

LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS
MEDICINOS AKADEMIJA

Aušrinė Kontrimienė

**KOMANDINIS DARBAS PIRMINĖJE
SVEIKATOS PRIEŽIŪROJE:
ŠEIMOS GYDYTOJŲ IR BENDROSIOS
PRAKTIKOS SLAUGYTOJŲ
BENDRADARBIAVIMO VERTINIMAS**

Daktaro disertacija
Medicinos ir sveikatos mokslai,
visuomenės sveikata (M 004)

Kaunas, 2019

Disertacija rengta 2015–2019 metais Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Šeimos medicinos klinikoje.

Mokslinė vadovė

prof. dr. Lina Jaruševičienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija, medicinos ir sveikatos mokslai, visuomenės sveikata – M 004).

Konsultantė

doc. dr. Ida Liseckienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija, medicinos ir sveikatos mokslai, visuomenės sveikata – M 004).

Disertacija ginama Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Visuomenės sveikatos mokslo krypties taryboje:

Pirmininkė

prof. dr. Rūta Ustinavičienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija, medicinos ir sveikatos mokslai, visuomenės sveikata – M 004).

Nariai

dr. Virginija Dulskienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija, medicinos ir sveikatos mokslai, visuomenės sveikata – M 004);

prof. habil. dr. Renaldas Jurkevičius (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija, medicinos ir sveikatos mokslai, medicina – M 001);

prof. dr. Vytautas Kasiulevičius (Vilniaus universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, medicina – M 001);

dr. Irina Wagner-Stirbu (KIT Karališkasis atogrąžų institutas (Nyderlandai), medicinos ir sveikatos mokslai, visuomenės sveikata – M 004).

Disertacija bus ginama viešame Visuomenės sveikatos mokslo krypties tarybos posėdyje 2019 m. liepos 17 d. 11 val. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Mokomojo laboratorinio korpuso Simpoziumų salėje.

Adresas: Eivenių g. 4, LT-50009 Kaunas, Lietuva.

LITHUANIAN UNIVERSITY OF HEALTH SCIENCES
MEDICAL ACADEMY

Aušrinė Kontrimienė

**TEAMWORK IN PRIMARY HEALTH CARE:
EVALUATION OF COLLABORATION
BETWEEN FAMILY PHYSICIANS AND
COMMUNITY NURSES**

Doctoral Dissertation
Medical and Health Sciences,
Public Health (M 004)

Kaunas, 2019

Dissertation has been prepared at the Department of Family Medicine of Lithuanian University of Health Sciences during the period 2015–2019.

Scientific Supervisor

Prof. Dr. Lina Jaruševičienė (Lithuanian University of Health Sciences, Medical Academy, Medical and Health Sciences, Public Health – M 004).

Consultant

Assoc. Prof. Dr. Ida Liseckienė (Lithuanian University of Health Sciences, Medical Academy, Medical and Health Sciences, Public Health – M 004).

Dissertation is defended at the Public Health Research Council of Lithuanian University of Health Sciences:

Chairperson

Prof. Dr. Rūta Ustinavičienė (Lithuanian University of Health Sciences, Medical Academy, Medical and Health Sciences, Public Health – M 004).

Members

Dr. Virginija Dulskienė (Lithuanian University of Health Sciences, Medical Academy, Medical and Health Sciences, Public Health – M 004);

Prof. Habil. Dr. Renaldas Jurkevičius (Lithuanian University of Health Sciences, Medical Academy, Medical and Health Sciences, Medicine – M 001);

Prof. Dr. Vytautas Kasiulevičius (Vilnius University, Medical and Health Sciences, Medicine – M 001);

Dr. Irina Wagner-Stirbu (KIT Royal Tropical Institute (the Netherlands), Medical and Health Sciences, Public Health – M 004).

Dissertation will be defended at the open session of the Public Health Research Council of the Lithuanian University of Health Sciences on the 17th of July, 2019 at 11 a. m. in the Symposium Auditorium of Educational laboratory building of Lithuanian University of Health Sciences.

Address: Eivenių 4, LT-50009 Kaunas, Lithuania.

TURINYS

SANTRUMPOS	7
ĮVADAS	8
1. DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI	11
2. LITERATŪROS APŽVALGA	12
2.1. Komandinis darbas sveikatos priežiūroje	12
2.1.1. Komandinio darbo raida sveikatos priežiūroje	12
2.1.2. Komandinio darbo reikšmė sveikatos priežiūroje.....	15
2.1.3. Komandinio darbo samprata ir pagrindiniai elementai	16
2.1.4. Komandinis darbas Lietuvos pirminėje sveikatos priežiūroje	17
2.1.5. Komandinio darbo vertinimas pirminėje sveikatos priežiūroje	19
2.2. Komandinis darbas pirminėje sveikatos priežiūroje: šeimos gydytojų ir slaugytojų bendradarbiavimo aspektai	21
3. METODIKA	29
3.1. Šeimos gydytojų ir slaugytojų komandinio darbo patyrimas: tikslinių sutelktų grupių interviu	29
3.1.1. Tyrimo dalyviai	30
3.1.2. Tyrimo eiga	30
3.2. Šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų požiūriu į PSP komandą vertinimas: tyrimo instrumentas.....	32
3.2.1. Bendradarbiavimo tarp gydytojų ir slaugytojų pirminėse sveikatos priežiūros komandose klausimyno kūrimas ir turinio vertinimas	32
3.2.2. Tyrimo dalyviai	37
3.2.3. Statistinė klausimyno analizė	37
3.2.4. Funkcijų aiškumo tyrimo statistinė tiriamoji dalis.....	39
3.3. Etiniai aspektai.....	39
4. REZULTATAI	41
4.1. Pirminės sveikatos priežiūros komandos samprata šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūriu	41
4.1.1. Pirminės sveikatos priežiūros komandos struktūra	42
4.1.2. Komandos narių sinergija.....	42
4.1.3. Aiškiai apibrėžti komandos narių vaidmenys ir atsakomybės	43
4.1.4. PSP komandos narių kompetencija	45
4.1.5. PSP komandos narių komunikacija	47
4.1.6. Organizaciniai komandinio darbo aspektai.....	48
4.2. Šeimos gydytojų ir slaugytojų komandinio darbo patyrimas: sąsajos su sociodemografiniais rodikliais	50
4.2.1. Pirminės sveikatos priežiūros komandos struktūra.....	52
4.2.2. Komandos narių sinergija ir komunikacija šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūriu	56
4.2.3. Organizaciniai komandinio darbo ypatumai pirminėje sveikatos priežiūroje šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūriu.....	60
4.2.4. Funkcijos ir atsakomybės šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūriu	66

4.3. Šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų bendradarbiavimo pirminėje sveikatos priežiūroje vertinimo skalės kūrimas	72
4.3.1. Klausimyno tinkamumo vertinimas	72
4.3.2. Tiriamoji faktorinė analizė	74
4.3.3. Patvirtinamoji faktorinė analizė	77
4.3.4. Vidinio nuoseklumo patikimumas	81
4.3.5. Psichometrinių COPAN skalės požymių palyginimas tarp slaugytojų ir gydytojų	82
4.4. Šeimos gydytojų ir slaugytojų bendradarbiavimas: funkcijų aiškumo reikšmė komandoje	83
4.5. Sinergijos, organizacinio komponento ir kompetencijų faktorių sąsajos su darbo aplinkos organizacijose suvokimu bei profesiniu perdegimu	88
5. REZULTATŲ APTARIMAS	98
5.1. Šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų bendradarbiavimo pirminėje sveikatos priežiūroje skalės taikymo rezultatų aptarimas	99
5.2. Šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų komandinio darbo patyrimas PSP ir pagrindiniai elementai	101
5.2.1. Vidiniai komandinio darbo elementai	101
5.2.2. Išoriniai komandinio darbo veiksniai	105
5.3. Komandinio darbo mokymai šeimos gydytojams ir bendrosios praktikos slaugytojoms	109
5.4. Mokslinio darbo ribotumas	110
IŠVADOS	111
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS	112
BIBLIOGRAFIJOS SĄRAŠAS	114
STRAIPSNIŲ, KURIOSE BUVO PASKELBTI DISERTACIJOS TYRIMŲ REZULTATAI, SĄRAŠAS	123
MOKSLINIŲ KONFERENCIJŲ, KURIOSE BUVO PASKELBTI DISERTACIJOS TYRIMŲ REZULTATAI, SĄRAŠAS	124
SUMMARY	194
PRIEDAI	225
1 priedas	225
2 priedas	237
CURRICULUM VITAE	252
PADĖKA	253

SANTRUMPOS

AF respondentai	–	tyrimo dalyviai su aiškiais komandinio darbo funkcijomis
CFA	–	patvirtinančioji faktorinė analizė (angl. <i>confirmatory factor analysis</i>)
CFI	–	sąlyginis suderinamumo indeksas (angl. <i>comparative fit index</i>)
CI	–	pasikliautinis intervalas (angl. <i>confidence interval</i>)
COPAN	–	„Bendradarbiavimo tarp gydytojų ir slaugytojų pirminėse sveikatos priežiūros komandose“ skalė (angl. <i>Collaboration between Physicians and Nurses in Primary Health Care Teams</i>)
EFA	–	aiškinamoji faktorių analizė (angl. <i>exploratory factor analysis</i>)
JAV	–	Jungtinės Amerikos Valstijos
KMO	–	Kaiser-Meyer Olkin
LNL	–	lėtinės neinfekcinės ligos
LSMU	–	Lietuvos sveikatos mokslų universitetas
Max	–	Maksimumas
Min	–	Minimumas
MA	–	Medicinos akademija
NF respondentai	–	tyrimo dalyviai su neaiškiais komandinio darbo funkcijomis
PSO	–	Pasaulinė sveikatos organizacija
PSP	–	pirminė sveikatos priežiūra
PSPC	–	pirminės sveikatos priežiūros centras
RMSEA	–	vidutinė kvadratinė aproksimacijos paklaida (angl. <i>root mean square error of approximation</i>)
SD	–	standartinis nuokrypis (angl. <i>standard deviation</i>)
SMC	–	kvadratinė daugybinė koreliacija (angl. <i>squared multiple correlation</i>)
SRW	–	standartizuotas regresijos svoris (angl. <i>standardized regression weight</i>)
TLI	–	Takerio-Liuiso indeksas

IVADAS

Pirmoji tarptautinė deklaracija, pabrėžianti pirminės sveikatos priežiūros (PSP) svarbą, buvo priimta daugiau kaip prieš keturiasdešimt metų Kazachstane, Almatos konferencijoje [1]. Pagrindinė mintis buvo paskatinti pasaulio šalių vyriausybes, sveikatos sistemos plėtros institucijas ir pasaulio bendruomenes imtis veiksmų visų žmonių sveikatos priežiūrai užtikrinti, skatinti ir saugoti. Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) šalys narės šią deklaraciją patvirtino, ir jos principais yra vadovaujamosi iki šiol.

PSO deklaracijoje „Sveikata visiems XXI amžiuje“, priimtoje daugiau kaip prieš dvidešimt metų, akcentuojamas integruotos, į pirminę grandį orientuotos sveikatos priežiūros poreikis [2]. Šeimos gydytojas ir kvalifikuotas bendruomenės slaugytojas įvardinami kaip svarbiausi, visapusišką pagalbą pacientams teikiantys komandos nariai, kurie rūpinasi paciento ir jo šeimos sveikata. Iš tiesų, PSP nurodoma kaip kertinis akmuo visoje sveikatos sistemoje, kadangi nustatyta, jog ji leidžia išspręsti net iki 80 proc. sveikatos problemų [1, 2]. Todėl veiksmingas PSP funkcionavimas yra vienas pagrindinių sveikatos politikos uždavinių tiek Lietuvoje, tiek ir kitose šalyse [3].

Lietuvoje pirminė sveikatos priežiūra yra viena iš prioritetinių sveikatos plėtros sričių, kai vis daugiau funkcijų ir kompetencijų suteikiama čia dirbančiam personalui [4]. Jau 1991 m. priimtoje Lietuvos nacionalinėje sveikatos koncepcijoje buvo pabrėžta, jog prioritetinė plėtojimo ir finansavimo sritis yra pirminė sveikatos priežiūra [4]. Medicinos reforma vykdoma PSP tobulinimo kryptimi, ir iki 1991 m. vyravęs centralizuotas sveikatos priežiūros („Semaško“) modelis tampa tarsi tolimesnis aidas nuolat tobulinamoje šiuolaikinėje sveikatos sistemoje.

Pastaraisiais dešimtmečiais PSP išgyveno nemažai pasikeitimų, kai darbo krūvis ir atliekamų paslaugų spektras pradėjo plėstis ypač greitai, pradėtos taikyti įvairios prevencinės programos, reikšmingai išsiplėtė diagnostinių tyrimų metodai, o atliekamų procedūrų skaičius šeimos gydytojo kabinete taip pat padidėjo [5–7]. Papildomo personalo įtraukimas, funkcijų delegavimas ir naujų funkcijų pasiskirstymas tampa vis aktualesniu PSP aspektu ir Lietuvoje [8]. Atsižvelgiant į tai, kad atsakomybės kiekis ir darbo krūviai PSP darbuotojams nuolat didėja, reikia kuo efektyviau išnaudoti visas galimybes tobulinant ir gerinant paslaugų teikimą bei užtikrinti kokybę, todėl vienas iš elementų, galinčių padėti pasiekti šių tikslų, yra PSP komandų stiprinimas, komunikacijos ir bendradarbiavimo tarp profesijų gerinimas [9]. Tyrimais nustatyta, jog komandinis darbas PSP yra naudingas ne tik darbo krūviui palengvinti, bet ir siekiant geresnių pacientų priežiūros sveikatos rodiklių rezultatų [10, 11] bei ekonominių sveikatos priežiūros sprendimų [12].

Pavyzdžiui, galima tikėtis retesnio hospitalizavimų skaičiaus [13], geriau patenkinamų pacientų poreikių [14], užtikrinamas sveikatos priežiūros tęstinumas, didėja sveikatos sistemos darbuotojų pasitenkinimas darbu ir geriau panaudojami sveikatos sistemos žmogiškieji ištekliai [15, 16].

Darbo mokslinis naujumas ir aktualumas

Pagilintų tyrimų, kurie tyrinėtų bendrai komandinį darbą PSP tarp šeimos gydytojų ir slaugytojų Lietuvoje nebuvo atlikta. Komandinis darbas buvo analizuojamas labiau homogeniškos grupėse, atskirai gydytojų ir atskirai slaugytojų [17–19]. Mūsų šalies kultūrinis ir istorinis kontekstas lemia dabartinę sveikatos sistemą, kai įsišaknijusios stiprios (hierarchinės) tradicijos tarp bendrosios praktikos gydytojų ir bendruomenės slaugytojų [20, 21], todėl svarbu suprasti komandinio darbo aspektus šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūriu, atsižvelgiant ir į kultūrinį kontekstą, siekiant geriau suprasti galimas jo tobulinimo ir plėtros sritis.

Mūsų tyrimas nustatė pagrindinius PSP šeimos gydytojų ir slaugytojų komandinio darbo elementus. Tyrimo metu naujai sukurta ir validuota originali Šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų bendradarbiavimo pirminėje sveikatos priežiūroje vertinimo skalė yra patikimas įrankis šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų bendradarbiavimui PSP kontekste vertinti. Tyrimu parodyta, kad trumposios šios skalės versijos (COPAN-2 ir COPAN-3) pasižymi ypač geromis psichometrinėmis savybėmis, ir tikimės, kad bus taikomos praktikoje. Taip pat tikimės, kad sukurtieji įrankiai taps lengvai panaudojamomis priemonėmis komandiniam darbui vertinti PSP, ypač pokyčių ir spartaus vystymosi valstybėse.

Naudojantis sukurtais įrankiais identifikuotas profesinio bendradarbiavimo tobulinimo Lietuvos PSP komandose potencialas atskleidžia perspektyvias PSP plėtros tobulinimo galimybes.

Darbo praktinė reikšmė

Tyrimo metu, atliekant tikslinių sutelktų grupių interviu, buvo vertinamas šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų požiūris į komandinį darbą, identifikuojami komandinės veiklos elementai ir tobulinimo sritys. Naujai sukurtas originalus tarpprofesinio bendradarbiavimo vertinimo pirminėje sveikatos priežiūroje instrumentas pagerins komandinės veiklos tyrimo ir stebėjimo galimybes specifiniame šalies kontekste, galės būti plačiai praktiškai taikomas PSP įstaigose diegiant naujus komandinio darbo modelius, o akademiniam kontekste bus naudingas vykdant mokslinius tyrimus, siekiant identifikuoti komandinės veiklos tobulinimo potencialą, jis taip pat sudarys prielaidas papildyti pasaulinę komandinės veiklos PSP sampratą įžvalgomis

iš posovietiniame regione plėtojamo tarpprofesinio bendradarbiavimo. Instrumentu kiekybiškai įvertintas šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų komandinio darbo patyrimas PSP padės geriau suprasti tarpprofesinio bendradarbiavimo tobulinimo kryptis.

Autorės indėlis

Autorė dalyvavo visose tyrimo dalyse. Autorė aktyviai dalyvavo kokybiniame tyrime vykdant sutelktų grupių interviu, transkribuojant ir savarankiškai analizuojant gautus duomenis bei rengiant publikacijas ir konferencijų medžiagą šia tema. Autorė taip pat aktyviai dalyvavo kuriant kiekybinio tyrimo dizainą ir naująjį instrumentą bei dalyvavo ir techninėje apklausos vykdymo dalyje: dalijo klausimynus ir suvedinėjo duomenis bei kūrė duomenų bazę statistinėje programoje. Autorė dalyvavo kiekybinio tyrimo duomenų analizėje, didžiąją dalį duomenų analizės atliko savarankiškai bei rengė publikacijas ir konferencijų medžiagą šia tema. Papildomo tyrimo dizainą, vertinant sveikatos priežiūros studentų požiūrį į komandinį darbą ir duomenų analizę, autorė atliko savarankiškai.

1. DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI

Darbo tikslas

Ištirti šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų profesinį bendradarbiavimą, siekiant identifikuoti komandinio darbo pirminėje sveikatos priežiūroje veiklos komponentus ir jų tobulinimo galimybes.

Darbo uždaviniai

1. Išanalizuoti šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų komandinio darbo patyrimą, identifikuojant pagrindinius PSP komandinės veiklos elementus bei jų grupes.
2. Sukurti profesinio bendradarbiavimo PSP komandoje vertinimo instrumentą, atlikti jo validavimą. Instrumentu kiekybiškai ištirti profesinį šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų bendradarbiavimą komandoje.
3. Identifikuoti profesinio bendradarbiavimo tobulinimo PSP komandose potencialą.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

2.1. Komandinis darbas sveikatos priežiūroje

2.1.1. Komandinio darbo raida sveikatos priežiūroje

Pirmieji komandinio darbo moksliniai tyrimai atsirado dar praėjusio šimtmečio pradžioje karinio rengimo kontekste apie 1920-uosius [22]. Dabar komandos yra žinomos ir plačiai taikomos ir tyrinėjamos daugelyje sričių: komandos vyrauja aviacijos, kariniame, sporto, verslo, kosmoso tyrimų kontekstuose bei akademinės bendruomenės ir sveikatos priežiūros srityse [23]. Sveikatos priežiūros srityje komandinis darbas minimas jau nuo 1950-ųjų [24], kai, didėjant sveikatos sistemos fragmentacijai, atsirado poreikis sveikatos priežiūros specialistams dirbti kartu, skatinant į pacientą orientuotą priežiūrą.

Sveikatos priežiūros komandos evoliucijos požymiai matomi nuo praėjusio šimtmečio vidurio, kai oficialiai pradėjo atsirasti sveikatos priežiūros komandos, į kurias buvo įtraukiamos slaugytojos, farmacininkai, socialiniai darbuotojai, fizioterapeutai ir kiti specialistai [25]. PSP komandos struktūra palaipsniui vystosi iki šiol, integruojant į ją vis daugiau skirtingų sveikatos priežiūros specialistų (pvz., farmacininkus) [26], taip pat specialistų iš kitų su sveikatos priežiūra susijusių sričių (pvz.: socialinius darbuotojus, psichologus) [15], didinant pagalbinio personalo skaičių [27]. Tokiu būdu šeimos gydytojas ir slaugytojas tampa platesnės, holistinę požiūrį pacientui galinčios suteikti komandos pagrindiniais nariais, o moksliniai tyrimai tik patvirtina, jog ne gydytojo, o kitų komandos narių teikiami tam tikri sveikatos priežiūros elementai turi teigiamos įtakos sveikatos priežiūros procesams ir rezultatams [28–30].

Antroje XX amžiaus pusėje susiformavo keletas istorinių prielaidų komandinio darbo sveikatos priežiūroje vystymuisi, kai gydytojų teikiamų paslaugų spektras išsiplėtė ne tik ligų diagnozavimo ir gydymo, bet ir prevencijos bei profilaktikos kryptimis [31]. Tačiau vis didesnė sveikatos sistemos specializacija padidino komandinio darbo poreikį, tam daug įtakos turėjo ir siekis sumažinti sveikatos sistemoje pasitaikančių medicininių klaidų skaičių bei poreikis kuo naudingiau panaudoti jau turimus medicininius resursus ir finansus, taip pat siekis užtikrinti geresnį paciento saugumą [23, 32]. Pacientų poreikiai taip pat keitėsi ir nebeapsiribojo tik ligos diagnoze ir medikamentiniu ar intervenciniu gydymu, tačiau išryškėjo labiau visapusiškos paciento sveikatos priežiūros poreikis, kai tinkamai ligos priežiūros kontrolei reikalinga paciento edukacija, socialinių poreikių užtikrinimas bei jo artimųjų įtraukimas į sveikatos priežiūros komandas [33, 34]. Todėl kaip pagrindines

komandinio darbo sveikatos priežiūroje vystymosi prielaidas būtų galima įvardinti medicinos specializaciją, pacientų saugą bei augančius sveikatos priežiūros kaštus [23, 35].

Medicinos specializacija. Praėjusio šimtmečio pradžioje tarp gydytojų pradėjo populiarėti siauros specialybės, sumažėjo šeimos ir bendrosios praktikos gydytojų [36]. Medicina vis labiau orientavosi į ligą, gydymą ir gydytoją, bet ne į pacientą. Paplitusiose „solo“ praktikose išskirtinis medicininio personalo tikslas buvo padėti gydytojui teikti paslaugas pacientui [35]. Augantys pacientų sveikatos priežiūros poreikiai bei jų lūkesčiai gauti ne tik medicinos paslaugas, skatino medicinos sistemą tobulėti ir įtraukti papildomą medicinos personalą pacientų poreikiams atliepti. Palaiapsniui gydytojai neteko vienintelio sveikatos paslaugų teikėjo statuso, nes jie vieni nebegalėjo užtikrinti viso holistinio paslaugų spektro [31, 35]. Studijų metu šie specialistai gilindavosi į savo siauras sritis, todėl nežinodavo, kokias funkcijas gali atlikti dirbantieji kitose srityse, o bendradarbiavimo patirties įgydavo tik empiriškai, jau pradėję dirbti [28, 36, 37].

Pacientų sauga. Paciento saugumo sąvoka apima platų spektrą sričių, kurios būtinos sveikatos priežiūroje teikiant paslaugas pacientams. Platesnės diskusijos šia tema prasidėjo tik apie 1990 m., kai buvo visuotinai suvokta, kad net ir moderniausiose ligoninėse įvyksta klaidų, kurių pasekmės skaudžiausiai atsiliepia pacientams [38]. Globali paciento saugumo samprata palaiapsniui keitė požiūrį į medicininę klaidą – nuo individualizuoto kaltinimo pereita prie pačios sistemos trūkumų pripažinimo ir jų įtakos tiek specialistų darbui, tiek ir pacientų gerovei [32]. Pagal PSO, net vienas iš dešimties pacientų ligoninėje gali patirti žalą dėl medicininės klaidos ar procedūrų bei nepageidaujamų medikamentų poveikių [39]. Pramonės, kuriose yra žalos rizika žmogui, pavyzdžiui, aviacijos sektorius, gerokai geriau yra apsaugotas nuo nepageidaujamų poveikių negu sveikatos priežiūra [40]. Tikimybė būti sužalotam naudojantis aviacijos paslaugomis yra 1 iš 1 000 000, palyginkime: sveikatos sistemoje tikimybė, kad pacientui bus padaryta žala teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, yra 1 iš 300 [40]. Medicininės klaidos apibūdinamos kaip suplanuotų veiksmų nesėkmės arba netinkamo plano naudojimas atitinkamam tikslui pasiekti [32]. Tyrimais įrodyta, kad net 70–80 proc. sveikatos sistemos klaidų yra dėl medicininių klaidų, susijusių su prastu bendravimu ir bendradarbiavimu komandoje [32]. Beveik prieš 20 metų Jungtinėse Amerikos Valstijose (JAV) Medicinos instituto išleista knyga („To ERR is human“), pabrėžianti klaidų medicinoje pripažinimo svarbą nulėmė ryškų mokslinių tyrimų šia tema šuolį paskutinių dviejų dešimtmečių laikotarpiu [32]. Komandinio darbo tobulinimas tapo vienu esminių taikinių, siekiant sumažinti medicininių klaidų skaičių.

Augantys sveikatos priežiūros kaštai. Sveikatos priežiūros išlaidos dramatiškai padidėjo per pastaruosius dešimtmečius dėl senėjančios visuomenės, išaugusio skaičiaus lėtinėmis ligomis sergančių pacientų (kaip daugiausiai išlaidų reikalaujančios ligos išskiriamos: cukrinis diabetas, išeminė širdies liga bei nugaros ir kaklo skausmai), brangstančių sveikatos priežiūros paslaugų bei didėjančio teikiamų paslaugų spektro ir poreikio [41]. Higienos instituto duomenimis, einamosios sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui Lietuvoje nuo 2004 m. iki 2017 m. išaugo nuo 297,3 iki 960,2 eurų, o bendrai einamosios sveikatos priežiūros išlaidos atitinkamai padidėjo nuo 1004,17 mln. iki 2719,7 mln. eurų [42]. Apsilankymų skaičius vienam gyventojui pas PSP paslaugas teikiančius gydytojus taip pat išaugo atitinkamai nuo 4,42 karto per metus iki 6,47 karto per metus [42]. Ligtumas lėtinėmis ligomis taip pat išaugo, pavyzdžiui, laikotarpiu nuo 2004 m. iki 2017 m. ligtumas cukriniu diabetu 1000-čiui gyventojų išaugo nuo 20 atvejų iki 46,4 atvejų, hipertenzijos ligos – nuo 130,4 iki 240,4 atvejų, o cerebrovaskulinių ligų – nuo 32,6 iki 53,7 atvejų [42]. Tokie pokyčiai per sąlyginai neilgą laikotarpį tik patvirtina, jog darosi vis sunkiau sveikatos priežiūros sistemai užtikrinti tolygų paslaugų teikimą ir kokybę, todėl pasaulio šalyse kaip viena iš prielaidų išlaidoms mažinti ir teikiamoms paslaugoms bei kokybei užtikrinti skatinamos komandinio darbo principais teikiamos paslaugos, tam tikrų funkcijų perskirstymas bei papildomo, mažiau kvalifikuoto personalo įtraukimas į sveikatos priežiūros paslaugų teikimą [32, 43].

Komandinis darbas reikalauja specifinių pažinimo, techninių, ir emocijų kompetencijų [44]. Komandinio darbo efektyvumas, teikiant paslaugas įvairiomis ligomis sergantiems pacientams, dažniausiai yra analizuojamas sveikatos bei ekonominių rodiklių aspektais [12]. Kaip kriterijai, įrodantys komandos darbo efektyvumą, gali būti pasirinkti: retesnis kreipimasis į skubios pagalbos skyrių, retesnis hospitalizavimas, mažesnis komplikacijų dažnis ar mirtingumas [12]. Taip pat neretai pasirenkami ligai specifiški kontrolės identifikatoriai, tokie kaip glikozilinto hemoglobino kiekis kraujyje (diabeto kontrolė), arterinio kraujospūdžio kontrolė (hipertenzijos atveju), lėtinės obstrukcinės plaučių ligos paūmėjimo epizodai [12, 45]. Lyginant šių rodmenų kitimą tarp skirtingų grupių (suteikiant įprastinę pirminės sveikatos priežiūrą ir suteikiant specializuotą komandinę priežiūrą), galima vertinti vieno ar kito priežiūros modelio efektyvumą.

2.1.2. Komandinio darbo reikšmė sveikatos priežiūroje

Moksliniai tyrimai rodo platų bendradarbiavimo ir komandinio darbo sveikatos priežiūros srityje privalumų spektrą: geresni pacientų priežiūros rezultatai; finansinių sveikatos išteklių panaudojimo efektyvumas; žmogiškųjų sveikatos sistemos resursų tausojimas.

Geresni pacientų priežiūros rezultatai. Komandinis darbas PSP yra reikšmingas psichikos ligų ir lėtinių ligų valdymui, ilgalaikės ligų priežiūros užtikrinimui [46, 47]. Komandiniu darbu grįsta priežiūra turi reikšmingos teigiamos įtakos ligų kontrolės rodikliams, pavyzdžiui, geresnei glikemijos kontrolei sergant diabetu [12], arterinio kraujospūdžio kontrolei [48]. Teigiamai veikia lėtinių ligų kontrolę, pavyzdžiui, depresijos [49], lėtinio širdies nepakankamumo [12] ir lėtinės obstrukcinės ligos priežiūrą [50]. Taip pat sumažėja senyvo amžiaus žmonių kritimai ir su kritimu susijusios traumos [51].

Young W. su kolegomis atliko tyrimą, kuriame dalyvavo išrašyti iš stacionaro miokardo infarktą patyrę pacientai, kuriems sveikatos priežiūrą teikė specializuota komanda (jos pagrindą sudarė kardiologinės krypties slaugytojos) ir rezultatus lygino su analogiškais pacientais, kuriems sveikatos priežiūra buvo teikiama įprastine tvarka [13]. Rezultatai parodė, jog pacientai patyrė mažiau paūmėjimų ir rečiau kreipėsi į skubios pagalbos skyrius negu kontrolinė grupė [13]. Panašūs rezultatai gauti ir Australijoje, lyginant specializuotos komandos ir įprastinės PSP rezultatus tarp pacientų, sergančių širdies nepakankamumu [52].

Didesnis pacientų pasitenkinimas. Įvairios profesijos atstovai, dirbantys kartu komandoje, turi skirtingas žinias, įgūdžius ir kompetencijas, kurios papildo viena kitą, komandose dalijamasi patirtimi, skirtingu požiūriu į tą pačią situaciją, o tai leidžia komandai teikti platų paslaugų spektrą ir sukurti holistinį požiūrį į pacientą [53]. Tyrimai rodo, jog pacientų pasitenkinimas komandiniu darbu grįsta sveikatos priežiūra yra didesnis, palyginti su ne komandiniu darbu grįsta medicinos praktika [54], kadangi pagerėja pacientų gyvenimo kokybė, sukuriamas geresnis atsakas į jų poreikius, pagerėja jų bendravimas su specialistais [51, 55, 56]. Pacientų pasitenkinimas tampa vis svarbesniu ir dažniau naudojamu sveikatos priežiūros kokybės vertinimo rodikliu, kuris leidžia tiesiogiai įvertinti sveikatos priežiūros veiklą [54].

Finansinių sveikatos išteklių panaudojimo efektyvumas. Kuriamos komandos sveikatos priežiūros sistemoje potencialiai skatina ekonomiškai efektyvesnę ir kokybišką sveikatos priežiūrą, tačiau reikia atlikti daugiau tyrimų tarp tiesioginio ir netiesioginio išlaidų sumažėjimo ir komandinio darbo [57, 58]. Kanadoje atliktas tyrimas finansinės naudos efektyvumui nustatyti. Jo metu buvo lyginami komandiniu darbu grįstos sveikatos priežiūros rodikliai

su įprastinės PSP priežiūros rodikliais ir nustatyta, kad, atsižvelgiant į hospitalizavimus, vaistų suvartojimą, komplikacijas ir jų gydymo kainą bei mirtingumą, komandiniu darbu grįsta priežiūra sumažina valstybės išlaidas diabetu ir širdies nepakankamumu sergantiems asmenims [45].

Žmogiškųjų sveikatos sistemos resursų tausojimas. Komandiniu darbu grįsta sveikatos priežiūra turi didžiulį potencialą sumažinti perdegimo sindromą. Šveicarijoje atlikto tyrimo metu nustatytos sąsajos tarp prasto komandinio darbo ir didesnio perdegimo sindromo [59], o JAV atliktu tyrimu nustatyta, jog komandinio darbo elementų įtraukimas į sveikatos priežiūrą gali turėti teigiamos įtakos mažesniai personalo perdegimui [60]. Įstaigos organizacija ir jų vadovų lyderystės savybės turi įtakos sveikatos priežiūros darbuotojų perdegimo suvokimui bei pasitenkinimui darbu [61], o aiškus funkcijų ir pareigų paskirstymas teigiamai veikia darbuotojų supratimą apie komandinį darbą, pavyzdžiui, mokymai apie vieni kitų atliekamas pareigas sustiprina komandinį darbą ir suteikia darbuotojams didesnę pasitenkinimą atliekamomis pareigomis [20, 59, 62].

2.1.3. Komandinio darbo samprata ir pagrindiniai elementai

Komandinio darbo terminologija pasaulyje varijuoja priklausomai nuo kultūrinio šalies, veiklos srities ar profesijos konteksto. Sveikatos priežiūroje komandinis darbas nusakomas kaip dviejų ar daugiau tarpusavyje susijusių sveikatos profesionalų, teikiančių paslaugas pacientams, sąveika arba santykiai [31]. PSO nurodo, kad komandinis darbas yra dinamiškas procesas, kuriame dalyvauja du ar daugiau žmonių, vykdančių veiklą, būtiną užduočiai atlikti [63]. JAV mokslininkas E. Salas, kuris specializuojasi komandinio darbo sveikatos priežiūros srityje, komandą apibūdina kaip dviejų ar daugiau skirtingų žmonių grupę, kuriems yra priskirti atlikti specifiniai vaidmenys ar funkcijos, jie bendradarbiauja tarpusavyje dinamiškai, prisitaiko vieni prie kitų ir yra tarpusavyje priklausomi siekdami bendro tikslo / misijos [9]. Komandinio darbo apibrėžimai gali varijuoti priklausomai nuo konteksto, o mokslinėje literatūroje tik pastaraisiais metais išsigryninta komandinio darbo terminologija bei apibrėžimai ir pagrindiniai elementai [9]. L. Šalkauskienė savo daktaro disertacijoje apie komandinio darbo tobulinimą Lietuvoje išrinko 27 skirtingų autorių komandinio darbo apibrėžimus, siekiančius net 1970 metus [64].

Tokie aspektai, kaip įsipareigojimas dirbti bendradarbiaujant, įsipareigojimas organizacijai siekti kokybiškų rezultatų ir bendrauti yra vieni iš esminių komandinio darbo elementų, tačiau mokslininkai kaip svarbius komandinio darbo elementus įvardina ir asmenines komandos narių charakterio savybes (pavyzdžiui, emocinis intelektas ar emocinis atsparumas (angl. *resilience*))

[60, 65]. Kanadiečių tyrimas parodė, kad efektyvios PSP komandos turi penkis bendrus aspektus: komandos narių tarpusavio profesinių vaidmenų supratimas ir pagarba; pripažinimas, kad komandoje reikia dirbti kartu; PSP supratimas; bendradarbiavimas, pasidalijimas pacientų priežiūra; komunikacija [44]. Mokslininkas E. Salas, tyrinėjantis komandinį darbą sveikatos priežiūros srityje, su kolegomis nustatė penkis bazinius komandinio darbo elementus [66]:

- Lyderystė komandoje (angl. *Team leadership*).
- Bendras savitarpio veiklos stebėjimas (angl. *Mutual performance monitoring*).
- Palaikymas komandoje (angl. *Backup behavior*).
- Pristatymas (angl. *Adaptability*).
- Komandos orientacija (angl. *Team orientation*).

Tačiau taip pat išskiriamos ir sąlygos, kurios būtinos, kad komandinis darbas būtų efektyvus [67, 68]:

- Sąlygos, kurioms esant komandinis darbas būtų suvokiamas kaip svarbus lyderystės ir efektyvaus bendradarbiavimo bei rezultatų siekimo komponentas.
- Bendradarbiavimas, kuris priklauso nuo abipusio pasitikėjimo ir į komandą orientuoto požiūrio.
- Koordinavimas, kuriam reikia bendro rezultatų stebėjimo, abipusio prisitaikymo ir paramos.
- Komunikacija, kuri turi būti aiški, tiksli ir savalaikė.
- Konfliktų, kurių išsprendimas labai priklauso nuo tarpasmeninių įgūdžių ir „psichologinio saugumo“ aplinkoje, valdymas.
- Pripažinimas, susijęs su bendru komandos narių vaidmenų ir gebėjimų suvokimu.
- Mokymasis, susijęs su lyderyste komandoje, pripažįstant aiškių lūkesčių svarbą.

2.1.4. Komandinis darbas Lietuvos pirminėje sveikatos priežiūroje

Lietuvoje sveikatos priežiūros reformos metu daug dėmesio skiriama PSP ir bendradarbiavimui. PSP plėtojimo svarba minima ir Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 m. plėtros nutarime, kur akcentuojamas šeimos gydytojo ir slaugytojo teikiamų paslaugų plėtojimas didinant jų apimtį ir formas. Rašoma, kad, rengiant gydytojus ir tobulinant jų kvalifikaciją, nepakankamai dėmesio skiriama profesionalaus bendravimo, bendruomenės lyderio gebėjimams ugdyti [69]. Taip pat pabrėžiama, jog nėra pakankamo tarpžinybinio bendradarbiavimo tarp institucijų ir reikėtų skatinti atskirų sektorių bendradarbiavimą sprendžiant sveikatos problemas [69].

Bendradarbiavimo gerinimas taip pat minimas ir PSP plėtros koncepcijos įsakyme [70] bei 2014–2020 m. Nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Sveikata visiems“ tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinime: *Kuriami, bandomi ir diegiami visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros, socialinių darbuotojų ir kitų dalyvių bendradarbiavimo pirminės sveikatos priežiūros lygmeniu modeliai, kurie padėtų spręsti svarbiausias sveikatos problemas, visų pirma populiacijos poliligtumo, lėtinių neinfekcinių ir dėl socialinių veiksnių įtakos atsiradusių sveikatos sutrikimų problemas ir užtikrinti efektyvios pirminės profilaktikos ir sveikatinimo paslaugų prieinamumą, vykdoma kitokia veikla* [71].

