties, draugų patirties, kurie irgi kartu studijavo, ir, kurie dirba, tai tikrai, jeigu kažkas iš tavo artimos aplinkos paklausia, pavyzdžiui, ką tu veiki, tai būtų pasakytumei tiesiog visuomenės sveikatos specialistas, tai: „o kas čia?“ Vis dar turi aplinkui apipasakoti, tai nežinau...“*, *„šiaip nė karto nesu sutikęs žmogaus, kuris iš karto suprastų, kas yra visuomenės sveikatos specialistas (juokiasi). Tai aš manau, kad to suvokimo dar tikrai trūksta.“*, VSS2 *„būna tikrai žmonės, kurie pirmą kartą girdi apie mus ir tik pamatę ir susipažinę su veiklom, tada, aišku, jau ateina ir lanko“*, VSS4 *„užsienyje tai yra jau irgi kaip savaime suprantamas dalykas, visuomenės sveikatos specialistas, na, ir jį žiūrима rimtai. Pas mus, sakau, dar pritrūksta to tokio, nežinau, pripažinimo galbūt.“*

Nors šeimos gydytojai ir visuomenės specialistai interviu metu išskyrė panašias darbo praktikoje figūruojančias sritis, tačiau bendradarbiavimo tarp šių specialistų pavyzdžių yra tik keletas: VSS5 *„didesnėse poliklinikose yra dirbantys visuomenės sveikatos specialistai, bet jie nėra būtent šeimos gydytojo komandoje, tai reiškia vienas visuomenės sveikatos specialistas yra, kaip sakant, skirtas visai įstaigai. Dažniausiai jų vaidmuo yra būtent prevencinių programų kvietimas reiškia, nežinau, pavyzdžiui dėl krūties vėžio ar panašiai. Tiesiog jie skambina asmenim dėl įvairių programų, na, dažniausiai dėl statistikos kėlimo, kad žmonės tikrintųsi, nepamirštų.“*, VSS3 *„galime kaip bendradarbiavimą ir užskaityti vaiko sveikatos pažymėjimus, kuriuos gydytojai daro metų pradžioje, duomenis perduoda ir visuomenės sveikatos specialistai po to jų pateiktais duomenimis naudojasi ir daro tam tikras išvadas ir teikia rekomendacijas darželiams arba mokykloms. Tai čia yra bendradarbiavimas.“* Dažniau tiek šeimos gydytojai, tiek visuomenės sveikatos specialistai konstatavo, kad tarpusavio bendradarbiavimas nevyksta: VSS1 *„Šiuo metu to bendradarbiavimo praktiškai kaip ir nėra.“*, VSS4 *„jeigu žvelgiant į*

mano, na į mano darbus, tai pas mane tokio kontakto su sveikatos priežiūros įstaigom, jo nėra. Aišku, mano manymu, galėtų būti, bet jo nėra arba ten, apart to, kad ten gali susitikti kažkokiuose mokymuose, ar kažkur, bet tokio tikslingo darbo kartu, konsultavimosi kažkokio jo nėra.“, ŠG2 „Visas bendravimas vyksta tada, kai nustatome kokią nors užkrečiamą ligą ir tiesiog Visuomenės sveikatos centrui nusiunčiame pranešimą, kad nustatėme užkrečiamą ligą, o daugiau kažkaip tiesiogiai neteko bendrauti.“, VSS5 „paskambinus, pavyzdžiui, į polikliniką ar paprašius sujungti su gydytoju, jis negalėtų man atskleisti tam tikrų duomenų patikslinimo, todėl, kad nėra jokio bendradarbiavimo kartu ir, na, aš visiškai pašalinis žmogus gaunasi ir, faktas, man negali atskleisti tų jautrių duomenų.“ Taip pat informantai pateikė pavyzdžių, kai bendradarbiavimas buvo nevykdomas dėl atsako trūkumo iš kitos pusės: ŠG1 „Aš turėjau keletą atvejų, kada reikia man bendrauti tiesiogiai su tuo Visuomenės sveikatos centru, tai žodžiu, jie labai formalūs, ir ir jeigu tu nori ko nors paklausti, pasitikslinti, jeigu tau kažkas yra neaišku, ką tau daryti, vienu ar kitu atveju, tai jie tiesiog atsako tau, kad skaitykite įstatymus, ir viskas. Ir ir visas visas pokalbis tai va, tai, žodžiu, su jais nėra tokio kontakto.“, „Ar jie toliau kažką taip daro, jeigu tu diagnozuoji kokią nors ligą, daleiskim, kokiam nors vaikų darželį, kažkur, tai tu negauni to, tokio atgalinio ryšio, kaip ten viskas baigiasi, ir ar jie iš tikrųjų ten toliau kažką daro, ar nedaro.“, VSS1 „Mano patirtis darbinė rodo, kad biure mes įgyvendinome širdies ir kraujagyslių ligų ir cukrinio diabeto rizikos grupės asmenų sveikatos stiprinimo programą. Ir anksčiau toje programoje buvo numatyta, kad programos dalyvius mums turėtų atsiųsti šeimos gydytojai, tačiau to nepavykdavo įgyvendinti šeimos gydytojui. Mes tų dalyvių praktiškai nesulaukdavome arba sulaukdavome vos vieną kitą. Bendravimas, bendravimas kaip ir turėjo vykti, tačiau jo praktiškai nebuvo. Vėliau pasikeitė teisės aktai. Į tą programą dabar dalyvius susirenkam mes patys.“ Taigi, galima teigti, kad šeimos gydytojai yra atsakingi už kai kurias visuomenės sveikatos specialisto funkcijas, tačiau dažniausiai tam nebelieka laiko, nes šeimos gydytojų konsultacijos laikas yra per trumpas, kad būtų galima skirti daugiau laiko. Tuo tarpu tyrime dalyvavę visuomenės sveikatos specialistai yra motyvuoti skleisti žinią visuomenei apie tai, kaip svarbu rūpintis savo sveikata, jie dirba su šia idėja ir noriai organizuoja sveikatinimo veiklas. Visgi, visuomenė dar nėra susipažinusi su visuomenės sveikatos specialisto vaidmeniu, todėl vyrauja nežinojimas apie jų teikiamas paslaugas. Kadangi šeimos gydytojai ir visuomenės sveikatos specialistai siejasi su visuomenės sveikata, todėl būtų galima svarstyti bendradarbiavimo klausimą. Vis dėl to, informantai dažniau teigė esą nebendradarbiaujantys tarpusavyje nei bendradarbiaujantys.

3.1.2. Suvokimas apie bendradarbiavimą

Nors daugiausia tiek šeimos gydytojų, tiek visuomenės sveikatos specialistų patvirtino, kad bendradarbiavimas tarp šių specialistų nevyksta, tačiau apie patį bendradarbiavimą buvo atsiliepta itin teigiamai ir pabrėžiamas to reikalingas: ŠG1 „Aš tai manau, kad tikrai galima būtų įgyvendinti jeigu

būtų finansavimas. Nes modeliai tikrai yra, kažkokio naujo labai sukurti nereikia. Tiesiog paimti modelį, kuris veikia kitose šalyse, ir ir adaptuoti mums, ir manau, kad tada, tada ir mes pastebėtumėme tuos pokyčius ir, ta prasme, tuose esminiuose rodikliuose, kad mažinti kaip ir sakiau ligotumą ir ir sergamumą, ir ir tą mirtingumą. Tai va, tai žodžiu, manau, kad tikrai tą galėtumėme pasiekti.“

Visuomenės sveikatos specialistas bendradarbiavimą įsivaizduoja kaip nenutrūkstamai veikiančią mechanizmą, į kurią įsilieja kiti elementai: VSSI „*norėtusi tikėti, kad ateis laikas, kai šeimos gydytojai ir visuomenės sveikatos specialistai dirbs kaip viena komanda, nors ir skirtingose įstaigose. Tai manau, kad turėtų veikti mechanizmas, kurio kiekvienas dalyvis žinotų konkrečias savo funkcijas ir kada ir kaip jas turi tinkamai įgyvendinti. Kai, pavyzdžiui, vienas kažkuris pradeda veikti užsikuria mechanizmas ir visi kartu į komandiškai įsilieja į tą mechanizmą, ir veiksmas vyksta nenutrūkstamai. Tai svarbu turbūt šioje vietoje, kad kažkas neužstrigtų, ir tas mechanizmas nesustotų.“*, „*Bendradarbiavimas su šeimos gydytojais tikrai galėtų būti vykdomas pakankamai plačiai. Tai tiek, pavyzdžiui, visuomenės sveikatos stiprinimo programose, tiek pačiose įvairiausiose mūsų biuro siūlomose veiklose.“*

Tyrime dalyvavę informantai ne tik itin palankiai žvelgia į bendradarbiavimą, bet net ir, atsižvelgiant į tai, kad bendradarbiavimas nevyksta, laukia pokyčių, kada tai bus pradėta įgyvendinti: ŠG1 „*Labai laukiu tų pokyčių. Aš labai teigiamai reaguočiau. Jeigu jeigu, jeigu kažkas įvyktų. Aš dalyvavau tokiam iš tikrųjų pilotiniam projekte prieš kokius penkis metus, kaip tai turėtų vykti. Bet tas projektas ir, ir baigiasi tiktai projektu. Ir ir toliau jisai - ne, ne nepajudėjęs, ir aš, kaip suprantu, nes ten tas projektas buvo reikalingas tam, kad įrodyti, kiek reikia kokio finansavimo žmogui - kad kad jisai kad kad galima būtų jam suteikti visas visas jam reikalingas paslaugas ir kad dirbtų iš tikrųjų ta komanda - tai tai aš vis tiek tikiuosi, kad ateityje kažkaip kažkaip kažkada šitie pokyčiai bus ir ir šitie modeliai bus ir, ir aš tikrai sakau labai laukiu to.“*

Nors kai kurie informantai jaučia nežinomybę dėl galimų pasikeitimų, tačiau nebijotų, jeigu būtų priimta nauja paslaugų teikimo tvarka, ir noriai įsitrauktų į naujoves: ŠG2 „*Aš pokyčius visada labai noriai išbandau. Tikrai darbe bandyčiau tų pokyčių, nes niekada nesam dirbę ir niekada nesu dirbusi komandoje su visuomenės sveikatos specialistu ir aš nežinau, ar būtų geriau, ar blogiau, ar čia būtų tiesiog daugiau darbo, daugiau „užsiknisimo“, bet pabandyti pabandyčiau tikriausiai pati pirma. Tikrai tikrai bandyčiau bendradarbiauti ir žiūrėti, kaip kaip sekasi, kaip tas atrodo ir kokie rezultatai.“*, VSS3 „*per savo praktiką, darbą biure aš supratau tokį dalyką, kad šiaip nėra nieko geriau negu pokyčiai, nors kartais jie atrodo labai baisūs, bet pasikeitimai visada atneša tokių naujų vėjų, naujų idėjų ir galų gale išeina į gerą pusę. Tai pokyčių aš tikrai nebijočiau, jeigu atsirastų tiksliai reglamentuota, kaip kas daroma, tai iš vienos būtų pusės, kaip ir viskas paprasta, labai aišku, labai tikslu, ką tu turi daryti, iš kitos pusės turbūt pritrūktų to kūrybinio darbo, nes dabar mes turime tikrai nemažai to kūrybinio darbo, kai reikia sugalvoti kažką vat naujo ir kai tu sugalvoji ir įgyvendini savo kažkokią tai idėją, tai visada yra labai smagu“.*

Tyrimo dalyviai pasidalino savo teigiamu požiūriu į bendradarbiavimą ir noriai priimtų galimus pokyčius

bendradarbiavimo kontekste, todėl galima teigti, kad šių sričių sveikatos specialistai įsitrauktų į tarpusavio bendradarbiavimą.

3.1.3. Bendradarbiavimo galimybės

Tyrimo metu buvo galima suprasti, kad informantai teigiamai žvelgia į visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų bendradarbiavimą, o tai leidžia svarstyti, kokios yra bendradarbiavimo galimybės tarp šių sektorių. Šeimos gydytojai ne itin aiškiai galėjo identifikuoti, kokiose srityse turėtų vykti bendradarbiavimas, jų manymu pagrindinė sritis, kurioje gali būti stebimas geresnis bendradarbiavimas, yra infekcinės ligos: *ŠGI „daugiausia mes susiduriame su infekcinių ligų kontrolės turbūt funkcija, tai dabar, paskutiniu metu, nu gal ne paskutiniu, čia, galima sakyti, kokie penki metai, kai prasidėjo, šiek tiek gauname, kokios tai iš jų informacijos. Tai atsime nu pačioje pradžioje dėl Ebola viruso irgi atsiūsta tam tikra informacija, kaip, kaip reikėtų valdyti šitą šitą infekciją, po to, covid infekcija tada, dabar ten raupų infekcija. Tai mes šiek tiek gauname tos informacijos, bet jinai tokia, nu kaip, tiesiog atsiunčiama kokia informacija, bet jeigu tau reikia tai įgyvendinti praktiškai pagal tai, kas yra nurodoma, tai yra pakankamai sudėtinga.“* Taip šeimos gydytojai akcentuoja informacijos dalinimąsi tarpusavyje, kas leistų sklandžiau vykdyti darbą. Visuomenės sveikatos specialistai suvokdami savo funkcijas ir visuomenės sveikatos svarbą, išskiria daugiau sričių, jeigu šeimos gydytojai pasidalintų informacija su visuomenės sveikatos specialistais: *VSS5 „nors ir mes esam orientuoti į visuomenę, mes tikrai galėtumėm surinkti būtent grupes, kaip ir minėjau, pavyzdžiui, diabeto grupės galėtumėm būtent pagal pacientų charakteristikas atrinkti būtent panašiausius su panašiausios ligos tipo žmonėms ir ir vis tiek būtent juos šviesti apie jų tam tikrus sutrikimus ir net ne tik turinčius tam tikrų sutrikimų, bet lygiai taip pat, jeigu mes žinotumėm tam tikras, pavyzdžiui, galbūt genetines ligas arba galimybes, pavyzdžiui, pavyzdžiui, pvz., mama, mamai stuburas krypo, didelė tikimybė, jog vaikui bus lygiai taip pat skoliozės būtent rizika, labai daug vaikų turi tokią pačią riziką ne tik dėl genetinių tam tikrų dalykų, bet ir dėl būtent gyvenimo būdo. Todėl mes lygiai taip gal galėtume tam tikras prevencines programas skirti dar sveikiems žmonėms užkertant tam tikrų ligų kelia, jeigu žinotumėme ar tam tikrą priešistorę arba pamatytumėm iš tarkime šeimos gydytojo aprašo tam tikras grėsmes.“, VSS1 „žinutės, pasidalinimų, kad, pavyzdžiui, šeimos gydytojai pasidalina su pacientais žinia apie mus, apie biurą, apie mūsų vykdomas veiklas. Mes, pavyzdžiui, vykdydami kūno masės analizę, galbūt matydami kažkokius rodiklius, kuriems reikėtų gydytojo konsultacijos informuotume, kad galbūt reikėtų pasitarti su gydytoju specialistu, su šeimos gydytoju ir pan. Tačiau galėtų būti viena iš formų, kai tiesiog dalinomės informacija tarpusavyje.“*