Bendradarbiavimas tarp specialistų minimas ir nutarime dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. programos: *gerinti pirminės sveikatos priežiūros organizavimą, užtikrinant tolygų pirminės sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymą savivaldybėse, glaudų pirminės sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimą su kitais sveikatos priežiūros specialistais, socialinės apsaugos ir švietimo, kultūros sektorių darbuotojais ir meno kūrėjais, NVO, vietos bendruomenėmis* [72].

Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 m. plėtros nutarime rašoma: *Šeimos gydytojai ir vietoj jų šeimos medicinos paslaugas teikiančios gydytojų specialistų komandos atlieka ne visas jiems priskirtas funkcijas* [69]. Paciento vizitas pas gydytoją yra tik apie 15–20 minučių, o per tokį trumpą laiką jis turi įvykdyti nemažai funkcijų ir, deja, nebesuspėja atlikti visų jam paskirtų darbų [5–7]. Šeimos gydytojas per tokį trumpą laiką turi spėti įvertinti paciento ūmines, lėtines ligas, skirti gydymą bei tyrimus, vadovaudamasis įstatymais ir oficialiomis rekomendacijomis. Šeimos gydytojas taip pat turi atlikti profilaktinius patikrinimus, konsultuoti pacientą apie lėtinių ligų kontrolę, savižiūrą bei sveikatinimo klausimais [73]. Be kita ko, gydytojas dar turi užmegzti kontaktą ir įgyti paciento pasitikėjimą. JAV atliktais tyrimais nustatyta, kad tokiam darbui atlikti turint 2500 pacientų apylinkę kiekvieną dieną reikėtų skirti po 7,4 valandas profilaktinei bei prevencinei priežiūrai ir 10,6 valandų pacientų lėtinių ligų priežiūrai, o tai reiškia, kad, norint suteikti kokybiškas ir tinkamas paslaugas, šeimos gydytojo darbo dienos trukmė turėtų būti 21,7 val. [5–7]. Tai iš tiesų paaiškina, kodėl prevencinės programos vykdomos nepakankamai efektyviai, o kai kurios lėtinės ligos nėra pakankamai gerai kontroliuojamos [74, 75].

Baigtas vykdyti ketvirtasis sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapas, kuriame iškelti tikslai buvo siekiami įgyvendinti iki 2017 m., o viena iš trijų šio plano krypčių buvo pirminė sveikatos priežiūra. Plėtros dokumente buvo numatyta, jog šeimos gydytojai turėtų spręsti iki 80 proc. sveikatos problemų, siekiama užtikrinti tinkamą šeimos gydytojų skaičių ir gerinti sveikatos paslaugų kokybę. Svarbus numatomas punktas

buvo planas šeimos gydytojo komandą papildyti socialiniais darbuotojais, didinti slaugytojų skaičių ir suteikti jiems daugiau funkcijų [76], taip skatinamas bendradarbiavimas tarp sveikatos profesionalų. Šis plėtros etapas baigėsi, deja, slaugytojų skaičius PSP centruose liko nepakitęs, o socialiniai darbuotojai dirba tik didelėse PSP įstaigose ir dažniausiai pačios įstaigos iniciatyva.

Mūsų šalies sveikatos priežiūros specialistų rengimo programos yra modifikuojamos slaugytojų kompetencijos didinimo kryptimi. Lietuvoje nuo 2015 m. įkurta Išplėstinės slaugos praktikos magistrantūra. Išplėstinės slaugos praktikos magistrantūros tikslas – *parengti kompetentingą išplėstinės praktikos slaugytoją, įgijusį naujausių žinių, praktinių įgūdžių, pasižymintį kritiniu mąstymu ir besivadovaujantį suformuota profesinių bei asmeninių vertybių sistema, gebantį taikyti moksliniais tyrimais grįstus išplėstinės slaugos praktikos sprendimus, savarankiškai dirbti įvairiose sveikatos priežiūros įstaigose bei vadovauti ir lyderiauti besikeičiančioje daugiaprofesinėje aplinkoje, siekiant efektyviai spręsti sveikatos priežiūros sistemos problemas* [77]. Tokios strategijos tikslas yra veiksmingai ir efektyviai perorganizuoti egzistuojančius sveikatos sistemos žmogiškuosius išteklius, siekiant pagerinti darbo krūvio paskirstymą, padidinti paslaugų teikimo pajėgumus ir sumažinti sveikatos sistemos išlaidas [78, 79].

PSP komandos nariai. LR SAM ministro įsakyme nurodyta, kad šeimos gydytojo komandos paslaugas teikia: šeimos gydytojai, bendrosios praktikos slaugytojos ir gali pasirinktinai papildomai teikti paslaugas bendruomenės slaugytojos, akušerės, išplėstinės praktikos slaugytojos, slaugytojų padėjėjai, socialiniai darbuotojai gyvensenos medicinos specialistai, kineziterapeutai [8].

2.1.5. Komandinio darbo vertinimas pirminėje sveikatos priežiūroje

Amerikos sveikatos priežiūros tyrimų ir kokybės agentūra (AHRQ) sukūrė instrumentų atlasą, kuriuo būtų galima įvertinti komandinį darbą ir jo elementus PSP [80]. Įtraukti 48 instrumentai, kurie potencialiai gali matuoti komandinį darbą PSP įstaigose. Pažymėtina, kad dauguma šių instrumentų buvo sukurti intensyvosios terapijos skyriams arba operacinėse vykstantiems procesams stebėti ir tik vėliau adaptuoti PSP aplinkai [80]. Šis instrumentų atlasas daugiau dėmesio skiria kognityviniams, elgesio ir lyderystės aspektams vertinant komandinį darbą PSP [80]. Pavyzdžiui, tarpprofesinės komandos bendradarbiavimo vertinimo skalė (angl. *The Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale*) yra plačiai naudojama tarpprofesiniam

bendradarbiavimui įvertinti ir apima tris pagrindinius komponentus: partnerystę, bendradarbiavimą, koordinavimą [81]. Kitas instrumentas, kurį sukūrė Ohman-Strickland su kolegomis, yra PSP praktinių įstaigos organizacinių požymių matavimas ir apima tokius komponentus, kaip komunikacija, sprendimų priėmimas, stresas / chaosas ir pokyčių istorija [82]. Stock su kolegomis sukūrė įrankį, skirtą komandos vystymuisi matuoti, įtraukdamas tokius komponentus: kohezija, komunikacija, vaidmenys ir uždaviniai, komandos pirmenybė [83].

Remiantis Boon ir kolegų sukurta conceptualia komandinio darbo raidos sistema [84], komandinio darbo procesai ir jo integracija reikšmingai skiriasi sveikatos priežiūros kontekstuose, todėl intensyvosios terapijos skyriaus komandinis darbas ar stacionarinio darbo komandinis pobūdis iš esmės skiriasi nuo PSP komandinio darbo aplinkos. Kitas svarbus komponentas yra tai, kad didžioji dalis esamų instrumentų, kurie matuoja komandinį darbą, buvo sukurti Šiaurės Amerikoje ir Vakarų Europoje – šalyse, kuriose yra ilgalaikės komandinio darbo tradicijos ir ši sritis jau vystomą daugelį metų, todėl gali neatspindėti esminių besivystančio komandinio darbo elementų, kurie yra susiję su pradine komandinio sveikatos praktikos kūrimo stadija [80, 84]. Todėl, tyrinėjant komandinį darbą, ypač svarbu atsižvelgti ir į kultūrinį bei istorinį kontekstą, pavyzdžiui, posovietinės sveikatos priežiūros struktūra, kur ilgą laiką vyravo „Semaško“ modelis, turi išlikusius stiprius hierarchinius praktinius įpročius, kai šeimos gydytojai atlieka dominuojantį vaidmenį, o slaugytojų savarankiškumas yra tik besivystančios stadijos [21,85].

Lietuvos PSP komandinis darbas yra besivystančios stadijos, su maža komandinio darbo integracija, kai kiekvienas asmuo atlieka pareigas savo formaliai apibrėžtoje praktikoje (pvz., sunkus tarpsektorinis bendradarbiavimas sprendžiant pacientų problemas), taip pat reikalingos pakankamai griežtai nustatytos darbo ribos, kompetencijos ir aiškūs darbo aprašymai [84]. Moksliniai tyrimai rodo, kad tie patys komandinio darbo elementai įvairiuose organizaciniuose ir kultūriniuose kontekstuose gali turėti priešingą poveikį. Pavyzdžiui, griežtas komandos narių funkcijų įtvirtinimas laikomas viena esminių komandos funkcionalumo prielaidų pradinuose etapuose, tačiau vėlesnėse komandos integracijos stadijose gali tapti veiklą ir procesus ribojančiu veiksniu [84]. Todėl, vertinant komandinį darbą, svarbu pasirinkti ne tik tinkamą instrumentą su adekvačiu turiniu, bet ir atsižvelgti į tai, kokiam kultūriniame, istoriniame ar organizaciniame kontekste bei kokioje raidos stadijoje vertinamas komandinis darbas sveikatos priežiūros srityje.

2.2. Komandinis darbas pirminėje sveikatos priežiūroje: šeimos gydytojų ir slaugytojų bendradarbiavimo aspektai

Vienas didžiausių iššūkių šiuolaikinei sveikatos priežiūros sistemai – populiacijos senėjimas. Paradoksalu, bet tai nulemta pačios sveikatos priežiūros sistemos pakankamai efektyvios veiklos, ilginančios gyvenimo trukmę. Ilgėjant gyvenimo trukmei, didėja ir poliligiogotumas. Natūralu, kad didėja ir pacientų lūkesčiai, susiję būtent su PSP grandimi. Išėitės iš susidariusios situacijos pasaulinėje praktikoje ieškoma perskirstant sveikatos priežiūros specialistų vaidmenis, atsakomybes. PSP tai vyksta gydytojo ir slaugytojos užduočių perskirstymo būdu, kai tam tikras gydytojo arba naujai sukurtas užduotis patikima atlikti slaugytojai, neviršijant jos kompetencijos ribų. Tokie pokyčiai yra ganėtinai pragmatiški, kadangi slaugytojoms paruošti reikia mažiau finansinių resursų bei laiko, taip pat jos yra didžiausia kvalifikuotų sveikatos sistemos darbuotojų dalis. Slaugytojos gali atlikti pagrindinį darbą tose sveikatos sistemos priežiūros srityse, kur yra didžiausias paslaugų teikimo trūkumas. Pavyzdžiui, lėtinėms ligoms valdyti reikalingas ilgalaikis stebėjimo planas, nuolatinė būklės stebėseną ir atidi ligos priežiūra siekiant gerų sveikatos priežiūros rezultatų, ir jau yra įrodyta, kad tokias užduotis slaugytojos gali atlikti taip pat gerai, kaip ir gydytojai [86].

PSP reikalingi struktūriniai ir organizaciniai pokyčiai siekiant užtikrinti teikiamų paslaugų kokybę bei paciento saugumą. Vienas iš sprendimo būdų – PSP komandų stiprinimas, komunikacijos ir bendradarbiavimo tarp profesijų gerinimas. Vienas žmogus, vienos profesijos atstovas nebegali suteikti visavertiškos ir visapusiškos priežiūros pacientui, reikalingas darbo pasidalijimas tarp skirtingų profesijų atstovų [38]. Jau nuo 1991 m., kai medicinos reforma buvo pradėta vystyti šeimos gydytojų integravimo ir plėtros PSP kryptimi, buvo atsisakoma specialistų komandų, tačiau kiti PSP komandos nariai buvo tarsi paliekami nuošalyje, ir PSP kokybės ir plėtros vertinimas buvo paremtas dažniausiai tik šeimos gydytojų veiklos vertinimu [17, 19]. Kitose pasaulio šalyse PSP veikloje dalyvauja ne tik šeimos gydytojai ir slaugytojos, bet ir išplėstinės praktikos slaugytojos, medicinos asistentai, socialiniai darbuotojai, farmacininkai, kurie formuoja PSP komandas ir laikosi pagrindinių komandinio darbo principų, sveikatos priežiūros kokybės vertinimas yra paremtas visos komandos darbo rezultatais [31].

Tarpprofesinio bendradarbiavimo priminėje sveikatos priežiūroje stiprinimas buvo vienas svarbiausių Lietuvoje planuotos PSP reformos aspektų [4]. Tačiau realybėje pagrindiniu reformos akcentu tapo apylinkės terapeutų, pediatrų bei ginekologų perkvalifikavimas į šeimos gydytojus. Nors apylinkės medicinos seserys tapo bendrosios praktikos slaugytojomis, jų darbo

pobūdis PSP esmingiau nepakito. Kitos posovietinės šalys, vykdžiusios sveikatos priežiūros reformas, pasirinko kitą prieigą, pavyzdžiui, Estijoje, didelė šeimos gydytojų funkcijų dalis buvo priskirta bendrosios praktikos slaugytojoms [87]. Lietuvoje bendrosios praktikos slaugytojos pacientus savarankiškai konsultuoja tik pagal specialią įstaigos numatytą tvarką, o didžioji jų dalis dirba viename kabinete su šeimos gydytoju [88].

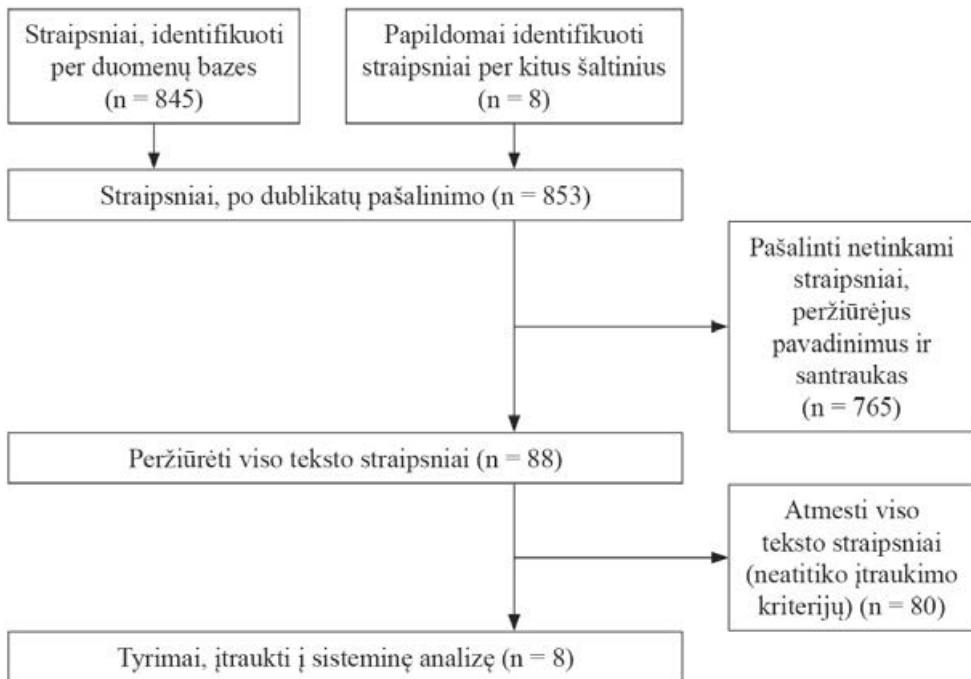
Tyrinėjant šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų bendradarbiavimą, buvo atlikta sisteminė literatūros analizė šia tema. Jos tikslas buvo apžvelgti šeimos gydytojų ir slaugytojų bendradarbiavimo aspektus dirbant kartu pirminėje sveikatos priežiūroje. Išsami sisteminė apžvalga publikuota recenzuojamame žurnale [89], toliau pateikiami pagrindiniai sisteminės apžvalgos aspektai.

Sisteminei apžvalgai atlikti buvo naudojama PRISMA (angl. *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) rekomendacijomis. Į sisteminę apžvalgą įtraukti viso teksto prieigos straipsniai anglų kalba iš visų pasaulio regionų. Įtraukiami tiek kokybiniai, tiek ir kiekybiniai tyrimai. Buvo įtraukiami tyrimai, kurių metu buvo tiriamas pirminėje sveikatos priežiūroje dirbančių šeimos gydytojų ir slaugytojų bendravimas, bendradarbiavimas ar komandinis darbas. Tyrimo dalyviai turėjo būti arba šeimos gydytojai ir slaugytojos, arba tik šeimos gydytojai, arba tik slaugytojos. Į atranką neįtraukti straipsniai, kuriuose tyrimo objektas buvo išplėstinės praktikos slaugytoja (angl. *nurse practitioner*), kadangi jos pareigos ir funkcijos iš esmės skiriasi nuo bendrosios praktikos slaugytojos. Taip pat neįtraukti tyrimai, kuriuose dalyvavo kitų profesijų atstovai ar pacientai (2.2.1 lentelė).

2.2.1 lentelė. Sisteminės apžvalgos įtraukimo ir atmetimo kriterijai

Įtraukimo kriterijai	Atmetimo kriterijai
Tyrimas atliktas pirminėje sveikatos priežiūroje	Tyrimas atliktas ne pirminėje sveikatos priežiūroje
Tiriamas šeimos gydytojų ir slaugytojų komandinis darbas arba bendradarbiavimas, arba bendravimas	Tyrimo dalyviai kitų profesijų atstovai ar pacientai
Tyrimo dalyviai tik šeimos gydytojai ir / arba slaugytojos	Tyrimo dalyviai išplėstinės praktikos slaugytoja
Įtraukiami ir kiekybiniai ir kokybiniai tyrimai	Tyrimas ne apie slaugytojų ir gydytojų bendradarbiavimo aspektus
	Neprieinamas visas straipsnio tekstas

Atliekant paiešką duomenų bazėse, nustatyti 853 straipsniai, atitikę raktažodžius (*Prisma diagrama*). Atsižvelgiant į įtraukimo ir atmetimo kriterijus, 765 straipsniai buvo atmesti atsižvelgiant į santrauką ir pavadinimą. Vėliau skaityti 88 viso teksto straipsniai, iš kurių 80 buvo atmesti dėl tyrimo dalyvių iš kitų profesijų įtraukimo į tyrimą, tyrimas atliekamas ne PSP arba kitoks tyrimo tikslas (pvz., ištirti ligos priežiūros rezultatus). Straipsniai buvo nagrinėjami skaitant visą tekstą, siekiant išsiaiškinti, ar atitinka įtraukimo kriterijus. Aštuoni straipsniai atitiko visus įtraukimo kriterijus ir nagrinėjo šeimos gydytojų ir slaugytojų bendradarbiavimą dirbant pirminėje sveikatos priežiūroje (2.2.1 pav.).



2.2.1 pav. Straipsnių atrankos schema sistemei apžvalgai atlikti pagal *Prisma diagramą*

Galiausiai į sisteminę apžvalgą įtraukti 8 straipsniai, atitinkantys visus įtraukimo kriterijus (2.2.2 lentelė). Jie apibūdina septynis atskirai atliktus tyrimus, kadangi du straipsniai yra parašyti remiantis tuo pačiu tyrimu [90, 91]. Du tyrimai atlikti Australijoje [92, 93], vienas Naujoje Zelandijoje [90, 91] ir vienas Saudo Arabijoje [94]. Trys tyrimai iš Europos [95–97]. Šeši tyrimai atlikti naudojant kokybinę tyrimo metodiką ir vienas atliktas kiekybiškai. Dviejų straipsnių tyrimo dalyviai buvo šeimos gydytojai [96, 97], o 6 straipsnių tyrimų dalyviai buvo šeimos gydytojai ir slaugytojos.

2.2.2 lentelė. Į sistemine analizę įtrauktų straipsnių aprašymas

Autoriai	Tyrimo tikslas	Šalis	Tyrimo dalyviai	Metodika	Išvados
Modin S.	Šeimos gydytojų ir slaugytojų bendradarbiavimo patirtis prižiūrint pacientus namuose	Švedija, 2010	13 šeimos gydytojų	Kokybinis tyrimas. Grindžiamoji teorija	Svarbu šeimos gydytojo vaidmuo (<i>įdarbinimo forma</i>), ar jis vadovauja, ar tik konsultuoja. Svarbu šeimos gydytojo pasitikėjimas slaugytoja bei jos kompetencija ir darbo sąlygomis prižiūrint pacientus namuose
Doroszkiewicz H.	Ištirti, kaip šeimos gydytojų ir slaugytojų darbą veikia organizaciniai faktoriai prižiūrint senyvo amžiaus pacientus PSP	Lenkija, 2007	104 šeimos gydytojai	Kiekybinis tyrimas. Anoniminė anкета	Senyvo amžiaus pacientų priežiūra geresnė, kai šeimos gydytojai dirba kartu su slaugytojomis vienoje institucijoje, negu tuo atveju, kai slaugytoja dirba kitai institucijai ir kooperuojamasi rūpintis tuo pačiu ligoniu (<i>svarbu įdarbinimo forma</i>)
Waldorff F.B.	Ištirti bendrosios praktikos gydytojų ir slaugytojų bendradarbiavimo patirtį dirbant su demencine liga sergančiais pacientais	Danija, 2001	4 slaugytojos, 5 bendrosios praktikos gydytojai	Kokybinis tyrimas. Fenomenologinė analizė	Geresnio tarpprofesinio supratimo ir ankstyvo demencijos diagnozavimo poreikis Reikalingas bendradarbiavimo ir funkcijų pasidalijimo modelis. Bendradarbiavimo ir tarpprofesinio supratimo trūkumas tarp slaugytojų ir gydytojų. Skirtingi igūdžiai ir gebėjimai
Manski-Nankervis Jo-Anne	Reliacinio koordinavimo faktoriai tarp šeimos gydytojų ir slaugytojų pradedant insulino terapiją	Australija, 2015	174 šeimos gydytojai, 115 slaugytojų	Kiekybinis tyrimas. Momentinis tyrimas	<i>Reliaciniam koordinavimui</i> neturi įtakos šeimos gydytojų ir slaugytojų skaičius įstaigoje. Įstaigos personalo dydis turi būti optimalus. Slaugytojų kvalifikacijos kėlimas perimant kai kurias funkcijas, susijusias su insulino skyrimu, gali pagerinti reliacinį bendravimą. <i>Slaugytojoms suteikiamų kompetencijų svarba</i>

2.2.2 lentelės tęsinys

Autoriai	Tyrimo tikslas	Šalis	Tyrimo dalyviai	Metodika	Išvados
Abdullahi	Šeimos gydytojų ir slaugytojų bendradarbiavimas dirbant su pacientais, sergantiems 2 tipo diabetu, ir jų priežiūra	Oman, 2013	19 gydytojų, 7 slaugytojos	Kokybinis tyrimas. Pustiau struktūruotas interviu	Organizaciniai faktoriai: didelis darbo krūvis, komandinio darbo trūkumas, kompetencijos stoka. Pasitikėjimo slaugytojoms ir jų kompetencija trūkumas. Dideli darbo krūviai siejami su slaugytojų trūkumu ir komandinio darbo trūkumu Komandinio darbo ir slaugytojų vaidmens sustiprinimo teikiant paslaugas poreikis. Reikalingas komandinis darbas, aiškiai nurodyti profesiniai vaidmenys ir adekvatus mokymai, kaip dirbti kartu ir kaip išmokyti bendrauti su pacientais
Pullon S.	Ištirti organizacinių faktorių įtaką šeimos gydytojų ir slaugytojų bendradarbiavimui PSP	Naujoji Zelandija, 2009	9 šeimos gydytojai 9 slaugytojos	Kokybinis tyrimas, giluminis interviu.	Išoriniai faktoriai: sveikatos sistemos politika ir PSP finansavimas; įstaigos organizavimas; sveikatos profesionalų mokymai. Finansavimo modelis apmokant už paslaugas (angl. <i>fee for service</i>) neigiamai veikia bendradarbiavimą. Komandinio darbo mokymų trūkumas. <i>Šiame straipsnyje akcentuojami išoriniai faktoriai</i>
Pullon S.	Ištirti vidinių faktorių įtaką šeimos gydytojų ir slaugytojų bendradarbiavimui PSP	Naujoji Zelandija, 2008	9 šeimos gydytojai, 9 slaugytojos	Kokybinis tyrimas, giluminis interviu	Vidiniai faktoriai: pasitikėjimas ir tarp profesinė pagalba. Profesinis identitetas yra susijęs su profesine kompetencija bei abipusės tarp profesinės pagarbos kūrimu ir pasitikėjimo užsitarnavimu. Komandinis darbas svarbus gerinant darbo santykius. Šeimos gydytojai ir slaugytojos papildo vieni kitus. <i>Šiame straipsnyje aptariami vidiniai faktoriai</i>

2.2.2 lentelės tęsinys

Autoriai	Tyrimo tikslas	Šalis	Tyrimo dalyviai	Metodika	Išvados
Blue I.	Bendrosios praktikos gydytojų ir slaugytojų bendradarbiavimo patirtis dirbant kaimiškose Australijos vietovėse	Australija, 2002	6 gydytojai, 10 slaugytojų	Kokybinis tyrimas	<p>Bendravimui turi įtakos, kad dirbama mažose bendruomenėse, personalas retai keičiasi, santykiai familiarūs. Gydytojai ir slaugytojos turi savo tradicijas, kartu aptaria darbus, kartu pietauja.</p> <p>Gydytojai nurodo, kad pagrindinė atsakomybė yra jų, kaimiški slaugytoja gali apžiūrėti pacientą, tačiau ne diagnozuoti.</p> <p>Slaugytoja nekvestionuoja gydytojo sprendimų, nebent ji turi tam tvirtą pagrindą.</p> <p>Gydytojai pasitiki slaugytojomis, jeigu jos turi žinių ir igūdžių, pasitikėjimo savimi ir patirties.</p> <p>Slaugytojos pasitiki gydytojais, jeigu jie su jomis bendradarbiauja sprenddami problemas ir yra grįžtamasis ryšys joms atlikus darbą.</p> <p>Bendra patirtis tvirtina santykius.</p> <p>Svarbu funkcijų aiškumas.</p> <p>Gydytojas ir slaugytoja kaimiškose vietovėse yra priklausomi vienas nuo kito</p>

Keturiuose straipsniuose [90, 91, 93, 97] tyrinėti aspektai, darantys įtaką komandiniam darbui tarp gydytojo ir slaugytojos ir jų bendravimui (2.2.2 lentelė). Keturiuose straipsniuose [92, 94–96] tyrinėjamas gydytojų ir slaugytojų bendradarbiavimas ir santykiai teikiant paslaugas lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams (senyvo amžiaus žmonės, diabetas, demencija) (2.2.2 lentelė).

Peržiūrėjus visus straipsnius, išryškėjo keletas kategorijų, kurios yra svarbios gydytojų ir slaugytojų bendrame darbe (2.2.3 lentelė). Šias kategorijas suskirstėme į dvi pagrindines temas: išorinius ir vidinius veiksnius. Vidiniams veiksniams, turintiems įtakos slaugytojų ir gydytojų bendradarbiavimui, priskyre: profesinių vaidmenų dinamiką, tarpprofesinius santykius, motyvaciją. Išoriniams veiksniams, turintiems įtakos slaugytojų ir gydytojų bendradarbiavimui, priskyre: organizacinius veiksnius, komandinį darbą, mokymus.

2.2.3 lentelė. Veiksnių, darančių įtaką šeimos gydytojų ir slaugytojų bendradarbiavimui, aprašymas

Vidiniai veiksniai		
Profesinių vaidmenų dinamika	Tarpprofesiniai santykiai	Motyvacija
Slaugytojų profesinio identiteto trūkumas	Šeimos gydytojo pasitikėjimas slaugytoja	Maža gydytojų motyvacija
Hierarchija	Tarpprofesinė pagarba ir pasitikėjimas	Slaugytojų ir gydytojų nenoras bendradarbiauti
Skirtingi įgūdžiai ir gebėjimai	Tarpprofesinis supratimas Individualūs veiksniai	
Kompetencijos įtaka		
Gydytojo dominavimas		
Išoriniai veiksniai		
Organizaciniai veiksniai	Komandinis darbas	Mokymai
Darbo krūviai	Funkcijų neaiškumas	Komandinio darbo
Slaugytojų trūkumas	Funkcijų pasidalijimas	Profesinių vaidmenų
Įdarbinimo formos	Bendradarbiavimas	Bendradarbiavimo su pacientais
Finansavimas	Komandinio darbo trūkumas	Bendradarbiavimo tarp PSP darbuotojų
Aplinkos veiksniai (triukšmas, bendros tvarkos trūkumas)	Funkcijų aprašymai	Specifinių kompetencijų įgijimo
Bendri gydytojų ir slaugytojų susirinkimai, veiklos aptarimai		

Dažniausiai straipsniuose aptariamos komandinio darbo problemos, tarp profesinių vaidmenų dinamika, profesiniai santykiai bei bendradarbiavimo mokymų trūkumas. Akivaizdu, kad ir kitose šalyse susiduriama su sunkumais, siekiant geresnio komandinio darbo ir geresnio slaugytojos bei gydytojo bendradarbiavimo. Išorinių ir vidinių veiksnių, darančių vienokią ar kitokią įtaką komandiniam darbui, sutinkama visuose išnagrinėtuose straipsniuose. Jie yra svarbūs bendravimui ir bendradarbiavimui tarp šeimos gydytojo ir slaugytojos. Siekiant geresnių tarp profesinių santykių ir efektyvesnių sveikatos priežiūros rezultatų, iš esmės reikia skirti daugiau dėmesio teisinei bazei, apibrėžiančiai profesinius vaidmenis. Taip pat stiprinti slaugytojos profesinį identitetą priminėje sveikatos priežiūroje bei padidinti jos atliekamų pareigų ir atsakomybių aiškumą. Vienas iš svarbiausių veiksnių, galinčių pagerinti šeimos gydytojų ir slaugytojų komandinį darbą, yra tarp profesiniai mokymai, kurie turėtų būti atliekami bendrai – šeimos gydytojams ir slaugytojoms kartu.

Literatūros apžvalgos apibendrinimas

Aptarta komandinio darbo sveikatos priežiūroje raida, reikšmė bei samprata leidžia geriau suprasti komandinio darbo pirminėje sveikatos priežiūroje esmę, komandinio darbo paradigmos formavimosi prielaidas bei pasekmes. Apžvelgti moksliniai tyrimai atskleidžia komandinį darbą kaip daugiadimensinį reiškinį, kurio vertinimui reikalingos kompleksinės priemonės.

Lietuvos PSP šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų komandinė veikla vystosi unikalioje istorinėje ir kultūrinėje terpėje. Lyginant su vakarų šalimis, komandinio darbo raida yra ankstyvesnėse stadijose. Literatūros apžvalgoje aptarti komandinio darbo vertinimo PSP instrumentai, kurti vakarų šalyse, gali nepakankamai atspindėti aplinkybes, aktualias komandinio darbo formavimuisi tiek Lietuvoje, tiek ir kitose posovietinio regiono šalyse. Išryškėjo mūsų šalies PSP kontekstui jautraus instrumento kūrimo poreikis.

3. METODIKA

Disertacijos tyrimo eiga

Tyrimas atliktas remiantis trianguliacijos metodologiniu principu [98], kuomet buvo taikomi kokybinio ir kiekybinio tyrimo metodai siekiant ištirti šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų profesinį bendradarbiavimą, identifikuoti komandinio darbo pirminėje sveikatos priežiūroje elementus ir komandinio darbo tobulinimo galimybes. Mokslinio darbo eiga:

1. *Kokybinis tyrimas*: atlikas tikslinių sutelktų grupių interviu ir ištirtas šeimos gydytojų bei bendrosios praktikos slaugytojų komandinio darbo patyrimas identifikuojant pagrindinius PSP komandinės veiklos elementus bei jų grupes.
2. *Kiekybinis tyrimas*: kokybinio tyrimo rezultatų pagrindu sukurta ir validuota skalė „Bendradarbiavimo vertinimas tarp šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų pirminės sveikatos priežiūros komandose“.
3. *Kiekybinis tyrimas*: sudarytas 108-ių klausimų tyrimo instrumentas siekiant kiekybiškai ištirti profesinį šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų bendradarbiavimą komandoje (detalesnis klausimyno aprašymas pateiktas 3.2 skyriuje). Kiekybiškai įvertintas šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų požiūris į komandinį darbą ir nustatytos sąsajos su sociodemografiniais veiksniais, komandos narių funkcijų aiškumu, darbo aplinkos organizacijoje vertinimu bei profesinio perdegimo suvokimu.
4. Remiantis atlikto tyrimo rezultatais identifikuotas profesinio bendradarbiavimo tobulinimo PSP komandose potencialas.

3.1. Šeimos gydytojų ir slaugytojų komandinio darbo patyrimas: tikslinių sutelktų grupių interviu

Siekiant geriau suprasti šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų komandinio darbo patirtis, jų požiūrį į komandinį darbą, funkcijų bei atsakomybių komandoje pasiskirstymą, atliktos tikslinių sutelktų grupių (angl. *focus groups*) interviu su šeimos gydytojais ir bendrosios praktikos slaugytojomis Kauno mieste ir rajone.

3.1.1. Tyrimo dalyviai

Kauno regione 2012 m. buvo 50 PSP centrų, kurie turėjo sutartį su Valstybinėmis teritorinėmis ligonių kasomis. Tai buvo ir privatūs, ir valstybiniai PSP centrai, teikiantys nemokamas PSP paslaugas privalomuoju sveikatos draudimu draustiems asmenims. Kas antros gydymo įstaigos administracijai buvo išsiųsta informacija apie tyrimą su prašymu išplatinti informaciją šeimos gydytojams ir bendrosios praktikos slaugytojoms. Didesnį susidomėjimą tyrimu parodė šeimos gydytojai ir bendrosios praktikos slaugytojos iš valstybinių įstaigų, todėl iš šių įstaigų darbuotojų buvo suformuotos 2 gydytojų ir 2 slaugytojų grupės, o iš privačiose įstaigose dirbusių gydytojų ir slaugytojų suformuota po vieną interviu grupę. Kiekvieną tikslinių sutelktų grupių interviu grupę sudare nuo 8 iki 12 tyrimo dalyvių.

Tyrimo dalyviai buvo informuoti apie tikslinės sutelktos grupės interviu atlikimo vietą ir laiką. Atvykę tyrimo dalyviai buvo informuoti apie tyrimo tikslą, paaiškinta, kaip bus užtikrintas duomenų konfidencialumas, bei pasirašytos informuoto sutikimo formos. Dalyviams buvo paaiškintos jų teisės prieš atliekant tyrimą: galimybė nekalbėti jiems nepriimtinomis temomis, neatsakinėti į nemalonius klausimus, taip pat užtikrinta galimybė bet kuriuo metu pasitraukti iš tyrimo.

3.1.2. Tyrimo eiga

Bendrosios praktikos slaugytojos ir šeimos gydytojai buvo apklausiami atskirose grupėse, kadangi homogeniškesnėse grupėse dalyviai gali atviriau išsakyti savo nuomonę aptariama tema [99, 100]. Gavus tyrimo dalyvių sutikimą, pokalbiai buvo įrašomi į diktofoną. Kiekvienas interviu vyko pusiau struktūruotai, pagal iš anksto paruoštus penkis atviro tipo klausimus (3.1.2.1 lentelė) ir užtrukdavo apie 1,5 val. Dalyviai buvo skatinami išsakyti savo asmenines patirtis.

3.1.2.1 lentelė. Atviro tipo klausimai, naudoti pusiau struktūruotose tikslinių sutelktų grupių interviu

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Kas, jūsų nuomone, yra pirminės sveikatos priežiūros komanda? Kaip galėtumėte ją apibūdinti?2. Kaip galėtumėte apibūdinti, kas yra bendradarbiavimas tarp šeimos gydytojo ir bendrosios praktikos slaugytojo? Papasakokite, kaip tai vyksta praktikoje.3. Kokie veiksniai, jūsų nuomone, trukdo sėkmingam gydytojo ir slaugytojo bendradarbiavimui?4. Kaip, jūsų nuomone, turėtų vykti bendradarbiavimas tarp gydytojo ir slaugytojo? Kokios esminės sėkmingo bendradarbiavimo prielaidos?5. Koks slaugytojo vaidmuo sėkmingai bendradarbiaujančioje komandoje? |
|--|

3.1.3. Tyrimo duomenų analizė

Atlikus visus tikslinius sutelktų grupių interviu, duomenys iš diktofono buvo pažodžiui perrašomi į kompiuterį kaip tekstas, atskiriant pokalbio dalyvių ir grupių vedėjų sakinius. Gauti duomenys buvo analizuojami remiantis teminės analizės metodika pagal V. Braun ir V. Clarke [101]. Duomenų analizė buvo atliekama remiantis indukcijos principu, kuomet ieškoma esminių požymių ir panašumo tekstuose, atmetami atsitiktiniai pasisakymai, sudaromi ryšiai tarp pokalbių bei iškeliamos naujai suformuotos kategorijos ir temos, kurios nebuvo iš anksto nustatytos ir jų nebuvo tikslingai ieškoma [101].

Du tyrėjai (disertacijos autorė ir mokslinė vadovė) nepriklausomai analizavo tekstą ir kodavo visus duomenis. Transkripcijos buvo skaitomos vertinant kiekvieną eilutę ir užkoduojant tyrimo dalyvio išsakytas mintis. Kodai sukuriami vartojant terminus ir žodžius, artimus ar net tokius pačius, kaip tyrimo dalyvių išsakytos mintys ir žodžiai, siekiant išlaikyti kodus kuo artimesnius dalyvių pasisakymams. Vėliau šie pirminiai kodai buvo sistemškai grupuojami ir palyginti tarp tyrėjų. Didžioji dalis išrinktų kodų sutapo arba buvo labai panašūs analizuojant abiejų tyrėjų kodavimus. Kodavimo metu išryškėję nesutapimai buvo aptariami ir įvardijami bendro sutarimo būdu. Panašūs kodai buvo grupuojami ir taip sudaromos pagrindinės kategorijos, kurios kitame etape buvo grupuojamos į pagrindines temas. Kategorijos ir temos buvo peržiūrimos ir tikslinamos, iliustruojamos tyrimo dalyvių citatomis iš interviu.

Tikslinių sutelktų grupių dalyvių tekstai gramatiškai ir stilistiškai neredaguoti. Tekstą patikslinanti informacija citatose žymima laužtiniuose skliaustuose (pvz., [komanda]), praleista informacija žymima daugtaškiu laužtiniuose skliaustuose (pvz.: [...]). Siekiant užtikrinti tyrimo dalyvių anonimiškumą, nepateikiami jokie sociologiniai ir demografiniai duomenys, nurodoma tik tai, kokio pobūdžio įstaigoje jie dirba (V – viešoji PSP įstaiga, P – privati PSP įstaiga). Citatos iš bendrosios praktikos slaugytojų grupių žymimos S raide, iš šeimos gydytojų grupių – G. Kadangi iš viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų buvo sudarytos keturios interviu grupės (dvi slaugytojų ir dvi gydytojų), tai citatos iš šių interviu žymimos skaičiais, pavyzdžiui, VG2 (antrasis gydytojų, dirbančių viešosiose įstaigose, interviu).