Visuomenės sveikatos specialistai savo iniciatyvumu ir geranoriškumu pasižymėjo pasisiūlydami pasidalinti darbais su šeimos gydytojais, perrimdami nuo jų prevencinius klausimus ir taip atlaisvinti

šeimos gydytojų laiką, kuris būtų skiriamas gydymui: VSS3 „*galbūt visuomenės sveikatos specialistai galėtų padėti šeimos gydytojams perimdami daug ko tokios informacinės srities, kur atitenka gydytojams, kur nu jie ir taip neturi laiko, ir dar turi aiškinti tokius visuomenės sveikatos specialisto dalykus, kur nu gydytojui net nepriklauso, bet jisai turi tą padaryti, nes žmonės nežino, ir jeigu nori rezultato*“, VSS5 „*Tikrai taip, nes tikiu, kad patys gydytojai neturi dažnai laiko prevencijai, dėl to, na, todėl, kad konsultacijų laikas tikrai yra vis trumpinamas būtent, na nežinau, savivaldybės įstaigose ar valstybinėse poliklinikose, dėl to mes tikrai mielu noru užimtume būtent tą prevencijos dalį nuo gydytojų. Taip, tikiu, ir patiems pacientams būtų geriau, nes konsultacijų laikas pas šeimos gydytojus galėtų prailgėti.*“ Kiti tyrimo dalyviai svarstė apie dar glaudesnę bendradarbiavimą ir siūlė visuomenės sveikatos specialistui dirbti šeimos gydytojo komandoje, kad būtų galima tiesiogiai kreiptis prevencijos klausimais: VSS4 „*Aš tikrai manyčiau, kad toks va duetas šeimos gydytojas – visuomenės sveikatos specialistas tikrai būtinas mums ateityje, ta prasme kaip įmanoma greičiau bet, vis tiek tada turėtų būti ir tas darbo apibrėžtumas, dalis, tiek tą ir teisinė kažkaip tvarka aprašyta tiksliai, o ne tiesiog. Vis tiek nu, kad būtų parodytas tas modelis, koks jis galėtų būti.*“ Tiesioginiam darbui dėl pacientų sveikatos itin pritarė šeimos gydytojai, kurie pageidautų turėti visuomenės sveikatos specialistą savo komandoje, kuris rūpintųsi pacientų prevenciniais klausimais, sveikatos ugdymu, atliktų koordinuojantį darbą: ŠG3 „*Mano vizija yra tokia: ateina pas mane pacientas, aš surašau jo problemas, visas problemas, kokias jisai išsako, ir viskas, ir atiduotų: psichiatras, psichologas – tenai tvarkosi, socialinis darbuotojas – tenai tvarkosi, ten reikia kažką tai pasikoreguoti su gyvenimo būdu – visuomenės sveikatos specialistas. Ir viskas, ir aš turiu programą, ir aš turiu darbą ir turiu atsakomąjį ryšį. Pas mane ateina psichologas, man sako – kažkas tai va taip, tenai gal kažką darome, slaugytoja – gal kažką darome, tai yra normali komanda, kuri dirba. Tas būtų labai gerai, ir žmogus tada žinotų ir gautų tą pagalbą.*“, „*Visuomenės sveikatos specialistai turi būti įtraukti į šeimos gydytojo komandą - vienareikšmiškai šeimos gydytojo komanda. Jinai gali vadintis kaip nors kitaip, bet tai vis tiek turi būti bendradarbiavimas. Ne kažkur tai, o kad apie tą pacientą žinotų. Tai būtų artimas ryšys, o ne kažkur išėjo, po trijų mėnesių grįžo su išrašu ir pan.. Ne, turi būti artimas ryšys*“, ŠG2 „*Tobulam pasaulyje turbūt norėtųsi gyvai, kad žmogus dirbtų, nes, kaip sakyti.. tą ką pašnekėti telefonu žmogus prisimena kiek ten, dalį procento, gyvai galima duoti įvairių lankstinukų, popieriukų, parodyti kažkokių vaizdinių priemonių apie gyvenimo būdą ir ir, aišku, tobulam pasauliui, tobuloj klinikoje būtų būtų geriau, kad tai dirbtų fizinis asmuo, ne kažkur už laido. Bet tokių galimybių nu... ne tobulas pasaulis*“. Vis dėl to, ne visi visuomenės sveikatos specialistai pritarė visuomenės sveikatos specialisto integracijai į šeimos gydytojo komandą, pagrįsdami tuo, kad visuomenės sveikatos specialistai negalėtų suteikti paslaugų visiems prie šeimos gydytojo prisirašiusiems pacientams, truktų žmogiškųjų išteklių ir tuo pat metu būtų neaišku, kam jie atskaitingi ir kaip būtų pasidalintos funkcijos: VSS2 „*toks pirminis mano įspūdis, tokia pirminė nuomonė, kuri iškyla: tuomet realiai, tada tų visų biurų nelabai reiktų, nes mes ir atliekame, sakykime, tas funkcijas ir*

tas programos vykdomė tai jeigu, sakykime, visuomenės sveikatos specialistai dirbtų būtent kartu su gydytojų komanda, kai kažkokiose ligoninėse, dar kitose įstaigose, tai manau, tada galbūt tų biurų veiklos nebebūtų tokios. A, na, galime sakyti, kad tos pačios veiklos kartotųsi.“, VSS5 „Vis dėlto šeimos gydytojų yra daug ir jie tiesiogiai atlieka savo darbą, gydydami žmones, rinkdami konsultacijoms ir pan. Visuomenės sveikatos specialistai, dirbdami biure jie taip pat kiekvienas savo tiesiogines funkcijas, kurių na kaip ir negalėtų paleisti. Tai nors ir tikrai labai norėtumėme prisidėti prie tokios iniciatyvos, tačiau kultū problema, kaip būtent mums paskirstyti savo laiką, prioritetizuoti tam tikrus dalykus ir galbūt kaip didinti, kaip prašyti, nežinau, savivaldybės papildomo finansavimo dėl etatų skaičiaus. Jeigu mes suburtumėme komandą būtent visuomenės sveikatos specialistų, konkrečiai dirbančių su šeimos gydytojais, bet tai gali būti irgi sudėtinga, nes vien imant Vilniaus miestą asmens sveikatos priežiūros įstaigų tikrai yra labai daug, o šeimos gydytojų yra labai daug, tai atitinkamai turėtų būti daug ir visuomenės sveikatos specialistų.“.

Tyrimo metu įvertinta, kad, kaip optimaliausią bendradarbiavimo būdą tarp šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų, tyrimo dalyviai įvardina šeimos gydytojų tikslingą paciento nukreipimą pas visuomenės sveikatos specialistą. Tai reiškia, kad šeimos gydytojas, pastebėjęs paciento sveikatos pakitimus, polinkį į ligas ar jį veikiančius rizikos faktorius, galėtų pacientui išrašyti siuntimą dėl prevencinių klausimų kreiptis į Visuomenės sveikatos biure dirbančius specialistus, kurie įtrauktų besikreipiančių žmonių į programas ir tuo pačiu metu suteiktų atgalinį ryšį šeimos gydytojui. Visuomenės sveikatos specialistai pabrėžia, kad į jų organizuojamas sveikatinimo veiklas susirinktų tikslinga auditorija – žmonės, kuriems nukreipimą davė gydytojas: VSS5 „Kadangi gydytojai tikrai labiau atpažįsta savo pacientus, būtų šaunu, jeigu, pavyzdžiui, Vilniaus miesto savivaldybės įstaigos tarpusavyje bendradarbiautų, tai reiškia šeimos gydytojai galėtų siųsti į Visuomenės sveikatos biurą savo pacientus, na tiesiog tokius kaip nukreipimus duoti kaip yra siuntimai pas kitos kvalifikacijos gydytojus, tai lygiai taip pat būtų pas visuomenės sveikatos specialistus, kurie, kadangi būtent biuruose yra rengiamos programos įvairių sutrikimų turintiems asmenims, pavyzdžiui, o diabeto programos, širdies kraujagyslių ligų, įvairių priklausomybių vyrų, moterų grupės, prieš gimdyvinės, gimdyvinės, pogimdyvinės mankštos, iš tikrųjų yra labai didelė pasiūla, ką siūlo Visuomenės sveikatos biurai, bet kol kas jie savo auditorijas susirenka netikslingai iš, pavyzdžiui, asmens sveikatos priežiūros įstaigų, o tiesiog savo programas pasidalindami socialiniuose tinkluose, radijose ar pan. Tai tikrai būtų labai smagu, jeigu jeigu tiesiog būtų tam tikri siuntimai ar nukreipimai asmenų į tokias programas, kurias mes organizuojame“, VSS2 „vykdome kažkokią sveikatos, sakykime, organizuojame programą, pavyzdžiui, širdies kraujagyslių ligų tikrinimo programa. Tai būtent šeimos gydytojai galėtų savo klientus, kurie, tarkim, turi polinkį į tokias ligas, nukreipti, būtent į mūsų, sakykime, programas ir kad ateitų paklausti ten paskaitų ar į fizinius užsiėmimus ateitų ir pan.. Tai, o tokiose veiklose, manau, kad mums tikrai galėtų būti tas bendradarbiavimas, kai kadangi jie susiduria kasdien su žmonėmis, kurie turi

tam tikrus, kažkokių polinkius ar ligas, ar dar kažką, ar ten įpročių, galų gale pakeitimus, savo mitybos pakeitimus, tai tikrai gali pas mus, sakykime, galėtų pas mus nukreipti, į mūsų vykdomas programas.“ Nors kai kurie šeimos gydytojai žino apie visuomenės sveikatos specialistų organizuojamas veiklas, tačiau nukreipimų vis dar maža: VSS3 „*Tai turbūt būtų pagrindinis širdies kraujagyslių ligų, cukrinio diabeto programa. Yra tikrai gydytojų, kurie nukreipinėja žmones, kurie skatina, bet tai tikrai nėra labai platus mastas. Taip pat visą laiką besilaukiančias mamas galėtų parekomenduoti, kad lankyti kursus, pasiruošti gimdymui atvykstančiam naujagimiui. Fizinio aktyvumo lygiai taip pat, į mankštas, skirtas specifines nugaros skausmo prevencijai, pavyzdžiui.*“, ŠG1 „*Jeigu tu galėtumei kreiptis į visuomenės sveikatos specialistą, kuris kuris galėtų su tuo žmogumi bendrauti ir ir aiškinti, ir padėti jam ir, ir dėl mitybos, ir dėl fizinio aktyvumo, ir dėl dėl kokių kitų... ten nu išspręsti kitus kokius klausimus, kurie jam iškilo, kas būtų to visuomenės sveikatos specialisto kaip ir pareigos, tai tai tada tikrai būtų didžiausia tai nauda žmonėms, pacientams.*“.

Taigi, bendradarbiavimas tarp šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų gali būti vykdomas tam tikrais lygiais nuo mažiausiai glaudaus iki glaudžiausio. Šių sričių specialistai galėtų sklandžiau dalintis ne tik informacija apie pacientus, dėl ko būtų galima tikslingai taikyti intervencijas, siekiant užkirsti kelią ligoms, bet tuo pačiu dalintis aktualia, naujausia informacija visuomenės sveikatos klausimais, konsultuotis tarpusavyje. Be informacijos sklaidos, visuomenės sveikatos specialistai siūlė perimti kai kuriuos šeimos gydytojo darbus, kurie susiję su visuomenės sveikata, taip parodydami savo norą padėti šeimos gydytojams, kurių darbo laikas ir pacientų kiekis dažniausiai neatitinka realybės. Nors ir glaudesnis darbas visuomenės sveikatos specialisto šeimos gydytojo komandoje nebuvo vienareikšmiškai teigiamai priimtas, tačiau beveik visi tyrimo dalyviai sutiko, kad šeimos gydytojais galėtų tiesiogiai nukreipti pacientus pas visuomenės sveikatos specialistą konsultuotis prevencijos klausimais. Ši idėja teigiamai priimta tiek visuomenės sveikatos specialistų, kurie parodo savo iniciatyvą rūpintis tiesiogiai jiems nukreiptais pacientais, tiek šeimos gydytojais, kuriems tokia bendradarbiavimo forma palengvintų kasdieninį darbą asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, tuo pačiu suteikiant galimybę pacientams gauti sveikatinimo paslaugas, juos nukreipiant pas visuomenės sveikatos specialistus.

3.2. Šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų (ne)bendradarbiavimui įtaką darantys veiksniai

3.2.1. Bendradarbiavimo kliūtys

Šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų bendradarbiavimas priimamas teigiamai, jį galima vystyti net keliais lygmenimis, priklausomai nuo poreikio ir galimybių, tačiau visgi tyrimo dalyviai įvardino, kad dažniausiai jis nevyksta, todėl analizuojant bendradarbiavimo būklę svarbu išsiaiškinti, kas trukdo bendradarbiavimo įgyvendinimui. Pagrindinė bendradarbiavimo kliūtis, kurią

įvardino visi šeimos gydytojai yra žinių trūkumas apie visuomenės sveikatos specialistus ir jų teikiamas paslaugas. Nors šeimos gydytojai turi bendrą suvokimą, kad visuomenės sveikatos specialistas vykdo ligų prevenciją, tačiau paprašius paaiškinti detaliau, informantai sutriko ir galiausiai prisipažino, kad nežino, kokiais klausimais galėtų į šiuos specialistus kreiptis: ŠG2 „*Tai turbūt pagrindinė funkcija ir yra prevencija, sveikatinimas, visuomenės švietimas. Tai manyčiau, kad turbūt svarbiausia yra ir mokyklinio amžiaus vaikų švietimas, kuomet važinėja po mokyklas, šviečia. Lytinis švietimas, elementari higiena mergaičių ar kažkas tokio. Aš įsivaizduoju, kad kad, kad prevencija yra pagrindinė veikla jų.*“, ŠG3 „*Visuomenės sveikatos specialistas – tai, aš suprantu, žmogus, kuris rūpinasi visuomenės sveikata, tai yra ligų prevencija ir t. t.*“, „*Tiesiog aš nežinau kur tie visuomenės sveikatos specialistai yra, kur siųsti pacientus. Taip, aš net neįsivaizduoju, kur juos rasti, o kur išvis pacientui rasti...*“, ŠG1 „*Aš iš savo patirties, tai dabartiniame savo šeimos gydytojo darbe, iš tikrųjų nežinau, kokios jo yra funkcijos, ir ir ir kokie ten specialistai dirba, ir ir į kur, į kur reikėtų man kreiptis, jeigu reikėtų man kažkokios tai pagalbos.*“, „*Bet šiaip mieste tai aš matau, kad tas visuomenės sveikatos centras suorganizuoja ten ir senjorams visokias, ir mankštas, ir ir visokius, ten aš sakau... Visuomenės sveikatos centras, biuras organizavo dėl sveikos mitybos ir ten, mokyklose, ir ir darželiuose kažkokias paskaitėles, kad kad jie kad, kad iš tikrųjų jie tą daro. Tai tai negali sakyti, kad jie tenai šiais dalykais neužsiima*“. Tai parodo, kad šeimos gydytojai, nežinodami apie visuomenės sveikatos specialistų vykdomas veiklas, dažniausiai neinicijuoja bendradarbiavimo.