3.2. Šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų požiūrio į PSP komandą vertinimas: tyrimo instrumentas

Tyrimo instrumentas, šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų požiūriui į PSP komandą vertinti, buvo sudarytas iš 108 klausimų, kurie buvo susiję su tokiomis temomis:

- Sociodemografiniai rodikliai (11 klausimų).
- Autorių sudarytas „Bendradarbiavimo tarp gydytojų ir slaugytojų pirminėse sveikatos priežiūros komandose“ klausimynas (angl. *Collaboration between Physicians and Nurses in Primary Health Care Teams* (COPAN) (27 klausimai)).
- Jefersono šeimos gydytojo ir bendrosios praktikos slaugytojos bendradarbiavimo skalė (15 klausimų).
- Slaugytojų komandos narių pasirengimas vykdyti rizikos grupės šeimų sveikatos priežiūros funkcijas (12 klausimų) ir požiūris į atliekamas funkcijas (8 klausimai).
- PSP bendradarbiavimo su socialiniu sektoriumi vertinimas (7 klausimai).
- Maslach darbe patiriamo nuovargio skalė (angl. *Maslach Burnout Inventory*) (16 klausimų).
- Darbo aplinkos organizacijoje skalė (angl. *The Areas of Worklife Survey*) (28 klausimai).

Naudoti Jefersono ir Maslach darbe patiriamo nuovargio bei darbo aplinkos organizacijos skales buvo gauti oficialūs leidimai. Skalės iš anglų kalbos buvo išverstos į lietuvių kalbą, vėliau nepriklausomo vertėjo verčiamos iš lietuvių į anglų kalbą, vertimo nesutapimai identifikuoti, aptarti ir koreguoti.

PSP bendradarbiavimui su socialiniu sektoriumi ir PSP komandos narių atliekamoms funkcijoms vertinti klausimai buvo sudaryti remiantis galiojančiais teisės aktais bei literatūros duomenimis. Klausimai buvo paruošti pagal LR sveikatos apsaugos ministro ir LR socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymą „Dėl slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos“ [102] bei pagal bendrosios praktikos slaugytojos teises, pareigas, kompetenciją bei atsakomybę nurodantį įsakymą [103].

3.2.1. Bendradarbiavimo tarp gydytojų ir slaugytojų pirminėse sveikatos priežiūros komandose klausimyno kūrimas ir turinio vertinimas

Klausimynas „Bendradarbiavimas tarp gydytojų ir slaugytojų pirminėse sveikatos priežiūros komandose“ (angl. *Collaboration between Physicians and Nurses in Primary Health Care Teams* (COPAN)) buvo kuriamas

keturiais etapais (3.2.1.1 lentelė), o klausimyno turinio vertinimas buvo atliekamas naudojant turinio indeksavimo priemonę [104].

1. Pirmajame etape kokybinio tyrimo metu identifikuotos 42 kategorijos buvo suskirstytos į šešias pagrindines temas (aphtarimos sk. *Rezultatų aptarimas*).
2. Antrojo etapo metu iš 42 dviejų kategorijų šešios buvo pašalintos iš sudaromo klausimyno, kadangi savo prasme buvo artimos kitoms kategorijoms arba sudėtingai paverčiamos pagal savo prasmę į uždara klausimą, atliepiantį Likerto skalės atsakymų variantus (pvz.: kategorija „papildomi PSP komandos nariai“).
3. Trečiajame etape šios temos ir kategorijos buvo naudojamos kaip pagrindas sudarant 36 klausimų rinkinį. Galimi klausimyno atsakymų variantai buvo parinkti naudojant penkių punktų Likerto skalę, kai vienetas reiškė „visiškai nesutinku“, dvejetas – „nesutinku“, trejetas – „sunku nuspręsti“, ketvertas – „sutinku“, penketas – „visiškai sutinku“. Klausimynas buvo pateiktas peržiūrėti devyniems ekspertams, turintiems bent penkerius metus praktinės darbo patirties PSP (keturiems šeimos gydytojams, keturioms slaugytojoms ir vienam visuomenės sveikatos specialistui). Jų buvo prašoma pateikti savo nuomonę apie klausimyno punktus ir klausinama, ar, jų manymu, tokie klausimai galėtų atspindėti bendradarbiavimo patirtis PSP komandose. Jie taip pat turėjo išsakyti savo nuomonę apie klausimyno formatą, ar klausimai išdėstyti ir pateikti suprantama forma. Ekspertai buvo kviečiami pateikti pasiūlymus klausimynui tobulinti. Atsižvelgiant į ekspertų vertinimą, devyni klausimai, kurie surinko mažiausiai vertinimo balų, buvo pašalinti iš klausimyno. Klausimyne liko 27 klausimai, kurie, ekspertų nuomone, geriausiai atspindėjo bendradarbiavimą PSP.
4. Ketvirtajame etape buvo sudarytas galutinis 27 klausimų rinkinys. Patobulintas klausimynas buvo išdalytas dvidešimčiai PSP darbuotojų (dešimčiai šeimos gydytojų ir dešimčiai bendrosios praktikos slaugytojų). Respondentai nenurodė sunkumų ar neaiškumų atsakinėjęntį klausimus. Taip pat nustatyti klausimyno įverčiai: aukštesnis surinktas balas už klausimą atspindi geresnį individualų ir santykinį požiūrį į bendradarbiavimą, geresnes komandinio darbo organizacinės sąlygas ir aukštesnį savo kompetencijos vertinimą.

3.2.1.1 lentelė. Klausimyno sudarymo procesas etapais

I etapas	II etapas	III etapas	IV etapas
<i>Tikslinių sutelktų grupių interviu duomenų analizės metu išskirtos kategorijos (42 kategorijos)</i>	<i>Atrinktos tinkamiausios kategorijos klausimams kurti (36 kategorijos)</i>	<i>Sukurti 36 klausimai ir pateikti ekspertams vertinti</i>	<i>Galutinis 27 klausimų rinkinys paruoštas klausimyno turinčiui vertinti</i>
Pagrindiniai PSP centrų komandos nariai	Pagrindiniai PSP centrų komandos nariai	Yra aiškiai žinoma, kurie darbuotojai sudaro komandą	Yra aiškiai žinoma, kurie darbuotojai sudaro komandą
Papildomi PSP komandos nariai	–	–	–
Hierarchija PSP komandose	Hierarchija PSP komandose	Komandoje yra aiški hierarchinė struktūra	Komandoje yra aiški hierarchinė struktūra
Lyderystė komandoje	Lyderystė komandoje	Komanda turi savo vadovą	Komanda turi savo vadovą
„Nemateriali“ komandos vienybė	„Nemateriali“ komandos vienybė	Komandoje vyrauja partnerystė grįsti santykiai	Komandoje vyrauja partnerystė grįsti santykiai
Bendri komandos narių tikslai	Bendri komandos narių tikslai	Komandos narius vienija bendri tikslai ir bendras požiūris į darbą	Komandos narius vienija bendri tikslai ir bendras požiūris į darbą
Individuali motyvacija dirbti komandoje	Individuali motyvacija dirbti komandoje	Visi komandos nariai jaučia motyvaciją dirbti	Visi komandos nariai jaučia motyvaciją dirbti
Pasitikėjimas tarp komandos narių	Pasitikėjimas tarp komandos narių	Komandos nariai yra vieningi	Komandos nariai yra vieningi
Pagarba tarp komandos narių	Pagarba tarp komandos narių	Komandos nariai gerbia vienas kitą	Komandos nariai gerbia vienas kitą
Gydytojų komandų vykdymas	Gydytojų komandų vykdymas	Vieni komandos nariai nurodo kitiems komandos nariams, ką jie turi atlikti	Vieni komandos nariai nurodo kitiems komandos nariams, ką jie turi atlikti
Gerai aprašyti ir žinomi komandos narių vaidmenys	Gerai aprašyti ir žinomi komandos narių vaidmenys	Komandos narių veiklos yra diferencijuotos	Komandos narių veiklos yra diferencijuotos
Vaidmenų difuzija	Vaidmenų difuzija	Komandos nariams dažnai tenka atlikti kitiems komandos nariams priklausančias funkcijas	Komandos nariams dažnai tenka atlikti kitiems komandos nariams priklausančias funkcijas
Pareigų sutapimas	–	–	–
Aiškios komandos narių vaidmenų ribos	Aiškios komandos narių vaidmenų ribos	Kiekvienas komandos narys turi savo aiškias funkcijas	Kiekvienas komandos narys turi savo aiškias funkcijas

3.2.1.1 lentelės tęsinys

I etapas	II etapas	III etapas	IV etapas
Aiškios komandos narių atsakomybės ribos	Aiškios komandos narių atsakomybės ribos	Kiekvienas komandos narys žino savo atsakomybės ribas	Kiekvienas komandos narys žino savo atsakomybės ribas
Užduočių delegavimas	Užduočių delegavimas	Visi komandos nariai vykdo jiems pagal pareigybės priklausančias funkcijas	Visi komandos nariai vykdo jiems pagal pareigybės priklausančias funkcijas
Prisimama individuali atsakomybė	Prisimama individuali atsakomybė	Kiekvienas komandos narys yra kompetingas atlikti jam priklausančias funkcijas	Kiekvienas komandos narys yra kompetingas atlikti jam priklausančias funkcijas
Veiklų persidengimas	–	–	–
Savarankiškas savo pareigų vykdymas	Savarankiškas savo pareigų vykdymas	Kiekvienas komandos narys atsakingas už savo atliekamą veiklą	Kiekvienas komandos narys atsakingas už savo atliekamą veiklą
Sankcijos už ribų peržengimą	–	–	–
Veiklų diferencijavimas	Veiklų diferencijavimas	Visų komandos narių atliekamos funkcijos yra dokumentuojamos	Visų komandos narių atliekamos funkcijos yra dokumentuojamos
Tinkamos žinios ir įgūdžiai	Tinkamos žinios ir įgūdžiai	Visi komandos nariai turi pakankamai įgūdžių ir žinių darbui atlikti	–
Kompetencijos priežiūra	Kompetencijos priežiūra	Įstaigoje vykdoma nuolatinė komandos narių kompetencijos kontrolė	Įstaigoje vykdoma nuolatinė komandos narių kompetencijos kontrolė
Mokymų būtinybė	Mokymų būtinybė	Komandos nariams reikalingi komandinio darbo mokymai	–
Mokymų kokybė	Mokymų kokybė	Įstaigoje vykdomi mokymai, kuriuose dalyvauja visi komandos nariai	Įstaigoje vykdomi mokymai, kuriuose dalyvauja visi komandos nariai
Bendravimas kaip priemonė, skirta perduoti su darbu susijusią informaciją	Bendravimas kaip priemonė, skirta perduoti su darbu susijusią informaciją	Komandos nariai bendraudami dalijasi su darbu susijusia informacija	–
Bendravimas kaip darbo aplinkos draugiškumas	Bendravimas kaip darbo aplinkos draugiškumas	Komandos nariai efektyviai (sėkmingai, puikiai) bendrauja tarpusavyje	Komandos nariai efektyviai (sėkmingai, puikiai) bendrauja tarpusavyje

3.2.1.1 lentelės tęsinys

I etapas	II etapas	III etapas	IV etapas
Priemonės bendravimui komandoje optimizuoti	Priemonės bendravimui komandoje optimizuoti	Ištaigoje taikomos priemonės bendravimui komandoje optimizuoti	–
Komandos narių vidinė kalba	–	–	–
Tarpusavio bendravimo sunkumai	Tarpusavio bendravimo sunkumai	Komandos nariai sunkiai bendrauja tarpusavyje	–
Komunikacijos strategijos	Komunikacijos strategijos	Ištaiga nuolat gerina komunikacijos priemonės	–
Komandų narių apmokėjimo politikos sinchronizavimas	Komandų narių apmokėjimo politikos sinchronizavimas	Komandos narių atlyginimas priklauso nuo jų vykdomos veiklos intensyvumo	Komandos narių atlyginimas priklauso nuo jų vykdomos veiklos intensyvumo
Komandos narių darbo vieta	Komandos narių darbo vieta	Visi komandos nariai turi jiems paskirtą darbo vietą ištaigoje	–
Tinkamas laikas procedūroms įvykdyti	Tinkamas laikas procedūroms įvykdyti	Komandos nariai turi pakankamai laiko kokybiškai atlikti procedūras	Komandos nariai turi pakankamai laiko kokybiškai atlikti procedūras
Pacientų srautų reguliavimas	Pacientų srautų reguliavimas	Ištaigoje valdomi pacientų srautai	Ištaigoje valdomi pacientų srautai
Darbas stabiliose apylinkėse	Darbas stabiliose apylinkėse	Komandos nariai dirba su pastovia apylinkė	–
Naujųjų įdiegimas	Naujųjų įdiegimas	Ištaigoje diegiamos inovacijos, palankiai veikiančios darbą komandoje	Ištaigoje diegiamos inovacijos, palankiai veikiančios darbą komandoje
Atsižvelgimas į personalo poreikius	Atsižvelgimas į personalo poreikius	Ištaiga atsižvelgia į komandos narių poreikius	Ištaiga atsižvelgia į komandos narių poreikius
Personalo mokymas	Personalo mokymas	Ištaigoje vykdomi darbo komandoje mokymai	Ištaigoje vykdomi darbo komandoje mokymai
Komandos kūrimo iniciatyvos	Komandos kūrimo iniciatyvos	Ištaigoje kuriamos specialios komandos užduotims atlikti	–
Visų darbuotojų įtraukimas į neklantinę veiklą	–	–	–
Gerųjų praktikų mainai su kitomis institucijomis	Gerųjų praktikų mainai su kitomis institucijomis	Komandos nariai turi galimybę pasidalyti savo patirtimi su kolegomis iš kitų ištaigų	Komandos nariai turi galimybę pasidalyti savo patirtimi su kolegomis iš kitų ištaigų

3.2.2. Tyrimo dalyviai

Apskaičiuojant tyrimo dalyvių imties dydį, buvo remiamasi statistikų rekomendacija, kad, taikant faktorinę analizę, apklaustų asmenų skaičius turėtų būti bent penkis kartus didesnis nei analizėje naudojamų klausimų skaičius [105]. Todėl mūsų tyrime galutinis tyrimo dalyvių skaičius turėjo būti mažiausiai 135 respondentai (COPAN klausimyne buvo 27 klausimai). Apskaičiuotas imties dydis buvo taikomas ir šeimos gydytojų, ir bendrosios praktikos slaugytojų grupėms, kadangi taip pat planavome atlikti abiejų grupių analizę atskirai.

Kauno regione 2012 m. buvo 50 institucijų, kurios turėjo sutartį su ligo- nių kasomis, iš jų buvo pasirinktos 36, kurioms pasiūlyta dalyvauti tyrime. Tyrime sutiko dalyvauti 33 įstaigos (8 didelės, 2 vidutinės ir 23 mažos). Tyrimas buvo atliktas 2013 m. sausio–kovo mėnesiais. Visi tyrimo dieną darbo vietoje buvę šeimos gydytojai ir bendrosios praktikos slaugytojos buvo pakviesti įsitraukti į tyrimą. Jie buvo informuojami apie tyrimo tikslą ir tyrimo procedūras, konfidencialumo ir anonimiškumo užtikrinimą. Klausimynai buvo dalijami asmeniškai kiekvienam gydytojui ir bendrosios prak- tikos slaugytojai. Šeimos gydytojams išdalyta 216 klausimynų, o slaugyto- joms 237, surinkta iš viso 344 užpildyti klausimynai (atitinkamai 164 ir 180 klausimynai) (3.2.2.1 lentelė). Atsako dažnis buvo 76 proc.

3.2.2.1 lentelė. Šeimos gydytojams ir bendrosios praktikos slaugytojoms išdalytų ir surinktų klausimynų skaičius pagal įstaigos dydį

Įstaigos dydis (n)	Gydytojai (n)		Slaugytojos (n)		Iš viso (n)		
	Išdalyta klausimynų	Surinkta klausimynų	Išdalyta klausimynų	Surinkta klausimynų	Išdalyta klausimynų	Surinkta klausimynų	
Didelė*	8	110	91	125	96	225	187
Vidutinė**	2	22	13	27	18	49	31
Maža ***	23	84	60	83	66	167	126
Iš viso	33	216	164	237	180	453	344

*20 000 ir daugiau prisirašiusių pacientų; ** nuo 5000 iki 20 000 prisirašiusių pacientų; *** iki 5000 prisirašiusių pacientų.

3.2.3. Statistinė klausimyno analizė

Statistinė tyrimo duomenų analizė atlikta naudojant duomenų kaupimo ir analizės SPSS programos paketą (versija SPSS 25.0), naudotas programos paketas AmosTM [106]. Kokybiniai požymiai aprašyti pateikiant jų reikšmių dažnį bei santykinį dažnį (procentais), kiekybiniai požymiai aprašyti patei- kiant vidurkį bei standartinį nuokrypį (s). χ^2 kriterijus buvo taikytas hipote- zėms apie dviejų nominalinių požymių nepriklausomumą (homogeniškumą)

patikrinti, jei požymis gali įgyti daugiau nei dvi reikšmes, šių reikšmių proporcijas tarp grupių lyginome taikydami χ^2 kriterijaus porinius palyginimus (z kriterijus). Ryšys ir rasti skirtumai laikyti statistiškai reikšmingais, kai gautoji p reikšmė buvo mažesnė už pasirinktą reikšmingumo lygmenį α ($\alpha = 0,05$).

Psichometrinės COPAN skalės savybės (tinkamumas, vidinis patikimumas, faktorių validumas) buvo testuojamos naudojant iš anksto nustatytą kokybės kriterijų [107]. Skalės tinkamumas buvo skaičiuojamas pasitelkiant vidurkius ir standartinį nuokrypį kiekvienam klausimui bei visos skalės sumos balą. Pašalinus klausimą iš skalės, buvo pakartotinai skaičiuojama koreliacija tarp klausimo ir visos skalės (Pearson) ir tiriami kokybės kriterijų pokyčiai.

Cronbach alpha kriterijus buvo taikytas siekiant nustatyti vidinį COPAN skalės ir subskalės patikimumą bei nuoseklumą. Spearmano-Brauno [108] tikimybių formulė buvo naudojama norint pritaikyti trumpųjų subskalių patikimumą 12 klausimų subskalei. Skalės bei subskalės vidinis suderinamumas buvo laikomas pakankamu, kai *Cronbach alpha* reikšmė buvo didesnė už 0,7 [107]. Vidiniam nuoseklumui įvertinti buvo papildomai apskaičiuotas vidinis koreliacijos tarp klausų vidurkis, kurio vertė buvo nuo 0,15 iki 0,50, ir laikytas pakankamu [105].

Aiškinamoji faktorių analizė (EFA) buvo atlikta siekiant išsiaiškinti ryšius tarp visų 27 COPAN skalės klausimų ir patvirtinti skalės struktūrą. Naudojant SPSS programą, buvo atlikta faktorinė duomenų analizė ir identifiкуotos pagrindinės komponentės – faktoriai. Neortogonali išskirtų faktorių rotacija buvo atlikta dėl galimų koreliacijų tarp faktorių. Faktoriai buvo atrinkti remiantis tikrinių reikšmių lūžio taškais (>1), faktorių svoriais ($>0,4$) ir interpretavimu. Šių modelių faktorių tinkamumas (EFA) buvo įvertintas Bartleto sferiškumo testu ($p < 0,001$) ir Kaiserio-Meyerio, Olkino (KMO) imties adekvatumo nustatymu ($>0,5$).

Gauti faktorinės analizės (EFA) rezultatai buvo patvirtinti taikant patvirtinamąją faktorinę analizę (CFA). Klausimų svoriai modelyje buvo nustatomi remiantis standartizuotais regresijos koeficientais (SRW) ir daugialype koreliacija kvadratu (*Squared Multiple Correlation*, SMC). Modelio tinkamumas duomenims buvo nustatomas remiantis indeksais: sąlyginio suderinamumo indeksu (*Comparative Fit Index*) (CFI), Takerio-Liuiso indeksu (*Tucker-Lewis Fit Index*, TLI) ir vidutine kvadratine aproksimacijos paklaida (*Root Mean Square Error of Approximation*, RMSEA). Modelis buvo laikomas tinkamu duomenims, kai TLI ir CFI reikšmės buvo $> 0,95$, o RMSEA reikšmė $< 0,08$ [106]. CFA buvo atlikta modeliams, kurie turėjo skirtingą faktorių skaičių (subskalės), tikrinant modelio tinkamumą ir vertinant dimensiškumą (COPAN skalės modelio validumas). Keletas modelių buvo optimizuoti pašalinant kai kuriuos komponentus iš subskalių, išlaikant modelio tinkamumą.

Siekiant rasti optimalų paprastumo ir tinkamumo derinį, AMOS programoje buvo naudojamos *euristinės specifikacijos paieškos (Heuristic Specification Search)* ir *modifikavimo indeksų (Modification Indices)* parinktys [106]. Šis metodas buvo naudojamas tik 3 ir 2 faktorių modeliuose, siekiant sukurti su-trumpintas COPAN skalės versijas.

3.2.4. Funkcijų aiškumo tyrimo statistinė tiriamoji dalis

Siekiant identifikuoti komandos narių profesinių funkcijų aiškumą, respondentams buvo pateikiami penki klausimai. Atsakymai į šiuos klausimus vertinti balais nuo vieno iki penkių. Žymėjimą parinkome taip, kad kuo didesnis surinktas balas, tuo, tyrimo dalyvio nuomone, aiškesnės yra jo funkcijos. Vienam klausimui (*Komandos nariams dažnai tenka atlikti kitiems komandos nariams priklausančias funkcijas*) ši skalė pakeista į atvirkštinę – nuo 5 iki 1, kadangi jo atsakymų įverčiai buvo kitokie pagal prasmę (nuo atsakymo „visiškai sutinku“ iki atsakymo „visiškai nesutinku“). Visų penkių klausimų vidinis suderinamumas buvo pakankamai didelis (*Cronbach alfa* koeficientas = 0,708), todėl jų atsakymai buvo susumuoti. Gautos sumos reikšmės svyravo nuo 4 iki 25 balų. Pagal gautus sumos balus tyrimo dalyviai buvo suskirstyti į dvi grupes: tuos, kuriems aiškios jų funkcijos komandoje (surinko 18–25 balų), ir tuos, kuriems jų funkcijos komandoje nėra aiškios (surinko 4–17 balų). Sudarytos grupės toliau buvo lyginamos pagal jų požiūrį į organizacinę aplinką ir organizacijos vertybes, profesinę autonomiją ir pripažinimą bei profesinį perdegimą.

3.3. Etiniai aspektai

Tyrimas atliktas įgyvendinant Lietuvos Mokslo Tarybos finansuojamą projektą „Tarpsektorinis bendradarbiavimas sprendžiant sveikatos problemas socialinės rizikos šeimose“ TABESORI (angl. *Intersectoral collaboration solving health care problems in social risk families*) (Paraiškos registracijos Nr. SIN-12015, finansavimo sutarties Nr. SIN-13/2012), kurį vykdė LSMU MA Šeimos medicinos klinika su partneriais iš VDU Socialinių mokslų fakulteto. Projekto trukmė 2012 m. balandis – 2013 m. gruodis.

Projekto tikslas buvo įvertinti tarpsektorinį bendradarbiavimą ir jo galimybes, sprendžiant sveikatos ir socialines problemas socialinės rizikos šeimose.

Sveikatos ir socialinio sektoriaus bendradarbiavimo galimybės ir sunkumai buvo tiriami naudojant trianguliaciją, t. y. skirtingus metodus, siekiant kuo visapusiškiau atskleisti tiriamą problemą. Tarpdisciplininio ir tarpsektorinio bendradarbiavimo Lietuvoje analizė buvo paremta keliais skirtingais

metodais: dokumentų analize, vienmomentėmis apklausomis (kiekybinė prieiga), tikslinių sutelktų grupių interviu (kokybinė prieiga), inovatyvia vinječių metodika (kiekybinės ir kokybinės prieigos derinys). Gero bendradarbiavimo modelio veiksmingumui pilotiniuose PSP centruose vertinti buvo taikomas atvejo-kontrolės tyrimo metodas. Buvo atliekamas kokybinis geros praktikos bendradarbiavimo modelio veiksmingumo vertinimas.

Kiekybiniam tyrimui (anoniminė anketinė apklausa šeimos gydytojams, bendrosios praktikos slaugytojoms ir socialiniams darbuotojams) buvo naudojamos autorių sudarytos anketos pagal gautus sutelktų tikslinių grupių interviu duomenis, taip pat naudojamas *Jeferson, the Maslach Burnout Inventory* ir *The Areas of Worklife Survey* skalės, kurioms buvo gauti oficialūs autorių leidimai.

Tyrimas buvo vykdomas griežtai laikantis numatyto protokolo ir tvarkos bei laikantis visų tokių tyrimų vykdymą Lietuvoje reglamentuojančių įstatymų reikalavimų. Projekto tyrimams atlikti buvo gauti LSMU bioetikos centro leidimai Nr. BC-LSMU(R)-301; BC-LSMU(R)-302. Taip pat atlikta Kauno regioninio biomedicininio tyrimų etikos komiteto biomedicininio tyrimo dokumentų etinė ekspertizė ((protokolo Nr. SIN-13/2012) S12012, B31), kurios metu tyrimo atlikimui neprieštarauta.

Tyrimo dalyviai buvo atsitiktiniu būdu pasirinkti iš Kauno miesto ir rajono PSP centrų sąrašo ir asmeniškai kviečiami dalyvauti tyrime. Kiekvieno šeimos gydytojo, bendrosios praktikos slaugytojos ir socialinio sektoriaus darbuotojo buvo prašoma asmeninio sutikimo dalyvauti tyrime. Kiekvienos dalyvaujančios įstaigos vadovai buvo informuoti apie tyrimą. Kompensacija už dalyvavimą tyrime nebuvo taikoma. Tyrimo metu nebuvo taikomas ar keičiamas gydymas, nebuvo taikomos jokios invazinės procedūros ir nebuvo renkami duomenys apie tyrimo dalyvių sveikatą ar jos rodiklius. Nebuvo atliekami jokie veiksmai, susiję su tyrimo dalyvių sveikata. Vienintelė galima žala, kurią tyrimo dalyviai galėjo patirti, buvo sugaištas laikas.

4. REZULTATAI

4.1. Pirminės sveikatos priežiūros komandos samprata šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūriu

Iš viso buvo atliktos šešios tikslinės sutelktų grupių interviu, kuriuose dalyvavo 56 tyrimo dalyviai (29 šeimos gydytojai ir 27 bendrosios praktikos slaugytojos) iš privačių bei viešųjų PSP centrų (4.1.1 lentelė). Vienoje grupėje dalyvavo 8–12 tyrimo dalyvių.

4.1.1 lentelė. Demografiniai tikslinių sutelktų grupių interviu tyrimo dalyvių duomenys

	Požymis	Dalyvių skaičius (n)
Lytis	Vyrai	4
	Moterys	52
Profesija	Šeimos gydytojai	29
	Bendrosios praktikos slaugytojos	27
Amžius	Min – 22 metai; Max – 65 metai	
	Jaunesni negu 50 metų	32
	Vyresni negu 50 metų	24
Darbo vieta	Miestas	45
	Kaimas	11
Įstaigos dydis	Didelė (20 000 ir daugiau prisirašiusių pacientų)	22
	Vidutinė (nuo 5000 iki 20 000 prisirašiusių pacientų)	21
	Maža (iki 5000 prisirašiusių pacientų)	13
Įstaigos tipas	Privati	20
	Valstybinė	36
Bendras tyrimo dalyvių skaičius		56

Min – minimalus; Max – maksimalus.

Sutelktų tikslinių grupių interviu teminės analizės metu buvo išskirti 42 sudedamieji PSP komandos elementai ir jų pagrindu suformuotos šešios pagrindinės temos:

- PSP komandos struktūra.
- Komandos narių sinergija.
- Aiškiai apibrėžti komandos narių vaidmenys ir atsakomybės.
- PSP komandos narių kompetencija.
- PSP komandos narių komunikacija.
- Organizaciniai komandinio darbo aspektai.

4.1.1. Pirminės sveikatos priežiūros komandos struktūra

Tyrimo dalyviai įvardijo šeimos gydytojus ir slaugytojas kaip pagrindinius PSP struktūros narius (4.1.1.1 lentelė). Administraciniai darbuotojai ir socialiniai darbuotojai buvo minimi kaip potencialūs komandos nariai. Tyrimo dalyviai dalijosi patirtimi apie kai kurių PSP centrų pastangas plėsti PSP komandas, į jas įtraukiant naujus narius, tokius kaip sekretorės, socialiniai darbuotojai. Bendrosios praktikos slaugytojos diskutavo apie tai, kad šeimos gydytojai tradiciškai turi aukštesnį formalų statusą negu slaugytojos, tačiau tiek šeimos gydytojai, tiek slaugytojos pažymėjo tai, kad komandoje santykiai neturėtų būti grįsti hierarchija.

Diskusija apie lyderystę komandoje iškilo tik slaugytojų grupėse, jos kalbėjo apie geresnio PSP komandos koordinavimo poreikį. Jos pabrėžė, kad PSP komandos vis dėlto neturi aiškaus lyderio. Šeimos gydytojas yra komandos lyderis tik pagal „nerašytas taisykles“, ir taip yra tiesiog dėl to, kad istoriškai gydytojai turi aukštesnį statusą sveikatos priežiūros srityje.

Mes pripažįstam gydytoją kaip vadovą. Bet iš tikrųjų, ar gydytojas vadovas turėtų būti – didelis klausimas. Tiesiog gal likusi ta samprata iš anų [sovietinių] laikų (PS4).

4.1.1.1 lentelė. PSP komandos struktūra tyrimo dalyvių požiūriu

Temos	Kategorijos	Citatos
PSP komandos struktūra	Pagrindiniai PSP centrų komandos nariai	<i>Komanda tikriausiai susideda iš slaugytojos ir šeimos gydytojo, toks yra dažniausiai pirminės priežiūros komandos modelis (VS6)</i>
	Papildomi PSP komandos nariai	<i>Tai tada jau nuo registratūros skaitau... (VG5)</i>
	Hierarchija PSP komandose	<i>Mūsų pareigos atskiros, bet mes turime būti vienoj linijoje, horizontaliai daugiau (PG3)</i>
	Lyderystė komandoje	<i>Kažkas tą komandą valdyt turėtų (PS4)</i>

4.1.2. Komandos narių sinergija

Visi tyrimo dalyviai – tiek šeimos gydytojai, tiek ir slaugytojos – interviu metu daug dėmesio skyrė komandos narių sinergijai (4.1.2.1 lentelė). Tyrimo dalyvių nuomone, tai komandą vienijantis ir jai padedantis veikti elementas, kurį komandos nariai išsiugdo ilgainiui mokydamiis dirbti kartu. Šis komandos elementas buvo apibūdinamas įvairiai – kaip *kumštis (PG3)*, *šeima (VG1)*, *automatizmas (PS2)*, *bendras požiūris (PG3)*, tačiau vieningai suprantamas kaip efektyvios komandos požymis.

Kaip pagrindiniai sinergijos komponentai buvo įvardinami komandos narių tarpusavio pasitikėjimas ir pagarba bei individualus išpareigojimas

dirbti komandoje. Kai kurie šeimos gydytojai išsakė dar vieną sinergijos elementą – slaugytojų paklusnumą gydytojo nurodymams ir joms deleguotų užduočių atlikimą, slaugytojos analogiškų minčių neišsakė. Gydytojo, slaugytojos, pačios sistemos ir paciento sąveikoje jos matomos kaip svarbus jungiamasis elementas.

Slaugytoja apjungia... nes tiesiog tu slaugytoja turi būti, kuri namuose vykdo tą slaugą ir čia poliklinikoje... ir slaugytoja laiko tą grandį apie tą ligonį... tą sistemą... ar psichologiškai jis stiprus, gali slaugytojas pasakyti, papasakoti... (VS2)

4.1.2.1 lentelė. PSP komandos narių sinergija tyrimo dalyvių požiūriu

Temos	Kategorijos	Citatos
PSP komandos narių sinergija	„Nemateriali“ komandos vienybė	<i>Tarp daktaro, jo, gydytojo ir seselės yra geriausia komanda. [...] automatiškai viskas vyksta toliau, jeigu yra tas ryšys (VS6)</i>
	Bendri komandos narių tikslai	<i>...tavo tikslas yra bendras, tas pacientas turi būti apglostytas iš visų pusių, iš visų šonų, kad jisai būtų laimingas ir patenkintas [...] (VG1)</i>
	Individuali motyvacija dirbti komandoje	<i>[...] nuo žmogaus priklauso. Čia tas noras gydytojui padaryt viską, o kitas sakys, man tiek liepė ir aš daugiau nedarysiu. Tai, vat, čia irgi yra kokių žmonių komandoje... (PS4)</i>
	Pasitikėjimas tarp komandos narių	<i>[...] daktaras turi pasitikėti sesele, jei ja nepasitiki, tai jokių komandų (VS6)</i>
	Pagarba tarp komandos narių	<i>Bet tas yra geri santykiai ir kada tu susidirbi ir nežemini vienas kito, tas, vat, tas yra svarbiausia (VS6)</i>
	Gydytojų komandų vykdymas	<i>O po to kabinete, vėl gi, jinai daro, ką aš jai sakau (VG5)</i>

4.1.3. Aiškiai apibrėžti komandos narių vaidmenys ir atsakomybės

Daugiausia diskusijų per sutelktų tikslinių grupių interviu kilo dėl komandos narių funkcijų (4.1.3.1 lentelė). Tyrimo dalyviai pabrėžė, kad, siekiant efektyvaus komandinio darbo, pirmiausia reikia nustatyti aiškias komandos narių funkcijas ir atsakomybes tarp šeimos gydytojų ir slaugytojų.

Kažką padaro [slaugytoja], o atsakomybė tiktai daktarui. Bet ne, jinai irgi turi savo atsakomybę. Ir kai neprisiimi jos atsakomybės sau, tai labai padeda. Jinai tada supranta savo darbą, ką ji turi daryti, ir gaunasi, kad taip pasiskirsto (VG5)

Buvo kalbama apie funkcijų persidengimą, oficialių nurodymų apie vaidmenis trūkumą bei gerai aprašytų ir organizuotų procedūrų skirtingoms veikloms stoką (ypač jeigu šeimos gydytojas ir slaugytoja dirba viename kabinete). Šios problemos buvo nurodomas kaip pagrindinės tarpusavio įtampos ir konfliktų atsiradimo priežastys. Taip pat nesuderinti komandos narių lūkesčiai vieni kitų atžvilgiu bei susiję su atliekamomis funkcijomis buvo minimi kaip efektyvaus darbo trukdžiai. Viena vertus, slaugytojos minėjo, kad, gaudamos nurodymus iš šeimos gydytojų, jos jaučiasi lyg *tarnautų gydytojui (PS4)*. Antra vertus, slaugytojos lyg ir būtų linkusios laukti aiškaus gydytojų lūkesčių įvardijimo: *gydytojas turėtų pasakyti, ko jis nori iš slaugytojos (VS2)*. Gydytojai savo ruožtu tikisi didesnio slaugytojų aktyvumo savarankiškai atliekant joms deleguotas funkcijas.

Gydytojo ir slaugytojos vaidmenų persidengimas, neretai pasiekiantis difuzijos stadiją, užtušuoja profesinės ekspertizės ribas. Gydytojai yra linkę saugoti savo profesines ribas ir netoleruoti, kai slaugytojas jas peržengia: *jeigu leisi sesutei daktaraut kaip atskirai, tai aš nežinau, tada jau neturėsiu ką veikti... (PG3)*. Gydytojų kritikuojami slaugytojų „daktaravimo“ elementai apėmė savarankišką tyrimų skyrimą, tyrimų interpretavimą pacientams ar medikamentų rekomendavimą. Vis dėlto interviu metu neigiama gydytojų nuostata į slaugytojų „daktaravimą“ nebuvo vieninga, tam tikrose situacijose tokia slaugytojų elgsena buvo suvokiama kaip priimtina ir naudinga (pvz.: kai priėmimo metu nėra gydytojo, kai yra daug papildomų pacientų).

Dabar jau per tiek metų turbūt esam atidirbę, ir maniškė, kai padaktarauja, nu, ir sakau, ką tu pridirbai.. ir juokiuos visada.. nu, tai ten ką nors pasako.. viską gerai, sakau, tu padarei, viską gerai.. aš jau okei sakau, jeigu ten ne taip, nu, sakau, susitvarkysime ir panašiai (VG1)

Ten va, sakau, mano vakar seselė, atėjo, ligonis ruošiamas kataraktos operacijai, ten parašyti tyrimai, kokių reikia... tai jinai tuos tyrimus suvedė, man pasakė aš suvedžiau tyrimus, aš jį paleidau, nu, tai ir gerai, ir viskas... Toks padaktaravimas yra viskas gerai... (VG1)

Interviu metu buvo įvardytos ir priešingos tyrimų dalyvių patirtys, kai komandos narių vaidmenys diferencijuojasi ir atsakomybės perkeliamos kitiems PSP komandos nariams. Tyrimo dalyviai pateikė pavyzdžių, kai į komandą įtraukiami nauji nariai (sekretorės), o PSP įstaigose atskiros struktūros pradeda teikti paslaugas, tradiciškai priskiriamas šeimos gydytojo

ir slaugytojos komandai (priežiūra manuose, paliatyvi priežiūra, informaciniai ofisai, kt).