Tuo labiau visuomenės sveikatos specialistai yra nusivylę, kad iš šeimos gydytojų jaučiamas nenoras bendradarbiauti ir netgi nepasitikėjimas jais, kaip sveikatos specialistais: VSS5 „*Tai reiškia, mes nesame įvertinti pakankamai, kiek mes turime žinių, kiek mes galime užkirsti tam tikrom, pavyzdžiui, ligom, kelią ar panašiai. Na į mus kažkaip žiūri nepatikliai, gal taip sakyčiau...*“, „*vis tiek kyla klausimų: ką gi mes čia daro? Ar mes čia gydome, ar negydome, ir tikrai yra tie stereo.. yra tam tikri, galbūt iš kitų įstaigų nusistatymai prieš mus*“, VSS2 „*tai toks tabu, kad nenoras iš kitų pusių bendradarbiauti su, pavyzdžiui, būtent su biuru.*“, VSS1 „*Taip pat iš šeimos gydytojų jaučiamas šioks toks nusistatymas prieš visuomenės sveikatos specialistus. Atrodo, kad esame vertinami jiems kaip konkurentai. Nors mūsų darbo specifika yra visai kitokia nei šeimos gydytojų ir konkurentais, tikrai negalėtumėme jiems būti.*“. Tai gali lemti, kad trūksta sisteminio požiūrio ir paryškinamas visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų nelygiavertiškumas, dėl kurio visuomenės sveikatos specialistai jaučiasi neįvertinti: VSS4 „*Tik tiesiog, na, dar matosi, kad Lietuvoje jis, na, nėra lygiavertiškas, vis tiek šeimos gydytojas, o visuomenės sveikatos specialistas na, kažkur ten, pas savo, savo veiklom tiesiog užsiima, stengiamės... bet tokio ryšio ir lygiavertiškumo jo nėra*“, VSS5 „*paskambinus, pavyzdžiui, į polikliniką ar paprašius sujungti su gydytoju, jis negalėtų man atskleisti tam tikrų duomenų patikslinimo, todėl, kad nėra jokio bendradarbiavimo kartu ir, na, aš visiškai pašalinis žmogus gaunasi ir, faktas, man negali atskleisti tu*

jautrių duomenų.“ Šis vyraujantis požiūris neleidžia vystyti bendradarbiavimo, nes žinių apie vienas kitą trūkumas lemia sumišimą ir nepasitikėjimą.

Interviu dalyviai taip pat paminėjo, kad bendradarbiavimui nėra sudarytos sąlygos, tokios, kaip informacinė sistema, kuri turėtų būti kaip komunikacijos kelias šių specialistų, nes realioje situacijoje specialistai neturi net galimybių rasti vienas kito kontaktus ar perduoti reikalingą informaciją: ŠG1 *„kasdieniame bendravime tokiam tai yra sunku su jais bendrauti. Ypatingai buvo daug dėl covido klausimų, kada Visuomenės sveikatos centras pateikinėjo visokią informaciją, rinko duomenis, ir viskas yra tokiam popieriniam variante, kad mes tam turėjome siųsti faksus, kada diagnozuojame. Ir šiaip jeigu tu, jeigu tu diagnozuoji kokią nors ligą, tu turi informuoti visuomenės sveikatos centrą apie tai viskas vyksta, žodžiu, ne elektroninėje erdvėje, o popierinėje erdvėje.“*, VSS5 *„Tai pirmiausia nėra jokios sistemos nėra, mes neturime jokių kontaktų gydytų“*. Taip pat, bendradarbiavimui vystytis trukdo bendros tvarkos nebuvimas bei teisinio reglamentavimo trūkumas, o tai kelia nemažai iššūkių specialistams, kurie išreiškia norą bendradarbiauti, bet niekur nenurodyta, kaip tai reikia daryti, todėl tai užblokuoja kelią, net ir asmenims, kurie imtųsi iniciatyvos: VSS4 *„kai nėra apibrėžtumo, tai matosi, kad tada atsiranda labai daug papildomų klausimų ir į tuos klausimus dažnai nebūna atsakoma ir tada galbūt niekas ir nenori to apsiimti.“*, ŠG1 *„visi tokie labai, kaip pasakyti, atskiri subjektai ir ir kiekvienas sau dirba, ir, ir tikrai visi nori kažkas iš kažko reikalauti, kažką gauti.“*, VSS1 *„aš manau, kad pagrindinė kliūtis dėl ko to bendradarbiavimo nėra, tai dėl to, kad nėra teisinio reglamentavimo, dėl ko, kokiuose procesuose ir kaip tiksliai mes turėtumėme bendradarbiauti.“*. Papildomai prie bendradarbiavimo sąlygų neužtikrinimo galima priskirti finansavimo trūkumą, nes, jeigu planuojant įdiegti modelį, pagal kurį visuomenės sveikatos specialistai vienokiu ar kitokiu būdu turėtų perrinti šeimos gydytojo darbo dalį, tai už papildomą darbą turėtų būti skiriamas papildomas apmokėjimas: ŠG2 *„čia finansinis klausimas yra, kad privačios klinikos tikrai nenori papildomai lėšų tam eikvoti, o valstybinės irgi nenori savo lygmeniu skirti tokių specialistų į kiekvieną polikliniką. Kažkaip manau, kad didžiausią dalį sudaro finansinės problemos.“*. Jei panašus darbo modelis būtų taikomas, tai taip pat kiltų kliūčių dėl visuomenės sveikatos specialistų trūkumo, kurių pastaruoju metu ir taip trūksta, ypač mokyklose, todėl darbas tiesiogiai su šeimos gydytojais jų komandoje būtų sunkiau įgyvendinamas ir pareikalautų organizacinių pastangų: VSS3 *„Žinau, kad visuomenės sveikatos specialistų yra labai didelis trūkumas ir trūksta ikimokyklinio ir bendrojo mokyklinio ugdymo įstaigose, tai aš net neįsivaizduoju, ar įmanoma būtų padaryti, kad prie kiekvieno šeimos gydytojo dar ir visuomenės sveikatos specialistas dirbtų fiziškai, na ir žmonių ištekliai... turbūt būtų labai sunku. Nebent priviliotų adekvatūs atlyginimai.“*, VSS5 *„iškyla šiek tiek matau rizika ir specialistų skaičiuje. Vis dėlto šeimos gydytojų yra daug ir jie tiesiogiai atlieka savo darbą, gydydami žmones, rinkdami konsultacijoms ir pan. Visuomenės sveikatos specialistai, dirbdami biure jie taip pat kiekvienas savo tiesiogines funkcijas, kurių na kaip ir negalėtų paleisti. Tai nors ir tikrai labai norėtumėme prisidėti prie tokios iniciatyvos, tačiau kiltų problema, kaip*

būtent mums paskirstyti savo laiką, prioretizuoti tam tikrus dalykus ir galbūt kaip didinti, kaip prašyti, nežinau, savivaldybės papildomo finansavimo dėl etatų skaičiaus.“

Apibendrinant galima teigti, kad bendradarbiavimo tarp šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų įgyvendinimui trukdo nemažai iššūkių, kurie apima tarpasmeninius santykius, nes šeimos gydytojai, kaip ir didelė dalis visuomenės, nežino kuo užsiima visuomenės sveikatos specialistai ir, kokie yra jų tikslai, todėl negali adekvačiai įvertinti šių specialistų reikšmės ir vyrauja įtarumas, nesusikalbėjimas ir ne itin palankus požiūris į visuomenės sveikatos specialistus. Nors prasti tarpasmeniniai santykiai gali stipriai daryti įtaką nebendradarbiavimui, tačiau sisteminiame lygmenyje neužtikrintos bendradarbiavimo sąlygos neleidžia net pradėti bendradarbiavimo. Tokie veiksniai kaip informacinės sistemos, finansavimo, teisinio reglamentavimo trūkumas bei visuomenės sveikatos specialistų trūkumas trukdo sveikatos priežiūros specialistams komunikuoti ir įsitraukti į bendradarbiavimo procesus, nes nėra pagrindo, į kurį būtų galima atsiremti pradedant kokybišką, ilgalaikį bendradarbiavimą.

3.2.2. Bendradarbiavimui reikalingi komponentai

Tyrimo metu buvo vertinama šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų nuomonė ne tik apie bendradarbiavimo galimybes, tačiau ir apie tai, kas, jų nuomone, reikalinga, siekiant užtikrinti bendradarbiavimą. Informantai išskyrė pagrindinius būtinus veiksnius, kuriuos galima sieti su bendradarbiavimo kliūčių sprendimais. Tyrimo dalyviai įvardino, kad vyrauja nesupratimas apie visuomenės sveikatos specialistų padėtį sveikatos sistemoje, o skirtingas požiūris neleidžia formuoti sisteminio mąstymo. Todėl informantų nuomone yra reikalingas vaidmenų ir funkcijų apibrėžimas, tai įneštų aiškumo ir leistų suvokti vienas kito reikšmę: VSS3 *„be abejo, jeigu būtų, o galbūt net ir įvardinta, kas už ką atsakingas, tarkim, šeimos gydytojai, atsakingi už tą, visuomenę specialistai daro tą, ten nežinau, savivaldybė dar kažką, tai galbūt tas bendradarbiavimas toksai šiaip yra įmanomas, nes nieko nėra neįmanomo“*, ŠG1 *„Nu aš norėčiau suvokti iš vis jų... nu kaip pasakyti... jeigu mes bendrautumėm ir bendradarbiautumėm gana normaliai, tai aš suprantu, kad mes turėtume kaip ir vieni kitiems padėti, kad tai nebūtų tokia nu kaip tiesiog formalūs reikalavimai, kažkokie ir, ir viskas, kad būtų jiems nauda, ir mums kažkokia tai nauda iš to mūsų bendravimo.“*, VSS4 *„Aišku, ir tų tokių ir asmeninių pažiūrų galbūt keitimas, na, suprasti, kad tikrai ta visuomenės sveikata yra svarbus dalykas, ir, na, nereikia jau taip nuvertinti. Tai kad ir tas požiūris būtų, na, galbūt teigiamesnis ir rimčiau būtų žiūrima į tuos specialistus“*. Apibrėžus kiekvieno bendradarbiavime dalyvaujančio asmens pareigas ir žinant, kokiais ryšiais jie yra susieti, būtų galima formuoti komandinį darbą: ŠG1 *„jie iš tikrųjų galėtų dirbti ir ir padėti, ir iš tikrųjų būti ta komanda, o ne, o ne tiktai popieriuje.“*, ŠG3 *„manau, kad gal užtektų to, kad tiesiog*

žinotumėte, kad koks yra ryšys, būtų atgalinis ryšys išvystytas. “, „tikrai komandinis darbas, mano vizija yra toks komandinis darbas, ir manau, kad iš to būtų labai daug naudos. “

Vis dėl to, kad būtų pradėtas kokybiškas ir ilgalaikis bendradarbiavimas, svarbu, kad atsirastų lyderiai, kurie imtųsi iniciatyvos įgyvendinimui ir išlaikytų šią idėją besikeičiant sąlygoms ar atsirandant sunkumams. Didžioji dalis tyrime dalyvavusių asmenų lyderystę įvardino kaip būtiną bendradarbiavimo komponentą, tačiau lyderiai įsivaizduojami skirtingai. Kaip pirminis ir pagrindinis šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų jungiamasis ryšys įvardinta Sveikatos apsaugos ministerija, kurios lyderystė turėtų įkvėpti šiuos du sveikatos sektorius siekti bendradarbiavimo: VSS1 *„kadangi esam, būtumėme, dvi skirtingos įstaigos: biuras ir asmens sveikatos priežiūros įstaiga, mus siejantis pagrindinis asmuo tai greičiausiai yra Sveikatos apsaugos ministras. Turbūt nuo ten turėtų prasidėti ta lyderystė, kad matytumėme lyderį, kuris pats mato galimybes bendradarbiauti šitoms dviem įstaigoms ir apie tai ir kalbėtų, kad mūsų bendradarbiavimas yra svarbus ir kokią naudą jis galėtų suteikti visuomenei ir visiems asmenims. Taip pat lyderių reikia ir pačiose įstaigose, tai tiek įstaigų vadovai, tiek biurų, tiek asmens sveikatos priežiūros įstaigų direktoriai, skyrių vedėjai neturi rodyti kažkokių nusistatymo vieni prieš kitus, o priešingai - įkvėpti savo darbuotojus bendradarbiauti, dirbti kartu vardan kažkokių tikslų. “, ŠG 2 „pati viršūnė - Sveikatos apsaugos ministerija, nuo jos priklauso visa sistema, visi įstatymai ir ir, manau, perskirsčiusi pinigus... Manau, kad turėtų nuo ten prasidėti viskas. “* Taip pat visuomenės sveikatos specialistai pasidalino idėja, kad iniciatyvos turėtų imtis patys visuomenės sveikatos specialistai, nes jie, esantys atskaitingi savivaldybėms, galėtų turėti daugiau įtakos skelbiant šią idėją savivaldybės mastu: VSS5 *„atspirties taškas pirmiausia nuo biurų turėtų prasidėti, todėl, kad mes esam biudžetinės įstaigos, kad biudžetinė įstaiga yra, na, mes esam po savivaldybės „sparneliu“, tai aukščiausias yra meras, taip ir sakant, perduoti visą tą žinių merui ir kad būtų būtent ar būtent savivaldybės, ar, kaip, sakykime, valstybines poliklinikas galbūt pirma į jas įdiegti ir tik po to pereiti į privatų sektorių. “, „jeigu mes turėtumėm būtent ten, pavyzdžiui, iš visuomenės sveikatos, būtent, tam tikrus lyderius ir pasitelktumėme savivaldybės resursus, sveikatos skyriuje manau, kad tikrai galėtumėm pradėti įdiegti ir būtent bandyti bandyti kažkaip išlaviruoti. “* Kiti informantai išskyrė, kad reikalinga rengti tiesioginius šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų susitikimus, kuriuose būtų galimybė išsakyti kiekvienos pusės lūkesčius ir surasti abejoms pusėms priimtinausią variantą, atsižvelgiant į kiekvienos šalies poreikius ir galimybes: ŠG1 *„Aš, aš manau, kad tokiam dalykui tai labai svarbu lyderis, kad kad imtųsi kažkas lyderystės, kad vyktų kažkur kažkokie, o gal ir ir gyvi susitikimai, kad galėtumėm pažinti tuos žmones ir kažkaip išsakyti savo lūkesčius tiek iš vienos iš, tiek iš kitos pusės, ir ir kad būtų tas toksai bendravimas ir, aišku, paskirti žmonės, kurie yra atsakingi už tam tikras funkcijas. “, ŠG3 „susikalbėjimas tarp dviejų įstaigų, vat ir viskas, ko reikia. Manau, kad tai išspręstų kelios konferencijos: ką jie gali pasiūlyti, ką mes galime pasiūlyti. “, VSS4 *„Geriausiu atveju, kad susėstų ir nežinau čia šeimos gydytojų asociacija, o man regis, yra tokia ar galbūt čia biurų asociacija. Nors,**

aišku, kiek žinau, tai Vilniaus biuras kaip ir atsiskyręs nuo jos, bet tiesiog abiejų pusių lyderiai atsisėstų ir kartu, nes, aš manau, idėja yra visiems labai žavi, bet visiems trūksta nu to lyderio, kuris tikrai parodytų, ant kiek tai yra svarbu ir kad parodytų, kad tai yra įmanoma, nes gydytojai kaip visada sako, kad jie neturi to laiko. Tai visuomenės sveikatos specialistai dažnai yra atviresni idėjom, nes vis tiek mes taip mėgstame pamąstyti kažką kaip čia ką geriau padaryti. Su gydytojais truputėlį sunkiau. Bet aš manyčiau, kad čia turėtų priimti, susėsti abiejų pusių, tarkim, lyderiai, nes vis tiek, jeigu su savo ten kažkokia idėja ateis tik biuras, tai jis tik nuo savęs parodys, kaip jis mato, tai gali būti visiškai nepriimtina šeimos gydytojams. Ir atvirkščiai. Kažkaip tai aš manyčiau tą tokį kažkokį karkasą, idėją turėtų išpildyti abi pusės kartu.“

Kuriant stiprų bendradarbiavimą, tik teisingo suvokimo ir išsakytų lūkesčių nepakanka, todėl tyrimo dalyviai patvirtina, kad reikalinga aiškiai nustatyta bendradarbiavimo tvarka, parengtas teisinis reglamentavimas, nes tik savanoriškas, rekomendacinio pobūdžio bendradarbiavimas nebus vykdomas efektyviai, o dažnai net nebus vykdomas išvis, todėl kontroliniai aspektai, teisinis pagrindas turi būti parengtas bet kokiems bendradarbiavimo atvejams: ŠGI „vis tiek reikalingas reglamentavimas, kad taip būtų, o, nes jeigu tai bus tikrai rekomendacinio pobūdžio, čia paprastai turbūt lyginant šalių mentalitetą, jeigu galvojant apie tai, kad kas kitose šalyse yra rekomenduojama, tai tą žmonės daro kaip privalomai. Tai pas mus Lietuvoje paprastai, jeigu yra rekomenduojama, tai reiškiasi visiškai nebūtina ir tada žmonės nieko nedaro. Tai aš manau, kad čia reikia reglamentuoti, reikia visiems dirbti vienodai. Visi turėti tas tas komandas, dirbti su tom komandom, ir tada bus galima ir tada, per tą jau kažkokį laiką, ir tas tam tikrų žmonių mąstymas pasikeis, nes nu čia negali laukti, kol pasikeis mąstymas, kiek čia dešimtmečių lauksi.“, VSS5 „Kad ir kaip būčiau už tą savanorišką bendradarbiavimą, bet tikiu, kad šiuo metu tikrai reikėtų to tada reglamentuota, kad tikrai jis būtų privalomas įstaigose, nes, nors savanoriškas, tikrai labai patraukliai skamba, bet jam gali užtrukti labai ilgo laiko, kaip ir minėjau, viena pusė gali net nematyti to poreikio, visiškai nebūtų suinteresuoti kažkaip įsitraukti, kažką naujo daryti ir pan., dėl to reglamentavimas, na, jis padėtų, kad ir kaip nesmagu kartais į tas taisykles kartais įsisprauti, tačiau jis padėtų tą pradžių galbūt sukurti.“, VSS4 „ta apibrėžta tvarka jo gal jinai ir atrodo, kad čia nėra vietos kažkokiom, nežinau, interpretacijom, bet tokioj vietoj ir gal neturėtų būti, nes kai atsiranda visos tos interpretacijos, laisvė, tai va kaip ir minėjau, pati esu bendravus su gydytojais, tai jie jo pradeda tada laviruoti tai čia mes užimti, čia nebūtina, aš nedarysiu. Šiaip čia logiška dauguma žmonių, jeigu nėra pasakyta, kad reikia taip daryti, tai kažkaip apsisuka, kad ar vėliau, arba nerimtai tada žiūri į tokius dalykus. Tai, mano manymu, turėtų būti viskas kaip įmanoma aiškiau, grynai vos ne galime, pavyzdžiui, etapais, vis tiek kai naujas dalykas, reikėtų kuo smulkiau viską aprašyti, o paskui jau vis tiek žiūri... nes ten pradžia gautųsi vos koks pilotinis ten tyrimas, vis tiek būtų žiūrėta, kaip vyksta tas darbas, gal kažkokių pakeitimų reikia taip, pirminiame etape tai tikrai kuo smulkiau viskas aprašyta. Paskui tikrai jau galime daryti ir visokias korekcijas numatant, kaip tai adaptuojasi Lietuvoje.“

Kaip dar vieną iš reikalingų komponentų tyrimo dalyviai įvardino finansavimą, tačiau jis akcentuojamas tuo atveju, jeigu būtų priimtas modelis, pagal kurį visuomenės sveikatos specialistai tiesiogiai dirbtų su šeimos gydytojais bendradarbiavimo pagrindu: ŠG3 „*Jeigu nėra etatų sukurtų, tai kas tą darys, niekas nedarys. Tai vienareikšmiškai finansavimas.*“. Kitu atveju finansavimas nesudaro vieno iš pagrindinių komponentų, reikalingų užtikrinti bendradarbiavimui, nes, anot informantų, jeigu yra suformuotas bendras tikslas, tai finansinės paskatos būtų tik priedas, bet fundamentalus aspektas: VSS1 „*Finansavimas, nežinau. Galbūt neturiu tvirtos nuomonės dėl finansavimo iš mūsų pusės. Manau, kad nereikėtų galbūt to papildomo finansavimo tam, kad galėtumėme dirbti kartu, nes mes žinome, dėl ko dirbame, ir tą tikslą ar taip, ar taip turime. Jeigu čia turėsime dar kažkokį bendrą, nemanau, kad tai turėtų remtis į finansus, galbūt šeimos gydytojus tai labiau paskatintų tada papasakoti savo pacientams apie mus, apie tai, ką mes veikiame ir nukreipti į mus.*“.

Bendradarbiavimui vykdyti būtina turėti sklandžius komunikacijos kelius, kurie padėtų komunikuoti šeimos gydytojams ir visuomenės sveikatos specialistams. Informantai pasidalino idėjomis sukurti visiškai naują sistemą, kurioje būtų dalinamasi informacija: VSS5 „*Toliau tikiu, kad mes pasirinktumėm, jeigu būtų bendradarbiavimas, nuotoliniu arba nenuotoliniu būdais, ypač nuotolinio, tai turėtų būti kuriama sistema, tai reiškia, turėtų būti visiškai nauja sistema, nes vargu ar prie bet kokios esančios sistemos prijungtų tiek biuro darbuotojus, arba atvirkščiai, šeimos gydytojus*“. Taip pat buvo siūloma Visuomenės sveikatos biuro visuomenės sveikatos specialistams pranešti šeimos gydytojams naujienas, organizuojamas veiklas per kas mėnesinį naujienlaiškį: VSS1 „*Galbūt būtų galima nusimatyti, nežinau, biuras iš savo pusės gal galėtų pasirengti kažkokius tai naujienlaiškius kur kas mėnesį, pavyzdžiui, išsiųstų šeimos gydytojams ir šeimos gydytojai taip pat ir žinotų, kad biuras kokias tą mėnesį vykdys veiklas, kokios vyks akcijos, kokios paskaitos ar fizinio aktyvumo užsiėmimai ir kur galėtų nukreipti savo pacientus.*“ Tai rodo, kad būtina numatyti komunikacijos kelius, kuriais vyktų atitinkamos bendradarbiavimo formos.

Apibendrinant galima teigti, kad visuomenės sveikatos specialistai ir šeimos gydytojai supranta bendradarbiavimui reikalingus komponentus ir tyrimo metu buvo išskirti svarbiausi aspektai. Kadangi tarpasmeniniame lygmenyje kylančios problemos apima suvokimo apie vienas kito vaidmenis ir funkcijas trūkumą, todėl būtina apsibrėžti konkrečias šių specialistų funkcijas bendradarbiavime ir tarpusavio ryšius. Bendradarbiavimui vystyti reikalinga imtis iniciatyvos, kuomet visi dalyvaujantys bendradarbiavime asmenys turėtų išsakyti savo lūkesčius, o lyderiai, tikėdami bendradarbiavimo nauda, padėtų sveikatos specialistams atsakyti į visus jiems rūpimus klausimus. Suradus kompromisus ir bendrus sąlyčio taškus, bendradarbiavimui užtikrinti, būtina parengti teisės aktus, kurie būtų bendradarbiavimo tvarkos apibrėžtis. O sklandžiam bendradarbiavimui įdiegtos informacinės sistemos sudarys būtinas sąlygas, kad bendradarbiavimas tarp visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų neliktų tik teorinė dalis ir būtų galima tai taikyti praktikoje.

3.3. Motyvaciniai veiksniai, skatinantys bendradarbiavimą tarp šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų

3.3.1. Bendradarbiavimo naudos identifikavimas

Besidalindami savo patirtimi ir požiūriu, tyrimo dalyviai bendradarbiavimą tarp šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų įsivaizdavo kaip teigiamą lauktiną pokytį sveikatos sistemoje ir akcentavo, kad tai galėtų būti naudinga įvairiuose lygmenyse, todėl informantų teigiamas požiūris leidžia suprasti, kad lauktina nauda yra juos motyvuojantis aspektas vystyti bendradarbiavimą. Tiek visuomenės sveikatos specialistai, tiek šeimos gydytojai dažniausiai minėjo bendradarbiavimo naudą šeimos gydytojams, nes prevencinė dalis nuo šeimos gydytojų būtų perimta visuomenės sveikatos specialistų, todėl šeimos gydytojai turėtų daugiau laiko koncentruotis į gydomąją mediciną: ŠG3 „gydytojui būtų nauda, nes jisai būtų nukrautas tuo bereikalingu darbu, kuris jam, nu nu jisai savo srityje gydytojas galėtų padaryti daug daugiau: skirti dėmesio žmogui galėtų daugiau ir žmogus gautų, ir dėmesio, ir naudos iš skirtingų specialistų daug daugiau ir tada būtų nauda. O dabar tiesiog... nu, kai kurie dalykai lieka tikrai popieriuje.“, VSS5 „galėtų pailgėti konsultacijos laikas, tai reiškia daugiau laiko skirti paciento apžiūrai tam, kad sumažintų būtent patekimo pas antrinio lygio specialistus ir būtent visa supažindinimo su, tarkim, būsima liga ar esama liga ir kita informacija visuomenės sveikatos specialistams, kur tikrai mes gebame ir galime teikti tam tikras konsultacijas ir tikrai sumažintume gydytojų ten šiuo metu esamą konsultacijos laiką ir daugiau, galbūt būtų galima tiek pačių pacientų jiems priimti ar nuotoliniu, ar nenuotoliniu būdu, nes tikrai žinome, kad šiuo metu šeimos gydytojai turi tiek matyti, kas nutiko pacientui: peržiūrėti tyrimus, surašyti viską į sistemą, o žinome, kad sistemos tikrai neidealios veikia ar dažnai būtent sistemų strigimas kainuoja kitų pacientų laiką arba pačių gydytojų laiką, kaip jie po darbo turi spėti ir tvarkyti tam tikrus dokumentus.“, VSS4 „Pirmas nuo tų pačių gydytojų nuimta šiokia tokia dalis darbo krūvio. Tikrai, na, nepasakoti, ir, aišku, ne visi gydytojai žino arba pritingi ten ir tas prevencines programas labiau galbūt, jie tiesiog taip trumpai, va, reikia pasidaryti, ir viskas. Bet kai žmogui taip trumpai numeti lankstinuką, jis nelabai supranta. Kai kurie jo pasakė, darys, bet tikrai dalis žmonių atkrenta ir gal nemato tos svarbos.“ Taigi, jeigu šeimos gydytojai kreiptųsi į visuomenės sveikatos specialistus, kurie pacientams suteiktų sveikatos ugdymo, ligų prevencijos, sveikatinimo paslaugas, tada ir pačių visuomenės sveikatos specialistų vaidmuo sustiprėtų. Tyrime dalyvavę visuomenės sveikatos specialistai tiki, kad, nors ir šiuo metu visuomenės žinios apie visuomenės sveikatą yra ribotos, bet šeimos gydytojų pagalba būtų galima supažindinti visuomenę ir sukurtas glaudesnis santykis lemtų geresnį visuomenės sveikatos specialisto pripažinimą: VSS3 „bendraja prasme tai turbūt tas bendradarbiavimas padėtų pasiekti geresnių rezultatų. Ir galbūt, na, šiek tiek, gal pakeltų visuomenės sveikatos specialisto kaip specialybės tokį, na, net ne prestižą, nu

jvaizdį, jeigu būtent šeimos gydytojai labiau, kaip pasakyti, daugiau suteiktų žmonėms informacijos, kad galite va čia tokiais ir tokiais klausimais kreiptis“, VSS5 „pirmiausia tiek patys gydytojai suvokty, gydytojai, slaugytojos, kitas sveikatos priežiūros personalas, kad kiekvienas iš mūsų esame labai svarbus ir atliekame svarbų vaidmenį. Tiek ir patys pacientai, na vis girdėdami, kad čia visuomenės sveikata, visuomenės sveikata na taip kaip sakant, mantrą girdėdami jie irgi po truputėlį įsisavintų, kad mes esame irgi sveikatos dalis, lygiai taip pat svarbi kaip ir gydytojai, chirurgai ar kitur dar kažkas, mes irgi esame svarbūs, ir tai, ką mes sakome, nėra nežinau, nepatikrinta mokslo ar kažkokios melagienos, ar dar kažką, ką dažnai irgi girdime, kad jūsų sveika mityba nesąmonė... Tai aš manau, kad tikrai užtruktų, gal ilgiau nei metus, bet visuomenė dar labiau susipažintų, ką gi mes veikiame“, VSS3 „būtų labai geras rezultatas. Iš dviejų pusių, nes būtų ir žmonės pasiekiami geriau. Tai būtų toks jau labai asmeniškasis santykis su žmogumi, kur, na, daug gali... na vis tiek tas asmeninis kontaktas, jisai duoda geresnį rezultatą, kad ir kaip bebūtų, negu masinės.“.