4.1.3.1 lentelė. PSP komandos vaidmenys ir atsakomybės tyrimo dalyvių požiūriu

Temos	Kategorijos	Citatos
Komandos narių vaidmenys ir atsakomybė	Gerai aprašyti ir žinomi komandos narių vaidmenys	<i>Aš tai manau turi būti apibrėžta, ką turėtų jos [slaugytojos] daryti, ir visiems viskas būtų aišku (VG1)</i>
	Vaidmenų painiava	<i>Aš nežinau jos [slaugytojos] tas funkcijas. Iš tikrųjų, mes nežinom, kokios jos tos pareigos (VG5)</i>
	Pareigų sutapimas	<i>Pavyzdžiui, jeigu paimtume sesutės tą instrukciją, tai gydytojui tai vos ne viskas dar irgi iš jos [instrukcijos] būtų. Ir tada paskui, kai jie [darbai] užsikloja, nežinia, kam ką daryti, ir jinai laukia, ką tu ką tu duosi (VG1)</i>
	Aiškios komandos narių vaidmenų ir atsakomybės ribos	<i>Svarbiausia nesikišti į gydymą, nes gydymas yra gydytojo, mes negalim vaistų dozuoti, skirti, sakyti, kad jūs ten.. svarbiausia nu savo rėmuose dirbti... (VS2)</i>
	Užduočių delegavimas	<i>Pas daktarus reikia klausť [...]Konkrečiai ir reikia pasakyt tada, ko tu nori iš tos seselės (VS6)</i>
	Prisiimama individuali atsakomybė	<i>Ta slaugytoja turi prisiimti atsakomybę, suvokti savo darbo ribas ir atsakyti už tai, ką ji daro (PG3)</i>
	Veiklų persidengimas	<i>Gal dalį darbų ir padaro, kur mums priklausytų, bet nepadaro, kas joms priklauso (VG1)</i>
	Savarankiškas savo pareigų vykdymas	<i>Kad nereiktų sakyti sesutei: „tu tą turi daryti, aprašyti tyrimus mokamus“. Jinai iškarto ima iš manęs statistinį taloną ir jau rašo... (VG6)</i>
	Sankcijos už ribų peržengimą	<i>Per susirinkimą taip buvo pasakyta, kad [vardas] komentuoja tyrimus. [...] Aš tai pas gydytoją patariau nueiti ir buvau taip sudirbta, kad atsiprašau! Tai kaip čia reikia, aš nebežinau, tada ir dirbti. Tai čia galima dirbti, bet, kad tave užgesina kiekvieną kartą (VS6)</i>
Veiklų diferencijavimas	<i>Ir, pavyzdžiui, pas mus pažymas visas rašo informacinis kabinetas (VG1)</i>	

4.1.4. PSP komandos narių kompetencija

Komandos narių kompetencijos svarbą tyrimo metu pabrėžė tiek gydytojai, tiek slaugytojos (4.1.4.1 lentelė). *Profesionalumas (PG3)* išryškėjo kaip viena kertinių komandinio darbo detalių. Dalydamiesi patirtimi, tiek slaugytojos, tiek ir gydytojai akcentavo kompetencijų trūkumą, ypač daug dėmesio buvo skiriama slaugytojų kompetencijos stokai.

Na, aš dar kažkaip dėl kompetencijos [...] aš kartais galvoju, kad kartais jos tiesiog nežino... kaip... kaip ją skatinti... jinai, pavyzdžiui, nelabai nori kur nors eiti mokytis, jinai... jai patogiau sėdėti ir laukti ir... kol aš pasakysiu... (VG1)

[...]

Tu teisi, nes tas valandas aš dar pažiūriu, va tas buvo susirinkimas... ėjo belekur, bet ką, kad tiktai valandas... ne taip, kaip, vat, mes einam, vat, kad sužinot, kad tobulėt... bet, nu, tikrai gi vis tiek eini, kad tobulėti, kad sužinot... (VG1)

Nes mums reikia, dirbam... o jos tiktai šalia... (VG1)

Tyrimo dalyviai diskutavo, kad organizacijoje yra būtina atsižvelgti į komandos narių kompetencijas, bei pabrėžė komandos narių mokymų svarbą. Slaugytojų interviu daug dėmesio buvo skirta tęstinio mokymosi, profesinio tobulinimosi būtinybei.

*Tai į Klinikas ateinu paklaustyti, tai yra, žinot, kaip aš sakau, vat, buvau vienuose kursuose, paklausė, ir aš viena buvau, iš tikrųjų, tai sako: „Galit eiti, jum nėra ką klausyt“.
O aš jiems sakau, kad aš noriu! (PS4)*

Kaip sakoma, mes nueiname į kursus pasitobulinti dėl to, kad, nu, viešai pripažinkim, taip ir yra. Ką mes naujo įgyjam tuose kursuose, tikrai didelis klausimas. Iš kiek ten, iš keturiasdešimt valandų kursų pačių buvo gal kokios, nežinau, penkios... Visos lekia, bėga, nieks nenori klausyti... (PS4)

4.1.4.1 lentelė. PSP komandos narių kompetencijos tyrimo dalyvių požiūriu

Temos	Kategorijos	Citatos
PSP komandos narių kompetencija	Tinkamos žinios ir įgūdžiai	<i>Girdžiu kitą kartą, va, mūsų yra slaugytojų, kurios pakonsultuoja telefonu, nors tai negalima būtų pagal visus dalykus, normas, bet kartais, va, ta konsultacija verčia taip uždengti ausis ir nebeklausyti – tikrai, arba [žinios] pasenusios, arba netikslios... (PS4)</i>
	Kompetencijos priežiūra	<i>Kitas dalykas – administracija turi šitą dalyką [slaugytojų kvalifikacijos kėlimą] irgi kontroliuoti ir žiūrėti. Nu, gerai slaugos, vyr. seserys kažką darytų... (VG1)</i>
	Mokymų būtinybė	<i>Aš noriu pasakyti, kad labai reikėtų, kursai, kurie vyksta tom pačiom slaugytojom dabar... (VS2)</i>
	Mokymų kokybė	<i>Ten jau, kai eini pasitobulinti, aš suprantu, eini naujų žinių įgyti, o ten buvo baziniai dalykai, kuriuos jau ten visi kolegijose... Kad būtų tokio lygio, yra žemo lygio kursai, iš tikrųjų (PS4)</i>

4.1.5. PSP komandos narių komunikacija

Tyrimo dalyviai, ypač slaugytojos, pabrėžė, kad bendravimas, tiek formalus, tiek ir neformalus, yra būtinas komandos elementas (4.1.5.1 lentelė). Formaliosios komunikacijos metu perduodama informacija apie pacientus, procedūras bei atliktas kitas veiklas. Neformalioji komunikacija buvo paremta komandos narių tarpusavio santykių stiprinimu, ieškant tinkamų būdų komandos narių jautrioms problemoms spręsti. Labiau išvystyta neformalioji komunikacija palankiai veikė darbo atmosferą ir didino komandos narių pasitenkinimą darbu.

Šeimos gydytojai ir slaugytojos dalijosi savo atradimais apie formaliosios komunikacijos efektyvumą komandoje, kaip, pavyzdžiui, bendrai sutartų simbolių naudojimas: *suprantam iš to, kas ant mažiuko lapuko parašyta (PS3)*. Tačiau interviu metu ryškėjo suvokimas, kad sunkumai formaliojoje komunikacijoje kyla ne dėl paties objekto (ką pasakyti), bet dėl informacijos pateikimo formos (kaip pasakyti). Tiek slaugytojams, tiek ir gydytojams neretai būna sudėtinga išsakyti kitam komandos nariui savo lūkesčius, deleguoti užduotis ir / ar pasidalyti neigiama patirtimi. Slaugytojos kalbėjo apie kartų skirtumus, kai, jų nuomone, jaunesni gydytojai sukuria mažiau hierarchinę ir palankesnę bendrauti atmosferą, yra labiau linkę bendradarbiauti nei vyresnės kartos gydytojai.

Jauni gydytojai [...] jie kitokie [...] supratingesni gal [...] draugiškesni, [...] kitaip kreipiasi, kitaip bendrauja, ... bet aš nesakau, kad visi tie sovietiniai gydytojai tokie... (VS2)

4.1.5.1 lentelė. PSP komandos narių komunikacija tyrimo dalyvių požiūriu

Temos	Kategorijos	Citatos
Bendravimas tarp PSP komandos narių	Bendravimas kaip priemonė, skirta perduoti su darbu susijusią informaciją	<i>Tai yra labai svarbu bendravimas [...], nes labai svarbu informacija, mes kadangi dirbam atskirai, ne vienam kabinete, tai pacientas.. mes surenkam, perduodam.. jau iš anksto, kuria kryptimi jau žiūrėsime, tai ir laikas susitaupo gydytojais, ir konsultacijai (VS2)</i>
	Bendravimas kaip darbo aplinkos draugiškumas	<i>[...] ir privačioj esu dirbus, tai ten išvis kažkas.. baisu.. man nepatiko..[...] To bendravimo nėra, registratūroj sėdi... [...] (VS2)</i>
	Priemonės optimizuoti bendravimą komandoje	<i>Mes net telefoninį ryšį turim procedūriniam su gydytojų kambariu, ir jeigu kas tik, kyla klausimas, tuoj skambutis, ir mes tariamės. Mes vietinį toki turim, mygtuką paspaudžiam ir susisiekiame (VS2)</i>
	Komandos narių vidinė kalba	<i>Tai kartais iš... žvilgsnio, iš pusės žodžio supranti (PS4)</i>
	Tarpusavio bendravimo sunkumai	<i>Jos labai jautriai reaguoja... Bet kad kartais, kad ir gražiai... nu gal galėtumėt, žiūrėk ir vat įsižeidė... kažkaip įsižeidė... (VG1)</i>
	Komunikacijos strategijos	<i>Esu girdėjusi taip, kada prie paciento daktaras išrėžė tai sesutei, ką galvoja, ir taip dar grubiai, baisiai ir panašiai (VS5)</i>

4.1.6. Organizaciniai komandinio darbo aspektai

Organizaciniu lygmeniu tyrimo dalyviai įvardijo keletą aspektų, kurie buvo susiję su komandiniu darbu: finansinė motyvacija, optimalios darbo sąlygos, geresnis darbo organizavimas ir komandos formavimo iniciatyvos (4.1.6.1 lentelė).

Atlyginimo skaičiavimo sistemos skiriasi kiekvienoje institucijoje. Panašu, kad skirtingi apmokėjimų skaičiavimai PSP komandos nariams gali neigiamai paveikti komandos sinergiją. Pavyzdžiui, kai kuriose PSP institucijose gydytojo alga gali priklausyti nuo prisirašiusių pacientų skaičiaus (kapitacinis mokestis), tačiau slaugytojų alga yra fiksuota. Dėl tokių aplinkybių gydytojui gali būti svarbu išlaikyti ir didinti pacientų skaičių, o slaugytojai tai nėra svarbu. Tokiu atveju darbo intensyvumas didėja abiem, o atlyginimas gali padidėti tik gydytojui (4.1.6.1 lentelė).

4.1.6.1 lentelė. PSP komandos organizaciniai aspektai tyrimo dalyvių požiūriu

Temos	Kategorijos	Citatos
Komandinio darbo organizacinis komponentas	Komandų narių apmokėjimo politikos sinchronizavimas	<i>Bet mūsų sesutės turi fiksuoti atlyginimą, kuo mažiau pacientų pas mane, tuo sesutei didesnis džiaugsmas, nes jinai gali sėdėt ir žiūrėt pro langą (VG1)</i>
	Komandos narių darbo vieta	<i>Mes jų neturim kur pasodint normaliai, tai savarankiškai darbo nelabai kaip turim duoti joms padaryt. Tikrai taip yra. Nėra vietos atsisėdimui (VG5)</i>
	Tinkamas laikas procedūroms įvykdyti	<i>Ne, tai turi būti optimalus skaičius, prie to optimalaus skaičiaus prie kurio yra normalus darbas... ir viskas... Turėtų būti normatyvas, kiek gydytojas gali priimti... Gali kokybiškai priimti per dieną pacientų (VG1)</i>
	Pacientų srautų reguliavimas	<i>Kai ateina žmonių vietoj 12 užsiregistravusių 30 ar daugiau. Tai tas išderina visa ta komandinį darbą, ir būna tokių perdegimų paprasčiausiai (VG1)</i>
	Darbas stabiliose apylinkėse	<i>Malonumą tai jauti, žinokit, vis tiek kažkaip, kai į savo apylinkę, kai į savo eini, tuos visus darbus žinai, ką pasakyt kuriam žinai, ką, retas kuris labai jau pasiųstų, tai nebūna taip, kadangi daug metų. Vis tiek turi reikšmės, ko gero, tas daug metų dirbimas vienoj vietoj (PS4)</i>
	Naujovių įdiegimas	<i>Tai ta elektroninė sistema. Čia idealus variantas, ir tas ryšys vaisto recepto su vaistine, tų siuntimų, aišku, visi turime įvesti tą atsakomybę (PG3)</i>
	Atsižvelgimas į personalo poreikius	<i>Pietų pertraukos neturime... (PG3) Teoriškai atseit penkiolika minučių... (PG3) Bet kaip jinai gali atsirasti penkiolika minučių, jeigu į tą laiką ateina tie vadinami ekstriniai, tie nenuplanuoti ligoniai (PG3)</i>
	Personalo mokymas	<i>Pas mus poliklinikoje būna tie mokymai, paskaitų tų kaip bendrauti su pacientu, kaip ten ką, o šito priminimo [...] tai turbūt labai labai reikia... (VG1)</i>
	Komandos kūrimo iniciatyvos	<i>Tada mes tų užsiėmimų to komandinio darbo turėjom nemažai, mums atrodė kvaila ir nesuprantama, dabar kažkada aš su ja kalbėjom ir dabar abidvi sakom, kad ir perspektyvoj, kad tai buvo įdomu ir verta ir mums biški galvoj pasisuko truputį kitaip. Nu... ta prasme atsiranda kažkoks supratimas (VG1)</i>
	Visų darbuotojų įtraukimas į neklinikinę veiklą	<i>Visi mes, gydytojai ir slaugytojos, buvome įtraukti į pareigybinių instrukcijų ruošimą [...]. Turėjome peržiūrėti visus teisės aktus ir paruošti vidinę politiką. Mums tai nebuvo malonu, bet po to mes geriau pažinome vieni kitus (PS4)</i>
Gerųjų praktikų mainai su kitomis institucijomis	<i>Istaigų vadovai turėtų susėsti kartu ir nuspręsti [...], kaip viską pagerinti [...]. Dabar jie tik konkuruoja tarpusavyje (VS2)</i>	

Interviu dalyviai taip pat kalbėjo apie darbo sąlygas, kai pagal vidinę įstaigų tvarką įtvirtintos perteklinės biurokratinės procedūros, nepakankamai optimaliai reguliuojami pacientų srautai, nenumatyta pakankamai laiko sveikatos priežiūros veikloms atlikti.

Dabar sugalvojo tas knygas pas mus, va, vakar naujas įsakymas, atnešė kažkokią nesąmoningą knygą, ten šimto metų ten gal įsakymas ministro kažkada tai buvęs, žodžiu, pildo dabar vardą pavardę, kada gimęs, registracijos, kokia diagnozė, kur siųsti, koks gydymas, viską reikia pildyt knygoje.

Registracijos knyga...

Negana, kad mes į kompiuterį suvedam...

O tai kam?..

Tai vat, nežinau...

Tai paklauskite...

Negalima klausti... (PS4)

Tyrimo dalyviai diskutavo ir apie inovacijų skatinimo poreikį (pvz., elektroninių technologijų tobulinimą ir ir jų plėtros skatinimą), individualių PSP komandos narių poreikių tenkinimą (pvz., trumpų pertraukų užtikrinimas darbo metu).

Tyrimo dalyviai į sveikatos priežiūros įstaigų administraciją žvelgė kaip į pirminę komandos formavimo iniciatyvų iniciatorę ir instanciją, turinčią skatinti pasidalijimą gerąja praktika. Skirtingos dalyvių patirtys atskleidė, kad bendri visų komandos narių mokymai, jų įtraukimas kuriant vidinius procedūrų aprašus gali svarbūs komandą telkiantys elementai.

4.2. Šeimos gydytojų ir slaugytojų komandinio darbo patyrimas: sąsajos su sociodemografiniais rodikliais

Tyrimo dalyviai

Tyrimo dalyvavo 164 šeimos gydytojai ir 180 bendrosios praktikos slaugytojos (iš viso 344 tyrimo dalyviai) (4.2.1 lentelė). Amžiaus vidurkis buvo 49 metai (standartinis nuokrypis (toliau SD) 11,4), jausias dalyvis buvo 24 metų, o vyriausias 76 metų. Darbo stažo vidurkis buvo 18,8 darbo metų (SD 11,4; Min 0,9 – Max 57 darbo metai). Daugiau kaip pusė (60,2 proc.) tyrimo dalyvių buvo iš viešų sveikatos priežiūros įstaigų, 33,4 proc. – iš privačių, o 6,4 proc. respondentų nurodė dirbantys privačioje ir viešojoje įstaigoje vienu metu.

Slaugytojų ir gydytojų grupės nebuvo homogeniškos lyties ir darbo stažo atžvilgiu (abiems palyginimams $p < 0,001$). Slaugytojų grupę sudarė tik moterys, gydytojų grupėje buvo 151 (92,1 proc.) moteris ir 13 (7,9 proc.) vyrų. Be to, slaugytojos turėjo didesnę darbo stažą negu gydytojai. Turinčių daugiau kaip 15 metų darbo stažą slaugytojų grupėje buvo 72,3 proc., gydytojų šioje grupėje buvo tik 20,1 proc. Statistiškai reikšmingai skyrėsi ir slaugytojų bei gydytojų darbo krūvis ($p = 0,004$): didesnis slaugytojų skaičius dirbo vienu etatu, palyginti su gydytojais (65,0 proc. ir 52,1 proc.; $p = 0,004$), o gydytojų didesnis skaičius dirbo mažiau kaip vienu etatu (atitinkamai 34,4 proc. ir 18,6 proc.; $p = 0,004$). Kitų nagrinėtų demografinių rodiklių atžvilgiu gydytojų ir slaugytojų grupės buvo homogeniškos (4.2.1 lentelė).

4.2.1 lentelė. Sociodemografinių tyrimo dalyvių duomenų sąsajos su tyrimo dalyvių pareigomis

		Iš viso, n (proc.)	Pareigos		p reikšmė*
			Gydytojas, n (proc.)	Slaugytoja, n (proc.)	
Tyrimo dalyviai	Iš viso	344 (100)	164 (47,7)	180 (52,3)	–
Lytis	Moterys	331 (96,2)	151 (92,1)	180 (100)	<0,001
	Vyras	13 (3,8)	13 (7,9)	0 (0,0)	
Amžius	50 metų ir mažiau	173 (52,7)	76 (49)	97 (56,1)	0,202
	Daugiau kaip 50 metų	155 (47,3)	79 (51)	76 (43,9)	
Darbo krūvis	Mažiau nei etatas	89 (26,2)	56 (34,4)	33 (18,6)	0,004
	1 etatas	200 (58,8)	85 (52,1)	115 (65)	
	Daugiau nei etatas	51 (15)	22 (13,5)	29 (16,4)	
Darbo stažas	15 metų ir mažiau	175 (52,7)	127 (79,9)	48 (27,7)	<0,001
	Daugiau kaip 15 metų	157 (47,3)	32 (20,1)	125 (72,3)	
Įstaigos tipas	Viešoji įstaiga	207 (60,2)	98 (59,8)	109 (60,6)	0,242
	Privati įstaiga	115 (33,4)	59 (36,0)	56 (31,1)	
	Viešoji ir privati įstaiga	22 (6,4)	7 (4,3)	15 (8,3)	
Slaugytoja dirba viename kabinete su gydytoju	Taip	119 (35,5)	60 (37,0)	59 (34,1)	0,575
	Ne	216 (64,5)	102 (63,0)	114 (65,9)	
Slaugytoja dirba su konkrečiu gydytoju (į šį klausimą atsakinėjo tik slaugytojos)	Taip	108 (60,7)	–	108 (60,7)	–
	Ne	70 (39,3)	–	70 (39,3)	
Prisirašiusių pacientų skaičius	iki 1200	117 (43,8)	74 (48,1)	43 (38,1)	0,104
	1201 ir daugiau	150 (56,2)	80 (51,9)	70 (61,9)	

Duomenys pateikti kaip n (proc. grupėse). *Taikytas χ^2 požymių nepriklausomumo (homogeniškumo kriterijus).

Atskiros autorių sudaryto klausimyno klausimų grupės buvo analizuotos ieškant sąsajų su sociodemografiniais rodikliais. Toliau bus aptartos sociodemografinių rodiklių ir šių klausimų grupių sąsajos: PSP komandos struktūra; komandos narių sinergija ir komunikacija šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūriu; organizaciniai komandinio darbo ypatumai pirminėje sveikatos priežiūroje šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūriu; funkcijos ir atsakomybės šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūriu.

4.2.1. Pirminės sveikatos priežiūros komandos struktūra

Komandos struktūra ir vadovavimas

Daugiau kaip 70 proc. slaugytojų ir gydytojų pritarė teiginiui, kad jų komandos struktūra yra aiški, o dauguma respondentų nurodė, jog komanda turi savo vadovą (78,1 proc.) (4.2.1.1 lentelė). Pusė tyrimo dalyvių (50,3 proc.) teigė, kad jų komandose vyrauja hierarchija grįsti santykiai. Slaugytojos statistiškai reikšmingai dažniau sutiko su teiginiu, kad komanda turi savo vadovą, nei šeimos gydytojai (atitinkamai 84,9 proc. ir 71 proc.; $p = 0,007$) (4.2.1.2 lentelė). Penkiasdešimties metų ir jaunesni tyrimo dalyviai taip pat reikšmingai dažniau nurodė, kad komanda turi savo vadovą, palyginti su jų vyresniais nei 50 metų kolegomis (atitinkamai 86,5 proc. ir 69,6 proc.; $p < 0,001$).

4.2.1.1 lentelė. *Teigiamų atsakymų (kartu skaičiuoti atsakymų variantai „visiškai sutinku“ ir „sutinku“) į klausimus apie komandos struktūrą pasiskirstymas gydytojų ir slaugytojų grupėse*

Komandos struktūra	Iš viso, n (proc.)	Pareigos		p reikšmė
		Gydytojai, n (proc.)	Slaugytojos, n (proc.)	
Yra aiškiai žinoma, kurie darbuotojai sudaro komandą	258 (77,2)	118 (73,3)	140 (80,9)	0,063
Komandoje yra aiški hierarchinė struktūra	165 (50,8)	77 (48,4)	88 (53)	0,237
Komanda turi savo vadovą	261 (78,1)	115 (71,0)*	146 (84,9)*	0,002

Duomenys pateikti kaip n (proc. grupėse). *Taikytas χ^2 požymių nepriklausomumo (homogeniškumo) kriterijus, skirtumai statistiškai reikšmingi, kai $p < 0,05$.

4.2.1.2 lentelė. Teigiamų atsakymų (kartu skaičiuoti atsakymų variantai „visiškai sutinku“ ir „sutinku“) į klausimus apie komandos struktūrą pasiskirstymas skirtingose sociodemografinėse grupėse

Komandos struktūra	Įstaiga, n (proc.)		Amžius, n (proc.)		Prisirašiusių pacientų skaičius, n (proc.)		Darbo stažas, n (proc.)		Slaugytoja ir gydytojas dirba viename kabinete, n (proc.)		Slaugytoja dirba su konkrečiu gydytoju (atsakinėjo tik slaugytojos), n (proc.)		Slaugytoja pacientus konsultuoja savarankiškai (atsakinėjo tik slaugytojos), n (proc.)		
	Vieša	Privati	Vieša ir privati	Jaunesni nei 50 metų	50 metų ir vyresni	iki 1200	1201 ir daugiau	15 metų ir mažiau	Daugiau kaip 15 metų	Ne	Taip	Ne	Taip	Ne	Taip
Yra aiškiai žinoma, kurie darbuotojai sudaro komandą	149 (74,1)	94 (83,2)	15 (75)	134 (78,8)	113 (76,4)	89 (78,8)	109 (74,1)	129 (75)	119 (78,8)	165 (77,8)	86 (74,8)	57 (85,1)	81 (77,9)	64 (77,1)	69 (85,2)
p reikšmė	0,179		0,347		0,237		0,25		0,312		0,168		0,131		
Komandoje yra aiški hierarchinė struktūra	97 (49)	59 (54,6)	9 (47,4)	89 (53,9)	68 (46,9)	64 (56,1)	66 (47,1)	83 (50,3)	76 (51,4)	111 (54,4)	52 (45,6)	32 (49,2)	56 (56)	44 (55,7)	39 (50)
p reikšmė	0,612		0,131		0,097		0,471		0,083		0,244		0,29		
Komanda turi savo vadovą	149 (74,9)	93 (80,9)	19 (95)	147 (86,5)*	103 (69,6)*	90 (78,9)	109 (75,2)	131 (76,2)	121 (80,7)	169 (79)	86 (76,1)	58 (85,3)	87 (85,3)	70 (84,3)	68 (85)
p reikšmė	0,079		<0,001		0,286		0,2		0,323		0,583		0,54		

*Skirtumai statistiškai reikšmingi (p<0,05).

Komandos narių kompetencija

Daugiau kaip trys ketvirtadaliai šeimos gydytojų ir slaugytojų nurodė, kad komandos nariai yra kompetentingi atlikti jiems priklausančias funkcijas (78,5 proc.), tačiau tik mažiau kaip pusė nurodė, jog įstaigoje vykdoma komandos narių kompetencijos kontrolė (46,1 proc.) (4.2.1.3 lentelė). Šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų požiūris pastaruoju aspektu statistiškai reikšmingai skyrėsi: 54,6 proc. slaugytojų teigė, kad įstaigoje vykdoma nuolatinė komandos narių kompetencijos kontrolė, o tokios pačios pozicijos laikėsi 36,9 proc. gydytojų ($p = 0,001$) (4.2.1.4 lentelė). Didesnį negu 15 metų darbo stažą turintys respondentai taip pat dažniau sutiko, kad įstaigoje vykdoma komandos narių kompetencijos kontrolė, palyginti su mažesni darbo stažą turinčiais dalyviais (atitinkamai 55 proc. ir 39,7 proc.). Vyresni tyrimo dalyviai (50 metų amžiaus ir vyresni) rečiau pritarė teiginiui, kad komandos nariai yra kompetentingi atlikti jiems priklausančias funkcijas, negu jaunesni kaip 50 metų amžiaus tyrimo dalyviai (atitinkamai 74 proc. ir 83,8 proc.; $p = 0,021$) (4.2.1.4 lentelė).

4.2.1.3 lentelė. Teigiamų atsakymų (kartu skaičiuoti atsakymų variantai „visiškai sutinku“ ir „sutinku“) į klausimus apie komandos narių kompetencijas pasiskirstymas gydytojų ir slaugytojų grupėse

Kompetencijos	Iš viso, n (proc.)	Pareigos		p reikšmė
		Gydytojai, n (proc.)	Slaugytojos, n (proc.)	
Kiekvienas komandos narys yra kompetentingas atlikti jam priklausančias funkcijas	266 (78,5)	121 (74,7)	145 (81,9)	0,069
Įstaigoje vykdoma nuolatinė komandos narių kompetencijos kontrolė	154 (46,1)	59 (36,9)*	95 (54,6)*	0,001

Duomenys pateikti kaip n (proc. grupėse). *Taikytas χ^2 požymių nepriklausomumo (homogeniškumo) kriterijus, skirtumai statistiškai reikšmingi, kai $p < 0,05$.

4.2.1.4 lentelė. Teigiamų atsakymų (kartu skaičiuoti atsakymų variantai „visiškai sutinku“ ir „sutinku“) į klausimus apie komandos narių kompetencijas pasiskirstymas skirtingose sociodemografinėse grupėse

Kompetencijos	Įstaiga, n (proc.)		Amžius, n (proc.)		Prisirašiusių pacientų skaičius, n (proc.)		Darbo stažas, n (proc.)		Slaugytoja ir gydytojas dirba viename kabinete, n (proc.)		Slaugytoja dirba su konkrečiu gydytoju (atsakinėjo tik slaugytojos), n (proc.)		Slaugytoja pacientus konsultuoja savarankiškai (atsakinėjo tik slaugytojos), n (proc.)		
	Vieša	Privati	Vieša ir privati	Jaunesni nei 50 metų	50 metų ir vyresni	iki 1200	1201 ir daugiau	15 metų ir mažiau	Daugiau kaip 15 metų	Ne	Taip	Ne	Taip	Ne	Taip
Kiekvienas komandos narys yra kompetentingas atlikti jam priklausančias funkcijas	150 (74,3)	96 (83,5)	20 (90,9)	145 (83,8)*	111 (74)*	90 (76,9)	111 (76)	137 (78,3)	120 (78,9)	168 (78,1)	90 (78,3)	59 (84,3)	84 (80)	70 (81,4)	65 (80,2)
p reikšmė	0,054		0,021		0,492		0,497		0,549		0,304		0,503		
Įstaigoje vykdoma nuolatinė komandos narių kompetencijos kontrolė	92 (46,7)	51 (44,3)	11 (50)	78 (45,1)	70 (47,9)	50 (44,2)	66 (45,5)	69 (39,7)*	82 (55)*	103 (48,4)	47 (42)	38 (54,3)	57 (55,9)	49 (57,6)	41 (51,9)
p reikšmė	0,858		0,346		0,469		0,004		0,163		0,479		0,28		

*Skirtumai statistiškai reikšmingi (p<0,05).

4.2.2. Komandos narių sinergija ir komunikacija šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūriu

Sinergija

Daugiau kaip pusė tyrimo dalyvių sutiko su teiginiu, kad komandos nariai yra vieningi (64,8 proc.), o trys ketvirtadaliai respondentų nurodė, jog komandos narius vienija bendras tikslas ir bendras požiūris į darbą (78,5 proc.) (4.2.2.1 lentelė). Su pastaruoju teiginiu statistiškai reikšmingai dažniau sutiko slaugytojos negu šeimos gydytojai (83,2 proc. ir 73,5 proc.; $p = 0,02$).

4.2.2.1 lentelė. *Teigiamų atsakymų (kartu skaičiuoti atsakymų variantai „visiškai sutinku“ ir „sutinku“) į klausimus apie komandos narių sinergiją pasiskirstymas gydytojų ir slaugytojų grupėse*

Sinergija	Iš viso, n (proc.)	Pareigos		p reikšmė
		Gydytojai, n (proc.)	Slaugytojos, n (proc.)	
Komandos narius vienija bendri tikslai ir bendras požiūris į darbą	263 (78,5)	119 (73,5)*	144 (83,2)*	0,02
Komandos nariai yra vieningi	217 (64,8)	103 (64,4)	114 (65,1)	0,487
Visi komandos nariai jaučia motyvaciją dirbti	209 (61,8)	87 (53,7)*	122 (69,3)*	0,002
Komandos nariai gerbia vienas kitą	252 (74,8)	120 (74,5)	132 (75)	0,51

Duomenys pateikti kaip n (proc. grupėse). *Taikytas χ^2 požymių nepriklausomumo (homogeniškumo) kriterijus, skirtumai statistiškai reikšmingi, kai $p < 0,05$.

Motyvaciją dirbti nurodė daugiau kaip pusė tyrimo dalyvių (61,8 proc.), tačiau statistiškai reikšmingai skyrėsi slaugytojų ir šeimos gydytojų nuomonė šiuo klausimu: didesnė dalis slaugytojų sutiko su šiuo teiginiu, palyginti su gydytojais (atitinkamai 69,3 proc. ir 53,7 proc.; $p = 0,002$) (4.2.2.1 lentelė). Su pastaruoju klausimu taip pat dažniau sutiko tyrimo dalyviai, turintys didesnę darbo stažą negu 15 metų, palyginti su mažesnę nei 15 metų darbo stažą turinčiais tyrimo dalyviais (atitinkamai 69,9 proc. ir 54,3 proc.; $p = 0,003$) (4.2.2.2 lentelė).

Trys ketvirtadaliai tyrimo dalyvių sutiko, kad komandos nariai gerbia vienas kitą (74,8 proc.), o su šiuo teiginiu dažniau nesutiko (4.2.2.2 lentelė):

1. Tyrimo dalyviai, dirbantys privačiose įstaigose, palyginti su viešosiose bei tuo pačiu metu privačiose ir viešosiose dirbančiais (81,4 proc. ir 69,6 proc. ir 90 proc.; $p = 0,018$).
2. Jaunesni nei 50 metų tyrimo dalyviai, palyginti su vyresniais (80,6 proc. ir 70,2 proc.; $p = 0,021$);
3. Slaugytojos, dirbančios ne su konkrečiu gydytoju, palyginti su dirbančiomis su konkrečiu gydytoju (86,8 proc. ir 67 proc.; $p = 0,002$).

4.2.2.2 lentelė. Teigiamų atsakymų (kartu skaičiuoti atsakymų variantai „visiškai sutinku“ ir „sutinku“) į klausimus apie komandos narių sinergiją pasiskirstymas skirtingose sociodemografinėse grupėse

Sinergija	Įstaiga, n (proc.)		Amžius, n (proc.)		Prisirašiusių pacientų skaičius, n (proc.)		Darbo stažas, n (proc.)		Slaugytoja ir gydytojas dirba viename kabinete, n (proc.)		Slaugytoja dirba su konkrečiu gydytoju (atsakinėjo tik slaugytojos), n (proc.)		Slaugytoja pacientus konsultuoja savarankiškai (atsakinėjo tik slaugytojos), n (proc.)		
	Vieša	Privati	Vieša ir privati	Jaunesni nei 50 metų	50 metų ir vyresni	iki 1200	1201 ir daugiau	15 metų ir mažiau	Daugiau kaip 15 metų	Ne	Taip	Ne	Taip	Ne	Taip
Komandos narius vienija bendri tikslai ir bendras požiūris į darbą <i>p reikšmė</i>	154 (76,6)	91 (79,8)	18 (90)	138 (82,1)	116 (76,8)	85 (74,6)	117 (80,1)	134 (78,4)	120 (78,9)	172 (80,4)	87 (76,3)	55 (82,1)	87 (83,7)	67 (80,7)	71 (87,7)
	0,348		0,149		0,178		0,504		0,236		0,473		0,158		
Komandos nariai yra vieningi <i>p reikšmė</i>	122 (60,4)	81 (71,1)	14 (73,7)	118 (70,2)	95 (62,9)	74 (63,8)	90 (62,1)	112 (65,9)	97 (63,4)	144 (67,6)	70 (60,3)	48 (71,6)	65 (61,3)	52 (61,2)	57 (70,4)
	0,115		0,102		0,438		0,363		0,116		0,11		0,139		
Visi komandos nariai jaučia motyvaciją dirbti <i>p reikšmė</i>	130 (64)	68 (59,1)	11 (55)	109 (63,7)	95 (62,9)	68 (58,1)	91 (62,3)	94 (54,3)*	107 (69,9)*	136 (63,3)	70 (60,3)	46 (67,6)	75 (70,8)	59 (69,4)	57 (69,5)
	0,557		0,485		0,285		0,003		0,343		0,394		0,561		
Komandos nariai gerbia vienas kitą <i>p reikšmė</i>	142 (69,6)*	92 (81,4)*	18 (90)*	137 (80,6)*	106 (70,2)*	82 (70,7)	108 (73,5)	135 (78)	107 (70,4)	163 (75,8)	84 (73)	59 (86,8)*	71 (67)*	61 (71,8)	65 (79,3)
	0,018		0,021		0,358		0,74		0,335		0,002		0,172		

*Skirtumai statistiškai reikšmingi (p<0,05).

Komunikacija

Mažiau kaip pusė tyrimo dalyvių (39,7 proc.) pažymėjo organizacijos atvirumą – sutiko su teiginiu, kad komandos nariai turi galimybę pasidalyti savo patirtimi su kolegomis iš kitų įstaigų (4.2.2.3 lentelė). Daugiau kaip pusė tyrimo dalyvių nurodė, jog sėkmingai komunikuoja tarpusavyje (66,4 proc.), ir tai dažniau pažymėjo jaunesni negu 50 metų tyrimo dalyviai negu vyresnieji (atitinkamai 71,1 proc. ir 61,6 proc.; $p < 0,045$) (4.2.2.4 lentelė). Beveik trys ketvirtadaliai tyrimo dalyvių nurodė, kad komandoje vyrauja partneryste grįsti santykiai (72,6 proc.).

4.2.2.3 lentelė. *Teigiamų atsakymų (kartu skaičiuoti atsakymų variantai „visiškai sutinku“ ir „sutinku“) į klausimus apie komandos narių komunikaciją pasiskirstymas gydytojų ir slaugytojų grupėse*

Komunikacija	Iš viso, n (proc.)	Pareigos		p reikšmė*
		Gydytojai, n (proc.)	Slaugytojos, n (proc.)	
Komandos nariai efektyviai (sėkmingai, puikiai) bendrauja tarpusavyje	225 (66,4)	102 (63)	123 (69,5)	0,124
Komandos nariai turi galimybę pasidalyti savo patirtimi su kolegomis iš kitų įstaigų	133 (39,7)	59 (36,9)	74 (42,3)	0,184
Komandoje vyrauja partneryste grįsti santykiai	241 (72,6)	114 (71,3)	127 (73,8)	0,343

Duomenys pateikti kaip n (proc. grupėse). *Taikytas χ^2 požymių nepriklausomumo (homogeniškumo) kriterijus, skirtumai statistiškai reikšmingi, kai $p < 0,05$.

4.2.2.4 lentelė. Teigiamų atsakymų (kartu skaičiuoti atsakymų variantai „ir“, „sutinku“) į klausimus apie komandos narių komunikaciją pasiskirstymas skirtingose sociodemografinėse grupėse

Komunikacija	Įstaiga, n (proc.)		Amžius, n (proc.)		Prisirašiusių pacientų skaičius, n (proc.)		Darbo stažas, n (proc.)		Slaugytoja ir gydytojas dirba viename kabinete, n (proc.)		Slaugytoja dirba su konkrečiu gydytoju (atsakinėjo tik slaugytojos), n (proc.)		Slaugytoja pacientus konsultuoja savarankiškai (atsakinėjo tik slaugytojos), n (proc.)		
	Vieša	Privati	Jaunesni nei 50 metų	50 metų ir vyresni	iki 1200	1201 ir daugiau	15 metų ir mažiau	Daugiau kaip 15 metų	Ne	Taip	Ne	Taip	Ne	Taip	
Komandos nariai efektyviai (sėkmingai, puikiai) bendrauja tarpusavyje <i>p reikšmė</i>	126 (62,4)	82 (71,3)	17 (77,3)	123 (71,1)*	93 (61,6)*	71 (60,7)	97 (66,4)	115 (65,7)	102 (66,7)	147 (68,1)	73 (64)	53 (75,7)	68 (64,8)	55 (64)	61 (74,4)
	0,185		0,045		0,201		0,474		0,269		0,085		0,097		
Komandos nariai turi galimybę pasidalyti savo patirtimi su kolegomis iš kitų įstaigų <i>p reikšmė</i>	73 (36,3)	48 (42,5)	12 (57,1)	70 (40,9)	57 (38,3)	46 (39,3)	53 (36,8)	72 (41,9)	58 (38,2)	89 (41,6)	43 (38,1)	33 (47,8)	40 (38,5)	33 (38,8)	38 (46,9)
	0,136		0,354		0,387		0,286		0,309		0,144		0,185		
Komandoje yra partnerystė grįšti santykiai <i>p reikšmė</i>	138 (69)	88 (77,9)	15 (78,9)	128 (76,2)	106 (71,1)	79 (69,9)	106 (72,6)	124 (72,9)	109 (71,7)	158 (75,2)	78 (67,8)	51 (77,3)	76 (73,1)	57 (68,7)	64 (80)
	0,195		0,186		0,367		0,451		0,097		0,335		0,07		

*Skirtumai statistiškai reikšmingi (p<0,05).

4.2.3. Organizaciniai komandinio darbo ypatumai pirminėje sveikatos priežiūroje šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūriu

Procesų valdymas

Pusė tyrimo dalyvių (50,4 proc.) sutiko su teiginiu, jog įstaigoje valdomi pacientų srautai. Gydytojų ir slaugytojų nuomonė šiuo klausimu nesiskyrė, tačiau palankesnę nuostatą išsakė atskiruose kabinetuose dirbantys medikai, palyginti su tame pačiame kabinete dirbančiais šeimos gydytojais ir bendrosios praktikos slaugytojomis (atitinkamai 54,7 proc. ir 43,9 proc., $p = 0,036$) (4.2.3.2 lentelė). Mažiau kaip trečdalis respondentų (29,3 proc.) sutiko su teiginiu, jog užtenka laiko kokybiškai atlikti procedūras (4.2.3.1 lentelė).

4.2.3.1 lentelė. Teigiamų atsakymų (kartu skaičiuoti atsakymų variantai „visiškai sutinku“ ir „sutinku“) į klausimus apie procesų valdymą pasiskirstymas gydytojų ir slaugytojų grupėse

Procesų valdymas	Iš viso, n (proc.)	Pareigos		p reikšmė*
		Gydytojai, n (proc.)	Slaugytojos, n (proc.)	
Įstaigoje valdomi pacientų srautai	169 (50,4)	83 (51,6)	86 (49,4)	0,39
Komandos nariai turi pakankamai laiko kokybiškai atlikti procedūras	99 (29,3)	49 (30,2)	50 (28,4)	0,401

Duomenys pateikti kaip n (proc. grupėse). *Taikytas χ^2 požymių nepriklausomumo (homogeniškumo) kriterijus, skirtumai statistiškai reikšmingi, kai $p < 0,05$.

4.2.3.2 lentelė. Teigiamų atsakymų (kartu skaičiuoti atsakymų variantai „ir“, visiškai sutinku“ ir „sutinku“) į klausimus apie procesų valdymą pasiskirstymas skirtingose sociodemografinėse grupėse

Procesų valdymas	Ištaiga, n (proc.)		Amžius, n (proc.)		Prisirašiusių pacientų skaičius, n (proc.)		Darbo stažas, n (proc.)		Slaugytoja ir gydytojas dirba viename kabinete, n (proc.)		Slaugytoja dirba su konkrečiu gydytoju (atsakinėjo tik slaugytojos), n (proc.)		Slaugytoja pacientus konsultuoja savarankiškai (atsakinėjo tik slaugytojos), n (proc.)		
	Vieša	Privati	Vieša ir privati	Jaunesni nei 50 metų	50 metų ir vyresni	iki 1200	1201 ir daugiau	15 metų ir mažiau	Daugiau kaip 15 metų	Ne	Taip	Ne	Taip	Ne	Taip
Įstaigoje valdomi pacientų srautai	93 (46)	64 (56,1)	12 (63,2)	88 (51,8)	77 (51,7)	60 (51,3)	68 (46,9)	91 (52,9)	74 (49)	117 (54,7)*	50 (43,9)*	37 (55,2)	48 (45,7)	39 (46,4)	43 (53,1)
p reikšmė	0,118			0,539		0,28		0,278		0,04		0,145		0,242	
Komandos nariai turi pakankamai laiko kokybiškai atlikti procedūras	50 (24,8)	40 (35,1)	9 (40,9)	56 (32,6)	41 (27,3)	38 (32,5)	33 (22,8)	54 (31)	42 (27,6)	65 (30,4)	32 (27,8)	24 (34,3)	26 (25)	26 (30,2)	20 (24,7)
p reikšmė	0,071			0,185		0,053		0,291		0,363		0,124		0,265	

*Skirtumai statistiškai reikšmingi (p<0,05).

Atlygis ir kita nauda

Ketvirtadalis (26 proc.) tyrimo dalyvių sutiko su teiginiu, jog komandos narių atlyginimas priklauso nuo jų veiklos intensyvumo (4.2.3.3 lentelė). Gydytojai statistiškai reikšmingai dažniau nei slaugytojos pritarė šiam teiginiui (atitinkamai 31,5 proc. ir 20,8 proc., $p = 0,018$). Įstaigos tipas, gydytojų ir slaugytojų tarpusavio darbo pobūdis, prirašytų pacientų skaičius ir kiti sociodemografiniai veiksniai nebuvo susiję su šios nuostatos skirtumais.

4.2.3.3 lentelė. *Teigiamų atsakymų (kartu skaičiuoti atsakymų variantai „visiškai sutinku“ ir „sutinku“) į klausimus apie atlygį ir kitą naudą pasiskirstymas gydytojų ir slaugytojų grupėse*

Atlygis ir kita nauda	Iš viso, n (proc.)	Pareigos		p reikšmė*
		Gydytojai, n (proc.)	Slaugytojos, n (proc.)	
Komandos narių atlyginimas priklauso nuo jų vykdomos veiklos intensyvumo	87 (26)	51 (31,5)*	36 (20,8)*	0,018
Įstaiga atsižvelgia į komandos narių poreikius	143 (42,9)	70 (43,8)	73 (42,2)	0,43

Duomenys pateikti kaip n (proc. grupėse). *Taikytas χ^2 požymių nepriklausomumo (homogeniškumo) kriterijus, skirtumai statistiškai reikšmingi, kai $p < 0,05$.

Mažiau kaip pusė tyrimo dalyvių (42,9 proc.) pritarė teiginiui, kad įstaiga atsižvelgia į komandos narių poreikius. Gydytojų ir slaugytojų nuomonė šiuo klausimu nesiskyrė. Palankesnė tyrimo dalyvių pozicija šiuo klausimu siejosi su (4.2.3.4 lentelė):

- Jaunesniu amžiumi: 51,9 proc. 50 metų ir jaunesnių ir 36,3 proc. vyresnių kaip 50 metų; $p = 0,004$.
- Trumpesniu darbo stažu: 47,7 proc. dirbančių 15 metų ir mažiau ir 36,2 proc. dirbančių daugiau kaip 15 metų; $p = 0,025$.
- Mažesniu prisirašiusių pacientų skaičiumi: 47,4 proc. turinčių iki 1200 pacientų ir 34,5 proc. turinčių 1201 ir daugiau; $p = 0,023$.
- Darbu privačioje įstaigoje: 63,4 proc. dirbančių privačioje įstaigoje ir 31,3 proc. dirbančių viešojoje įstaigoje (45 proc. dirbančių tiek viešojoje, tiek ir privačioje įstaigoje; $p = 0,001$).

4.2.3.4 lentelė. Teigiamų atsakymų (kartu skaičiuoti atsakymų variantai „visiškai sutinku“ ir „sutinku“) į klausimus apie atlygį ir kitą naudą pasiskirstymas skirtingose sociodemografinėse grupėse

Atlygis ir kita nauda	Įstaiga, n (proc.)		Amžius, n (proc.)		Prisirašiusių pacientų skaičius, n (proc.)		Darbo stažas, n (proc.)		Slaugytoja ir gydytojas dirba viename kabinete, n (proc.)		Slaugytoja dirba su konkrečiu gydytoju (atsakinėjo tik slaugytojos), n (proc.)		Slaugytoja pacientus konsultuoja savarankiškai (atsakinėjo tik slaugytojos), n (proc.)		
	Vieša	Privati	Vieša ir privati	Jaunesni nei 50 metų	50 metų ir vyresni	iki 1200	1201 ir daugiau	15 metų ir mažiau	Daugiau kaip 15 metų	Ne	Taip	Ne	Taip	Ne	Taip
Komandos narių atlyginimas priklauso nuo jų vykdomos veiklos intensyvumo	47 (23,6)	37 (32,2)	3 (14,3)	50 (29,2)	33 (22,3)	35 (30,2)	39 (27,1)	55 (31,4)*	31 (20,9)*	59 (27,8)	28 (24,6)	12 (17,4)	23 (22,5)	17 (20,2)	19 (23,8)
p reikšmė	0,113			0,1		0,34		0,022		0,308		0,267		0,361	
Įstaiga atsižvelgia į komandos narių poreikius	63 (31,3)*	71 (63,4)*	9 (45)*	87 (51,5)*	53 (35,8)*	55 (47,4)*	50 (34,5)*	82 (47,7)*	54 (36,2)*	98 (46,4)	42 (36,5)	36 (54,5)*	35 (33,3)*	33 (39,3)	36 (45)
p reikšmė	0,001			0,004		0,023		0,025		0,053		0,005		0,28	

*Skirtumai statistiškai reikšmingi (p<0,05).

Besimokančios organizacijos bruožai

Mažiau kaip pusė tyrimo dalyvių nurodė besimokančios organizacijos bruožus savo darbovietėje: 39 proc. teigė, kad įstaigoje vykdomi komandinio darbo mokymai; 44,9 proc. pažymėjo, kad mokymai organizuojami kartu visiems komandos nariams; 47,2 proc. nurodė, kad įstaigoje diegiamos inovacijos, palankiai veikiančios darbą komandoje (4.2.3.5 lentelė).

Slaugytojos statistiškai reikšmingai dažniau nei gydytojai sutiko su teiginiu, kad įstaigoje vyksta komandinio darbo mokymai (atitinkamai 47,2 proc. ir 30 proc., $p = 0,001$). Slaugytojos, dirbančios su konkrečiu gydytoju, dažniau nurodė vykstančius komandinio darbo mokymus nei jų kolegės, nedirbančios su konkrečiu gydytoju (atitinkamai 55,7 proc. ir 34,8 proc., $p = 0,005$) (4.2.3.6 lentelė).

4.2.3.5 lentelė. *Teigiamų atsakymų (kartu skaičiuoti atsakymų variantai „visiškai sutinku“ ir „sutinku“) į klausimus apie besimokančios organizacijos bruožus pasiskirstymas gydytojų ir slaugytojų grupėse*

Besimokanti organizacija	Iš viso, n (proc.)	Pareigos		p reikšmė*
		Gydytojai, n (proc.)	Slaugytojos, n (proc.)	
Įstaigoje vykdomi darbo komandoje mokymai	131 (39)*	48 (30)*	83 (47,2)*	0,001
Įstaigoje diegiamos inovacijos, palankiai veikiančios darbą komandoje	158 (47,2)	83 (51,2)	75 (43,4)	0,149
Įstaigoje vykdomi mokymai, kuriuose dalyvauja visi komandos nariai	150 (44,9)	65 (40,6)	85 (48,9)	0,131

Duomenys pateikti kaip n (proc. grupėse). *Taikytas χ^2 požymių nepriklausomumo (homogeniškumo) kriterijus, skirtumai statistiškai reikšmingi, kai $p < 0,05$.

Įstaigoje diegiamas inovacijas, palankiai veikiančias darbą komandoje, statistiškai patikimai dažniau nurodė privačiose įstaigoje dirbantys tyrimo dalyviai (55,6 proc.), palyginti su viešosiose įstaigose (41,6 proc.) ar viešosiose ir privačiose įstaigose dirbančiais jų kolegomis (50 proc.) ($p < 0,05$). Slaugytojos, savarankiškai konsultuojančios pacientus, palankiau vertino įstaigoje diegiamas inovacijas nei jų kolegės, savarankiškai nekonsultuojančios pacientų (atitinkamai 46,2 proc. ir 40,5 proc., $p = 0,009$) (4.2.3.6 lentelė).

4.2.3.6 lentelė. Teigiamų atsakymų (kartu skaičiuoti atsakymų variantai „visiškai sutinku“ ir „sutinku“) į klausimus apie besimokančios organizacijos bruožus pasiskirstymas skirtingose sociodemografinėse grupėse

Besimokanti organizacija	Įstaiga, n (proc.)		Amžius, n (proc.)		Prisirašiusių pacientų skaičius, n (proc.)		Darbo stažas, n (proc.)		Slaugytoja ir gydytojas dirba viename kabinete, n (proc.)		Slaugytoja dirba su konkrečiu gydytoju (atsakinėjo tik slaugytojos), n (proc.)		Slaugytoja pacientus konsultuoja savarankiškai (atsakinėjo tik slaugytojos), n (proc.)	
	Vieša	Privati	Jaunesni nei 50 metų	50 metų ir vyresni	iki 1200	1201 ir daugiau	15 metų ir mažiau	Daugiau kaip 15 metų	Ne	Taip	Ne	Taip	Ne	Taip
Įstaigoje vykdomi darbo komandoje mokymai	88 (43,6)	35 (31)	8 (38,1)	65 (40)	41 (35)	64 (44,1)	57 (33,1)*	71 (46,7)*	85 (39,7)	44 (38,6)	24 (34,8)*	59 (55,7)*	40 (47,6)	40 (48,8)
	0,089		0,401		0,086		0,009		0,469		0,005		0,502	
Įstaigoje diegiamos inovacijos, palankiai veikiančios darbą komandoje	84 (41,6)*	64 (56,6)*	10 (50)*	84 (49,7)	59 (50,9)	69 (47,3)	84 (48,8)	69 (45,7)	54 (47,4)	101 (47)	26 (39,4)	48 (45,7)	34 (40,5)	37 (46,3)
	0,036		0,378		0,325		0,326		0,515		0,257		0,278	
Įstaigoje vykdomi mokymai, kuriuose dalyvauja visi komandos nariai	97 (48,5)	46 (40,4)	7 (35)	70 (41,2)	47 (40,5)	72 (50,3)	75 (43,6)	71 (47)	96 (45,1)	50 (44,2)	29 (42)	56 (54,4)	43 (50,6)	38 (47,5)
	0,247		0,08		0,073		0,307		0,49		0,076		0,405	

*Skirtumai statistiškai reikšmingi (p<0,05).

4.2.4. Funkcijos ir atsakomybės šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūriu

Funkcijų pasiskirstymas

Daugiau negu pusė šeimos gydytojų ir slaugytojų teigiamai vertino funkcijų pasiskirstymo segmentą: pažymėjo, kad funkcijos yra diferencijuojamos (71,8 proc.) ir vykdomos pagal jiems priklausančias pareigybes (69,5 proc.), taip pat nurodė, jog komandos narių funkcijos yra aiškios (70,5 proc.) bei dokumentuojamos (66 proc.) (4.2.4.1 lentelė). Šeimos gydytojai dažniau nei slaugytojos nurodė, jog komandos narių veiklos yra diferencijuojamos (atitinkamai 77,2 proc. ir 66,7 proc.; $p = 0,02$), o šeimos gydytojai ir slaugytojos, dirbantys didesnėse kaip 1200 pacientų turinčiose apylinkėse, taip pat dažniau sutiko su šiuo teiginiu, palyginti su mažesnėse apylinkėse dirbančiaisiais (atitinkamai 77,1 proc. ir 66,1 proc.; $p = 0,034$) (4.2.4.2 lentelė). Taip pat nustatyta, jog statistiškai reikšmingai dažniau komandos narių atliekamos funkcijos dokumentuojamos, jeigu slaugytoja ir gydytojas dirba viename kabinete, palyginti su atskiruose kabinetuose dirbančiaisiais (atitinkamai 74,8 proc. ir 62,1 proc.; $p = 0,013$), arba kai slaugytoja dirba kartu su konkrečiu gydytoju, palyginti su atskirai dirbančia slaugytoja (atitinkamai 78,1 proc. ir 55,1 proc.; $p < 0,001$).

4.2.4.1 lentelė. Teigiamų atsakymų (kartu skaičiuoti atsakymų variantai „visiškai sutinku“ ir „sutinku“) į klausimus apie funkcijų pasiskirstymą pasiskirstymas gydytojų ir slaugytojų grupėse

Funkcijų pasiskirstymas	Iš viso, n (proc.)	Pareigos		p reikšmė
		Gydytojai, n (proc.)	Slaugytojos, n (proc.)	
Komandos narių veiklos yra diferencijuotos	239 (71,8)	125 (77,2)*	114 (66,7)*	0,022
Kiekvienas komandos narys turi savo aiškias funkcijas	237 (70,5)	112 (69,1)	125 (71,8)	0,336
Visi komandos nariai vykdo jiems pagal pareigybes priklausančias funkcijas	235 (69,5)	109 (67,3)	126 (71,6)	0,229
Visų komandos narių atliekamos funkcijos yra dokumentuojamos	223 (66)	102 (63)	121 (68,8)	0,157

Duomenys pateikti kaip n (proc. grupėse). *Taikytas χ^2 požymių nepriklausomumo (homogeniškumo) kriterijus, skirtumai statistiškai reikšmingi, kai $p < 0,05$.

4.2.4.2 lentelė. Teigiamų atsakymų (kartu skaičiuoti atsakymų variantai „visiškai sutinku“ ir „sutinku“) į klausimus apie funkcijų pasiskirstymą pasiskirstymas skirtingose sociodemografinėse grupėse

Funkcijų pasiskirstymas	Ištaiga, n (proc.)		Amžius, n (proc.)		Prisirašiusių pacientų skaičius, n (proc.)		Darbo stažas, n (proc.)		Slaugytoja ir gydytojas dirba viename kabinete, n (proc.)		Slaugytoja dirba su konkrečiu gydytoju (atsakinėjo tik slaugytojos), n (proc.)		Slaugytoja pacientus konsultuoja savarankiškai (atsakinėjo tik slaugytojos), n (proc.)		
	Vieša	Privati	Vieša ir privati	Jaunesni nei 50 metų	50 metų ir vyresni	iki 1200	1201 ir daugiau	15 metų ir mažiau	Daugiau kaip 15 metų	Ne	Taip	Ne	Taip	Ne	Taip
Komandos narių veiklos yra diferencijuotos	146 (73)	77 (68,1)	16 (80)	129 (76,3)	102 (68,9)	76 (66,1)*	111 (77,1)*	128 (74,9)	102 (68)	156 (73,9)	80 (69,6)	46 (68,7)	67 (65,7)	54 (65,1)	55 (68,8)
p reikšmė	0,46		0,088		0,034		0,108		0,237		0,409		0,369		
Kiekvienas komandos narys turi savo aiškias funkcijas	143 (71,1)	78 (68,4)	16 (76,2)	121 (70,8)	108 (72)	78 (67,2)	103 (71,5)	122 (70,1)	108 (71,5)	150 (70,1)	82 (71,9)	51 (73,9)	73 (70,9)	59 (69,4)	61 (75,3)
p reikšmė	0,739		0,452		0,27		0,438		0,415		0,399		0,25		
Visi komandos nariai vykdo jiems pagal pareigybės priklausiančias funkcijas	139 (69,2)	79 (68,7)	17 (77,3)	125 (72,3)	104 (69,3)	79 (67,5)	102 (70,3)	120 (68,6)	107 (70,4)	149 (69,3)	80 (70,2)	51 (72,9)	74 (71,2)	13,8 (73,3)	15,6 (67,9)
p reikšmė	0,714		0,325		0,36		0,407		0,487		0,473		0,278		
Všių komandos narių atliekamos funkcijos yra dokumentuojamos	139 (68,8)	70 (61,4)	14 (63,6)	108 (62,8)	107 (71,3)	72 (62,1)*	109 (74,1)*	111 (63,8)	106 (69,7)	133 (62,1)*	86 (74,8)*	38 (55,1)*	82 (78,1)*	58 (67,4)	56 (70)
p reikšmė	0,399		0,66		0,025		0,155		0,013		0,001		0,278		

*Skirtumai statistiškai reikšmingi (p<0,05).

Funkcijų persidengimas

Daugiau kaip pusė šeimos gydytojų ir slaugytojų nurodė, kad tenka atlikti kitiems komandos nariams priklausančias funkcijas (54,5 proc.) arba kad vieni komandos nariai nurodo kitiems, ką jie turi atlikti (56,7 proc.) (4.2.4.3 lentelė). Su pastaruoju teiginiu statistiškai reikšmingai dažniau sutiko mažesnes negu 1200 pacientų apylinkes turintys tyrimo dalyviai, palyginti su tais, kurie turi didesnes (atitinkamai 64,3 proc. ir 51,7 proc.; $p = 0,027$), bei dirbantys kabinete kartu šeimos gydytojai ir slaugytojos, palyginti su dirbančiais atskiruose kabinetuose (atitinkamai 64,9 proc. ir 53,5 proc.; $p = 0,03$) (4.2.4.4 lentelė). Su konkrečiu gydytoju dirbančios slaugytojos taip pat dažniau sutiko su šiuo teiginiu, palyginti su savarankiškai, atskirai nuo gydytojo dirbančiomis jų kolegėmis (atitinkamai 66,3 proc. ir 50,7 proc.; $p = 0,029$).

4.2.4.3 lentelė. *Teigiamų atsakymų (kartu skaičiuoti atsakymų variantai „visiškai sutinku“ ir „sutinku“) į klausimus apie funkcijų persidengimą pasiskirstymas gydytojų ir slaugytojų grupėse*

Funkcijų persidengimas	Iš viso, n (proc.)	Pareigos		p reikšmė*
		Gydytojai, n (proc.)	Slaugytojos, n (proc.)	
Vieni komandos nariai nurodo kitiems komandos nariams, ką jie turi atlikti	190 (56,7)	85 (53,1)	105 (60)	0,123
Komandos nariams dažnai tenka atlikti kitiems komandos nariams priklausančias funkcijas	183 (54,5)	87 (53,7)	96 (55,2)	0,436

Duomenys pateikti kaip n (proc. grupėse). *Taikytas χ^2 požymių nepriklausomumo (homogeniškumo) kriterijus, skirtumai statistiškai reikšmingi, kai $p < 0,05$.

4.2.4.4 lentelė. Teigiamų atsakymų (kartu skaičiuoti atsakymų variantai „visiškai sutinku“ ir „sutinku“) į klausimus apie funkcijų persidengimą pasiskirstymas skirtingose sociodemografinėse grupėse

Funkcijų persidengimas	Įstaiga, n (proc.)		Amžius, n (proc.)		Prisirašusių pacientų skaičius, n (proc.)		Darbo stažas, n (proc.)		Slaugytoja ir gydytojas dirba viename kabinete, n (proc.)		Slaugytoja dirba su konkrečiu gydytoju (atsakinėjo tik slaugytojos), n (proc.)		Slaugytoja pacientus konsultuoja savarankiškai (atsakinėjo tik slaugytojos), n (proc.)		
	Vieša	Privati	Vieša ir privati	Jaunesni nei 50 metų	50 metų ir vyresni	iki 1200	1201 ir daugiau	15 metų ir mažiau	Daugiau kaip 15 metų	Ne	Taip	Ne	Taip	Ne	Taip
Vieni komandos nariai nurodo kitiems komandos nariams, ką jie turi atlikti	115 (57,8)	65 (56,5)	10 (47,6)	103 (59,9)	80 (54,1)	74 (64,3)*	75 (51,7)*	96 (55,2)	92 (61,3)	114 (53,5)*	74 (64,9)*	35 (50,7)*	69 (66,3)*	47 (54,7)	16,3 (66,2)
p reikšmė	0,669			0,174		0,027		0,157		0,03		0,029		0,86	
Komandos nariai dažnai tenka atlikti kitiems komandos nariams priklausančias funkcijas	105 (52,2)	66 (57,9)	12 (57,1)	100 (58,1)	76 (51,4)	64 (55,2)	78 (53,4)	96 (55,2)	82 (54,7)	119 (56,1)	60 (52,2)	39 (57,4)	56 (53,8)	44 (51,8)	46 (58,2)
p reikšmė	0,606			0,135		0,438		0,508		0,284		0,384		0,25	

*Skirtumai statistiškai reikšmingi (p<0,05).

Atsakomybės ribos

Trys trečdaliai šeimos gydytojų ir slaugytojų nurodė žinantys savo atsakomybės ribas (77,4 proc.) bei jaučiantys atsakomybę už savo atliekamą darbą (85,8 proc.) (4.2.4.5 lentelė). Slaugytojos statistiškai reikšmingai dažniau nurodė, jog kiekvienas narys žino savo atsakomybės ribas, palyginti su šeimos gydytojais (atitinkamai 83,7 proc. ir 70,4 proc.; $p = 0,002$). Didesni negu 15 metų darbo stažą turintys tyrimo dalyviai taip pat dažniau sutiko su šiuo teiginiu (atitinkamai 83,7 proc. ir 72 proc.; $p = 0,008$) (4.2.4.6 lentelė). Jaunesni nei 50 metų tyrimo dalyviai dažniau nurodė, kad kiekvienas narys yra atsakingas už jam priklausančias funkcijas (atitinkamai 90,2 proc. ir 83,2 proc.; $p = 0,046$).

4.2.4.5 lentelė. *Teigiamų atsakymų (kartu skaičiuoti atsakymų variantai „visiškai sutinku“ ir „sutinku“) į klausimus apie atsakomybių ribas pasiskirstymas gydytojų ir slaugytojų grupėse*

Atsakomybės ribos	Iš viso, n (proc.)	Pareigos		P reikšmė
		Gydytojai, n (proc.)	Slaugytojos, n (proc.)	
Kiekvienas komandos narys atsakingas už savo atliekamą veiklą	290 (85,8)	135 (83,9)	155 (87,6)	0,205
Kiekvienos komandos narys žino savo atsakomybės ribas	263 (77,4)	114 (70,4)*	149 (83,7)*	0,002

Duomenys pateikti kaip n (proc. grupėse). *Taikytas χ^2 požymių nepriklausomumo (homogeniškumo) kriterijus, skirtumai statistiškai reikšmingi, kai $p < 0,05$.

4.2.4.6 lentelė. Teigiamų atsakymų (kartu skaičiuoti atsakymų variantai „visiškai sutinku“ ir „sutinku“) į klausimus apie atsakomybių ribas pasiskirstymas skirtingose sociodemografinėse grupėse

Atsakomybės ribos	Įstaiga, n (proc.)		Amžius, n (proc.)		Prisirašiusių pacientų skaičius, n (proc.)		Darbo stažas, n (proc.)		Slaugytoja ir gydytojas dirba viename kabinete, n (proc.)		Slaugytoja dirba su konkrečiu gydytoju (atsakinėjo tik slaugytojos), n (proc.)		Slaugytoja pacientus konsultuoja savarankiškai (atsakinėjo tik slaugytojos), n (proc.)	
	Vieša	Privati	Vieša ir privati	Jaunesni nei 50 metų	50 metų ir vyresni	iki 1200	1201 ir daugiau	15 metų ir mažiau	Daugiau kaip 15 metų	Ne	Taip	Ne	Taip	Ne
Kiekvienas komandos narys atsakingas už savo atliekamą veiklą	169 (83,7)	101 (88,6)	20 (90,9)	156 (90,2)*	124 (83,2)*	97 (82,9)	125 (85,6)	151 (86,8)	130 (85,5)	185 (86,4)	97 (84,3)	91 (85,8)	73 (84,9)	74 (91,4)
p reikšmė	0,375			0,046		0,332	0,433		0,358		0,2		0,147	
Kiekvienos komandos narys žino savo atsakomybės ribas	157 (77,3)	87 (75,7)	19 (86,4)	132 (76,3)	121 (80,1)	83 (70,9)	118 (80,3)	126 (72)*	128 (83,7)*	172 (79,6)	83 (72,2)	57 (81,4)	68 (79,1)	72 (87,8)
p reikšmė	0,546			0,243		0,053	0,008		0,082		0,342		0,094	

*Skirtumai statistiškai reikšmingi (p<0,05).

4.3. Šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų bendradarbiavimo pirminėje sveikatos priežiūroje vertinimo skalės kūrimas

4.3.1. Klausimyno tinkamumo vertinimas

Skalės duomenų analizė buvo atliekama su 337 respondentais: 162 (48,1 proc.) šeimos gydytojai ir 175 (51,9 proc.) slaugytojos. Aštuoni respondentai buvo pašalinti iš šių rezultatų skaičiavimo, kadangi atsakė į dešimt ir mažiau COPAN skalės klausimų.

Pirmajame skalės patikimumo tikrinimo etape preliminariai analizavome kiekvieno klausimo atsakymų pasiskirstymą skalėje, buvo suskaičiuotas bendras skalės balas (4.3.1.1 lentelė). Į visus klausimyno klausimus atsakyta 288 anketose iš visų 337 surinktų anketų (85,5 proc.). Į vieną klausimą neatsakyta buvo 29 (8,6 proc.), o 20 (5,9 proc.) klausimynų buvo neatsakyta nuo dviejų iki aštuonių klausimų. Praleisti atsakymai buvo pakeisti atsakytų klausimų vidurkiais. Visos skalės balų vidutinė reikšmė buvo 3,47 (minimalus vidutinis balas 2,56 (SD 0,97); maksimalus vidutinis balas 4,08 (SD 0,77)). Tai parodė, kad tyrimo dalyviai buvo linkę labiau sutikti nei nesutikti su pateiktais klausimais (4.3.1.1 lentelė). Bendras klausimų balų rezultatas, vertinant visą klausimyną, svyravo nuo 50 iki 132 balų. Nė vienoje anketoje nebuvo nustatyta minimali arba maksimali įmanoma surinkti klausimyno balų suma (minimali balų suma galėjo būti 27 balai, o maksimali balų suma galėjo būti 135 balai).

Cronbach alpha buvo skaičiuojamas ir perskaičiuojamas bandant pašalinti po vieną klausimą iš skalės. Iš visų 27 klausimų nustatyti tik trys klausimai [3, 11, 15], kurie turėjo nepakankamai geras charakteristikas (minimalus koreliacijos ir minimalus *Cronbach alpha* sumažėjimas, jei klausimas būtų ištrintas). Kadangi, pašalinus minėtus klausimus, skalės patikimumas padidėtų minimaliai, visi 27 klausimai buvo palikti tiriamajai faktorinei analizei atlikti.

4.3.1.1 lentelė. Klausimų, naudotų faktorinei analizei, skaitinės charakteristikos

	Klausimas^{a, b}	Klausimo vidutinis balas (n = 337)	Klausimo balų standartinis nuokrypis	Klausimų koreliacija su visa skale	Cronbach's alpha, jeigu klausimas būtų ištrintas
1	Yra aiškiai žinoma, kurie darbuotojai sudaro komandą	3,97	0,88	0,434	0,909
2	Komandoje vyrauja partnerystė grįsti santykiai	3,82	0,93	0,670	0,905
3	Komandoje yra aiški hierarchinė struktūra	3,30	1,13	0,032	0,917
4	Komanda turi savo vadovą	3,88	0,94	0,498	0,907
5	Komandos narius vienija bendri tikslai ir bendras požiūris į darbą	4,02	0,84	0,703	0,904
6	Komandos nariai yra vieningi	3,74	0,91	0,675	0,905
7	Komandos nariai gerbia vienas kitą	3,91	0,86	0,614	0,906
8	Visi komandos nariai jaučia motyvaciją dirbti	3,68	0,96	0,644	0,905
9	Komandos narių veiklos yra diferencijuotos	3,77	0,84	0,570	0,906
10	Kiekvienas komandos narys turi savo aiškias funkcijas	3,81	0,89	0,687	0,904
11 ^c	Vieni komandos nariai nurodo kitiems komandos nariams, ką jie turi atlikti	2,56	0,97	-0,192	0,919
12	Kiekvienas komandos narys atsakingas už savo atliekamą veiklą	4,08	0,77	0,693	0,905
13	Kiekvienos komandos narys žino savo atsakomybės ribas	3,93	0,86	0,697	0,904
14	Visi komandos nariai vykdo jiems pagal pareigybes priklausančias funkcijas	3,75	0,96	0,651	0,905
15 ^c	Komandos nariams dažnai tenka atlikti kitiems komandos nariams priklausančias funkcijas	2,57	0,97	0,195	0,913
16	Kiekvienas komandos narys yra kompetentingas atlikti jam priklausančias funkcijas	3,91	0,85	0,564	0,907
17	Įstaigoje vykdoma nuolatinė komandos narių kompetencijos kontrolė	3,23	1,03	0,499	0,907
18	Komandos narių atlyginimas priklauso nuo jų vykdomos veiklos intensyvumo	2,72	1,19	0,395	0,910
19	Visų komandos narių atliekamos funkcijos yra dokumentuojamos	3,67	0,96	0,478	0,908

4.3.1.1 lentelės tęsinys

	Klausimas ^{a, b}	Klausimo vidutinis balas (n = 337)	Klausimo balų standartinis nuokrypis	Klausimų koreliacija su visa skale	Cronbach's alpha, jeigu klausimas būtų ištrintas
20	Komandos nariai turi pakankamai laiko kokybiškai atlikti procedūras	2,77	1,10	0,471	0,908
21	Komandos nariai efektyviai (sėkmingai, puikiai) bendrauja tarpusavyje	3,72	0,87	0,616	0,906
22	Įstaigoje diegiamos inovacijos, palankiai veikiančios darbą komandoje	3,33	0,96	0,579	0,906
23	Įstaigoje valdomi pacientų srautai	3,30	0,98	0,476	0,908
24	Įstaiga atsižvelgia į komandos narių poreikius	3,15	1,03	0,596	0,906
25	Įstaigoje vykdomi darbo komandoje mokymai	2,97	1,12	0,568	0,906
26	Įstaigoje vykdomi mokymai, kuriuose dalyvauja visi komandos nariai	3,08	1,11	0,488	0,908
27	Komandos nariai turi galimybę pasidalyti savo patirtimi su kolegomis iš kitų įstaigų	3,01	1,14	0,554	0,906
	Iš viso:	93,69	14,38		

^a Kiekvienas klausimas turėjo įverčius nuo 1 iki 5: 1 – visiškai nesutinku, 2 – nesutinku, 3 – nežinau, 4 – sutinku, 5 – visiškai sutinku. ^b Klausimų numeriai rodomi, kad skaitytojui būtų aiškiau. ^c Duomenų analizėje klausimams 3,11 ir 15 buvo taikomi atvirkštiniai įverčiai.

4.3.2. Tiriamoji faktorinė analizė

Kitame etape buvo atliekama tiriamoji faktorinė analizė. Pritaikius ją 27 pirminiams COPAN skalės požymiams, buvo išskirti 5 faktoriai, kurių tikrinės reikšmės buvo didesnės už vienetą (9,60, 2,41, 1,754, 1,26 ir 1,14). Gerą 5 faktorių modelio (COPAN-5) tinkamumą duomenims parodė Kaiserio-Meyerio, Olkino (KMO) matas (0,918) ir Bartletto sferiškumo testas ($p < 0,001$). Sukurtasis 5 faktorių modelis (COPAN-5) atspindėjo 59,8 proc. visos pradinių duomenų dispersijos lentelėje pateikta COPAN-5 skalės faktorių struktūra (4.3.2.1 lentelė).

Klausimų svorio koeficientai parodė, kad pirmasis faktorius yra sudarytas iš 12 klausimų, sudarančių 35,55 proc. visos pradinių duomenų dispersijos. Didžiausias svoris (0,81) teko šeštam požymiui *Komandos nariai yra vieningi*. Kiti 11 požymių taip pat įnešė pakankamai svarų indėlį į pirmąjį faktorių: nebuvo nė vieno klausimo, kurio svoris būtų didesnis nei 0,35 kitam faktoriui (visų 11 faktorių įėjusių požymių įtaka kitiems faktoriams buvo silpna, nes jų svoriai neviršijo 0,35). Ši požymių grupė pavadinta *Į tikslą orientuota komandos sinergija (Goal Oriented Team Synergy)* (faktorius S).

4.3.2.1 lentelė. Paaiškinamosios faktorinės analizės faktorių svoriai (pagrindinė komponentų analizė su Varimax rotacija) su visais 27 COPAN-5^a klausimais

Faktoriaus pavadinimas ir klausimai		Klausimų svoriai				
		1	2	3	4	5
<i>I tikslą orientuota komandos sinergija (faktorius S)</i>						
6	Komandos nariai yra vieningi	0,81	0,11	0,13	0,08	0,15
5	Komandos narius vienija bendri tikslai ir bendras požiūris į darbą	0,79	0,12	0,13	0,22	0,16
7	Komandos nariai gerbia vienas kitą	0,79	0,18	-0,03	-0,02	0,10
8	Visi komandos nariai jaučia motyvaciją dirbti	0,73	0,18	0,17	-0,03	-0,08
10	Kiekvienas komandos narys turi savo aiškias funkcijas	0,73	0,19	0,17	0,14	0,01
2	Komandoje vyrauja partnerystė grįsti santykiai	0,70	0,10	0,16	0,34	0,19
13	Kiekvienos komandos narys žino savo atsakomybės ribas	0,69	0,17	0,28	0,14	-0,10
12	Kiekvienas komandos narys atsakingas už savo atliekamą veiklą	0,68	0,26	0,18	0,15	-0,20
14	Visi komandos nariai vykdo jiems pagal pareigybės priklausančias funkcijas	0,68	0,27	0,18	-0,03	-0,07
9	Komandos narių veiklos yra diferencijuotos	0,68	0,15	0,01	0,20	-0,05
21	Komandos nariai efektyviai (sėkmingai, puikiai) bendrauja tarpusavyje	0,67	0,26	0,09	0,04	-0,03
16	Kiekvienas komandos narys yra kompetentingas atlikti jam priklausančias funkcijas	0,64	0,06	0,24	-0,02	-0,19
<i>Organizacinis komponentas (faktorius O)</i>						
24	Įstaiga atsižvelgia į komandos narių poreikius	0,25	0,77	0,12	0,12	0,16
23	Įstaigoje valdomi pacientų srautai	0,14	0,74	0,10	0,09	-0,05
22	Įstaigoje diegiamos inovacijos, palankiai veikiančios darbą komandoje	0,23	0,67	0,24	0,14	0,15
20	Komandos nariai turi pakankamai laiko kokybiškai atlikti procedūras	0,21	0,67	0,11	-0,03	-0,01
27	Komandos nariai turi galimybę pasidalyti savo patirtimi su kolegomis iš kitų įstaigų	0,18	0,52	0,49	0,08	0,11
18	Komandos narių atlyginimas priklauso nuo jų vykdomos veiklos intensyvumo	0,17	0,52	0,21	-0,19	-0,14
<i>Kompetencijos (faktorius C)</i>						
26	Įstaigoje vykdomi mokymai, kuriuose dalyvauja visi komandos nariai	0,10	0,23	0,81	0,07	0,09
25	Įstaigoje vykdomi darbo komandoje mokymai	0,15	0,35	0,77	0,07	0,09
17	Įstaigoje vykdoma nuolatinė komandos narių kompetencijos kontrolė	0,24	0,20	0,64	0,02	-0,27
19	Visų komandos narių atliekamos funkcijos yra dokumentuojamos	0,36	-0,00	0,57	0,13	-0,18

4.3.2.1 lentelės tęsinys

Faktoriaus pavadinimas ir klausimai		Klausimų svoriai				
		1	2	3	4	5
Komandos struktūra ir lyderystė (faktorius L)						
3	Komandoje yra aiški hierarchinė struktūra	-0,07	0,01	-0,03	0,72	-0,34
4	Komanda turi savo vadovą	0,36	0,14	0,16	0,68	-0,11
1	Yra aiškiai žinoma, kurie darbuotojai sudaro komandą	0,36	0,01	0,16	0,62	0,18
Funkcijų difuzija (faktorius D)						
11	Vieni komandos nariai nurodo kitiems komandos nariams, ką jie turi atlikti	-0,20	-0,08	-0,05	-0,09	0,69
15	Komandos nariams dažnai tenka atlikti kitiems komandos nariams priklausančias funkcijas	0,17	0,20	-0,02	-0,08	0,64
Pasuktų kvadratinų svorių sumos (proc.)		25,81	12,04	10,16	6,5	5,3

^a KMO 0,918; BTS $p < 0,001$; viso skirstinio paaiškinimas 59,9 proc. Klausimų svoriai rūšiuojami iš pasuktų komponentų matricos ir mažėjančia tvarka pagal absoliučias vertes. Paryškintu šriftu nurodomi pagrindiniai klausimų svoriai.