Vykstant bendradarbiavimui tarp šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų, būtų galima suorganizuoti pacientų priėmimus taip, kad jie galėtų gauti tiek asmens sveikatos priežiūros paslaugas pas šeimos gydytoją, tiek visuomenės sveikatos paslaugas pas visuomenės sveikatos specialistą laiku ir vietoje, taip tyrimo dalyviai išskyrė bendradarbiavimo naudą, tai yra geresnis paslaugų prieinamumas: ŠG3 *„darbas būtų kokybiškesnis, ir ir jisai būtų greitesnis, ir galbūt tada ir prieinamumas būtų daug geresnis tiems, kuriems reikia. Išsiferencijuoti pacientus tikrai reikia.“, VSS2 „Tai manau, kad palengvėtų netgi darbas kai kuriems, na, būtų tas kokybiškesnis darbas, ir tikrai turbūt netgi greičiau gautų klientai pagalbą ir prieinamas paslaugas.“, VSS4 „galbūt pačiam tada pacientui kiltų daugiau klausimų. Labiau, nes, kaip minėjau, tada gautųsi toks pacientas, gautų galbūt daugiau laiko, nes kai dabar tas vizitas yra toks trumpas, to, kaip ir noriu užduoti, bet nespėji, kiti ne tik pamiršta, galbūt atsirastų toks ir artimesnis ryšys su tuo visuomenės sveikatos specialistu, nes jis galbūt galėtų vis tiek skirti šiek tiek daugiau laiko atsakyti į klausimus ir galbūt būtų tas tęstinumas, pasitikėjimas, galbūt didesnis atsirastų pacientams.“.*

Pagal bendradarbiavimo modelį, kai šeimos gydytojai dalinasi informacija ir tikslingai nukreipia savo pacientus visuomenės sveikatos specialistams dėl prevencinių klausimų, spręsti sveikatos problemas, visuomenė labiau pasitikėtų ir įtikėtų, kad jiems reikalinga rūpintis savo sveikata, ne tik tada, kai suserga, bet ir siekiant apsisaugoti nuo ligų ir pagerinti visapusišką sveikatą: VSS2 *„netgi daugiau procentų patikimumas toks, kaip gydytojas siunčia. Tada jau žmogus labiau kažkaip tiki tokiais dalykais.“, VSS4 „aišku, manau, didėtų ir visas visuomenės sveikatos raštingumas. Na, labiau būtų kreipiamas dėmesys, nes jeigu pamatyty, kad ir gydymo įstaigoje, tiesiog ne tik kažkur internete ar per laidas, ten sako, tikrinkitės, ten sportuokit, jeigu reikia, kreipkitės psichologinės pagalbos, tai gal kažkiek rimčiau, nes kaip ir minėjau, žmonėms šioks toks autoritetas yra gydymo įstaigos, gydymo įstaigoje dirbantys asmenys.“* Tyrimo dalyviai mano, kad šeimos gydytojas yra patikimas asmuo, nes

dirbdamas asmens sveikatos įstaigoje suformuoja ryšius su bendruomene, todėl jo suteikta informacija gali labiau paveikti pacientus. Tokie nukreipimai pas visuomenės sveikatos specialistus galėtų būti efektyvesni ir žmonės labiau įsitrauktų į visuomenės sveikatos specialistų organizuojamas veiklas: VSS4 „patys pacientai gautų daugiau tos informacijos, dėmesio ir galbūt būtų išnaudojama daugiau tų būtų programų, ko mums irgi reikia, kad ateitų asmenys, ir jas naudotų, o ne tiesiog dingtų paskui.“, VSS2 „man aišku iš karto, na, mintyse, tikrai dėliojasi tokie dalykai, kad tai tikrai dar labiau padėtų žmonėms, paskatintų atrasti tas įvairias programas.“

Tyrimo metu informantai įvardino, kad bendradarbiavimu taip pat galima pasiekti efektyvesnių rezultatų visuomenės sveikatos labui. Visuomenės sveikatos specialistai akcentuoja, kad bendradarbiaujant yra pasiskirstomi darbai, todėl dirbant sinchroniškai ir palaikant tęstinumą galima greičiau pasiekti rezultatų: VSS1 „reikšmingas tam, kad pasiektumėme rezultaty, tokių, kokių tikimės, nes visgi bendradarbiavimu rezultatai yra ženkliai greičiau pasiekiami, nei galėtumėme jų pasiekti atskirai, tai kad ir pas mus biure, kai bendradarbiaujame su kolegomis, tai tarpusavyje pasiekėme tikrai geresnių rezultatų ir kokybiškesnių veiklų.“ VSS2 „Tas bendradarbiavimas ir kokybiškesnis darbas užtikrina greitesnius rezultatus, ir tiek mums tą darbą, ir tiek klientui ar žmogui, kuris pas mus ateina,“, „būna, kad vienas nebespėji kažko atlikti. Tai palaikomi kokybiški, geri santykiai, kai vienas kitam padedame, tai daug yra lengviau, paprasčiau dirbti.“ Bendradarbiavimo nauda apimtų visą sveikatos sistemą, nes anot informantų, būtų galima sutelkti dėmesį į prevenciją, iš anksto užkirsti kelią ar diagnozuoti ligas, sumažėtų brangaus gydymo ir galiausiai sveikatos išlaidų, sveikatos sistema būtų stabilesnė ir geriau organizuota: ŠGI „ta prasme - aukščiausio lygio paslaugų, stacionarinių paslaugų, brangiausių tų paslaugų, jeigu žmogui būtų suteiktos visos paslaugos nuo pirminės grandies, tai ir tą sumažintų, ir hospitalizacijos skaičių, ir ir tai iš tikrųjų tą projektą įgyvendinant būtų nauda žmogui finansine prasme.“, VSS1 „Jeigu pavyktų pasiekti to efektyvaus bendradarbiavimo, kai visos pusės, visos šalys būtų tikrai nusiteikusios bendradarbiauti, tai manau, kad tikrai duotume didelę naudą sveikatos sistemai. Kadangi tikėtina, kad mums tada pavyktų pastiprinti visuomenės sveikatą, asmenys galbūt anksčiau sureaguotų į savo kažkokius tai simptomus pavyktų galbūt anksčiau diagnozuoti ligas. Ko pasekoje išvengtumėme rimtesnių ligų ir brangesnio gydymo, tai manau, kad tas sėkmingas efektyvus bendradarbiavimas sumažintų tiesiog visos sistemos našta.“

Apibendrinant galima teigti, kad tyrimo dalyviai išties mato didelę bendradarbiavimo naudą, kurią galima suskirstyti į naudą asmenims, sveikatos specialistams ir sveikatos sistemai. Nauda asmenims apibrėžiama kaip aktyvesnis asmenų įsitraukimas į prevencines veiklas, organizuojamas visuomenės sveikatos specialistų. Taip pat geresnis suvokimas apie sveikatą: rūpintis sveikata ne tik susirgus, bet ir visapusiškai, užkertant kelią sveikatos problemoms. Akcentuojama, kad bendradarbiavimas padidintų sveikatos paslaugų prieinamumą, todėl žmonės galėtų tiek asmens sveikatos paslaugas, tiek visuomenės sveikatos paslaugas gauti tinkamu laiku. Be to, nauda išskirta ir sveikatos specialistams, nes šeimos

gydytojai galėtų užsiimti gydomąja medicina, o sveikatinimo klausimus perimtų visuomenės sveikatos specialistai, todėl šeimos gydytojai turėtų daugiau laiko konsultacijoms. Tuo tarpu visuomenės sveikatos specialistai įgautų pripažinimo ir būtų labiau vertinamos jų vykdomos veiklos. Galiausiai, nauda sveikatos sistemoje būtų pasiekti efektyvesni sveikatos rezultatai, nes greičiau pasiekiami tikslai, sumažėjusios sveikatos išlaidos lemtų mažesnę žmonių sergamumą, hospitalizaciją ir brangų gydymą. Taigi, tyrimo dalyviai aiškiai ir nedvejodami išskyrė bendradarbiavimo naudą, todėl galima teigti, kad tai gali būti juos motyvuojantis bendradarbiauti veiksnys.

3.3.2. Asmeniniai motyvaciniai aspektai tarpusavio bendradarbiavimui

Tyrimo dalyviai, suprasdami bendradarbiavimo naudą, išskyrė, kad jie norėtų įsitraukti į bendradarbiavimą ir pasidalino savo asmeniniais interesais, kas juos motyvuotų siekti tarpusavio bendradarbiavimo tarp šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų. Nors interviu metu informantai minėjo, kad finansavimas reikalingas sėkmingam bendradarbiavimui pasiekti, nes finansai reikia naujų darbuotojų įdarbinimui, tačiau tik vienas tyrimo dalyvis pripažino, kad finansinės paskatos jam būtų motyvacija vykdyti numatytą veiklą: ŠG3 *„finansinės paskatos vienareikšmiškai reikia. Žmogus negali vieni iš idealų dirbti. Jisai dirba todėl, kad gyventų, ir jeigu jisai kažkur gaus kur geriau, tai visi, su didele pagarba savo profesijai, greičiausiai, kad kažkur tai dings, nu matomai dalis ir visuomenės sveikatos specialistų kažkur pradingsta tame vandenyje.“* Tačiau kitiems tyrimo dalyviams asmeniškai papildomas apmokėjimas už bendradarbiavimą nebūtų motyvacija: VSS4 *„Aš dar esu gal nežinau, tam tokiam naiviam etape, kai man nėra pinigai, tas pagrindinės motivatorius, aišku, jisai be galo motyvuojam, bet aš vis tiek dar pradžioj paklausčiau savęs, ar aš tikrai norėčiau to daryti, tą daryti kaip veiklą, ir jeigu dar yra šalia, tai kad už tai bus papildomas atlygis, tai jo, savanoriškai, aš tai pasirinkčiau. Bet jeigu ta veikla manęs na, nežavi, tiesiog nėra įdomi ir tikrai nesu tas vienintelis žmogus, kuris pretenduoja, o gal ir kiti dar pasirinkti, tai aš tikrai perleisčiau kažkam kitam.“*, ŠG2 *„Ir ar man būtų finansinė paskata – ne, turint galimybių tikrai nukreipčiau visuomenės sveikatos specialistui.“* Tai leidžia suprasti, kad labiau nei papildomas apmokėjimas efektyviau sveikatos specialistus motyvuoti sukuriant palankias sąlygas bendradarbiauti ir pati bendradarbiavimo idėja pristatoma patraukliai, kad specialistus motyvuotų įsitraukti, nes jie aiškiai suprastų viso to prasmę. Be to, visuomenės sveikatos specialistai išskyrė, kad jie norėtų labiau stengtis įsitraukti į bendradarbiavimą, jeigu šeimos gydytojai ir visuomenės sveikatos specialistai būtų pripažįstami kaip lygiaverčiai sveikatos specialistai: VSS2 *„toks lygus požiūris į komandą, tarkim, dirbant, nes tikrai žinau, kad vis tiek dirbti su gydytojais nėra paprasta, tai jeigu būtų vertinamas visuomenės sveikatos specialistas kaip lygus narys, tai, manau, tikrai tas motyvuotų“*.

Kalbant apie skatinančius bendradarbiauti aspektus, tyrimo dalyviai dažniausiai įvardino, kad juos motyvuotų bendras tikslas, kuris apimtų skirtingų sričių sveikatos specialistų ir dėl kurio būtų noras įdėti vis daugiau pastangų. Informantai, lyg bendru susitarimu, įvardino, kad bendradarbiavimo tikslas turi būti sveikesnė visuomenė: *VSS1 „pats pagrindas sėkmingo bendradarbiavimo yra bendras tikslas, kurį sieja bendri sutampantys interesai. Tai jeigu, pavyzdžiui, mes aiškiai žinotumėme, kad tiek visuomenės sveikatos specialistai, tiek šeimos gydytojai dirba vardan bendro tikslo, tai nežinau, kaip ir pavyzdys – visuomenės sveikatos gerinimas, manau, kad būtų, tada ir lengviau tą bendradarbiavimą įgyvendinti, taip pat bendradarbiavimui labai svarbus, manau, ir pagarba, ir pasitikėjimas vieni kitais, motyvacija bendradarbiavimui.“, ŠG1 „Nu aš tai manau, kad pagrindinis tikslas mūsų tai yra, kaip pasakyti, sveikesnė visuomenė, ta prasme, kad čia tikslas yra, kad žmonės sveikiau maitintųsi, daugiau judėtų, mažiau sirgtų ir kreiptųsi į gydytojus ir išlaikyti tą tokį sveikesnį gyvenimo būdą ir ir mažinti tą mirtingumą ir ligotumą, mirtingumą. Ir tai tai čia tokie.. toks, manau, svarbiausias dalykas, ko mes turime, ko mes norėtumėm siekti. Ir tas mirtingumo mažinimas dėl širdies ir kraujagyslių ligų, ką galima pasiekti mityba ir tuo fiziniu aktyvumu.“*

Siekiant bendro tikslo tiek šeimos gydytojų, tiek visuomenės sveikatos specialistų, svarbu turėti asmeninius motyvus, kurie dirbant sveikatos sistemoje dažniausiai siejasi su altruistiškumu. Taip ir tyrimo dalyviai įvardino, kad jų viena didžiausių motyvacijų dirbti ir stengtis yra noras padėti žmonėms: *VSS5 „Mane labai motyvuotų tas noras padėti žmonėms reiškia jeigu visi sveikatos darbuotojai susitelktų ir iš tikrųjų visi kryptingai dirbtų savo sritim, savo tam tikru keliu, ir mes darytumėme didelę įtaką žmonių sveikatai, gerovei, man tai būtų didžiausia motyvacija, nes kol kas mes, kaip ir stengiamės padėti, mums kyla labai didelių kliūčių dėl duomenų apsaugos ir pan. ir mes gaunamės tokie, na, kaip ir šiek tiek padedam, bet kaip ir ne, ir negalime iki galo... O vis dėlto tikrai manau, kad galėtumėm pilnai“, ŠG3 „Noras padėti - taip, jis visą laiką yra vienareikšmiškai. Mes čia dėl to ir dirbame“.*

Taigi, svarstant apie bendradarbiavimo plėtrą, svarbu atkreipti dėmesį į tai, kas žmones motyvuoja įsitraukti į bendradarbiavimą, kokie yra jų asmeniniai interesai, tai gali būti svarbus matmuo, siekiant paskatinti asmenis aktyviau dalyvauji veiklose. Bendradarbiavimas tarp šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų apima ne tik techninius, bet ir psichologinius aspektus, kai reikalingi pakeisti nusistovėjęsį požiūrį. Todėl tyrimo dalyviai įvardino, kad tarpusavio bendradarbiavimas turėtų būti pagrįstas noru siekti bendro tikslo ir padėti žmonėms, tai nėra vien tik darbas, po kurio laukiama atlygio, bet ir altruistiški veiksmai dėl geresnės visuomenės sveikatos.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Nors užsienio šalyse atlikti tyrimai rodo, kad bendradarbiavimas tarp visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų pamažu yra priimamas kaip įprastas sveikatos paslaugų teikimas plačiajai visuomenei, tačiau Lietuvoje atlikti moksliniai tyrimai nerodo tokių teigiamų gerosios praktikos pavyzdžių kaip užsienio šalyse (Poliakovienė ir Gurevičius, 2011; World Health Organization. Regional Office for Europe, 2018). Šis tyrimas buvo atliktas siekiant išsiaiškinti, ar bendradarbiavimo tarp šių sričių specialistų būklė pasikeitė, kokia yra reali situacija iš (ne)praktikuojančiųjų specialistų pusės. Atliktas tyrimas įrodo, kad bendradarbiavimas tarp visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų Vilniaus miesto savivaldybėje praktiškai nėra vykdomas taip, kaip aprašoma literatūros šaltiniuose. Tačiau šis tyrimas nesiekė tik parodyti (ne)bendradarbiavimą, bet, analizuojant šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų požiūrį, asmeninius interesus bei įsitikinimus, buvo bandoma suprasti, kokios gali būti bendradarbiavimo perspektyvos ir poreikis. Dažnai Lietuvoje planuojant sveikatos reformas nėra atsižvelgiama į asmeninę politikos įgyvendintojų nuomonę ir poreikius, todėl priimti sprendimai gali būti priešiški vykdytojams ir rezultatai gali būti neefektyvūs. Šis tyrimas skirtas įsigilinti į bendradarbiavimo vykdytojų: šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų pozicijas, kad galimai planuojami sveikatos politikos formavimo sprendimai būtų kuo efektyvesni.

Vilniaus miesto savivaldybėje vykusiame tyrime dalyviai akcentavo, kad šiais laikais visuomenė neapsiriboja tik ligų gydymu, o vis labiau plečiamas požiūris rūpintis sveikata, kol dar žmogus yra sveikas. Tai atitinka Pasaulio sveikatos organizacijos deklaruojamą požiūrį, jog svarbu orientuotis į žmonių poreikius ir rūpintis visapusiška asmens sveikata (World Health Organization. Regional Office for Europe & Health Services Delivery Programme, 2013). Mūsų tyrimas parodė, kad tiek visuomenės sveikatos specialistai, tiek šeimos gydytojai yra suinteresuoti į sveikatos stiprinimą, profilaktiką, sveikatos ugdymą, todėl atradus šiuos sąlyčio taškus į tarpusavio bendradarbiavimą žvelgiama pozityviai. Nors ir dažniausiai nedalyvaudami minėtų specialistų bendradarbiavime, tyrimo dalyviai samprotavo ir noriai dalinosi savo nuomone, kokiais būdais galėtų vykti tarpusavio bendradarbiavimas. Išskirtas bendradarbiavimo galimybes galima sieti su jau užsienyje vykdoma šių specialistų bendradarbiavimo praktika. Tyrimo dalyvių pasiūlytas bendradarbiavimas, dalinantis informacija, siekiant populiarinti sveikatinimą ir ligų prevenciją, yra atvaizduotas ankstesnėje šio mokslinio tyrimo dalyje aprašytuose Jungtinės Amerikos Valstijų praktikos pavyzdžiuose (McVicar ir kt., 2019). Taip pat vienas dažniausių minimų bendradarbiavimo modelių, kai šeimos gydytojai tikslingai siunčia savo pacientus pas visuomenės sveikatos specialistus vykdyti sveikatinimo veiklą, yra įgyvendinamas Nyderlanduose, minėtos „Sveiko svorio programos“ metu (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2018). Bei dar vieną tyrimo dalyvių siūlytą bendradarbiavimo tipą – visuomenės sveikatos specialisto darbas šeimos gydytojo komandoje – įgyvendina Švedija, Iranas, Brazilija ir kitos šalys

(World Health Organization. Regional Office for Europe, 2018). Taigi, akivaizdu, kad bendradarbiavimo modeliai yra ne naujiena Vilniaus miesto savivaldybės sveikatos specialistams, jie įsivaizduoja, kaip galėtų vykti bendradarbiavimas, o tokią sėkmingo įgyvendinimo viziją pagrindžia užsienio šalių geroji praktika. Šio tyrimo dalyvio mintis: „*modeliai tikrai yra, kažkokio naujo labai sukurti nereikia. Tiesiog paimti modelį, kuris veikia kitose šalyse, ir ir adaptuoti mums, ir manau, kad tada, tada ir mes pastebėtumėme tuos pokyčius*“, leidžia daryti išvadą, kad bendradarbiavimo įgyvendinimas Lietuvoje yra galimas, o tam pritaria būsimi bendradarbiavimo vykdytojai.

Vis dėl to, tyrimo dalyviai supranta, kad bendradarbiavimo įgyvendinimui kliūtys yra didesnės nei įdėtos pastarosios pastangos. Mūsų tyrimas gali būti siejamas su 2012 metais Kanadoje atlikta „Pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos bendradarbiavimo apimties literatūros apžvalga“ (angl. „*A scoping literature review of collaboration between primary care and public health*“) ir joje analizuojamu bendradarbiavimo modeliu. Martin – Misener ir apžvalgos bendraautorai išskyrė bendradarbiavimo sisteminius, organizacinius ir tarpasmeninius veiksnius, kuriuos mūsų tyrimas pagrindžia, kaip būtinus įgyvendinti sėkmingam bendradarbiavimui (Martin-Misener ir kt., 2012). Kanadoje sukurtas modelis įtraukia šeimos gydytojus ir visuomenės sveikatos slaugytojus (angl. *Public health nurse*), o šiame tyrime analizuojami konkrečiai visuomenės sveikatos specialistai, kurie yra specialiai paruošti pagal universitetinę studijų programą. Taip pat, Kanadoje atliktoje literatūros apžvalgoje vyrauja teoriniai bendradarbiavimo aspektai, o mūsų tyrime interviu būdu buvo gilinamasi į Vilniaus miesto savivaldybės sveikatos specialistų požiūrį, todėl šių tyrimų pobūdis iš dalies skiriasi.

Tačiau abiejose tyrimuose išryškunami bendradarbiavimui vystyti reikalingi veiksniai ir juos galima išskirti į sisteminius, organizacinius ir tarpasmeninius veiksnius. Šiame kokybiniame tyrime dalyviai daugiausiai informacijos atskleidė apie tarpasmeniniuose santykiuose kylančius nesklandumus. Tyrimo metu visuomenės sveikatos specialistai leido suprasti, kad jie jaučiasi neįvertinti, nes didelė dalis visuomenės, ir net patys šeimos gydytojai, nesupranta visuomenės sveikatos specialisto funkcijų, reikšmės, todėl vyrauja nepasitikėjimas jų vykdomomis veiklomis. Tai istoriškai galima sieti su visuomenės požiūriu į tam tikrų krypties sveikatos specialistus, nes šeimos gydytojas, kaip „pirminis kontaktas“ turi artimiausius ryšius su pacientais, kuriuos gydo, todėl žmonės pasitiki šeimos gydytojais, nes esant ligai suteikta pagalba lemia greitus, bet dažniausiai tik trumpalaikius rezultatus. Tuo tarpu visuomenės sveikatos specialisto reikšmė dar tik pradeda augti, nes anksčiau į žmonių sveikatos suvokimo ribas retai įeidavo sveikatinimo klausimai, o kadangi akivaizdesni visuomenės sveikatos rezultatai reikalauja laiko, todėl žmonės sunkiau patiki to nauda (Bjørn Jensen ir kt., 2018). Tai įrodo, kad trūksta žinių apie visuomenės sveikatos specialistus, vyrauja nepasitikėjimas, sveikatos specialistų nelygiavertiškumas, todėl tai trukdo vystyti bendradarbiavimą tarp visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų.

Dar viena ryškiausiai išskiriama bendradarbiavimo kliūtis įvardinama bendros tvarkos ir taisyklių nebuvimas. Pagal Martin – Misener ir kt. šį aspektą galima skirti prie sisteminio lygmens, nes valstybė nepriima tinkamo teisinio reglamentavimo, kuris reikalingas apibrėžti bendradarbiavimo dalyvių atsakomybes, funkcijas ir išskirti bendrus tikslus (Martin-Misener ir kt., 2012). Nors ir tyrimo dalyviai noriai įsitrauktų į bendradarbiavimą, tačiau neegzistuojant bendrai tvarkai kyla chaosas ir to rezultatas yra veiklos nevykdymas. Ankstesnėse šio tyrimo dalyse analizuojami Lietuvos teisės aktai pagrindžia tyrimo dalyvių įžvalgas, nes bendradarbiavimo tarp visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų tema Lietuvos teisiniame reglamentavime nagrinėjama labai abstrakčiai (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl Šeimos medicinos plėtros 2016–2025 metų veiksmų plano patvirtinimo, 2016; Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos įgyvendinimo plano patvirtinimo, 2017). Lietuvoje priimtos sveikatos strategijos, veiksmų planai apima tik bendrines idėjas, kad tokio pobūdžio bendradarbiavimas yra reikalingas ir siektinas, tačiau, kokia yra dalyvių atskaitomybė, jų bendros veiklos realizavimas, kokie konkrečiai parengti modeliai gali būti taikomi, kokios priemonės ir aplinkybės turi būti suformuotos bendradarbiavimui, kokie rezultatai turi būti pasiekti ir kiti klausimai yra iki šiol neatsakyti. Todėl nustatyta bendradarbiavimo tvarka turi būti kaip pagrindas, atspirties taškas, pagal kurį ne tik bus galima aiškiai suprasti bendradarbiavimo tarp visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų principus, bet ir įgalinti šiuos sveikatos specialistus įsitraukti į bendradarbiavimą. Tyrimo dalyvio mintis: *„Kad ir kaip būčiau už tą savanorišką bendradarbiavimą, bet tikiu, kad šiuo metu tikrai reikėtų to tada reglamentuoto, kad tikrai jis būtų privalomas įstaigose, nes, nors savanoriškas, tikrai labai patraukliai skamba, bet jam gali užtrukti labai ilgo laiko“* parodo, kad norint įtvirtinti naują idėją, reikia vadovautis aiškiai nurodytais principais, nes kitu atveju bendradarbiavimas nebus vykdomas taip, kaip tikimasi.

Šis tyrimas analizavo šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų požiūrį į bendradarbiavimą, todėl atsižvelgiant į tai, kad šie specialistai yra bendradarbiavimo dalyviai, kurie ir įgyvendintų sveikatos politiką, būtina įsigilinti ne tik į bendradarbiavimo, kaip reiškinio, įgyvendinimą, bet ir įgyvendintojų asmeninius motyvus. Viso tyrimo metu analizuojamos dalyvių išreikštos mintys, emocijos ir asmeniniai įsitikinimai padėjo suprasti, kad visuomenės sveikatos specialistai, kaip sveikatos sistemos dalyviai, yra iniciatyvūs asmenys, siekiantys visuomenės gerovės. Tyrime dalyvavę visuomenės sveikatos specialistai atspindi Acheson suformuotą visuomenės sveikatos sąvoką, kad ši veikla yra mokslas ir menas, todėl šie sveikatos specialistai analizuoja sveikatą ne tik kaip sveikatos problemų sprendimą, bet pasitelkus kūrybiškumą visomis priemonėmis stengiasi stiprinti sveikatą, užkirsti kelią ligoms (Bjørn Jensen ir kt., 2018). Visuomenės sveikatos specialistai yra atviresni naujoms idėjoms, geba jas generuoti ir įgyvendinti. Tyrimo metu šie specialistai išskyrė, kad juos bendradarbiauti labiausiai motyvuotų bendras tikslas, noras padėti žmonėms ir lygiavertiški santykiai su šeimos gydytojais. Todėl galima teigti, kad, parengus tinkamą strategiją, bendradarbiavimas iš visuomenės

sveikatos specialistų pusės galėtų būti realizuotas. Tuo tarpu šeimos gydytojai, stebimi viso tyrimo metu, dažniau skundėsi dėl itin intensyvaus darbo grafiko. Tokį šeimos gydytojų užimtumą patvirtina ir Higienos instituto surinkti duomenys apie nuolatinį apsilankymų pas šeimos gydytojus augimą (Higienos institutas, 2001). Tyrimo metu nustatyta, kad šeimos gydytojai suinteresuoti gauti pagalbą iš kitų specialistų, kurie vykdytų jiems iš dalies paskirtas pareigas, todėl bendradarbiavimas su visuomenės sveikatos specialistais padėtų šeimos gydytojams sutaupyti laiko nukreipus pacientus prevencijos klausimais domėtis pas visuomenės sveikatos specialistus, nes sveikatinimo ir ligų prevencijos įgyvendinimui reikalingas tęstinumas ir nuolatinis koordinavimas, kas, iš tiesų, užima laiko. Todėl galima teigti, kad šeimos gydytojų didžiausia motyvacija bendradarbiauti būtų ne tik noras padėti žmonėms gauti tinkamas paslaugas, bet ir siekis organizuoti savo darbo laiką, jį skiriant pacientams, kuriems reikalinga gydomoji medicina.

Tyrimas įrodė, kad bendradarbiavimas yra daug reikšmingesnis nei šiuo metu deklaruoja Lietuvos sveikatos politika, todėl reikalinga imtis veiksmų siekiant įtvirtinti sėkmingo bendradarbiavimo tęstinumą tarp visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų. Tam, kad priimti kuo efektyvesnius sprendimus, reikia atlikti situacijos analizę. Vienas iš analizės būdų yra stiprybių, silpnybių, galimybių ir grėsmių (SSGG) analizė, kuria remiantis išsiaiškinami išoriniai ir vidiniai veiksniai, darantys įtaką bendradarbiavimui. Darbo autorė visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų bendradarbiavimo politiką išanalizavo SSGG analizės būdu (pridedama magistro baigiamojo darbo prieduose), o tai gali padėti kuriant sveikatos politiką. Taigi, vadovaujantis sisteminiu požiūriu, įtraukiant specialistus į tarpusavyje susietas veiklas, siekiant kokybiškesnio ir efektyvesnio darbo, būtų galima stebėti geresnius visuomenės sveikatos rodiklius.

IŠVADOS

1. Didėjantis lėtinių ligų skaičius ir poliligtumo atvejai lemia didesnę sveikatos sektoriaus užimtumą, nors pirminėje sveikatos priežiūroje akcentuojamas individų gydymas, o visuomenės sveikatos priežiūroje visuomenės sveikatos poreikiai, tačiau kartu šie sektoriai gali bent iš dalies suvaldyti didėjantį sergančiųjų skaičių, nes šeimos gydytojai ir visuomenės sveikatos specialistai turi bendrą tikslą – siekti visuomenės sveikatos gerinimo ir ligų prevencijos, o efektyvesniems rezultatams pasiekti reikalingas tarpusavio bendradarbiavimas. Tai padėtų užtikrinti ne tik ligų valdymą, bet ir sustiprintų tarpusavio santykius, vyktų sklandesnis darbas, didėtų pacientų pasitenkinimas ir paslaugų prieinamumas.
2. Lietuvos teisinis reglamentavimas apibrėžia visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų funkcijas, todėl galima išskirti pagrindinius šių sveikatos specialistų sąlyčio taškus: sveikatos stebėseną, sveikatos stiprinimą, ligų ir sužalojimų prevenciją. Vis dėl to, šių specialistų bendradarbiavimas nėra reglamentuotas Lietuvoje, o strateginiuose veiksmų planuose tik nurodomas bendradarbiavimo reikalingumas, bet neapibrėžiama bendradarbiavimo tvarka.
3. Remiantis empirinio tyrimo metu surinktais duomenimis apie šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų patirtį ir nuomonę tarpusavio bendradarbiavimo tema paaiškėjo, kad:
 - 3.1. Bendradarbiavimas tarp šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų Vilniaus miesto savivaldybėje praktiškai nėra vykdomas, tačiau teigiamas požiūris į bendradarbiavimą lemia, kad šie specialistai yra nusiteikę bendradarbiauti dalindamiesi informacija apie pacientų sveikatą prevencijos klausimais, šeimos gydytojui tikslingai siunčiant pacientą pas visuomenės sveikatos specialistą bei atitinkamai paruošti visuomenės sveikatos specialistai dirbdami šeimos gydytojo komandose.
 - 3.2. Sėkmingam bendradarbiavimui įgyvendinti reikalingos sąlygos apima tarpasmeninius santykius, organizacinius bei sisteminius aspektus, tačiau šeimos gydytojai labiausiai pabrėžė, kad bendradarbiavimui trukdo neaiškus visuomenės sveikatos specialisto vaidmuo ir jo vykdoma veikla, bendradarbiavimo tvarkai nustatyti nėra parengtas teisinis reglamentavimas, o šių sektorių bendradarbiavimui vykdyti svarbu skirti tinkamą finansavimą, kad būtų sukurta komunikacijai reikalinga informacinė sistema, išlaikomi žmogiškieji ištekliai.
 - 3.3. Šeimos gydytojus ir visuomenės sveikatos specialistus bendradarbiauti labiausiai motyvuotų noras padėti žmonėms siekti visuomenės sveikatos gerinimo, tačiau visuomenės sveikatos specialistai akcentuoja motyvą būti labiau pripažintais visuomenėje ir turėti lygiavertiškus santykius su šeimos gydytojais, tuo tarpu šeimos gydytojai, turintys didelius pacientų srautus ir intensyvų darbo grafiką, suinteresuoti tam tikrais darbais pasidalinti su visuomenės sveikatos specialistais.