Antrasis faktorius buvo sudarytas iš 6 klausimų, išsiskiriančių dideliais svoriais (nuo 0,77 iki 0,52) ir atspindinčių organizacinius aspektus institucijoje. Visi klausimai turėjo svorius, didesnius negu 0,30, išskyrus 27 klausimą (*Komandos nariai turi galimybę pasidalyti savo patirtimi su kolegomis iš kitų įstaigų*). Šį antrąjį faktorių pavadiname *Organizacinis komponentas* (angl. *Organizational Background for Teamwork*) (faktorius O).

Trečiasis faktorius buvo sudarytas iš keturių klausimų, kurių svoriai buvo nuo 0,81 iki 0,57. Šie požymiai buvo susiję su kompetencijos didinimu ir įvertinimu organizacijoje. Galiausiai šis faktorius buvo pavadintas *Kompetencijos* (angl. *Competence*) (faktorius C).

Ketvirtasis faktorius buvo sudarytas iš trijų klausimų: 1,3 ir 4, kurių svoriai buvo atitinkamai 0,62, 0,72 ir 0,68. Punktai 1 ir 4 turėjo santykinai didelius faktorių svorius (0,36) faktoriui S, tačiau jų vertės nepasiekė kritinės vertės (0,4). Šis faktorius buvo pavadintas *Komandos struktūra ir lyderystė* (angl. *Team Structure and Leadership*) (faktorius L).

Paskutinis, penktasis, faktorius buvo sudarytas tik iš dviejų klausimų (11 ir 15), kurių svoriai buvo daugiau nei 0,6, o jų atsakymai buvo skaičiuojami atvirkštine seka. Klausimų prasmės buvo susijusios su komandos funkcijų delegavimu ir difuzija, todėl šis faktorius buvo pavadintas *Funkcijų difuzija* (angl. *Diffusion of functions*) (faktorius D). Šio faktoriaus suskaičiuota pasuktų kvadratinų faktorių svorių suma (tikrinis skaičius) buvo mažiausia (1.14) iš visų pasirinktų faktorių. Tai parodė, kad šis faktorius gali būti potencialiai pašalinamas iš tolesnės skalės analizės (11 ir 15 klausimai).

4.3.3. Patvirtinamoji faktorinė analizė

Sukurto COPAN-5 modelio dimensiškumui įvertinti buvo taikyta patvirtinamoji faktorinė analizė. Buvo testuojamas modelių, apimančių įvairių faktorių skaičių, tinkamumas. Papildomai kai kurie modeliai buvo optimizuojami pašalinant tam tikrus klausimus iš subskalių. Standartizuoti patvirtinančios faktorinės analizės modelių įverčiai pateikti 4.3.3.1 lentelėje. Čia standartizuoti regresijos koeficientai atitinka faktorių svorius, o kvadratinės daugialypės koreliacijos atspindi faktorių patikimumą (faktoriaus ar latentinio kintamojo atspindimos dispersijos dalis).

4.3.3.1 lentelė. Skirtingų faktorių skaičiaus ir klausimų struktūrų patvirtinančiosios faktorių analizės rezultatai: įvertinimai ir modelio pritaikymas

Faktoriūs (latentinis kintamasis)	Klausimas ^a (stebimi kintamieji)	5-faktorių 27-klausimų (COPAN-5)		4-faktorių 24-klausimų (COPAN-4)		3-faktorių 13-klausimų (optimizuota COPAN-3)		2-faktorių 13-klausimų (optimizuota COPAN-2)	
		SRW	SMC	SRW	SMC	SRW	SMC	SRW	SMC
Į tikslą orientuota komandos siner- gija (faktorius S)	2	0,88	0,77	0,76	0,58	0,75	0,57	0,76	0,57
	5	0,92	0,85	0,83	0,69	0,86	0,75	0,86	0,74
	6	0,91	0,83	0,81	0,66	0,88	0,77	0,86	0,75
	7	0,88	0,77	0,75	0,57	0,81	0,66	0,81	0,65
	8	0,87	0,75	0,73	0,54	0,73	0,53	0,74	0,54
	9	0,82	0,67	0,67	0,45				
	10	0,88	0,78	0,76	0,58	0,69	0,48	0,71	0,50
	12	0,87	0,75	0,73	0,54			0,66	0,43
	13	0,87	0,76	0,74	0,55				
	14	0,84	0,71	0,70	0,49				
	16	0,78	0,61	0,61	0,38				
21	0,85	0,73	0,68	0,46	0,66	0,43	0,67	0,45	
Organizacinis komponentas (faktorius O)	18	0,69	0,47	0,48	0,23				
	20	0,75	0,56	0,60	0,35	0,59	0,35	0,58	0,34
	22	0,86	0,74	0,74	0,55	0,76	0,57	0,75	0,56
	23	0,78	0,61	0,64	0,41	0,64	0,41	0,64	0,41
	24	0,89	0,79	0,79	0,62	0,82	0,67	0,83	0,69
27	0,81	0,66	0,68	0,46			0,63	0,40	
Kompetencijos (faktorius C)	17	0,83	0,68	0,61	0,37				
	19	0,69	0,47	0,51	0,26				
	25	0,91	0,82	0,84	0,71	0,90	0,82		
	26	0,87	0,76	0,79	0,62	0,77	0,59		

4.3.3.1 lentelės tęsinys

Faktorius (latentinis kintamasis)	Klausimas ^a (stebimi kintamieji)	5-faktorių 27-klausimų (COPAN-5)		4-faktorių 24-klausimų (COPAN-4)		3-faktorių 13-klausimų (optimizuota COPAN-3)		2-faktorių 13-klausimų (optimizuota COPAN-2)	
		SRW	SMC	SRW	SMC	SRW	SMC	SRW	SMC
Komandos struk- tūra ir lyderystė (faktorius L)	1	0,71	0,50	0,60	0,37				
	3	0,51	0,26						
	4	0,94	0,88	0,66	0,43				
Funkcijų difuzija (faktorius D)	11	0,73	0,54						
	15	0,69	0,47						
Modelio tinkamumo rodikliai	TLI	0,75		0,84		0,96*		0,95*	
	CFI	0,78		0,86		0,97*		0,96*	
	RMSEA	0,10		0,09		0,06*		0,06*	
	(90 proc. CI)	(0,09–0,10)		(0,08–0,09)		(0,05–0,07)		(0,05–0,08)	

^aKlausimų apibūdinimas pateiktas 4.3.2.1 lentelėje; * Reikšmė, atitinkanti modelio pritaikymo kriterijų.

COPAN-5

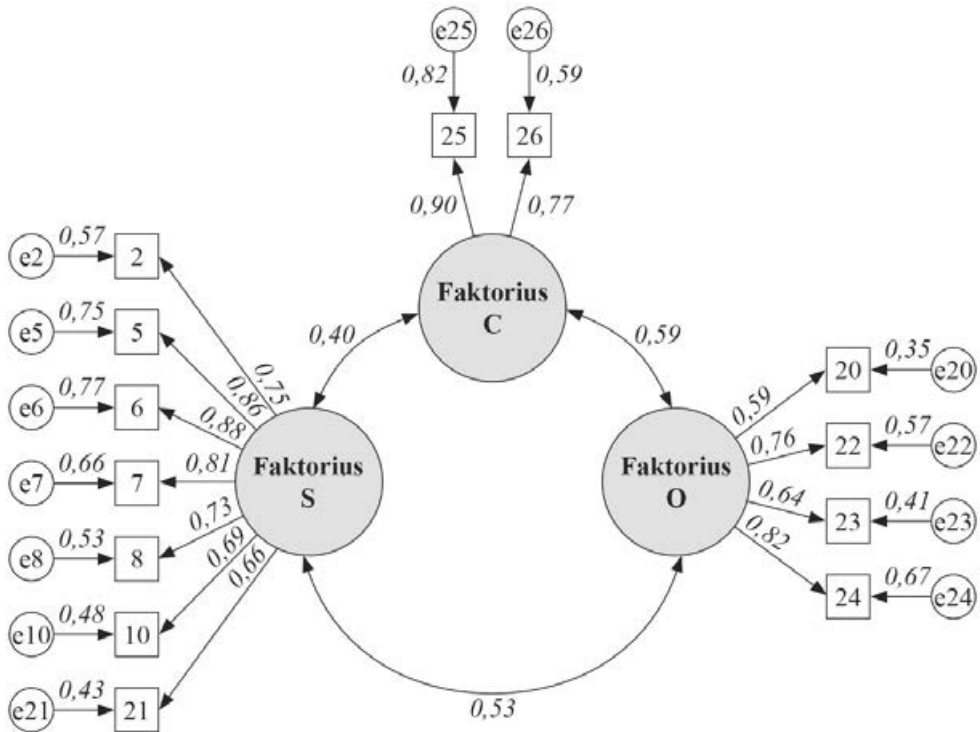
Pirminiai CFA rezultatai sukėlė abejonę dėl COPAN-5 skalės modelio validumo. Aukšta penkių skalės faktorių tarpusavio koreliacija ($r = 0,65–0,86$) leido daryti prielaidą, kad šie faktoriai nėra unikalūs. Be to, bendri modelio tinkamumo rodikliai rodė, kad sudarytas modelis nelabai tiko duomenims (pvz.: TLI ir CFI > 0,95, RMSEA < 0,08). Galiausiai kelių klausimų (3, 11 ir 15) tinkamumas ir patikimumas buvo neadekvatus visai skalei (4.3.3.1 lentelė), o tai parodė, kad jie gali būti mažai naudingi visam instrumentui bei potencialiai keliantys modelio netikslumą. Atsižvelgiant į tai, kad modelis gali būti netikslus, buvo atliktas siūlomo modelio struktūros peržiūrėjimas.

COPAN-4

Pašalinus 3, 11 ir 15 klausimus (faktorių D) iš skalės, buvo sudaryta 24 klausimų skalė, apimanti keturis faktorius (4.3.3.1 lentelė). Toks modelio pertvarkymas pagerino modelio tinkamumą duomenims: visi indeksai (RMSEA, TLI ir CFI) pagerėjo, tačiau vis dar neatitiko minimaliai priimtinių standartų, todėl COPAN skalės faktorių struktūra buvo analizuojama toliau.

COPAN-3

Kitame analizės etape buvo planuojamas faktoriaus L pašalinimas (1, 3 ir 4 klausimai) iš skalės (4.3.3.1 lentelė). Šis sprendimas buvo priimtas, nes EFA parodė žemą tikrinę reikšmę ir CFA parodė aukščiausią koreliaciją tarp faktorių COPAN-4 skalėje. Buvo atliktas laipsniškas (*backward stepwise*) komponentų pašalinimas, siekiant pagerinti modelio tinkamumą naudojantis AMOS parinktimi *Heuristic Specification Search*. Ši procedūra buvo stabdoma, kai visų trijų modelių charakteristikos atitikdavo revizuoto modelio tinkamumą: TLI = 0,96 (>0,95); CFI = 0,97 (>0,95); RMSEA = 0,06 (<0,08). Optimizuotą COPAN-3 skalę sudarė trylika klausimų. Standartizuoti skaičiavimai revizuotam CFA modeliui yra pateikti 4.3.3.1 lentelė (stulpelis COPAN-3). 4.3.3.1 pav. demonstruoja CFA sukonstruotą diagramą remiantis optimizuota COPAN-3 skale.

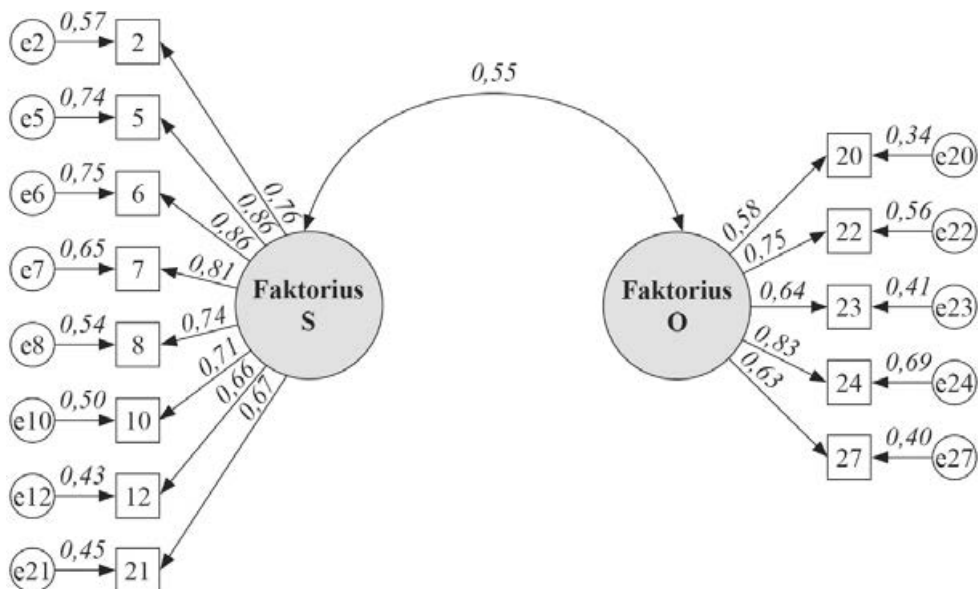


4.3.3.1 pav. CFA maršruto schema su standartizuotu optimizuotu 3 faktorių sprendimu

Norint charakterizuoti arba įvertinti Modelio validumą, vertintas konvergentinis ir diskriminantinis validumas. Konvergentinio ir diskriminantinio validumo įvertinimas parodė: 1) visi standartizuotos regresijos svoriai buvo sąlyginai aukšti, išskyrus vieno klausimo (Nr. 20), kurio regresinis svoris buvo mažiau negu 0,60; 2) SMC klausimų patikimumas buvo adekvatus; 3) nebuvo modifikacijos indeksų, parodančių klausimų tarpusavio svorius. Trys faktoriai buvo vidutiniškai koreliuoti ($r = 0,40-0,59$), tai parodo, kad jie sudarė unikalias struktūras ir papildomai patvirtino diskriminantinį validumą. Kombinuotas konvergentinis ir diskriminantis validumas patvirtino viso modelio validumą.

COPAN-2

Kitame etape buvo apskaičiuotas ir dviejų faktorių modelio CFA. TLI ir CFI buvo atitinkamai 0,878 ir 0,893 (abu nepasiekė priimtinos 0,95 vertės) (4.3.3.1 lentelė). Modelis buvo pakartotinai specifikuotas siekiant geresnio atitikimo su duomenimis, bet išlaikant struktūros koncepciją (4.3.3.2 pav.). Faktorių S buvo modifikuotas pašalinant keturis klausimus (9, 13, 14 ir 16), kurių svoriai buvo mažiausi (SRW). Dėl tos pačios priežasties buvo pašalintas 18 klausimas iš faktoriaus O. Galutinis optimizuotas dviejų faktorių modelis (COPAN-2), susidedantis iš 13 klausimų, gerai tiko duomenims: TLI = 0,95 ($>0,95$); CFI = 0,96 ($>0,95$); RMSEA = 0,06 ($<0,08$) (4.3.3 lentelė, stulpelis COPAN-2). COPAN-2 skalės modelio validumas buvo toks pat geras, kaip ir COPAN-3 skalės.



4.3.3.2 pav. CFA maršruto schema su standartizuotu optimizuotu 2 faktorių modeliu

4.3.4. Vidinio nuoseklumo patikimumas

Vidinio nuoseklumo patikimumo analizės santrauka pateikta 4.3.4.1 lentelėje. Vertinant visą 27 klausimų skalę nustatytas adekvatus vidinį abiejų indikatorių (*Cronbach alfa* ir koreliacijos tarp klausimų vidurkis) nuoseklumas. Taip pat buvo apskaičiuotas sudedamasis patikimumas vertinant visus faktorius (subskales). Faktoriaus S, kurį sudarė 12 klausimų, buvo geras patikimumas įvertinus *Cronbach alfa* (0,93) ir vidutinę koreliaciją tarp klausimų (0,54). *Cronbach alfa* ir koreliacija tarp klausimų šešių komponentų subskalėje *Organizacinis komponentas* (faktorius O) buvo gera (atitinkamai 0,82 ir 0,42). Kompetencijos faktoriaus (faktorius C) vidinio nuoseklumo patikimumas buvo priimtinas. Koreguotas *Cronbach alfa* pademonstravo, kad galima padidinti vidinį nuoseklumo patikimumą, įtraukus naujų komponentų į kitų dviejų faktorių subskales (sudarytų tik iš dviejų ar trijų klausimų).

4.3.4.1 lentelė. Vidinis COPAN skalės ir jos klausimų nuoseklumo patikimumas

Skalė ir klausimai	Klausimų skaičius	Tarpusavio koreliacijos vidurkis	<i>Cronbach alpha</i>	<i>Cronbach alfa</i> koreguotas ^a
Visa skalė (27 klausimai)	27	0,29	0,92	–
Į tikslą orientuota komandos sinergija (faktorius S)	12	0,54	0,93	–
	7 ^b	0,59	0,91	0,95
	8 ^c	0,58	0,92	0,94
Organizacinis komponentas (faktorius O)	6	0,42	0,82	0,90
	4 ^b	0,49	0,79	0,92
	5 ^c	0,47	0,81	0,91
Kompetencijos (faktorius C)	4	0,47	0,78	0,92
	2 ^b	0,70	0,82	0,97
Komandos struktūra ir lyderystė (faktorius L)	3	0,31	0,57	0,84
	2 ^d	0,39	0,56	0,89
Funkcijų difuzija (faktorius D)	2	0,22	0,36	0,77

^a Koreguota pagal Spearmano-Browno prognozavimo formulę (Whinston, 2009), siekiant pakoreguoti patikimumą pagal 12 punktų skalę; ^b optimizuotas 3-faktorių sprendimas; ^c Optimizuotas 2-faktorių sprendimas; ^d 4-faktorių sprendimas

4.3.5. Psichometrinių COPAN skalės požymių palyginimas tarp slaugytojų ir gydytojų

Slaugytojos dažniau nei gydytojai teigiamai atsakė į klausimus apie patirtį komandoje, bet skirtumas nebuvo statistiškai reikšmingas ir nesiskyrė COPAN-5, COPAN-3 ar COPAN-2 skalėse (4.3.5.1 lentelė). Psichometriniai požymiai COPAN-5 skalėje buvo geresni gydytojų grupėje negu slaugytojų grupėje. Tačiau COPAN-3 ir COPAN-2 skalėse šie skirtumai sumažėjo, ypač vidinis nuoseklumas ir patikimumas.

4.3.5.1 lentelė. Bendrų rezultatų ir modelio patikimumo kriterijų palyginimas tarp bendrosios praktikos slaugytojų ir šeimos gydytojų atsakymų į COPAN-5, COPAN-3 ir COPAN-2 skales

		Bendrosios praktikos slaugytojos	Šeimos gydytojai
COPAN-5 (27 klausimai)	Bendras balas (SD)	94,73 (13,06)	92,54 (15,64)
	<i>Cronbach alpha</i>	0,90	0,93
	Tarpusavio koreliacijos vidurkis	0,24	0,32
	Modelio pritaikymo rodikliai:		
	TLI	0,65	0,78
	CFI	0,69	0,80
	RMSEA (90 proc. CI)	0,11 (0,10–0,12)	0,10 (0,09–0,11)
Optimizuota COPAN-3 (13 klausimų)	Bendras balas (SD)	45,90 (7,67)	44,71 (8,91)
	<i>Cronbach alpha</i>	0,88	0,91
	Tarpusavio koreliacijos vidurkis	0,37	0,43
	Modelio pritaikymo rodikliai:		
	TLI	0,89	0,97
	CFI	0,91	0,97
	RMSEA (90 proc. CI)	0,09 (0,08–0,11)	0,06 (0,03–0,08)
Optimizuota COPAN-2 (13 klausimų)	Bendras balas (SD)	46,74 (7,83)	45,94 (8,79)
	<i>Cronbach alpha</i>	0,91	0,90
	Tarpusavio koreliacijos vidurkis	0,42	0,44
	Modelio pritaikymo rodikliai:		
	TLI	0,90	0,95
	CFI	0,92	0,96
	RMSEA (90 proc. CI)	0,09 (0,07–0,11)	0,07 (0,05–0,09)

4.4. Šeimos gydytojų ir slaugytojų bendradarbiavimas: funkcijų aiškumo reikšmė komandoje

Duomenų analizės metu siekėme išsiaiškinti funkcijų aiškumo sąsajas su šeimos gydytojų ir slaugytojų nuomone į komandinį darbą. Pasirinkome penkis autorių sudaryto klausimyno klausimus, kurie pagal savo prasmę geriausiai atspindi tyrimo dalyvių suvokimą apie jų atliekamų funkcijų aiškumą, ir panaudojome juos funkcijų aiškumui komandoje analizuoti (4.4.1 lentelė). Šie klausimai apėmė gydytojų ir slaugytojų požiūrį į veiklos diferencijavimą, aiškias funkcijas komandoje, pareigybių aprašymo vykdymą ir komandos narių veiklos dokumentavimą.

Šeimos gydytojai ir bendrosios praktikos slaugytojos į šiuos klausimus atsakinėjo labai panašiai, išskyrus į klausimą *komandos narių veiklos yra diferencijuotos* (sutiko 77,2 proc. gydytojų ir 66,7 proc. slaugytojų, $p < 0,05$) (4.4.1 lentelė). Daugiau kaip du trečdaliai (70,5 proc.) tyrimo dalyvių teigė, kad yra aiškios funkcijos PSP komandos nariams ir kad praktikoje jų laikomasi. Panašūs skaičius dalyvių nurodė, kad atliekamos komandos narių funkcijos yra dokumentuojamos (66 proc.). Daugiau kaip pusė respondentų nurodė, kad komandos narių funkcijos dubliuojasi (54,6 proc.). Tyrimo dalyvių atsakymai buvo padalyti į dvi grupes: tyrimo dalyviai su aiškėmis (AF respondentai) komandinio darbo funkcijomis ($n = 185$) ir neaiškėmis (NF respondentai) komandinio darbo funkcijomis ($n = 156$).

Kitame analizės etape ieškoma funkcijų aiškumo sąsajų su: komandinės aplinkos suvokimu; organizacijos ir individualių tikslų atitikimu; organizacine aplinka; profesinė autonomija; profesiniu pripažinimu; perdegimo suvokimu.

4.4.1 lentelė. *Teigiamų atsakymų (kartu skaičiuoti atsakymų variantai „visiškai sutinku“ ir „sutinku“) į klausimus apie funkcijų aiškumą pasiskirstymas gydytojų ir slaugytojų grupėse*

Klausimas	Šeimos gydytojai, n (proc.)	Bendrosios praktikos slaugytojos, n (proc.)	Iš viso, n (proc.)
Komandos narių veiklos yra diferencijuotos	125 (77,2)	114 (66,7)	239 (71,8)
Kiekvienas komandos narys turi savo aiškias funkcijas	112 (69,1)	125 (71,8)	237 (70,5)
Visi komandos nariai vykdo jiems pagal pareigybes priklausančias funkcijas	109 (67,3)	126 (71,6)	235 (69,5)
Komandos nariams dažnai tenka atlikti kitiems komandos nariams priklausančias funkcijas	87 (53,7)	96 (55,2)	183 (54,6)
Visų komandos narių atliekamos funkcijos yra dokumentuojamos	102 (63,0)	121 (68,8)	223 (66,0)

Komandinės aplinkos suvokimas

Aiškios komandos narių funkcijos buvo susijusios su pozityvesniu komandinės aplinkos suvokimu (4.4.2 lentelė). AF respondentų grupė, palyginti su NF grupe, statistiškai patikimai dažniau sutiko, kad jų komandą vienija bendri tikslai ir bendras požiūris į darbą (atitinkamai 93,4 proc. ir 60,5 proc.; $p < 0,001$). AF respondentai, palyginti su NF grupės dalyviais, dažniau nurodė, kad jų komandos nariai efektyviai bendrauja tarpusavyje (81,6 proc. ir 48,1 proc.; $p < 0,001$), gerbia vienas kitą (atitinkamai 91,8 proc. ir 54,2 proc.; $p < 0,001$) ir pasitiki vieni kitais (atitinkamai 65,3 proc. ir 46,4 proc.; $p < 0,05$). Funkcijų aiškumo ir komandinės aplinkos suvokimo sąsajos buvo panašios gydytojų ir slaugytojų grupėse.

4.4.2 lentelė. Teigiamų atsakymų (kartu skaičiuoti atsakymų variantai „visiškai sutinku“ ir „sutinku“) į klausimus apie komandinės aplinkos suvokimą pasiskirstymas gydytojų ir slaugytojų grupėse pagal funkcijų aiškumą

Klausimas	Šeimos gydytojai (proc.)		Bendrosios praktikos slaugytojos (proc.)		Iš viso (proc.)	
	Aiškios funkcijos	Neaiškios funkcijos	Aiškios funkcijos	Neaiškios funkcijos	Aiškios funkcijos	Neaiškios funkcijos
Komandos narius vienija bendri tikslai ir bendras požiūris į darbą	92,2	50***	94,6	70***	93,4	60,5***
Komandos nariai gerbia vienas kitą	88,9	56,3***	94,7	52,4***	91,8	54,2***
Komandos nariai efektyviai (sėkmingai, puikiai) bendrauja tarpusavyje	80,22	40,85***	82,98	54,22***	81,6	48,1***
Mano darbo grupės nariai bendradarbiauja vienas su kitu	70,9	50**	78,9	61*	75	56***
Žmonės pasitiki vienas kitu, kad kiekvienas atliks savo funkcijas	60,5	44,3	70,0*	48,1*	65,3*	46,4*

Skirtumai statistiškai reikšmingi, kai * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Organizacijos ir individualių tikslų atitikimas

Organizacijos ir individualių tikslų atitikimas buvo dažniau pastebimas aiškias funkcijas turinčių dalyvių grupėse (4.4.3 lentelė). AF respondentai: dažniau sutiko, kad organizacija yra atsidavusi kokybei (atitinkamai 68,0 proc. ir 43,7 proc.; $p < 0,05$), dažniau pažymėjo individualių vertybių (atitinkamai 51,1 proc. ir 35,1 proc.; $p < 0,05$) ir karjeros tikslų (atitinkamai 47,5 proc. ir 27,3 proc.; $p < 0,05$) atitikimą organizacijos vertybėms ir tikslams, palyginti su NF respondентаis.

4.4.3 lentelė. Teigiamų atsakymų (kartu skaičiuoti atsakymų variantai „visiškai sutinku“ ir „sutinku“) į klausimus apie organizacijos ir individualių tikslų atitikimą pasiskirstymas gydytojų ir slaugytojų grupėse pagal funkcijų aiškumą

Klausimas	Šeimos gydytojai (proc.)		Bendrosios praktikos slaugytojos (proc.)		Iš viso (proc.)	
	Aiškios funkcijos	Neaiškios funkcijos	Aiškios funkcijos	Neaiškios funkcijos	Aiškios funkcijos	Neaiškios funkcijos
Mano vertybės ir organizacijos vertybės yra panašios	59,1*	35,2*	43,3	35,0	51,1*	35,1*
Mano asmeninės karjeros tikslai sutampa su organizacijos tikslais	47,2	32,9	47,8*	22,5*	47,5*	27,3*
Organizacija yra atsidavusi kokybei	67,0*	45,1*	68,9*	42,5*	68,0*	43,7*

Skirtumai statistiškai reikšmingi, kai $*p < 0,05$.

Organizacinė aplinka

AF tyrimo dalyvių grupė organizacinės aplinkos aspektus vertino palankiau nei NF respondentai (4.4.4 lentelė). Nors tendencijos buvo analogiškos šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų grupėje, statistiškai patikimi skirtumai išryškėjo tik slaugytojų grupėje, vertinant resursų paskirstymo teisingumą, administracijos sprendimų poveikio bei veiksmingos apeliacinės procedūros pasinaudojimo galimybes. AF dalyvių grupė statistiškai patikimai palankiau nei NF respondentai traktavo, kad administracija visus darbuotojus vertina teisingai (atitinkamai 32,4 proc. ir 21,6 proc.; $p < 0,05$).

4.4.4 lentelė. Teigiamų atsakymų (kartu skaičiuoti atsakymų variantai „visiškai sutinku“ ir „sutinku“) į klausimus apie organizacinę aplinką pasiskirstymas gydytojų ir slaugytojų grupėse pagal funkcijų aiškumą

Klausimas	Šeimos gydytojai (proc.)		Bendrosios praktikos slaugytojos (proc.)		Iš viso (proc.)	
	Aiškios funkcijos	Neaiškios funkcijos	Aiškios funkcijos	Neaiškios funkcijos	Aiškios funkcijos	Neaiškios funkcijos
Mano organizacijoje resursai yra paskirstomi teisingai	29,1	18,8	31,1*	10,0*	30,1*	14,1*
Administracija visus darbuotojus vertina teisingai	32,6	23,9	32,2	19,5	32,4*	21,6*
Aš galiu padaryti įtaką įstaigos administracijai, prireikus įrangos ar erdvės darbui	25,3	24,3	23,7*	11,3*	24,4	17,3
Suabejojęs priimto sprendimo teisingumu, galiu pasinaudoti veiksminga apeliacijos procedūra	27,3	17,1	27,4*	9,1*	27,3*	12,9*

Skirtumai statistiškai reikšmingi, kai * $p < 0,05$.

Profesinė autonomija

Funkcijų aiškumas komandoje buvo tiesiogiai susijęs su labiau išreikštu profesinės autonomijos požiūriu, tačiau statistiškai reikšmingi skirtumai išryškėjo tik slaugytojų grupėje (4.4.5 lentelė). AF slaugytojų grupė dažniau nei NF jų kolegės sutiko, kad pačios kontroliuoja savo atliekamą darbą (atitinkamai 74,4 proc. ir 50,6 proc.; $p < 0,001$), daro įtaką sprendimams, susijusiems su savo darbu (atitinkamai 39,1 proc. ir 22,8 proc.; $p < 0,05$), ir turi pakankamai laiko atlikti tai, kas svarbu savo profesinėje veikloje (atitinkamai 63,4 proc. ir 43,9 proc.; $p < 0,05$).

4.4.5 lentelė. Teigiamų atsakymų (kartu skaičiuoti atsakymų variantai „visiškai sutinku“ ir „sutinku“) į klausimus apie profesinę autonomiją pasiskirstymas gydytojų ir slaugytojų grupėse pagal funkcijų aiškumą

Klausimas	Šeimos gydytojai (proc.)		Bendrosios praktikos slaugytojos (proc.)		Iš viso (proc.)	
	Aiškios funkcijos	Neaiškios funkcijos	Aiškios funkcijos	Neaiškios funkcijos	Aiškios funkcijos	Neaiškios funkcijos
Aš turiu pakankamai laiko atlikti tai, kas svarbu mano darbe	38,2	32,9	63,4	43,9*	51,1	38,8*
Kaip atlikti savo darbą, kontroliuoju aš	72,4	60	74,4**	50,6	73,4	55***
Aš darau įtaką sprendimams, susijusiems su mano darbu	60,2	54,3	39,1	22,8*	49,4	37,6*

Skirtumai statistiškai reikšmingi, kai * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Profesinis pripažinimas

Funkcijų aiškumas buvo susijęs su teigiamu tyrimo dalyvių požiūriu į profesinį pripažinimą (4.4.6 lentelė). AF respondentai statistiškai reikšmingai rečiau negu NF respondentai manė, jog nebūna įvertinti už darbus, prie kurių prisideda (atitinkamai 29,9 proc. ir 46,0 proc.; $p < 0,05$), bei teigė, kad jų pastangos dažnai lieka nepastebėtos (atitinkamai 21,9 proc. ir 40,4 proc.; $p < 0,05$).

4.4.6 lentelė. Teigiamų atsakymų (kartu skaičiuoti atsakymų variantai „visiškai sutinku“ ir „sutinku“) į klausimus apie profesinį pripažinimą pasiskirstymas gydytojų ir slaugytojų grupėse pagal funkcijų aiškumą

Klausimas	Šeimos gydytojai (proc.)		Bendrosios praktikos slaugytojos (proc.)		Iš viso (proc.)	
	Aiškios funkcijos	Neaiškios funkcijos	Aiškios funkcijos	Neaiškios funkcijos	Aiškios funkcijos	Neaiškios funkcijos
Aš nebūnu įvertintas už visus darbus, prie kurių prisidedu	26,4*	44,3*	33,3	47,5	29,9*	46,0*
Mano pastangos dažnai lieka nepastebėtos	18,2*	39,1*	25,6*	41,5*	21,9*	40,4*

Skirtumai statistiškai reikšmingi, kai * $p < 0,05$.

Perdegimo suvokimas

Funkcijų aiškumas buvo statistiškai reikšmingai susijęs su tyrimo dalyvių perdegimo suvokimu (4.4.7 lentelė). Nors tendencijos šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų grupėje buvo analogiškos (išskyrus požymį *jaučiuosi perdegęs nuo savo darbo*), statistiškai patikimi skirtumai išryškėjo tik slaugytojų grupėje. AF respondentės, palyginti su NF respondentėmis, statistiškai reikšmingai rečiau sutiko, kad jaučia entuziazmo sumažėjimą (8,8 proc. ir 30,8 proc.; $p < 0,001$), rytinį nuovargį prieš darbą (atitinkamai 17,4 proc. ir 42,9 proc.; $p < 0,05$) ar perdegimo nuo darbo pojūtį (atitinkamai 12,2 proc. ir 32,9 proc.; $p < 0,05$).

4.4.7 lentelė. *Teigiamų atsakymų (kartu skaičiuoti atsakymų variantai „visiškai sutinku“ ir „sutinku“) į klausimus apie perdegimo suvokimą pasiskirstymas gydytojų ir slaugytojų grupėse pagal funkcijų aiškumą*

Klausimas	Šeimos gydytojai (proc.)		Bendrosios praktikos slaugytojos (proc.)		Iš viso (proc.)	
	<i>Aiškios funkcijos</i>	<i>Neaiškios funkcijos</i>	<i>Aiškios funkcijos</i>	<i>Neaiškios funkcijos</i>	<i>Aiškios funkcijos</i>	<i>Neaiškios funkcijos</i>
Mano entuziazmas darbe sumažėjo	19,1	20,3	8,8	30,8***	13,9	25,9**
Ryte atsikėlęs jaučiuosi pavargęs prieš dar vieną darbo dieną	34,8	38,6	17,4*	42,9*	26,0*	40,9*
Jaučiuosi perdegęs nuo savo darbo	28,9	28,6	12,2*	32,9*	20,6*	30,9*

Skirtumai statistiškai reikšmingi, kai * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

4.5. Sinergijos, organizacinio komponento ir kompetencijų faktorių sąsajos su darbo aplinkos organizacijose suvokimu bei profesiniu perdegimu

Trumposios COPAN-3 ir COPAN-2 versijos pademonstravo gerus psichometrinius požymius, todėl detalesnei analizei atlikti, ieškant faktorių sąsajų su darbo aplinkos organizacijoje ir perdegimo suvokimo požymiais, pasirinktas COPAN-3 tyrimo instrumentas, turintis tris faktorius.

Tirdami gydytojų ir slaugytojų požiūrį į komandinį darbą, nustatėme COPAN skalės faktorių sąsajas su klausimais, atspindinčiais darbo aplinką organizacijoje bei patiriamą perdegimą (4.5.1 lentelė). Aukštesni organizacinio komponento (faktorius O), komandos narių sinergijos (faktorius S) bei kompetencijų (faktorius C) įverčiai buvo statistiškai reikšmingai susiję palankesniu komandinio darbo aplinkos ir organizacinės (administracinės) darbo

aplinkos vertinimu, labiau pasireiškiančiu profesinės autonomijos, profesinio pripažinimo ir organizacijos bei individualių tikslų atitikimo pojūčiu, rečiau jaučiamais laiko apribojimo ir profesinio perdegimo požymiais (4.5.1 lentelė).

Komandinės aplinkos suvokimas

Tyrimo dalyviai, kurie pozityviau vertino organizacinę komponentą, dažniau išreiškė palankesnę nuostatą, susijusią su komandinės aplinkos suvokimu (4.5.1 lentelė). Aukštus organizacinio komponento įverčius surinkę tyrimo dalyviai, palyginti su žemus įverčius gavusiais jų kolegomis, statistškai reikšmingai dažniau nurodė bendradarbiaujantys tarpusavyje (atitinkamai 72,7 proc. ir 60,1 proc.; $p = 0,016$) ir atvirai bendraujantys komandose (atitinkamai 52,7 proc. ir 39,9 proc.; $p = 0,021$). Geresnis kompetencijų faktoriaus vertinimas statistškai reikšmingai siejosi su pozityviu komunikacijos komandoje vertinimu: 52,1 proc. tyrimo dalyvių su aukštu kompetencijos įverčiu sutiko, jog komandoje bendraujama atvirai, tokią pačią nuomonę išsakė 40,4 proc. jų kolegų, turėję žemesnį kompetencijos įvertį (52,1; $p = 0,035$). Aukštesni sinergijos faktoriaus įverčiai taip pat statistškai reikšmingai siejosi su įstaigos organizaciniu darbo komponentu (4.5.1 lentelė). Labiau išreikšta sinergija turėjo statistškai reikšmingą sąsają ir su geresniu pasitikėjimu komandoje: tyrimo dalyviai, geriau vertinę sinergiją komandoje, dažniau nurodė pasitikintys savo komandos nariais, palyginti su blogiau sinergiją vertinusiaisiais jų kolegomis (atitinkamai 68,6 proc. ir 42,7 proc.; $p < 0,001$).