PASIŪLYMAI

1. Rekomenduojama parengti konkretų visuomenės sveikatos ir pirminės sveikatos priežiūros bendradarbiavimo teisinį reglamentavimą, kuriuo vadovaudamiesi specialistai vykdytų bendradarbiavimą praktikoje.
2. Šeimos medicinos gydymo įstaigoms sudaryti sutartis su visuomenės sveikatos biurais, kad visuomenės sveikatos specialistai galėtų vykti į pirminės asmens priežiūros įstaigas dirbti visuomenės sveikatos specialisto – atvejo vadybininko darbo. Šie specialistai būtų atskaitingi visuomenės sveikatos biurui.
3. Inicijuoti sutartis, pagal kurias, šeimos gydytojai, numatydami, kad pacientams reikalinga bet kokio lygio prevencija, suteikti informaciją apie visuomenės sveikatos specialistų vykdomas veiklas arba išrašyti siuntimus visuomenės sveikatos specialistams, kurie vykdytų deramas prevencines programas pacientams.
4. Sukurti elektroninę sistemą, kurioje visuomenės sveikatos specialistai, dirbantys su pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigomis pagal sutartis, turėtų prieigą prie pacientų duomenų tam, kad galėtų informuoti juos apie prevencines programas, identifikuoti rizikos veiksnius ir pakviesti dalyvauti visuomenės sveikatos programose.

LITERATŪROS ŠALTINIAI

- Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., & Salivaras, S. (2003). The expanded Chronic Care Model: An integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, 7(1), 73–82. <https://doi.org/10.12927/hcq.2003.16763>
- Bjørn Jensen, L., Lukic, I., & Gulis, G. (2018). The Delivery of Health Promotion and Environmental Health Services; Public Health or Primary Care Settings? *Healthcare*, 6(2), 42. <https://doi.org/10.3390/healthcare6020042>
- Burström, B., & Sagan, A. (2018). Sweden. *Organization and financing of public health services in Europe: Country reports [Internet]*. European Observatory on Health Systems and Policies. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507332/>
- Committee on Integrating Primary Care and Public Health, Board on Population Health and Public Health Practice, & Institute of Medicine. (2012). *Primary Care and Public Health: Exploring Integration to Improve Population Health*. National Academies Press (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK201594/>
- Corbin, J. H., & Mittelmark, M. B. (2008). Partnership lessons from the Global Programme for Health Promotion Effectiveness: A case study. *Health Promotion International*, 23(4), 365–371. <https://doi.org/10.1093/heapro/dan029>
- de Rijk, A., van Raak, A., & van der Made, J. (2007). A New Theoretical Model for Cooperation in Public Health Settings: The RDIC Model. *Qualitative Health Research*, 17(8), 1103–1116. <https://doi.org/10.1177/1049732307308236>
- Drąsutytė, J. (2017). *LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS MEDICINOS AKADEMIJA*.
- Folkman, A. K., Tveit, B., & Sverdrup, S. (2019). Leadership in interprofessional collaboration in health care. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 12, 97–107. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S189199>

- Gröne, O., & Garcia-Barbero, M. (2001). Integrated care. *International Journal of Integrated Care*, 1, e21.
- Gurevičius, R., Kutkaitė, S., & Valentienė, J. (2012). VISUOMENĖS SVEIKATOS SPECIALISTŲ POŽIŪRIS Į BENDRADARBIAVIMĄ SU PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SEKTORIUMI. *Visuomenės sveikata*, 9.
- Harrison, C., Henderson, J., Miller, G., & Britt, H. (2019). Predicting patient use of general practice services in Australia: Models developed using national cross-sectional survey data. *BMC Family Practice*, 20(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0914-y>
- Higienos institutas. (2001, 2021). *Apsilankymų pas gydytojus arba odontologus skaičius*. https://stat.hi.lt/user-report-view.aspx?group_id=15
- Hudon, C., Chouinard, M.-C., Bisson, M., Brousselle, A., Lambert, M., Danish, A., Rodriguez, C., & Sabourin, V. (2022). Case Management Programs for Improving Integrated Care for Frequent Users of Healthcare Services: An Implementation Analysis. *International Journal of Integrated Care*, 22(1), 11. <https://doi.org/10.5334/ijic.5652>
- Jones, J., & Barry, M. M. (2011). Exploring the relationship between synergy and partnership functioning factors in health promotion partnerships. *Health Promotion International*, 26(4), 408–420. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar002>
- Jurgutis, A., & Juknevičiūtė, V. (2012). Besikeičiantis sveikatos priežiūros vaidmuo valdant lėtines neinfekcines ligas. *Visuomenės sveikata*, 9.
- Kendir, C., Breton, E., Bodo, Y. L., & Bourgueil, Y. (2020). Collaboration of primary care and public health at the local level: Observational descriptive study of French local health contracts. *Primary Health Care Research & Development*, 21. <https://doi.org/10.1017/S1463423620000559>
- Kringos, D. S., Boerma, W. G. W., Hutchinson, A., & Saltman, R. B. (Sud.). (2015). *Building primary care in a changing Europe: Case studies*. European Observatory on Health Systems and Policies. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459010/>

Kudukytė - Gasperė, R., & Jankauskienė, D. (2014). INTEGRUOTOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGOS – Į ŽMONIŲ POREIKIUS ORIENTUOTOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS SKATINIMAS EUROPOS REGIONE. *Sveikatos politika ir valdymas*, 113–133.

Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, Pub. L. No. I–1562, Valstybės žinios, Nr. 102-2317 (1996). <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.31932/asr>

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. (2015). *Priemonė „Jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų savivaldybėse prieinamumo ir kokybės gerinimas įdiegiant jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelį“*. <https://sam.lrv.lt/lt/veiklosritys/programos-ir-projektai/norvegijos-paramos-programa/apie-projektus-ir-priemones/priemone-jaunimui-palankiu-sveikatos-prieziuros-paslaugu-savivaldybese-prieinamumo-ir-kokybes-gerinimas-idiegiant-jaunimui-palankiu-sveikatos-prieziuros-paslaugu-teikimo-modeli>

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2019 „Šeimos gydytojas“ patvirtinimo, Pub. L. No. V–1013, Valstybės žinios, Nr. 3-62 (2005). <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.268928/asr>

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl Šeimos medicinos plėtros 2016–2025 metų veiksmų plano patvirtinimo, Pub. L. No. V–1104, TAR 2016-24098 (2016). <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/0b0610d183f211e6a0f68fd135e6f40c?jfwid=2r1mly73>

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, Pub. L. No. I–552, Valstybės žinios, Nr. 63-1231 (1994). <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.5905/asr>

Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos įgyvendinimo plano patvirtinimo, Pub. L. No. 167, TAR 2017-4172 (2017). <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/efe9ff4107be11e78352864fdc41e502/asr>

- Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas dėl Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 metų plėtros programos patvirtinimo, Pub. L. No. 1291, TAR 2015-19827 (2015). <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35c41ab0a3c411e59010bea026bdb259/asr>
- Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas, Pub. L. No. IX–886, Valstybės žinios, Nr. 56-2225 (2002). <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.167900/asr>
- Martin-Misener, R., Valaitis, R., Wong, S. T., Macdonald, M., Meagher-Stewart, D., Kaczorowski, J., O-Mara, L., Savage, R., Austin, P., & Strengthening Primary Health Care through Public Health and Primary Care Collaborations Team. (2012). A scoping literature review of collaboration between primary care and public health. *Primary Health Care Research & Development*, 13(4), 327–346. <https://doi.org/10.1017/S1463423611000491>
- McVicar, K. L., Ivanitskaya, L. V., Bradley, D. W., & Montero, J. T. (2019). Primary Care and Public Health Collaboration Reports: A Qualitative Review of Integration Aims, Participants, and Success Determinants. *Population Health Management*, 22(5), 422–432. <https://doi.org/10.1089/pop.2018.0160>
- Nowak, D. A., Sheikhan, N. Y., Naidu, S. C., Kuluski, K., & Upshur, R. E. G. (2021). Why does continuity of care with family doctors matter? Review and qualitative synthesis of patient and physician perspectives. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 67(9), 679–688. <https://doi.org/10.46747/cfp.6709679>
- Petronytė, G., & Kanapeckienė, V. (2014). Pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos paslaugų integravimas ir šalių patirtis. *Visuomenės sveikata*, 8.
- Poliakovienė, R., & Gurevičius, R. (2011). SVEIKATOS SINERGIJA – VISUOMENĖS SVEIKATOS KOMPONENTO SUSTIPRINIMAS PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SRITYJE. *Visuomenės sveikata*, 12.
- Pratt, R., Gyllstrom, B., Gearin, K., Lange, C., Hahn, D., Baldwin, L.-M., VanRaemdonck, L., Nease, D., & Zahner, S. (2018). Identifying Barriers to Collaboration Between Primary Care and Public

- Health: Experiences at the Local Level. *Public Health Reports*, 133(3), 311–317.
<https://doi.org/10.1177/0033354918764391>
- Seaton, J., Jones, A., Johnston, C., & Francis, K. (2021). Allied health professionals' perceptions of interprofessional collaboration in primary health care: An integrative review. *Journal of Interprofessional Care*, 35(2), 217–228. <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1732311>
- Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., & Armitage, G. D. (2009). Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration. *Healthcare quarterly (Toronto, Ont.)*, 13(Spec No), 16–23.
- Valaitis, R. K., Wong, S. T., MacDonald, M., Martin-Misener, R., O'Mara, L., Meagher-Stewart, D., Isaacs, S., Murray, N., Baumann, A., Burge, F., Green, M., Kaczorowski, J., & Savage, R. (2020). Addressing quadruple aims through primary care and public health collaboration: Ten Canadian case studies. *BMC Public Health*, 20, 507. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08610-y>
- Valaitis, R., Meagher-Stewart, D., Martin-Misener, R., Wong, S. T., MacDonald, M., & O'Mara, L. (2018). Organizational factors influencing successful primary care and public health collaboration. *BMC Health Services Research*, 18, 420. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3194-7>
- WHO Regional Office for Europe. (2016). *Integrated care models: An overview*. 42.
- WHO Regional Office for Europe. (2018). *Primary health care: Closing the gap between public health and primary care through integration*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/primary-health-care-closing-the-gap-between-public-health-and-primary-care-through-integration>
- Wong, S. T., MacDonald, M., Martin-Misener, R., Meagher-Stewart, D., O'Mara, L., & Valaitis, R. K. (2017). What systemic factors contribute to collaboration between primary care and public health sectors? An interpretive descriptive study. *BMC Health Services Research*, 17, 796. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2730-1>
- World Health Organization. (1978). *Declaration of Alma-Ata*. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>

- World Health Organization. (1986). *First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986*. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
- World Health Organization. (2019). *Declaration of Astana*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-HIS-SDS-2018.61>
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (2012). *Review of public health capacities and services in the European Region* (WHO/EURO:2012-2217-41972-57683). World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340436>
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (2018). *Ensuring collaboration between primary health care and public health services* (WHO/EURO:2018-3408-43167-60444). World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345756>
- World Health Organization. Regional Office for Europe, & Health Services Delivery Programme, D. of H. S. and P. H. (2013). *ROADMAP. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: A Framework for Action towards Coordinated/Integrated Health Services Delivery (CIHSD)*. WHO Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108628>

ANOTACIJA

Andzelevičiūtė S. (2022). *Visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų bendradarbiavimo būklė Vilniaus miesto savivaldybėje* (magistro baigiamasis darbas). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.

Magistro baigiamajame darbe išanalizuota visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų bendradarbiavimo samprata, ypatumai ir principai teoriniame lygmenyje, taip pat įvertinta Vilniaus miesto savivaldybės visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų bendradarbiavimo būklė ir specialistų nuomonė apie svarbiausiu bendradarbiavimo aspektus ir plėtros galimybes. Pirmame skyriuje nagrinėjama bendradarbiavimo teorija, reikalingi aspektai siekiant užtikrinti sėkmingą bendradarbiavimą sveikatos sektoriuje, pabrėžiant teisinį reglamentavimą, taip pat aptariama reikšmė visuomenei, sveikatos specialistams ir sveikatos sistemai, pateikiama užsienio šalių geroji praktika. Antrame darbo skyriuje pateikiamas kokybinio tyrimo metodikos pagrindimas skirtas išsiaiškinti Vilniaus miesto savivaldybės visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų bendradarbiavimo būklę ir jų požiūrį šia tema. Trečiame skyriuje analizuojami gauti kokybinio tyrimo rezultatai, daromos įžvalgos leido interpretuoti tyrimo dalyvių nuomonę. Ketvirtame skyriuje kokybinio tyrimo rezultatai lyginami su kitais moksliniais tyrimais ir literatūros šaltiniais, vertinamas tyrimo reikšmingumas. Taip pat darbe pateikiamos išvados ir rekomendacijos, kurios leidžia apibendrinti viso tyrimo esmę ir gautus rezultatus. Prieduose pateikiamas interviu klausimynas ir SSGG analizė, skirta išsiaiškinti bendradarbiavimo tarp minėtų sveikatos sektorių, kaip galimai naujos sveikatos politikos, vidinius ir išorinius veiksnius.

Raktiniai žodžiai: bendradarbiavimas, visuomenės sveikata, šeimos gydytojai.

ANNOTATION

Andzelevičiūtė S. (2022). *The state of cooperation between public health specialists and family doctors in Vilnius city municipality* (the master's thesis). Vilnius: Mykolas Romeris University.