Organizacijos ir individualių tikslų atitikimas

Faktorius O ir faktorius S turėjo statistškai reikšmingas sąsajas su visais šio segmento klausimais (4.5.1 lentelė). Geriau organizacinę komponentą vertinę tyrimo dalyviai statistškai reikšmingai dažniau manė, jog organizacija yra atsidavusi kokybei (atitinkamai 69,9 proc. ir 44,1 proc.; $p < 0,001$), ir pritarė, kad jų vertybės sutampa su organizacijos vertybėmis (atitinkamai 58,1 proc. ir 29,4 proc.; $p < 0,001$), palyginti su prasčiau organizacinę komponentą vertinusiaisiais kolegomis. Aukštesni sinergijos įverčiai taip pat buvo statistškai reikšmingai susiję su palankesne tyrimo dalyvių nuomone visais šio segmento klausimais. Geriau kompetencijas vertinę tyrimo dalyviai palankiau vertino organizacijos atsidavimą kokybei, palyginti su savo kolegomis, turėjusiais prastesnę kompetencijų vertinimą (atitinkamai 50,3 proc. ir 63,5 proc.; $p = 0,016$).

Darbo organizacinė (administracinė) aplinka

Geriau organizacinį komponentą vertinę tyrimo dalyviai, palyginti su blogiau šių faktorių vertinusiai jų kolegoms, dažniau teigė galintys daryti įtaką įstaigos administracijai dėl sprendimų, susijusių su įranga ar darbo erdve (atitinkamai 30,8 proc. ir 11,3 proc.; $p < 0,001$), dažniau pritarė teiginiam, kad įstaigoje resursai paskirstomi teisingai (atitinkamai 30,7 proc. ir 14,6 proc.; $p < 0,001$) ir darbuotojų vertinimas įstaigoje yra teisingas (atitinkamai 38,7 proc. ir 15,7 proc.; $p < 0,001$) (4.5.1 lentelė). Palanki nuomonė dėl teisingo darbuotojų vertinimo bei teisingo resursų paskirstymo įstaigoje statistiškai patikimai siejosi su aukštesniais sinergijos faktoriaus įverčiais, o aukšti kompetencijų faktoriaus įverčiai statistiškai reikšmingai buvo susiję su pozityvia nuostata apie įtaką administracijai prireikus įrangos ar darbo erdvės, palyginti su žemesniais kompetencijos įverčiais (atitinkamai 25,6 proc. ir 16,7 proc.; $p < 0,05$) (4.5.1 lentelė).

Profesinė autonomija

Aukštesni visų trijų faktorių – O, S ir C – įverčiai statistiškai reikšmingai siejosi su palankesne tyrimo dalyvių nuomone dėl savo darbo atlikimo kontrolės (4.5.1 lentelė). Aukščiau organizacinį komponentą vertinę tyrimo dalyviai dažniau pritarė teiginiui, kad turi profesinę autonomiją, palyginti su kolegomis, pateikusiais žemesnį faktoriaus O įvertį (atitinkamai 41,1 proc. ir 28,8 proc.; $p = 0,019$). Analogiška tendencija išryškėjo ir su faktoriumi S – geriau sinergiją komandoje vertinę taip pat dažniau pritarė šiam teiginiui, palyginti su prasčiau sinergiją komandoje vertinusiai tyrimo dalyviais (atitinkamai 42 proc. ir 27 proc.; $p = 0,004$), jie taip pat dažniau pritarė klausimui, kad daro įtaką sprendimams, susijusiems su jų darbu (atitinkamai 52,8 proc. ir 34,4 proc.; $p = 0,001$).

Laiko apribojimai

Šio segmento klausimai siejosi su faktoriaus O ir faktoriaus S įverčiais (4.5.1 lentelė). Prasčiau organizacinį komponentą bei sinergiją tarp komandos narių vertinę tyrimo dalyviai, palyginti su geriau šiuos aspektus vertinusiai, dažniau sutiko, kad neturi laiko darbu, kurį privalo atlikti (atitinkamai faktorius O: 33,1 proc. ir 22,4 proc.; $p = 0,029$; faktorius S: 33,1 proc. ir 22,7 proc.; $p = 0,035$), taip pat kad turi daug darbų ir jų asmeniniai interesai lieka nuošalyje (atitinkamai faktorius O: 59,6 proc. ir 46,7 proc.; $p = 0,019$; faktorius S: 58,8 proc. ir 48 proc.; $p = 0,05$) (4.5.1 lentelė).

Profesinis pripažinimas

Faktorius S ir faktorius O statistiškai reikšmingai siejosi su abiem šio segmento klausimais. Tyrimo dalyviai, prasčiau vertinę organizacinę komponentą ir sinergiją, palyginti su geriau vertinančiaisiais, dažniau sutiko, jog jų pastangos lieka nepastebėtos (atitinkamai faktorius O: 36,3 proc. ir 24,7 proc.; $p=0,023$; faktorius S: 42 proc. ir 20,5 proc.; $p = 0,001$) ir jie nebūna įvertinti už darbus, prie kurių prisideda (atitinkamai faktorius O: 54,1 proc. ir 21,7 proc.; $p=0,001$; faktorius S: 45 proc. ir 31 proc.; $p = 0,009$) (4.5.1 lentelė).

Perdegimo sindromas

Šis segmentas statistiškai reikšmingai siejosi su visais trimis faktoriais (4.5.1 lentelė). Žemesni visų trijų faktorių – O, S ir C įverčiai statistiškai reikšmingai siejosi su pritarimu teiginiui, kad jaučiasi perdegę nuo savo darbo. Blogiau organizacinę komponentą ir sinergiją vertinę tyrimo dalyviai dažniau pažymėjo rytinį nuovargį nei jų kolegos, pateikę aukštesnius O ir S faktorių įverčius (atitinkamai faktorius O: 40,5 proc. ir 24,9 proc.; $p = 0,002$; faktorius S: 42,2 proc. ir 24,3 proc.; $p = 0,001$). Tyrimo dalyviai, pateikę žemesnius faktorių S ir C įverčius, dažniau sutiko su teiginiu, kad jų entuziazmas darbe sumažėjo, palyginti su geriau sinergiją ir kompetencijas vertinusiai jų kolegomis (atitinkamai faktorius S: 25 proc. ir 14,7 proc.; $p = 0,019$; faktorius C: 25 proc. ir 14,2 proc.; $p = 0,014$).

4.5.1 lentelė. Teigiamų atsakymų (kartu skaičiuoti atsakymų variantai „visiškai sutinku“ ir „sutinku“) į klausimus pasiskirstymas faktoriaus O, faktoriaus S ir faktoriaus C grupėse

	Faktorius O				Faktorius S				Faktorius C			
	Organizacinis komponentas				Į tikslą orientuota komandos sinergija				Kompetencijos			
	Prasčiau vertina organizacinį įstaigos komandinio darbo komponentą	Geriau vertina organizacinį įstaigos komandinio darbo komponentą	P reikšmė	P reikšmė	Prasčiau vertina sinergiją tarp komandos narių	Geriau vertina sinergiją tarp komandos narių	P reikšmė	P reikšmė	Prasčiau vertina savo kompetencijas	Geriau vertina savo kompetencijas	P reikšmė	P reikšmė
Komandinės aplinkos suvokimas												
Žmonės pasitiki vienas kitu, kad kiekvienas atliks savo funkcijas	82 (51,6)	102 (61,4)	0,073	0,073	64 (42,7)	120 (68,6)	0,001	0,001	85 (54,1)	99 (58,9)	0,384	0,384
Mano darbo grupės nariai tarpusavyje bendrauja atvirai	63 (39,9)	88 (52,7)	0,021	0,021	51 (33,8)	100 (57,5)	0,001	0,001	63 (40,4)	88 (52,1)	0,035	0,035
Aš esu tarpusavio palaikymą teikiančios darbo grupės narys	61 (39,4)	81 (50,6)	0,044	0,044	50 (34)	92 (54,8)	0,001	0,001	63 (41,2)	79 (48,8)	0,176	0,176
Mano darbo grupės nariai bendradarbiauja vienas su kitu	95 (60,1)	120 (72,7)	0,016	0,016	82 (55)	133 (76,4)	0,001	0,001	103 (66,5)	112 (66,7)	0,967	0,967
Organizacijos ir individualių tikslų atitikimas												
Mano vertybės ir organizacijos vertybės yra panašios	47 (29,4)	97 (58,1)	0,001	0,001	58 (38,2)	86 (49,1)	0,046	0,046	64 (41)	80 (46,8)	0,295	0,295
Mano asmeninės karjeros tikslai sutampa su organizacijos tikslais	44 (27,5)	82 (49,1)	0,001	0,001	47 (31,1)	79 (44,9)	0,011	0,011	55 (35,3)	71 (41,5)	0,245	0,245
Organizacija yra atsidavusi kokybei	71 (44,1)	116 (69,9)	0,001	0,001	71 (47)	116 (65,9)	0,001	0,001	79 (50,3)	108 (63,5)	0,016	0,016

4.5.1 lentelės tęsinys

	Faktorius O		Faktorius S		Faktorius C				
	Organizacinis komponentas		Į tikslą orientuota komandos sinergija		Kompetencijos				
	Prasčiau vertina organizacinių įstaigos komandinio darbo komponentą	Geriau vertina organizacinių įstaigos komandinio darbo komponentą	Prasčiau vertina sinergiją tarp komandos narių	Geriau vertina sinergiją tarp komandos narių	Prasčiau vertina savo kompetencijas	Geriau vertina savo kompetencijas	p reikšmė		
Darbo organizacinė (administracinė) aplinka									
Aš galiu daryti įtaką įstaigos administracijai prireikus įrangos ar erdvės darbui	18 (11,3)	52 (30,8)	0,001	27 (17,9)	43 (24,3)	0,158	26 (16,7)	44 (25,6)	0,049
Mano organizacijoje resursai yra paskirstomi teisingai	23 (14,6)	51 (30,7)	0,001	22 (14,8)	52 (29,9)	0,001	32 (20,6)	42 (25)	0,352
Suaabejojęs priimto sprendimo teisingumu, galiu pasiūlyti naudoti veiksmingą apeliacinę procedūrą	22 (13,8)	44 (27,8)	0,002	19 (13)	47 (27,5)	0,002	33 (21,3)	33 (20,4)	0,840
Administracija visus darbuotojus vertina teisingai	24 (14,9)	65 (38,7)	0,001	24 (15,7)	65 (36,9)	0,001	41 (25,9)	48 (28,1)	0,665
Profesinė autonomija									
Savo darbe aš turiu profesinę autonomiją	46 (28,8)	69 (41,1)	0,019	41 (27)	74 (42)	0,004	55 (35)	60 (35,1)	0,992
Kaip atlikti savo darbą, kontroliuoju aš	95 (59,7)	118 (70,7)	0,039	88 (57,9)	125 (71,8)	0,008	91 (58)	122 (72,2)	0,007
Aš turiu įtaką sprendimams, susijusiems su mano darbu	63 (39,4)	82 (49,1)	0,077	52 (34,4)	93 (52,8)	0,001	69 (43,9)	76 (44,7)	0,891

4.5.1 lentelės tęsinys

	Faktorius O		Faktorius S		Faktorius C				
	Organizacinis komponentas		Į tikslą orientuota komandos sinergija		Kompetencijos				
	Prasčiau vertina organizacinių įstaigos komandinio darbo komponentą	Geriau vertina organizacinių įstaigos komandinio darbo komponentą	p reikšmė	Geriau vertina sinergiją tarp komandos narių	Geriau vertina savo kompetencijas	p reikšmė			
Laiko apribojimai									
Aš neturiu laiko darbui, kurį privalau atlikti	53 (33,1)	38 (22,4)	0,029	51 (33,1)	40 (22,7)	0,035	47 (29,6)	44 (25,7)	0,437
Aš turiu tiek daug darbų, kad mano asmeniniai interesai lieka nuošalyje	96 (59,6)	79 (46,7)	0,019	90 (58,8)	85 (48)	0,05	80 (50,3)	95 (55,6)	0,340
Profesinis pripažinimas									
Mano pastangos dažnai lieka nepastebėtos	58 (36,3)	41 (24,7)	0,023	63 (42)	36 (20,5)	0,001	47 (29,9)	52 (30,8)	0,870
Aš nebūnu įvertintas už darbus, prie kurių prisidedu	86 (54,1)	36 (21,7)	0,001	68 (45)	54 (31)	0,009	63 (40,4)	59 (34,9)	0,309
Perdegimo suvokimas									
Mano entuziazmas darbe sumažėjo	35 (22)	28 (16,9)	0,241	37 (25)	26 (14,7)	0,019	39 (25)	24 (14,2)	0,014
Ryte atsikėlęs jaučiuosi pavargęs prieš dar vieną darbo dieną	66 (40,5)	42 (24,9)	0,002	65 (42,2)	43 (24,2)	0,001	57 (35,8)	51 (29,5)	0,216
Jaučiuosi perdegęs nuo savo darbo	52 (32,7)	31 (18,5)	0,003	48 (31,8)	35 (19,9)	0,014	48 (30,4)	35 (20,7)	0,045

Skirtumai statistiškai reikšmingi, kai $p < 0,05$. Duomenys pateikti, n (proc.).

4.5.1. Slaugytojų funkcijų ir COPAN faktorių sąsajos

Siekiant iširti faktorių sąsajas su slaugytojų atliekamų funkcijų skaičiumi, visos respondentės buvo suskirstytos į dvi grupes – pasyviai ir aktyviai sveikatos priežiūroje dalyvaujančias slaugytojas (4.5.1.1 lentelė). Slaugytojų įsitraukimas į sveikatos priežiūrą buvo vertintas pagal jų atliekamų funkcijų skaičių – į klausimyną buvo įtrauktos 8 funkcijos, kurias bendrosios praktikos slaugytojos turėtų teikti socialinės rizikos šeimų grupėms ir kitiems PSP pacientams. Slaugytojų atliekamų funkcijų klausimyno vidinis nuoseklumas buvo aukštas – *Cronbach alfa* buvo 0,85. Pasyviai funkcijas atliekančių slaugytojų grupei priskyrėme slaugytojas, atliekančias keturias ir mažiau funkcijų (49,1 proc.), o penkias ir daugiau funkcijų atliekančios slaugytojos buvo priskirtos aktyviai dalyvaujančių slaugytojų grupei (50,9 proc.).

Vertinant slaugytojų pasiruošimą atlikti funkcijas, į klausimyną buvo įtraukti 12 veiksmų, kuriuos jos turėtų atlikti, teikdamos paslaugas PSP pacientams. Veiksmų, susijusių su pasirengimu atlikti funkcijas, klausimyno vidinis nuoseklumas buvo aukštas – *Cronbach alfa* 0,96. Išsami tyrimo analizė, susijusi su slaugytojų aktyvumu ir pasirengimu atlikti funkcijas, yra pateikta publikacijoje recenzuojamame žurnale (žr. publikacijų sąrašą disertacijos tema).

4.5.1.1 lentelė. Slaugytojų požiūris į atliekamas funkcijas ir pasirengimą atlikti funkcijas

Faktoriai	<i>Cronbach alfa</i>	Koreguota tarpusavio koreliacija	<i>Cronbach alfa</i> pašalinus klausimą	KMO	Kintamųjų sklaidos dalis	Faktorių svoriai
<i>Slaugytojų pasiruošimas funkcijų vykdymui</i>						
Asmens ar šeimos slaugos poreikių nustatymas	0,96	0,69	0,96	0,93	72,24	0,73
Priežiūros prioritetų nustatymas		0,75	0,96			0,78
Poreikių, kuriuos gali patenkinti slaugytojas, ir poreikių, kuriuos turi spręsti kiti specialistai, diferencijavimas		0,80	0,96			0,83
Šeimos narių, artimųjų įtraukimas į sveikatos priežiūrą ir palaikymą		0,71	0,96			0,75
Slaugos veiksmų planavimas		0,90	0,96			0,93
Slaugos rezultatų nustatymas		0,85	0,96			0,88
Slaugos plano aptarimas su asmeniu bei kitais šeimos nariais		0,87	0,96			0,90

4.5.1.1 lentelės tęsinys

Faktoriai	Cronbach alfa	Koreguota tarpusavio koreliacija	Cronbach alfa pašalinus klausimą	KMO	Kintamųjų sklaidos dalis	Faktorių svoriai
Slaugymas ir slaugos koordinavimas pagal sudarytą planą	0,96	0,82	0,96	0,93	72,24	0,86
Slaugos plano papildymas, atsiradus neplanuotų pokyčių		0,85	0,96			0,88
Pakitusios paciento situacijos fiksavimas dokumentuose		0,80	0,96			0,85
Slaugos rezultatų vertinimas pagal pasiektus tikslus		0,88	0,96			0,91
Planuotų slaugos priemonių efektyvumo nustatymas		0,86	0,96			0,89
Slaugytojų atliekamos funkcijos						
Renka ir analizuoja informaciją apie socialinės rizikos šeimų poreikius socialinėms paslaugoms	0,85	0,60	0,83	0,87	51,04	0,72
Informuoja ir konsultuoja socialinių problemų turinčias šeimoms dėl socialinių paslaugų teikimo		0,69	0,82			0,81
Informuoja socialines paslaugas teikiančias tarnybas apie socialinės rizikos šeimų poreikius socialinėms paslaugoms		0,67	0,82			0,79
Įvertina ir nustato socialinės rizikos šeimų socialinių paslaugų poreikį		0,70	0,82			0,81
Pildo slaugomo asmens anketą, kasdieninės veiklos planus		0,47	0,86			0,56
Teikia bendrąsias socialines paslaugas socialinės rizikos šeimoms		0,58	0,83			0,69
Dalyvauja pasitarimuose su socialiniais darbuotojais		0,48	0,84			0,60
Sudaro individualų ilgalaikės priežiūros planą pacientui		0,63	0,83			0,70

Slaugytojų aktyvumas ir pasiruošimas vykdyti funkcijas

Slaugytojų pasiruošimas atlikti funkcijas koreliavo su faktoriais S ir C (4.5.1.2 lentelė). Tyrimo dalyvės, kurių sinergijos įverčiai aukštesni, statistškai reikšmingai dažniau buvo geriau pasirėngusios atlikti funkcijas, paly-

ginti su žemesnį faktoriaus S vertinimą pateikusiomis jų kolegėmis (atitinkamai 63,8 proc. ir 47,8 proc.; $p = 0,042$). Slaugytojos, pateikusios aukštesnius faktoriaus C (Kompetencijos) įverčius, buvo statistiškai reikšmingai geriau pasiruošusios atlikti funkcijas, palyginti su blogesnį faktoriaus C vertinimą pateikusiomis jų kolegėmis (atitinkamai 67 proc. ir 50,7 proc.; $p = 0,038$).

Slaugytojų aktyvumas socialinės rizikos šeimų priežiūroje buvo statistiškai patikimai susijęs su aukštesniais kompetencijų faktoriaus įverčiais (4.5.1.2 lentelė).

4.5.1.2 lentelė. Geriau vertinamų faktorių S, O ir C pasiskirstymas slaugytojų grupėse pagal pasiruošimą atlikti funkcijas ir aktyvumą

	Slaugytojų pasiruošimas atlikti funkcijas		p reikšmė	Slaugytojų aktyvumas		p reikšmė
	Mažiau pasiruošusios	Labiau pasiruošusios		Pasyvesnės	Aktyvesnės	
Faktorius S <i>Į tikslą orientuota komandos sinergija: geresnė sinergija tarp komandos narių</i>	32 (47,8)*	60 (63,8)*	0,042	42 (52,5)	41 (57,7)	0,518
Faktorius O <i>Organizacinis komandinio darbo pagrindas: geriau vertinamas organizacinis įstaigos komandinio darbo pagrindas</i>	27 (40,3)	48 (51,1)	0,177	33 (41,3)	36 (50,7)	0,244
Faktorius C <i>Kompetencijos: geriau vertina savo kompetencijas</i>	34 (50,7)*	63 (67)*	0,038	39 (48,8)*	49 (69)*	0,012

*Skirtumai statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$). Duomenys pateikti, n (proc.).

5. REZULTATŲ APTARIMAS

Tyrimo dalyvių patyrimas, išsakytas sutelktų tikslinių grupių interviu metu, leido identifikuoti pagrindinius PSP komandinio darbo elementus, kurie buvo sugrupuoti į vidinių (komandos narių sinergija, komunikacija bei kompetencija) ir išorinių (komandos struktūra, komandos narių vaidmenys ir atsakomybės bei organizaciniai komandinio darbo aspektai) komponentų grupes. Nustatytų komandinio darbo elementų pagrindu sukurtas originalus komandinio darbo PSP vertinimo instrumentas – Šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų bendradarbiavimo pirminėje sveikatos priežiūroje vertinimo skalė ir išbandytos jo psichometrinės charakteristikos. Dviejų (COPAN-2) ir trijų (COPAN-3) faktorių skalės yra tinkamos naudoti praktikoje žemos integracijos komandinio darbo kontekste. Abu instrumentai trumpi, tinkami praktiškai naudoti PSP įstaigose.

Gilesnė analizė buvo atliekama su COPAN-3 skalės versija, pasirinkta dėl didesnio kompleksiško (trys faktoriai COPAN-3 skalėje, o du faktoriai COPAN-2 skalėje). Analizės rezultatai parodė, kad COPAN-3 yra jautrus instrumentas, leidžiantis diagnozuoti PSP komandos narių profesinę „savi-jautą“ (sinergiją) bei veiklos efektyvumą (organizacinis komponentas ir kompetencijos). Šeimos gydytojai ir slaugytojos, pateikusios aukštesnius COPAN-3 įverčius, statistiškai patikimai palankiau vertino administracinio ir komandinio lygmens darbo aplinką, turėjo labiau išreikštą profesinės autonomijos ir profesinio pripažinimo pojūtį, savo kasdieninėje veikloje rečiau jautė laiko apribojimus bei profesinio perdegimo požymius. Slaugytojos, pateikusios aukštesnius COPAN-3 skalės įverčius, buvo ne tik geriau pasirengusios atlikti savo funkcijas, bet ir praktiškai jas vykdė aktyviau už savo koleges su žemesniais skalės įverčiais.

Tyrimo rezultatai atskleidė komandinės veiklos tobulinimo galimybes PSP įstaigose. Ypatingas potencialas galėtų būti siejamas su didesne komandos narių veiklos diferenciacija, funkcijų išgryninimu ir jų dokumentacija. Atlikta analizė parodė, kad funkcijų aiškumas padeda ne tik harmonizuoti individualias ir organizacijos vertybes bei požiūrį į kokybę, bet ir didinti darbuotojų pasitenkinimą jų profesiniu pripažinimu, įvertinimu, resursų paskirstymo teisingumu organizacijoje bei skatinti slaugytojų profesinę autonomijos raidą, minimizuojant jų perdegimo riziką. Kitas komandinės veiklos tobulinimo resursas – komandinio darbo mokymai. Tiek gydytojai, tiek ir slaugytojos išreiškė tokių mokymų trūkumą sutelktų tikslinių grupių interviu metu, o kiekybinio tyrimo metu tik mažiau kaip pusė tyrimo dalyvių (39 proc.) pažymėjo, kad įstaigose vykdomi komandinio darbo mokymai.

5.1. Šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų bendradarbiavimo pirminėje sveikatos priežiūroje skalės taikymo rezultatų aptarimas

Šio tyrimo metu sukurta daugiadimensinė Šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų bendradarbiavimo PSP vertinimo skalė ir išbandytos psichometrinės jos galimybės (patikimumas ir tinkamumas) šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų grupėse. Išskirtos trys COPAN versijos (COPAN-1, COPAN-2, COPAN-3), kurios skiriasi savo klausimų skaičiumi bei turiniu.

Pradinė ir ilgiausioji COPAN-5 versija susideda iš penkių faktorių, kurie yra svarbūs komandos veiklai: į tikslą orientuota komandos sinergija (faktorius S); organizacinis komponentas (faktorius O); kompetencijos (faktorius C); komandos struktūra ir lyderystė (faktorius L); funkcijų difuzija (faktorius D). Nepaisant gerų COPAN-5 skalės sąsajų su pagrindiniais komandinio darbo komponentais, psichometrinės charakteristikos vis dėlto nebuvo pakankamai geros, galimai tai buvo susiję su mažu faktorių D ir L klausimų skaičiumi, o faktoriai C, O ir S turėjo geras vidines charakteristikas.

Faktorių D sudarė tik du klausimai, jo psichometrinės charakteristikos buvo nepakankamos. Vis dėlto tikėtina, kad šis faktorius yra svarbaus komandinio darbo elemento – paramos arba prisitaikymo komandoje – atitikmuo, kurį akcentuoja E. Salas penkiuose pagrindiniuose komandos savybių komponentuose [66]. Aptardami šį aspektą, Marks su kolegomis pažymi, kad veiksmingai veikiančiai komandai svarbu užtikrinti grįžtamąjį ryšį, padėti komandos nariui atliekant užduotis ir net atlikti užduotį už komandos narį, jeigu yra per didelis darbo krūvis [109]. Labai tikėtina, kad faktorius D mūsų sukurtoje skalėje atspindi būtent šią dimensiją. Šią prielaidą sustiprina aplinkybė, kad pakankamai mažai tyrimo dalyvių (29,3 proc.) teigiamai atsakė į klausimą *Komandos nariai turi pakankamai laiko kokybiškai atlikti procedūras*, todėl išlieka didelė galimybė, kad komandos nariai dėl per didelio krūvio pabaigia darbus už kitą komandos narį. Išskirtas faktorius D taip pat galėtų atspindėti komandos narių galimybes patiems įvertinti ir paskirstyti per didelį darbo krūvį, kas demonstruotų komandos gebėjimą prisitaikyti prie besikeičiančios aplinkos ar sąlygų, tačiau tai taip pat galėtų nulemti prastesnius komandos rezultatus, jeigu vienos užduotys atliekamos kitų užduočių sąskaita [66]. Vertinant šias aplinkybes, būtų prasminga siekti padidinti faktoriaus D (galimai ir faktoriaus L) potencialą bei vidinį nuoseklumą, įtraukiant į šiuos faktorius daugiau klausimų. Tuo tikslu reikėtų atlikti daugiau tyrimų, susijusių su vaidmenų bei funkcijų pasiskirstymu komandoje, bei identifikuoti platesnį aspektų, susijusių su šia dimensija, spektrą. Šio faktoriaus pašalinimas iš skalės sumažintų skalės universalumą.

Trumpesnės COPAN skalės versijos (COPAN-3, COPAN-2) sudarytos iš faktorių *Į tikslą orientuota sinergija*, *Organizacinis komandinio darbo komponentas* bei *Kompetencijos* (tik COPAN-3). Abi skalės sudaro vienodas klausimų skaičius – 13 klausimų, o psichometrinės abiejų versijų charakteristikos yra geros.

COPAN-2 ir COPAN-3 skalės orientuotos į du esminius komandinio darbo aspektus – vidinius ir išorinius veiksnius [80, 110, 111], o skalių naudojimo pasirinkimas galėtų priklausyti nuo specifinio konteksto. COPAN-3 skalės panaudojimas galėtų būti tikslingas vertinti komandinį darbą naujų procesų diegimo etapu, kuomet svarbus vaidmuo skiriamas komandos narių kompetencijoms, o COPAN-2 skalė tinkama vertinant komandinį darbą rutininėmis aplinkybėmis. COPAN-2 ir COPAN-3 skalės turi didelį potencialą jas naudojant kaip paprastus ir greitus įrankius pradiniam komandinio darbo PSP vertinimui atlikti, tačiau dėl skalių naudojimo galimybių kitose aplinkose (pvz., vertinant tarpinstitucinį bendradarbiavimą) būtų tikslingi tolimesni tyrimai.

COPAN skalės palyginimas su kitais komandinio darbo vertinimo instrumentais yra sudėtingas dėl skirtingo konteksto bei skirtingos komandinio darbo terminologijos. Žemos komandinio darbo integracijos sistemose organizacinis komponentas yra ypač svarbus, kadangi vertinami įstaigos procesų valdymai, įstaigos atsižvelgimas į darbuotoją, atlyginimo priklausymas nuo veiklos intensyvumo, o aukštos integracijos komandose vyrauja vidiniai, tokie kaip elgesio ar tarpasmeninių santykių aspektai. Todėl instrumento kūrimo kontekstas gali esmingai paveikti pačią skalės struktūrą – o mūsų atveju tai yra pirma skalė posovietinio bloko šalių PSP komandiniam darbui vertinti. Antra vertus, palyginimai yra sudėtingi dėl literatūroje įvairiai įvardijamų komandinio darbo komponentų, vieningos terminologijos nebuvimo [112]. Tačiau, vertinant apibendrintai, psichologiniai ir elgesio faktoriai vaidina svarbų vaidmenį apibūdinant komandą: lyderystė, komandos orientacija, bendra veiklos vykdymo stebėseną, prisitaikymas, taip pat kognityviniai ir elgesio faktoriai [66, 80]. Mūsų sukurta skalė taip pat apima šiuos komandinio darbo aspektus. Tyrimai rodo, kad, vertinant komandinį darbą PSP, taip pat svarbu atsižvelgti ir į komandos narių funkcijų bei vaidmenų pasiskirstymą, atsakomybių bei kompetencijų pasidalijimą ir tinkamas formalias struktūras [80, 110, 111]. Vis dėlto dauguma instrumentų, skirtų komandiniam darbui tirti, labiau orientuojasi į vidinius komandinio darbo komponentus, o organizacinė aplinka tarsi lieka nuošalyje arba priimama tarsi savaime suprantama [113–115]. Atlikto tyrimo duomenys leidžia teigti, kad, vertinant PSP komandinį darbą Lietuvoje, galimai ir kitose šalyse, kuriose jis yra tik pradinės raidos stadijos, organizacinė aplinka turėtų tapti pagrindiniu taiki- niu. Šiuo metu pasaulyje naudojami PSP komandinės veiklos vertinimo

instrumentai [80] buvo kuriami aukštos komandinės integracijos kontekstuose, kur organizaciniai faktoriai jau yra gerai įtvirtinti ir tuomet dominuojantis komandinio darbo tobulinimo potencialas glūdi vidiniuose faktoriuose, – tai gali paaiškinti didesnę šių instrumentų orientaciją į vidinius komandinės veiklos veiksnius ir santykinį organizacinės aplinkos svarbos ignoravimą.

Mūsų tyrimas pabrėžė organizacinių sprendimų svarbą ankstyvuose komandinio darbo vystymosi etapuose. Sukurtu instrumentu galima greitai nustatyti pagrindinių komandinio darbo aspektų būklę ir stebėti tiek jų natūralią evoliuciją, tiek taikomų vadybinių inovacijų nulemtą dinamiką.

5.2. Šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų komandinio darbo patyrimas PSP ir pagrindiniai elementai

Šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų komandinio darbo patyrimas įvertintas trianguliacijos principu grįsta tyrimų metodologija, kai tam pačiam moksliniam objektui ištirti naudojamos skirtingos metodologinės priemonės [98]: šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų komandinio darbo patyrimui įvertinti taikyta kokybinė ir kiekybinė metodologinė priemonė. Atliktų tyrimų rezultatai leido išskirti vidinių ir išorinių komandinio darbo elementų grupes.

5.2.1. Vidiniai komandinio darbo elementai

Komandos narių sinergija

Etimologiškai žiūrint, pats terminas „sinergija“ (angl. *Synergy*) gali nuskambėti kaip verslo ar populistinis terminas, tačiau iš tiesų jis yra kilęs iš graikiško žodžio *Synergia*, reiškiančio bendradarbiavimą. Komandinio darbo tyrimų kontekste šis žodis plačiai vartojamas, o jo reikšmė yra laikoma viena iš esminių efektyvaus komandinio darbo komponentų.

Tyrimo dalyviai komandinio darbo sinergiją įvertino kaip esminį efektyvios komandos požymį. Vertinant kiekybiškai, didesnė dalis tyrimo dalyvių sutiko, jog jų komandos nariai yra vieningi (64,8 proc.), motyvuoti (61,8 proc.) su vyraujančia pagarba (74,8 proc.) bei bendru požiūriu į darbą (78,5 proc.). Geresnė komandos sinergija buvo statiškai patikimai susijusi su geresniu komandinės aplinkos suvokimu, geresniu organizacijos ir individualių tikslų atitikimu, palankesne darbo (administracine) aplinka, mažesniais laiko apribojimais bei aukštesniu profesinės autonomijos ir pripažinimo vertinimu, mažesniu perdegimo sindromo suvokimu.

Interviu metu tyrimo dalyviai pabrėžė, kad jų bendri komandos narių tikslai yra paciento gerovė, o didžioji dalis tyrimo dalyvių sutiko, kad komandos narius vienija bendri tikslai ir bendras požiūris į darbą (78,5 proc.). Analogiškas tendencijas akcentuoja ir kiti tyrėjai – sinergija komandoje siejama su komandos narių bendro tikslo jautimu, kuris yra vienas iš esminių komandinio darbo elementų, atskiriančių komandą nuo paprastos kartu dirbančių asmenų grupės [66]. Vertinant gydytojų ir slaugytojų profesinius siekius ir vertybes, yra labai daug bendrumo. Tiek gydytojai, tiek slaugytojos kaip neatsiejamą savo profesinio identiteto dalį nurodo PSP tikslų siekimą: tai pacientų sveikatos problemų sprendimas, sveikos gyvensenos propagavimas, sveikatinimo ir ligų kontrolės mokymas bei profilaktika, gydymo ir reabilitacijos paslaugos [90]. S. Pullon atliktame tyrime šeimos gydytojai ir slaugytojos nurodė išskirtinius savo darbo tikslus – tęstinė paciento sveikatos priežiūra, darbas su pacientais ilgus metus, įvairiapusės sveikatos priežiūros pagalbos teikimas pacientams [90].

Sutelktų tikslinių grupių interviu metu identifikuoti tarpusavio pagarbos ir pasitikėjimo aspektai buvo įvardijami kaip esminiai sinergijos komponentai; jaunesni nei 50 metų, privačiose įstaigose dirbantys tyrimo dalyviai, bei slaugytojos, nedirbančios su konkrečiu gydytoju, dažniau nurodė praktikuojantys šias vertybes puoselėjančiose komandose. Kiti tyrimai įvardija tarpusavio pasitikėjimą ir pagarbą kaip esmines prielaidas, labiausiai lengvinančias bendradarbiavimą ir gerinančias PSP komandinį darbą tarp gydytojų ir slaugytojų [90, 91].

Sutelktų tikslinių grupių interviu metu gydytojai įvardijo jiems aktualų darnios komandos komponentą – slaugytojos paklusnumą ir deleguojamų užduočių vykdymą, o slaugytojos savo ruožtu buvo linkusios laukti aiškaus gydytojų lūkesčių slaugytojos veiklai įvardinimo. Remiantis kokybinio tyrimo rezultatais galima daryti prielaidą, kad Lietuvos PSP savo profesinę tapatybę slaugytojos vis dar suvokia ne kaip atskirą, o kaip betarpiškai su gydytoju susijusią ir nuo jo priklausomą veiklą. Žvelgiant istoriškai – slaugytoja ilgus metus dirba šalia gydytojo [116], ir dar praėjusio šimtmečio pradžioje slaugytoja neturėjo aiškaus ir oficialiai apibrėžto statuso, ji buvo gydytojo pagalbininkė. Dar 1917 m. slaugytoja Dock S. aprašo, kad slaugytojos pagrindinė savybė turėtų būti visiškai paklusnumas gydytojui kaip esminė pasitikėjimo prielaida [117].

Šiuolaikinė slaugytojų profesinių vaidmenų evoliucija, jų kompetencijų ir atsakomybių plėtra, įtvirtinta teisės aktuose, universitetinės bei kolegijų studijų programos lėmė reikšmingai didėjančią slaugytojų, kaip savarankiško sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo, vaidmenį sveikatos sistemoje ir esminius bendravimo su gydytojais pokyčius [20, 79, 86]. Deja, mūsų tyrimo re-

zultatai akivaizdžiai liudija šimtmečio senumo relikto gyvavimą PSP komandose – hierarchinį bendravimo modelį. Sutelktų tikslinių grupių interviu metu slaugytojos įvardijo, kad joms neretai būna sunku išreikšti savo pastebėjimus ar abejones gydytojui, tačiau taip pat pabrėžė, kad jaunesni gydytojai sukuria mažiau hierarchinę aplinką nei vyresnės kartos gydytojai. Kitose šalyse atlikti tyrimai rodo, kad sveikatos sistemose išlieka hierarchinio sveikatos priežiūros modelio likučių [118, 119]. Nors nedidelė hierarchija gali būti naudinga, kai greitas sprendimų priėmimas yra ypač aktualus (skubi pagalba, darbas operacinėse ir pan.), maža to, ji sukuria psichologinį saugumo jausmą (kuris minimas daugiau kaip iliuzija, o ne kaip realybė) bei paskyrimų / tvarkos jausmą, tačiau akivaizdu, kad hierarchinė tvarka dažniausiai yra autoritarinė, ir demokratijos tokiame modelyje yra mažai [118].

Sinergija komandoje yra dinamiškas procesas, ji gali būti stiprinama pasitelkiant aiškius komandos tikslus, ugdoma ir formuojama tarpusavio pasitikėjimu ir pagarbos puoselėjimu bei grindžiama bendru supratimu apie vieni kitų funkcijas, komunikaciją ir tarpusavio sąveiką.

Komandos narių komunikacija

Sutelktų tikslinių grupių interviu metu tyrimo dalyviai akcentavo komunikacijos svarbą komandoje, dalijosi patiriamais sunkumais komunikuojant tarpusavyje – pavyzdžiui, deleguojant kolegai užduotis arba dalijantis neigiamais patirtimi. Tyrimai rodo, jog, siekiant efektyvios gydytojo ir slaugytojos komunikacijos, reikalingas abipusis išitraukimas ir grįžtamasis ryšys, leidžiantis įvertinti komunikacijos kokybę [120]. Toks bendravimas tarp gydytojo ir slaugytojos lemia geresnę komandinę darbą, konfliktinių situacijų ir profesinių klaidų mažėjimą, pasitenkinimo savo darbu didėjimą [110, 119]. Šeimos gydytojai ir slaugytojos dar studijų metais mokosi bendrauti su pacientais, išsiaiškinti paciento problemas ir jas spręsti, tačiau tarpusavio bendravimo niuansai, lūkesčiai, problemos bei jų sprendimo būdai lieka nuošalyje.