The master's thesis analyzed the concept, features, and principles of cooperation between public health specialists and family doctors at the theoretical level, as well as assessed the state of cooperation between public health specialists and family doctors in Vilnius City Municipality and the opinion of specialists about the most important aspects of cooperation and development opportunities. The first chapter examines the theory of cooperation, aspects necessary to ensure successful cooperation in the health sector, emphasizing legal regulation, also discusses the significance for society, health professionals and the health system, and presents good practices of foreign countries. The justification of the methodology of the qualitative research presented in the second chapter of the work is intended to find out the state of cooperation between public health specialists and family doctors of Vilnius city municipality and their attitude on this topic. The third chapter analyzes the obtained results of the qualitative research, the insights made allowed to interpret the opinions of the research participants. In the fourth chapter, the results of the qualitative study are compared with other scientific studies and literature sources, and the significance of the study is assessed. Also, the master's thesis presents conclusions and recommendations, which allow to summarize the essence of the entire study and the obtained results. Appendices include an interview questionnaire and a SWOT analysis to clarify the internal and external drivers of collaboration between the health sectors as a potential new health policy.

Keywords: cooperation, public health, family doctors.

SANTRAUKA

Sveikatos politika ir vadyba

VISUOMENĖS SVEIKATOS SPECIALISTŲ IR ŠEIMOS GYDYTOJŲ BENDRADARBIAVIMO
BŪKLĖ VILNIAUS MIESTO SAVIVALDYBĖJE

Samanta Andzelevičiūtė

Mokslinis vadovas doc. dr. Romualdas Gurevičius

Mykolo Romerio universitetas Viešojo valdymo ir verslo fakultetas Vadybos ir politikos mokslų
institutas. Vilnius, 2022. 68 p.

Darbo aktualumas: Didėjantis lėtinių ligų paplitimas, nesuvaldomi infekcijų protrūkiai, žalingas ir įtemptas gyvenimo būdas, augančios sveikatos priežiūros išlaidos kelia vis didesnę pavojų visuomenei ir sveikatos sistemai, todėl kyla poreikis įtraukti visus tarpusavyje susijusius sveikatos specialistus į nuolatinį bendradarbiavimą dėl problemų sprendimo. Šeimos gydytojai ir visuomenės sveikatos specialistai yra dviejų sektorių atstovai tarpusavyje glaudžiai susiję sveikatos stiprinimo, ugdymo ir ligų prevencijos srityje, tačiau dirbant kartu būtų efektyviau pasiekti geresni visuomenės sveikatos rezultatai.

Darbo tikslas – įvertinti Vilniaus miesto savivaldybės šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų bendradarbiavimo būklę ir poreikį, siekiant nustatyti bendradarbiavimo ypatumus, trukdžius ir plėtros galimybes sveikatos priežiūros sistemoje.

Metodika: Uždaviniams įgyvendinti buvo atliktas kokybinis tyrimas pusiau struktūruotu interviu metodu. Tyrime dalyvavo Vilniaus miesto Visuomenės sveikatos biuro visuomenės sveikatos specialistai (5 asmenys) ir Vilniaus miesto X asmens sveikatos priežiūros šeimos gydytojai (3 asmenys), kurie buvo atrinkti tikslinės atrankos būdu. Interviu buvo įrašomi, transkribuojami, daug kartų skaitomi, o informacijai analizuoti buvo naudotasi MAXqda programa.

Išvados: 1. Šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų tarpusavio bendradarbiavimas padėtų užtikrinti ne tik ligų valdymą, bet ir sustiprintų tarpusavio santykius, vyktų sklandesnis darbas, didėtų pacientų pasitenkinimas ir paslaugų prieinamumas. 2. Visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų sąlyčio taškai: sveikatos stebėseną, sveikatos stiprinimas, ligų ir sužalojimų prevencija parodo, kad bendradarbiavimas yra įmanomas, tačiau nėra reglamentuotas Lietuvoje. 3. Empirinis tyrimas parodė, kad bendradarbiavimas tarp minėtų specialistų Vilniaus miesto savivaldybėje nevyksta, tačiau tai realizuoti galima dalinant informaciją tarpusavyje apie pacientų prevencijos klausimus, šeimos gydytojui tikslingai siunčiant pacientą pas visuomenės sveikatos specialistą bei atitinkamai paruošti visuomenės sveikatos specialistai dirbdami šeimos gydytojo komandose, tokiam bendradarbiavimui reikalinga nustatyti aiškius vaidmenis, bendradarbiavimo tvarką, skirti tinkamą finansavimą ir išskirti lyderius, kurie inicijuotų šią veiklą.

Raktiniai žodžiai: bendradarbiavimas, visuomenės sveikata, šeimos gydytojai.

SUMMARY

Health policy and management

STATE OF COOPERATION BETWEEN PUBLIC HEALTH SPECIALISTS AND FAMILY DOCTORS IN VILNIUS CITY MUNICIPALITY

Samanta Andzelevičiūtė

Scientific supervisor Assoc. Dr. Romualdas Gurevičius

Mykolas Romeris University, Faculty of Public Management and Business, Institute of Management and Political Sciences. Vilnius, 2022. 68 p.

Relevance of the work: The increasing prevalence of chronic diseases, uncontrollable outbreaks of infections, harmful and stressful lifestyles, and rising health care costs pose an increasing threat to society and the health system, and therefore there is a need to involve all interrelated health professionals in continuous collaboration for problem solving. Family doctors and public health specialists are representatives of two sectors closely related to each other in the field of health promotion, education, and disease prevention, but working together would be more effective in achieving better public health outcomes.

The aim of the work is assessing the state and need for cooperation between family doctors and public health specialists of the Vilnius City Municipality in order to determine the peculiarities of cooperation, obstacles and opportunities for development in the health care system.

Methodology: To implement the tasks, a qualitative study was conducted using a semi-structured interview method. Public health specialists of the Public Health Office of Vilnius City (5 persons) and family doctors of the health care X clinic of Vilnius City (3 persons) participated in the study, who were selected by means of targeted selection. Interviews were recorded, transcribed, read multiple times, and MAXqda software was used to analyze the information.

Conclusions: 1. Cooperation between family doctors and public health specialists would help ensure not only disease management, but would also strengthen mutual relations, work more smoothly, increase patient satisfaction and availability of services. 2. Touchpoints between public health specialists and family doctors: health monitoring, health promotion, disease and injury prevention show that cooperation is possible, but not regulated in Lithuania. 3. Empirical research has shown that cooperation between the aforementioned specialists does not take place in the Vilnius City Municipality, but it can be realized by sharing information about patient prevention issues, by the family doctor purposefully sending the patient to a public health specialist, and by appropriately preparing public health specialists working in family doctor teams, for such cooperation it is necessary to establish clear roles, order of cooperation, allocate adequate funding and select leaders who would initiate these activities.

Keywords: cooperation, public health, family doctors

PRIEDAI

1 priedas. Stiprybių, silpnybių, galimybių ir grėsmių (SSGG) analizė

SSGG analizė yra strateginio planavimo priemonė, kuri padeda išanalizuoti esamą situaciją ir, įvertinus stiprybes, silpnybes, galimybes ir grėsmes, pasiruošti galimiems pokyčiams ir situacijos gerinimui. Bendradarbiavimas tarp šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų yra siekiamybė, tačiau mūsų tyrimas parodė, kad toks bendradarbiavimas nevyksta, todėl būtina suprasti vidinius bei išorinius įtaką darančius veiksnius. Tai padės formuoti korektišką sveikatos politiką ir politikos formuotojams priimti veiksmus atliepiančius sveikatos politikos įgyvendintojų interesus.

5 lentelė. Visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų bendradarbiavimo, kaip sveikatos politikos, stiprybių, silpnybių, galimybių ir grėsmių (SSGG) analizė.

Stiprybės	Silpnybės
<p>Visuomenės sveikatos specialistai linkę imtis iniciatyvos, kūrybingai pažvelgti į situacijas ir generuoti idėjas, o tai reikalinga norint rasti būdų, kaip galėtų vykti bendradarbiavimas.</p> <p>Visuomenės sveikatos specialistai ir šeimos gydytojai teigiamai žvelgia į bendradarbiavimą, kaip reiškinį, ir laukia pokyčių, kurie leistų pradėti vykdyti bendradarbiavimą remiantis nustatyta tvarka.</p> <p>Šiuolaikiniame pasaulyje vis dažniau girdima apie sveikatos rūpinimąsi dar prieš atsirandant sveikatos sutrikimams, todėl visuomenė vis labiau teigiamai priima sveikatinimo idėjas, o tam propaguoti pasitelkiami asmens sveikatos ir visuomenės sveikatos sektorių specialistai ir stiprinant jų bendradarbiavimą.</p>	<p>Šeimos gydytojams trūksta žinių apie visuomenės sveikatos specialistų vykdomas veiklas, todėl nežinomybė trukdo suprasti bendradarbiavimo prasmingumą.</p> <p>Tiek visuomenės sveikatos specialistams, tiek šeimos gydytojams yra neaiški bendradarbiavimo vykdymo tvarka ir nuo ko pradėti jį vykdyti, o tai uždaro kelius bendradarbiavimo pradžiai.</p>
Galimybės	Grėsmės
<p>Komandinis darbas dėl bendro tikslo yra efektyvesnis nei dirbant atskirai, todėl ir šeimos gydytojai su visuomenės sveikatos specialistais, išlaikydami sinchroninį darbą tarpusavyje, gali pasiekti geresnių visuomenės sveikatos rezultatų.</p> <p>Vykstant darbų pasidalinimui, vyraujant supratingumui ir aiškumui, sveikatos priežiūros specialistai gali būti labiau patenkinti savo darbu ir jo rezultatais, nešvaistyti energijos papildomiems darbams ir labiau realizuoti save.</p>	<p>Pasaulyje kylančios kainos ir išlaidos veikia ir Lietuvos finansinę būklę, todėl yra tikimybė, kad valstybė gali skirti nepakankamai finansų investuoti į naują sveikatos politiką, siekiant užtikrinti nuolatinį bendradarbiavimą tarp šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų.</p> <p>Neparengus teisinio reglamentavimo, skirto bendradarbiavimo tvarkos nustatymui, gali būti sudėtinga pradėti sklandų bendradarbiavimą, todėl teisės aktai turi būti prioritetas siekiant įgyvendinti bendradarbiavimą.</p>

5 lentelės tęsinys.

<p>Remiantis užsienio šalių gerąja praktika apie visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų bendradarbiavimą, galima modifikuoti šalių vykdomus modelius Lietuvoje ir įgyvendinti juos plačiai visuomenei.</p> <p>Užtikrintus sklandų bendradarbiavimą, bus suteikiamos galimybės pacientams tinkamu metu ir tinkamoje vietoje gauti prevencinių klausimų atsakymus, įsitraukti į sveikatinimo veiklas, tada žmonės bus linkę labiau vertinti savo sveikatą, suprasti to reikšmę, o diegiami nauji sveikatos įpročiai gali įgalinti žmones labiau rūpintis savo sveikata, o to rezultatas būtų sumažėjusios sveikatos išlaidos sveikatos sistemoje.</p>	<p>Kadangi visuomenės sveikatos rezultatams pasiekti reikalingas ilgas laiko tarpas, daug pastangų ir tai aprėpia daug gyvenimo sferų, todėl dažniau gali būti prioritizuojamas asmens gydymas, kai yra akivaizdžiai matoma liga, ir dėl to skiriama daugiau dėmesio ir resursų ligų gydymui nei ligų atsiradimo kelio užkirtimui, o toks skirtingų prioritetų pasiskirstymas gali lemti minėto tipo bendradarbiavimo įgyvendinimo atidėjimą vėlesniam laikui, kai bus pasirūpinta asmens sveikatos sektoriumi.</p> <p>Bendradarbiavimui įgyvendinti reikalinga skirti nemažai laiko ir pastangų, kad pasiekus nuolatinį ir sėkmingą bendradarbiavimą būtų galima stebėti to naudą, todėl pasiruošimas gali reikalauti tiek sveikatos specialistų indėlio, tiek valstybės atsakomybės prisiėmimo, ko kartais trūksta įgyvendinant naujas idėjas.</p>
--	--

2 priedas. Klausimynas visuomenės sveikatos specialistams ir šeimos gydytojams

Bendrieji, įvadiniai klausimai:

	Visuomenės sveikatos specialistams	Šeimos gydytojams
1. Klausimas	Kaip Jūs bendrai vertinate savo darbo organizuotumą?	
Tikslinantys klausimai	<ul style="list-style-type: none"> • Kaip apibūdintumėte Jūsų darbui teikiamas galimybes organizuotai ir nuosekliai atlikti savo pareigas? • Kaip vertintumėte savo pasitenkinimą Jūsų darbui sudaromomis sąlygomis? • Kiek šiame darbe Jūs galite realizuoti save? 	
2. Klausimas	Kaip suprantate, kuo reikšmingas sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimas?	
Tikslinantis klausimas	<ul style="list-style-type: none"> • Kiek jums svarbus santykių tarp kolegų palaikymas? 	

Pagrindiniai interviu klausimai:

	Visuomenės sveikatos specialistams	Šeimos gydytojams
3. Klausimas	Kokiose Jūsų veiklos srityse galėtų būti vykdomas bendradarbiavimas su šeimos gydytojais?	Kokios visuomenės sveikatos funkcijos, išdėstytos šeimos gydytojo normoje, Jums pavestos vykdyti?
4. Klausimas	Kaip vyksta Jūsų bendradarbiavimas su šeimos gydytojais?	Kaip vyksta Jūsų bendradarbiavimas su visuomenės sveikatos specialistais?
Tikslinantys klausimai	<ul style="list-style-type: none"> • Jei vyksta, kokiomis formomis? • Jei vyksta, kaip dažnai? • Jei nevyksta, kaip galėtų vykti? 	
5. Klausimas	Kiek asmeniškai Jums yra reikalingas bendradarbiavimas su šeimos gydytojais?	Kiek asmeniškai Jums yra reikalingas bendradarbiavimas su visuomenės sveikatos specialistais?

Tikslinantys klausimai:	<ul style="list-style-type: none"> • Pateikite pavyzdžių, kodėl reikalingas arba kodėl nereikalingas. • Ar ateityje Jums būtų naudingas toks bendradarbiavimas?
6. Klausimas	Kokios kyla bendradarbiavimo kliūtys?
Tikslinantis klausimas:	<ul style="list-style-type: none"> • Pateikite pavyzdžių, kokios kliūtys kyla sisteminiame, organizaciniame ir tarpasmeniniame lygmenyse.
7. Klausimas	Kokios yra sėkmingo bendradarbiavimo prielaidos?
Tikslinantis klausimas:	<ul style="list-style-type: none"> • Pateikite pavyzdžių, kas Jus labiausiai motyvuotų siekti tarpusavio bendradarbiavimo sveikatos sistemoje.

Baigiamieji apibendrinantys klausimai:

	Visuomenės sveikatos specialistams	Šeimos gydytojams
8. Klausimas	Kaip įsivaizduojate bendradarbiavimą tarp visuomenės sveikatos specialistų ir šeimos gydytojų ateityje?	
Tikslinantys klausimai:	<ul style="list-style-type: none"> • Kaip manote, kas pasikeistų sveikatos priežiūros sistemoje, jei bendradarbiavimas vyktų efektyviau? • Kaip manote, kokia nauda būtų sveikatos priežiūros specialistams, jei bendradarbiavimas vyktų efektyviau? • Kaip manote, kas pasikeistų visuomenėje, jei bendradarbiavimas vyktų efektyviau? 	