Tyrimo duomenų analizė atskleidė, kad geresnis savo kompetencijų žinojimas siejosi su pozityviu komunikacijos komandoje vertinimu. Didžioji dalis tyrimo dalyvių nurodė partnerystę grįstus santykius komandoje (72,6 proc.), taip pat nurodė sėkmingai komunikuojantys tarpusavyje (66,4 proc.). Geresnę komunikaciją dažniau pažymėjo jaunesni negu 50 m. tyrimo dalyviai, palyginti su vyresniaisiais. Kokybiniame tyrime taip pat išryškėjo kartų skirtumas, kai tyrimo dalyviai nurodė, jog komunikacija yra geresnė bendraujant su jaunesniais specialistais. Tikėtina, kad geresni komunikaciniai įgūdžiai leistų komandos nariams labiau išgryninti pačią komandos

struktūrą ir geriau suprasti savo vaidmenis komandoje. Efektyvios komunikacijos tobulinimas, kai skatinamas aktyvus klausymasis, gebėjimas tinkamai perduoti norimą informaciją, grįžtamojo ryšio perdavimas bei empatija yra svarbus komandinio darbo, kartu ir sinergijos komponentas [120]. Komunikacijos mokymai turėtų reikšmingos įtakos šio elemento tobulinimui, kartu realizuodami ir organizacijos atsakomybę, skatinant savo darbuotojų minkštųjų kompetencijų vystymą.

Komandos narių kompetencijos

Besivystant ir keičiantis komandai, labai svarbu persvarstyti ir komandos narių funkcijas bei kompetencijas. Dauguma tyrimo dalyvių nurodė manantis, kad kiekvienas komandos narys yra kompetentingas atlikti jam priklausančias funkcijas, o vyresni tyrimo dalyviai tokios nuomonės laikėsi rečiau nei jaunesni. Galbūt tai galima sieti su darbo patirtimi, kai, anot S. Pullon, per laiką užsitarnaujama (arba taip ir neužsitarnaujama) pagarba bei pasitikėjimas. Profesinė kompetencija nulemia pagarbą ir pasitikėjimą, o pagarba yra įgyjama už kompetenciją [90]. Tarpusavio pasitikėjimas nėra duotybė, jis yra užsitarnaujamas ir ugdomas per tam tikrą laiką, kai kompetentingas specialistas gali užsitarnauti pagarbą savo veiksmais, o tai gali lemti profesinį pasitikėjimą juo [90]. Abipusei pagarbai išugdyti reikalingas ir pripažinimas bei sugebėjimas vieniems vertinti kitų įgūdžius, nežeminant vienos ar kitos profesijos. Kartais pasitaikantis gydytojų nepasitikėjimas slaugytojų kompetencija yra vienas iš barjerų sėkmingai dirbti kartu [95, 96].

Kita vertus, gali būti, kad jaunų specialistų požiūris skyrėsi dėl kokybiškai kitokio pasirengimo – tačiau šį reiškinį nulėmusių aplinkybių analizei atlikti būtų tikslingi tolimesni tyrimai. Mosser teigia, kad, norint iš esmės suprasti, kaip veikia komandinis darbas sveikatos sistemoje, yra būtina pradėti nuo specifinių žinių, įgūdžių ir vertybių, kurios yra reikalingos kiekvienam komandos nariui, o šias tris savybes apibūdina žodis kompetencija [25]. Šių specifinių savybių žinojimas gali būti naudingas ir rengiant mokymo programas studentams, rezidentams, o jau praktikuojančius specialistus galima vertinti pagal nustatytą konkrečių kompetencijų lygį [79, 121].

Sutelktų tikslinių grupių interviu tiek gydytojai, tiek ir pačios slaugytojos diskutavo apie kompetencijų svarbą, kai daugiau dėmesio buvo skiriama slaugytojų kompetencijos trūkumui. Didesnis dėmesys slaugytojoms galimai buvo dėl to, kad gydytojai linkę kritiškai vertinti jų darbą, pačios slaugytojos taip pat save vertina kritiškiau, o apie gydytojų kompetencijų trūkumą nebuvo diskutuota galimai dėl jų kompetencijų kontrolės įstaigoje trūkumo. Kiekybiškai tyrinėjant kompetencijų segmentą nustatyta, kad nuomonė apie įstaigoje vykdomą darbuotojų kompetencijų kontrolę statistiškai patikimai

skyrėsi gydytojų ir slaugytojų grupėse. Gali būti, kad kompetencijų kontrolė įstaigoje iš esmės aktyviau vykdoma tarp slaugytojų, tačiau taip pat tikėtina, kad gydytojai kritiškiau nei slaugytojos vertina įstaigoje vykdomą darbuotojų kompetencijų kontrolę.

Globalios tendencijos rodo, jog slaugytojų vaidmuo šiuolaikinėje sveikatos sistemoje reikšmingai didėja [28, 38, 78, 122]. Nustatyta, kad Lietuvoje šeimos gydytojai net 22 proc. darbo dienos laiko skiria funkcijoms, kurios nereikalauja gydytojo kompetencijų, atlikti [123]. Besivystant PSP, galima tikėtis pareigybių pasidalijimo ir perdavimo kitoms specialybėms, pavyzdžiui, išplėstinės praktikos slaugytojai, kuri turėtų tiesioginę atsakomybę už pacientą ir perimtų dalį šeimos gydytojo funkcijų. Įvairiose šalyse steigiamos specialybės slaugytojų, kurios turi daugiau autonomijos negu įprastinė bendrosios slaugytojos praktikos veikla [58]. Tokie pokyčiai vyksta ir Lietuvos sveikatos sistemoje [124].

Pagal naujai priimtą Lietuvos sveikatos sistemos plėtros teisės aktą, PSP komandą papildė išplėstinės praktikos slaugytojos, kineziterapeutai ir socialiniai darbuotojai [8]. Nuo 2015 m. pradėtos rengti išplėstinės praktikos slaugytojos, kurių kompetencijos yra daug platesnės negu bendrosios praktikos slaugytojų, dirbančių PSP, ir tikimasi, jog tai bus reikšmingas žingsnis į sveikatos sistemos gerinimą [124]. Tokie komandos darbo PSP pokyčiai kelia nemažai iššūkių, kadangi atsiranda naujų pareigybių, o dalis jų persidengia, todėl reikalingos komandinio darbo gairės bei mokymai, kur visi PSP komandos nariai suderintų bendradarbiavimo modelius, įsisavintų savo bei kitų funkcijas ir suprastų, kaip gali bendradarbiauti ir dirbti komandoje [125, 126].

5.2.2. Išoriniai komandinio darbo veiksniai

Komandos narių vaidmenys, atsakomybės ir funkcijų aiškumas

Duomenų analizės metu išryškėjo, kad funkcijų aiškumas yra vienas iš pagrindinių šeimos gydytojų ir slaugytojų komandinio darbo elementų. Funkcijos statistiškai reikšmingai siejosi su pozityviau vertinamu komandinės aplinkos suvokimu, organizacijos ir individualių tikslų atitikimu, geresne organizacine aplinka, geresniu profesinės autonomijos suvokimu, geresniu profesinio pripažinimo suvokimu bei mažesniu perdegimo suvokimu.

Organizacinės ir komandinės aplinkos suvokimas. Aiškias savo funkcijas turintys tyrimo dalyviai pozityviai vertino komandinės aplinkos suvokimą, jie nurodė turintys bendrą tikslą darbe (93,4 proc.) bei tarpusavio pagarbą (91,8 proc.), taip pat gerai bendraujantys (81,6 proc.) ir bendradarbiaujantys (75 proc.) tarpusavyje. O pačios organizacijos aplinkos vertinimas tiek slaugytojų, tiek ir gydytojų grupėse buvo nepalankus – tik mažiau kaip

trečdalis tyrimo dalyvių sutiko su teiginiais šiame segmente, o slaugytojų grupėje išryškėjo funkcijų aiškumo statistiškai reikšmingos sąsajos, kai neaiškias funkcijas turinčios slaugytojos rečiau pritarė vertinant resursų paskirstymo teisingumą (10 proc.), įtakos administracijos sprendimams (11,3 proc.) bei veiksmingos apeliacinės procedūros pasinaudojimo galimybes (9,1 proc.). Kanadoje atliktas tyrimas pabrėžė įstaigos darbo organizavimo svarbumą siekiant geresnio slaugytojos integravimo į PSP komandinę veiklą ne tik modifikuojant sveikatos priežiūros centrų administracijos veiksmus, įdiegiant slaugytojų ir gydytojų praktinius mokymus, bet ir specifinę šeimos gydytojų paramą slaugytojoms integruotis į praktiką [127]. Tyrimų rezultatai rodo, kad reikėtų daugiau dėmesio skirti slaugytojos profesinio identiteto stiprinimui priminėje sveikatos priežiūroje, didinant jos atliekamų pareigų ir atsakomybių aiškumą. Pasak S. Pullon, *tik tuomet, kai gydytojas ir slaugytoja turi savo aiškius profesinius identitetus ir supranta vienas kito pareigas, bus pasiektas pasitikėjimas ir abipusė pagarba* [90]. Tačiau akivaizdu, kad ir kitose šalyse susiduriama su sunkumais siekiant geresnio komandinio darbo ir geresnio slaugytojos bei gydytojo bendradarbiavimo.

Funkcijų persidengimas ir atsakomybės ribos. Aiškiai reglamentuoti komandos narių vaidmenys, diferencijuotos jų funkcijos, savarankiškas patikėtų veiklų atlikimas ir atsakomybės už savo darbą prisiėmimas – šie elementai sutelktų tikslinių grupių interviu metu išryškėjo kaip kartinė komandinės veiklos prielaida, savotiškas PSP komandinės veiklos pagrindas. Tyrimo dalyviai išsakė sunkumus, kylančius praktinėje veikloje dėl persidengiančių vaidmenų, skirtingai suvokiamų atsakomybės ribų ir apskritai nepakankamo informuotumo, susijusio su pareiginėmis funkcijomis, – šie aspektai buvo įvardijami kaip dažniausios konfliktų ir įtampos priežastys ir trukdžiai efektyviam darbui. Pavyzdžiui, slaugytojos, stokodamos aiškių pareiginių funkcijų konstatavimo, laviruoja tarp nepakankamo ir pernelyg didelio įsitraukimo į sveikatos priežiūrą, o bet kuris pasirinkimas sukelia tiek asmeninį slaugytojos, tiek šeimos gydytojo nepasitenkinimą. Kitose šalyse atliktų tyrimų rezultatai rodo, kad profesinių funkcijų aiškumas yra vienas kertinių veiksmų, lemiančių sėkmingą komandinį darbą [62, 128]. Tiksliai nurodytos funkcijos, reglamentuotos atitinkamuose dokumentuose, yra svarbios gerinant ne tik slaugytojų integraciją PSP, bet ir teikiamų paslaugų kokybę, o vaidmenų ir atsakomybių sumaištis yra esminis tarpprofesinio bendradarbiavimo barjeras [129], be to, aiškaus sutarimo dėl PSP komandos narių vaidmenų stoka trukdo visavertiškai išnaudoti PSP komandų potencialą, siekiant veiksmingai valdyti lėtines ligas [130].

Profesinė autonomija. Slaugytojų grupėje aiškios komandos narių funkcijos statistiškai reikšmingai siejosi su labiau išreikštu profesinės autonomijos

požiūriu, jos pozityviau vertino savarankišką įtaką sprendimams, darbo atlikimo kontroliavimą bei laiką, skirtą darbui atlikti, o gydytojų grupėje statistškai reikšmingų skirtumų šiame segmente nebuvo. Kitų šalių praktika rodo, kad, siekiant savarankiškesnio ir efektyvesnio komandinio darbo, būtina aiškiau apibrėžti darbuotojų funkcijas, tikslinti pareigines ir darbo instrukcijas, geriau supažindinti darbuotojus su įstatymų baze [127]. Kanadoje atlikti tyrimai parodė, kad sėkmingiausiai šiuos tikslus galima pasiekti kuriant kompleksinę valstybinę strategiją, formuojančią sveikatos priežiūros centrų administracijos veiksmus, organizuojančią slaugytojų ir gydytojų praktinius mokymus [127]. Tačiau literatūroje pasitaiko ir kitokių nuomonių, teigiančių, kad griežti pareigybiniai protokolai nėra reikalingi, kadangi jie gali apriboti profesinę autonomiją ir lankstumą, ypač esant neeilinėms situacijoms, mažinti nepriklausomą mąstymą ir medicininių problemų sprendimą prilyginti maisto gaminimo receptų knygai [131].

Perdegimo suvokimas. Funkcijų aiškumas ir perdegimo suvokimas buvo ryškesnis slaugytojų grupėje, o jų perdegimo suvokimas buvo reikšmingai mažesnis aiškių funkcijų respondentų grupėje. Profesinis perdegimas yra plačiai paplitęs tarp gydytojų ir slaugytojų [132, 133]. Tyrimais įrodyta, kad mažesnis perdegimo suvokimas tiesiogiai siejasi su palankesne organizacine aplinka [61, 134]. Tyrimais nustatyta, kad didelė dalis gydytojų ir slaugytojų jaučia profesinį perdegimą, jų emociniai bei fiziniai ištekliai išsekvojami, todėl jie jaučiasi tarsi būtų „išsunkti“ ir „panaudoti“ [61]. Kartais tai gali sukelti neigiamą, cinišką ir net priešišką požiūrį į pacientus, gali įvykti jų profesinio vaidmens depersonalizacija, kai paslaugas teikti pradeda pacientams ne kaip gyviems žmonėms, bet kaip objektams [134]. Tai pat gali atsirasti ir neigiamas savęs vertinimas, nekompetencijos jausmas, kasdienis darbas gali tapti neefektyvus [134]. Komandinio darbo stiprinimas ir darbo aplinkos gerinimas gali lemti mažesnę nepasitenkinimą darbu ir perdegimo suvokimą, reikia pačios įstaigos įsitraukimo į geresnį darbo koordinavimą ir organizavimą [61, 135].

Organizaciniai veiksniai

Tyrimo dalyviai sutelktose tikslinėse grupėse plačiai diskutavo apie organizacinę darbo PSP pusę, pabrėždami finansinę motyvaciją, optimalias darbo sąlygas, geresnį darbo organizavimą ir reikalingas komandos formavimo iniciatyvas. Australų mokslininkė S. Pullon, naudodama kokybinio tyrimo metodiką, nustatė panašius organizacinius veiksnius, kurie turi įtakos komandiniam darbui: sveikatos sistemos politika ir PSP finansavimo modeliai, įstaigų vidinis organizavimas ir sveikatos darbuotojų mokymai [91]. Kiekybinio tyrimo duomenų analizė atskleidė, kad organizaciniai faktoriai

šėimos gydytojų ir slaugytojų požiūriu vertinami mažai palankiai, šio segmento klausimus tyrimo dalyviai dažniau vertino neigiamai.

Atlygis ir finansiniai aspektai. Vienas prasčiausiai vertintų aspektų – atlyginimo priklausymas nuo vykdomos veiklos intensyvumo (26 proc.). Jaunesni, mažesniu krūviu dirbantys tyrimo dalyviai palankiau vertino įstaigos atsižvelgimą į savo darbuotojų poreikius. Individualios algos apskaičiavimo sistemos kiekvienoje institucijoje skiriasi. Akivaizdu, kad skirtingų PSP komandos narių mokėjimo politikos nesinchronizavimas gali neigiamai paveikti komandos sinergiją. Pavyzdžiui, kai kuriose PSP institucijose bendrosios praktikos gydytojo atlyginimai priklauso nuo jo ar jos sąrašė esančių pacientų skaičiaus (kapitacinio mokesčio), tačiau slaugytojos gauna fiksuotą atlyginimą. Taigi gydytojai paprastai yra suinteresuoti turėti daugiau prisirašiusių pacientų, o slaugytojoms tokio intereso nėra. Jų atlyginimai nepadidėja nuo atliekamo darbo intensyvumo, tačiau, esant didesniai pacientui srautui, jos turi dirbti daugiau už nesikeičiantį atlygį. Australijoje atlikto tyrimo rezultatai patvirtina mūsų įžvalgas, kad skirtingas apmokėjimas gydytojams ir slaugytojams už atliekamas panašias ar tokias pačias paslaugas (angl. *fee-for-service*) sukuria barjerus dirbti komandoje [91].

Procesų valdymas. Rezultatų analizė atskleidė, kad didžiąjai daliai tyrimo dalyvių buvo aišku, kokie darbuotojai sudaro komandą ir kas jai vadovauja, tačiau procesų valdymas buvo vertinamas nepalankiai, kai tyrimo dalyviai nurodė laiko trūkumą procedūroms atlikti bei nepakankamą pacientų srautų valdymą. Mosser su kolegomis komandos struktūrą ir jos valdymą įtraukia į penkių svarbiausių komandinio darbo sveikatos sistemoje komponentų sąrašą, kartu su komandos bendradarbiavimu, komandos orientacija ir komandos dėmesio centru [25]. Akivaizdu, kad, siekiant veiksmingo komandinio darbo priminėje sveikatos priežiūroje, būtini aiškūs susitarimai dėl procesų valdymo, komandos struktūros ir lyderystės, o dirbantieji turi ne tik juos žinoti, bet ir jais vadovautis. Studijų metu nėra mokoma, kas sudaro komandas ir kaip jose dirbti, tai priimama kaip savaime suprantamas ir išmokstamas darbo vietoje aspektas. Neretai šeimos gydytojas traktuojamas kaip pagrindinis lyderis Lietuvos PSP, kadangi, vadovaujantis teisės aktais, jis yra atsakingas už paciento sveikatą [73], tačiau PSO akcentuoja, kad PSP reikalingas darbo pasidalijimas, ir šeimos gydytojas matomas kaip PSP komandos narys, o ne „solo“ specialistas, teikiantis daugumą su PSP susijusių paslaugų [28, 122].

Organizacijos darbo aplinka. Organizacinis komandinio darbo komponentas turėjo reikšmingą teigiamą įtaką palankesniai šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų vertinimui atsakant į klausimus, susijusius su geresniu komandinės aplinkos suvokimu, geresniu organizacijos ir individualių tikslų atitikimu, geresne darbo (administracine) aplinka, mažesniais

laiko apribojimais. Mokslininkė Leggat S. knygoje apie sveikatos priežiūros įstaigų valdymą rašo, kad įstaigos veikla turi būti grindžiama lyderystės principais, kai ne tik atsižvelgiama į paslaugas gaunančius pacientus, bet ir kreipiamas didelis dėmesys į tas paslaugas teikiančius gydytojus, slaugytojus ir visą sveikatos priežiūros personalą [65]. Sveikatos priežiūros organizavimas yra kompleksinis, kai tarpusavyje betarpiškai susijusios įvairios medicinos ir ne medicinos sritys. Deja, pacientų poreikiai ir lūkesčiai gali būti begaliniai, o ištekliai tiems poreikiams patenkinti yra labai riboti.

Perdegimo suvokimas. Įstaigos organizaciniai aspektai, kaip ir anksčiau aptartas funkcijų aiškumas, turėjo teigiamą įtaką geresniam profesinės autonomijos ir pripažinimo suvokimui bei mažesniai perdegimo sindromo suvokimui. Mokslinėje literatūroje įstaigos organizaciniai veiksniai, pavyzdžiui, neigiamas vadovavimo elgesys, prasta socialinė parama darbo aplinkoje, dideli darbo krūviai ir lūkesčiai, nepakankamas atlygis, sunkesnis tarpasmeninis bendradarbiavimas ir ribotos galimybės siekti tobulinimosi įvardijami kaip prielaidos profesiniam perdegimui atsirasti [61, 134].

5.3. Komandinio darbo mokymai šeimos gydytojams ir bendrosios praktikos slaugytojoms

Remiantis tyrimo rezultatais, komandinio darbo mokymai galėtų būti vienas iš pagrindinių elementų siekiant efektyvesnio bendradarbiavimo tarp šeimos gydytojų ir slaugytojų. Tyrimo dalyviai diskutavo apie mokymų poreikį ne tik savo kompetencijoms didinti, bet ir tarpusavio bendradarbiavimui gerinti. Deja, tik trečdalis tyrimo dalyvių teigė, kad įstaigoje vykdomi komandinio darbo mokymai.

Siekiant pagrindinio sveikatos sistemos tikslo – kokybiškų paslaugų pacientui ir jo saugumo, reikalingas geras tarpprofesinis bendradarbiavimas, kuris padeda sveikatos darbuotojams būti geriau pasirengusiems reaguoti į įvairius pacientų sveikatos priežiūros poreikius [38]. Pasaulio patirtis rodo, jog bendradarbiavimo mokymai sveikatos sistemos darbuotojams yra reikalingi, o pradėti juos derėtų dar studijuojantiems pirmuosiuose kursuose [136, 137]. Amerikiečių mokslininkų rekomendacijose nurodyta, kad mokymai turėtų būti tęstiniai, o jų apimtis didėti proporcingai profesiniam pasirengimui – pradedant nuo pirmųjų studijų kursų, tęsiant juos magistrantūroje ir rezidentūroje, o vėliau jau dirbant konkrečiose darbo vietose [137]. Mūsų tyrimo dalyviai nurodė besimokančios organizacijos bruožus, tačiau tik nedidelė jų dalis pritarė, kad įstaigoje vykdomi komandinio darbo mokymai.

Pasak literatūros šaltinių, atitinkami mokymai šeimos gydytojams ir slaugytojoms apie vieni kitų funkcijas ir atsakomybes galėtų pagerinti jų bendrą darbą. Geriausių rezultatų galima būtų tikėtis, jeigu tokie mokymai

būtų vedami jiems kartu [125, 126]. Įdiegus bendrus mokymus ir užsiėmimus dar studijų programose gydytojams ir slaugytojoms, galima tikėtis efektyvesnės komunikacijos ir bendradarbiavimo jiems pradėjus dirbti PSP klinikoje, galbūt tikėtis net tradicinės hierarchinės sistemos sumažėjimo [138]. Lietuvoje atliktas tyrimas patvirtina kitų šalių tyrėjų išvalgas, kad tarp-profesiniai mokymai turi įtakos studentų požiūriui į komandinį darbą ir į savo studijuojamų būsimų profesijų vaidmenį komandoje, pavyzdžiui, studentai rečiau pritarė klausimams apie tik į gydytoją orientuotą priežiūros teikimą pacientams bei geriau vertino priežiūros kokybę grįstą komandinio darbo principais [139]. Atsižvelgiant į Lietuvą ir kitose šalyse atliktus tyrimus, galima daryti prielaidą, jog tarpprofesiniai mokymai galėtų nulemti geresnį komandinį darbą sveikatos priežiūros įstaigose bei padidintų darbuotojų pasitenkinimą darbu [140].

5.4. Mokslinio darbo ribotumas

Pirmasis galimas ribotumas būtų, jog tyrime dalyvavo respondentai tik iš vieno centrinio, urbanizuoto Lietuvos regiono, sudarančio apie 14 proc. viso Lietuvos gyventojų skaičiaus. Tačiau regiono ekonominiai ir sveikatos rodikliai yra artimi bendriems Lietuvos vidurkiams. Tikėtina, kad mažesnių miestų ir kaimo vietovių PSP praktikų patirtis gali būti skirtinga, todėl siekiant geriau suprasti šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų požiūrį į komandinį darbą bei komandinio darbo patirtį ateityje būtų prasminga tyrimą plėtoti ir kituose kontekstuose.

Kitas tyrimo ribotumas yra tai, jog didžioji dauguma tyrimo dalyvių buvo moterys, todėl vyrų požiūris į komandinį darbą PSP gali būti nepakankamai atskleista. Kita vertus, mūsų tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal lytį atspindi situaciją Lietuvos PSP, kadangi moterys gydytojų grupėje sudaro daugiau nei 85 proc., o bendrosios praktikos slaugytojų grupėje 100 proc.

Trečiasis apribojimas susijęs su sprendimu iš visos PSP komandos į tyrimą įtraukti tik šeimos gydytojus ir bendrosios praktikos slaugytojus. Skirtingų profesinių grupių atstovų patyrimas galėjo praturtinti tyrimą naujomis išvalgomis, tačiau sprendimas apsiriboti tik šeimos gydytojais ir bendruomenės slaugytojais buvo grįstas galiojančia teisės aktų norma, nusakančia, jog pagrindiniai PSP komandos nariai yra šeimos gydytojai ir bendruomenės slaugotojai [8].

Dar vienas tyrimo ribotumas būtų susijęs su sprendimu šiame etape nebetobulinti COPAN-5 skalės. Penkių faktorių skalė galimai kompleksčiau atskleistų komandinio darbo patyrimą PSP kontekste bei papildytų komandinio darbo tobulinimo sritis, todėl šia kryptimi būtų tikslingi tolimesni tyrimai.

IŠVADOS

1. Tyrimo duomenų analizės rezultatai atskleidė šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų požiūriu aktualius komandinio darbo elementus, kuriuos suskirstėme į dvi grupes: vidinius komandinio darbo elementus (komandos narių sinergija; komandos narių komunikacija; komandos narių kompetencijos); išorinius komandinio darbo elementus (komandos narių vaidmenys, atsakomybės ir funkcijų aiškumas; organizaciniai veiksniai).
2. Naujai sukurta ir validuota Šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų bendradarbiavimo pirminėje sveikatos priežiūroje vertinimo skalė yra patikimas įrankis šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų bendradarbiavimui PSP kontekste vertinti. Nustatyti penki pagrindiniai faktoriai: į tikslą orientuota komandos sinergija (faktorius S); organizacinis komandinio darbo komponentas (faktorius O); kompetencijos (faktorius C); komandos struktūra ir lyderystė (faktorius L); funkcijų difuzija (faktorius D). Trumposios versijos (COPAN-2 ir COPAN-3) turi pakankamai geras psichometrines savybes, kad galėtų būti taikomos praktikoje. Šios skalės gali būti pritaikomos kaip paprasto ir greito vertinimo įrankiai PSP komandinio darbo vertinimui atlikti.
3. Atlikto tyrimo rezultatai leidžia teigti, kad pirminėje sveikatos priežiūroje komandinio darbo tobulinimo potencialas glūdi vidinių ir išorinių komandinio darbo elementų tobulinime, specifiskai atkreipiant dėmesį į sinergijos, organizacinio komponento ir kompetencijų gerinimą. Aiškios, patvirtintos ir dokumentuojamos komandos narių, ypač bendrosios praktikos slaugytojų, funkcijos, bei veiklos gairės potencialiai galėtų užtikrinti sklandesnę įstaigos darbo organizavimą bei komandinio darbo efektyvumą tobulinant sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procesus.

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Komandinio darbo PSP gerinimui rekomenduojamos priemonės:

- Sutariama ir įvardinama komandos struktūra, konkretūs komandos nariai ir lyderystė komandoje;
- Aiškiai diferencijuojamos šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų (bei kitų komandos narių) veiklos bei apibrėžiama jų tarpusavio sąveika;
- Visi šeimos gydytojų ir slaugytojų atliekami veiksmai dokumentuojami;
- Slaugytojų autonomijos didinimas: funkcijų plėtra, savarankiškumas jas atliekant, prisiimama individuali atsakomybė už savo kompetencijos ribose atliekamus veiksmus, aiškios atsakomybės ribos;
- Komandos narių (šeimos gydytojų ir bendruomenės slaugytojų) apmokėjimo politikos sinchronizavimas;
- Įdiegiami individualūs ir komandų gerieji darbo rodikliai, pagal kuriuos vertinami ir skatinami darbuotojai;
- Sutiriamas ir skiriamas pakankamas laikas konsultacijoms bei procedūrų atlikimui.
- Efektyvinamas pacientų srautų valdymas;
- Informacija apie įstaigos vidaus tvarkos pokyčius aptariama specialių bendrų įstaigos darbuotojų susitikimų metu;
- Reguliarių komandos narių susitikimų užtikrinimas:
 - Komandos narių susitikimai turi būti reguliarūs, tam turi būti paskiriamas specialus darbo laikas ir vieta.
 - Susitikimai turi turėti numatomą programą ir susitikimo organizatorių.
 - Susitikimų metu reflektuojama apie atliktus darbus, progresą, aptariamos iškilusios tiek individualios tiek ir darbinės problemos.
 - Komandos susitikimai yra geriausia galimybė sutelkti darbuotojus, kur jie galėtų jaustis laisvai vienas su kitu, geriau pažintų vieni kitus, pasidalintų grįžtamuoju ryšiu, gautų reikiamus patarimus, tarpusavio paramą ir pagalbą.
- Bendrų mokymų šeimos gydytojams ir bendrosios praktikos slaugytojoms apie darbą komandoje organizavimas:
 - Įstaigoje vykdomi mokymai, kurie vedami bendrai visiems komandos nariams.
 - Mokymų temos turi būti nukreiptos į komandinio darbo pagrindinių elementų tobulinimą (pavyzdžiui, vieni kitų vaidmenų ir funkcijų

- supratimą, bendradarbiavimo būdus) ir tarpusavio pagarbos bei pasitikėjimo stiprinimą (pavyzdžiui, komunikacijos gerinimą, tarpusavio konfliktų sprendimo būdus ir valdymą, tarpusavio sąveikos būdus).
- Galimybės komandos nariams pasidalinti patirimi su kolegomis iš kitų įstaigų.
 - Bendrų mokymų ir užsiėmimų organizavimas dar studijų programose bendrai būsimiems gydytojams ir slaugytojoms (galima tikėtis efektyvesnės komunikacijos ir bendradarbiavimo jiems pradėjus dirbti praktikoje).

BIBLIOGRAFIJOS SĄRAŠAS

1. Davletov K, Nurgozhin T, McKee M. Reflecting on Alma Ata 1978: forty years on. *Eur J Public Health*. 2018 Jul 17;28(4):587–587.
2. World Health Organization, editor. *Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1999. 224 p. (European health for all series).
3. World Health Organisation. The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. WHO European Ministerial Conference on Health Systems: “Health systems. Health and Wealth” [Internet]. Tallin, Estonia; 2008. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf
4. Lietuvos Respublikos Aukščiausioji taryba. Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija: patvirtinta Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos 1991 m. spalio 30 nutarimu Nr. I-1939 [Internet]. Available from: <http://www.litlex.lt/scripts/sararas2.dll?Tekstas=1&Id=4486>
5. Yarnall KSH, Pollak KI, Østbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health*. 2003 Apr;93(4):635–41.
6. Yarnall KSH, Østbye T, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Family physicians as team leaders: “time” to share the care. *Prev Chronic Dis*. 2009 Apr;6(2):A59.
7. Østbye T, Yarnall KSH, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med*. 2005 Jun;3(3):209–14.
8. Lietuvos Respublikos Sveikatos Apsaugos Ministro įsakymas “Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo” Valstybės žinios, 2005-12-08, Nr. 143-5205. 2005 m. gruodžio 5 d. Nr. V-943, Vilnius.
9. Driskell JE, Salas E, Driskell T. Foundations of teamwork and collaboration. *Am Psychol*. 2018 Jun;73(4):334–48.
10. Pape GA, Hunt JS, Butler KL, Siemienczuk J, LeBlanc BH, Gillanders W, et al. Team-based care approach to cholesterol management in diabetes mellitus: two-year cluster randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2011 Sep 12;171(16):1480–6.
11. Thota AB, Sipe TA, Byard GJ, Zometa CS, Hahn RA, McKnight-Eily LR, et al. Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. *Am J Prev Med*. 2012 May;42(5):525–38.
12. Medical Advisory Secretariat. Specialized multidisciplinary community-based care series: a summary of evidence-based analyses. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2009;9(16):1–23.
13. Young W, Rewa G, Goodman SG, Jaglal SB, Cash L, Lefkowitz C, et al. Evaluation of a community-based inner-city disease management program for postmyocardial infarction patients: a randomized controlled trial. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicales Can*. 2003 Oct 28;169(9):905–10.
14. Juhnke C. Clinical and service integration. The route to improved outcomes. *Int J Integr Care*. 2012 Oct 12;12:e199.
15. Belling R, Whittock M, McLaren S, Burns T, Catty J, Jones IR, et al. Achieving continuity of care: facilitators and barriers in community mental health teams. *Implement Sci IS*. 2011 Mar 18;6:23–23.

16. Canadian Health Services Research Foundation. Casebook of Primary Healthcare Innovations. Picking up the pace: how to accelerate change in primary healthcare [Internet]. Ottawa: CHSRF; Available from: <http://bit.ly/1a3X2Bo>
17. Liseckienė I. Family practice in Lithuania during ten years of Primary Health Care reform: task profiles, job satisfaction and patients' attitudes [Daktaro disertacija]. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas; 2009.
18. Žydžiūnaitė V. Komandinio darbo kompetencijos ir jų tyrimo metodologija slaugytojų veiklos požiūriu. Monografija. [Lietuva]: KTU;
19. Dūdonis M. Šeimos gydytojų veiklos apimties vertinimas per 15 pirminės sveikatos priežiūros reformos metų (1995-2010) [Daktaro disertacija]. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas.; 2013.
20. Delamaire M-L, Lafortune G. Nurses in Advanced Roles. 2010; Available from: <https://www.oecd-ilibrary.org/content/paper/5kmbrcfms5g7-en>
21. Groenewegen PP, Dourgnon P, Greß S, Jurgutis A, Willems S. Strengthening weak primary care systems: steps towards stronger primary care in selected Western and Eastern European countries. *Health Policy Amst Neth.* 2013 Nov;113(1–2):170–9.
22. Mathieu JE, Wolfson MA, Park S. The evolution of work team research since Hawthorne. *Am Psychol.* 2018 Jun;73(4):308–21.
23. McDaniel SH, Salas E. The science of teamwork: Introduction to the special issue. *Am Psychol.* 2018 Jun;73(4):305–7.
24. Garrett J. Social psychology of teamwork. In M. R. Harrower (Ed.), *Medical and psychological teamwork in the care of the chronically ill.* Springfield, IL: Charles C Thomas; 1955. 67–70 p.
25. Mosser G, Begun JW. *Understanding teamwork in health care.* New York: McGraw-Hill; 2014. 293 p.
26. Scott A, Bond C, Inch J, Grant A. Preferences of community pharmacists for extended roles in primary care: a survey and discrete choice experiment. *PharmacoEconomics.* 2007;25(9):783–92.
27. Margolius D, Wong J, Goldman ML, Rouse-Iniguez J, Bodenheimer T. Delegating responsibility from clinicians to nonprofessional personnel: the example of hypertension control. *J Am Board Fam Med JABFM.* 2012 Apr;25(2):209–15.
28. Saba GW, Villela TJ, Chen E, Hammer H, Bodenheimer T. The myth of the lone physician: toward a collaborative alternative. *Ann Fam Med.* 2012 Apr;10(2):169–73.
29. Lapão LV, Dussault G. From policy to reality: clinical managers' views of the organizational challenges of primary care reform in Portugal. *Int J Health Plann Manage.* 2012 Dec;27(4):295–307.
30. Kanter M, Martinez O, Lindsay G, Andrews K, Denver C. Proactive office encounter: a systematic approach to preventive and chronic care at every patient encounter. *Perm J.* 2010;14(3):38–43.
31. Fiscella K, McDaniel SH. The complexity, diversity, and science of primary care teams. *Am Psychol.* 2018 Jun;73(4):451–67.
32. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System* [Internet]. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000 [cited 2019 May 14]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>
33. Winters S, Magalhaes L, Anne Kinsella E, Kothari A. Cross-sector Service Provision in Health and Social Care: An Umbrella Review. *Int J Integr Care.* 2016 Apr 8;16(1):10.

34. Zigante V. Informal care in Europe- Exploring Formalisation, Availability and Quality [Internet]. European Commission, European Union; 2018. Available from: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8106&type=2&furtherPubs=no>
35. Rosen MA, DiazGranados D, Dietz AS, Benishek LE, Thompson D, Pronovost PJ, et al. Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *Am Psychol.* 2018 Jun;73(4):433–50.
36. Mitchell P, Wynia M, Golden R, McNellis B, Okun S, Webb C. Core Principles and Values of Effective Team-Based Health Care Discussion Paper. In Washington, DC: Institute of Medicine; 2012. Available from: <https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/VSRT-Team-Based-Care-Principles-Values.pdf>
37. Babiker A, El Hussein M, Al Nemri A, Al Frayh A, Al Juryyan N, Faki MO, et al. Health care professional development: Working as a team to improve patient care. *Sudan J Paediatr.* 2014;14(2):9–16.
38. Emanuel L, Berwick D, Conway J, Combes J, Hatlie M, Leape L, et al. What Exactly Is Patient Safety? In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, editors. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol 1: Assessment)* [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008 [cited 2019 May 14]. (Advances in Patient Safety). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43629/>
39. World Health Organisation [internet]. 10 facts on patient safety [Internet]. 2018. Available from: https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/
40. Kapur N, Parand A, Soukup T, Reader T, Sevdalis N. Aviation and healthcare: a comparative review with implications for patient safety. *JRSM Open.* 2016 Jan;7(1):2054270415616548.
41. Dieleman JL, Squires E, Bui AL, Campbell M, Chapin A, Hamavid H, et al. Factors Associated With Increases in US Health Care Spending, 1996-2013. *JAMA.* 2017 Nov 7;318(17):1668–78.
42. Lietuvos Higienos Institutas. Sveikatos statistika. Sveikatos priežiūros finansavimas. Sveikatos priežiūros išlaidos pagal EBPO metodiką 2004-2017 m. [Internet]. Lietuvos Higienos Institutas; Available from: http://hi.lt/php/spf3.php?dat_file=spf3.txt
43. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* [Internet]. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001 [cited 2019 May 14]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/>
44. Sargeant J, Loney E, Murphy G. Effective interprofessional teams: “contact is not enough” to build a team. *J Contin Educ Health Prof.* 2008;28(4):228–34.
45. Medical Advisory Secretariat. Community-based care for the management of type 2 diabetes: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser.* 2009;9(23):1–40.
46. Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic disease in Europe: strategies, interventions and challenges. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2010.
47. Palmer K, Marengoni A, Forjaz MJ, Jureviciene E, Laatikainen T, Mammarella F, et al. Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS). *Health Policy Amst Neth.* 2018;122(1):4–11.

48. Carter BL, Rogers M, Daly J, Zheng S, James PA. The potency of team-based care interventions for hypertension: a meta-analysis. *Arch Intern Med.* 2009 Oct 26;169(19):1748–55.
49. Richards DA, Bower P, Chew-Graham C, Gask L, Lovell K, Cape J, et al. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): a cluster randomised controlled trial. *Health Technol Assess Winch Engl.* 2016 Feb;20(14):1–192.
50. Van Dijk-de Vries AN, Duimel-Peeters IGP, Muris JW, Wesseling GJ, Beusmans GHMI, Vrijhoef HJM. Effectiveness of Teamwork in an Integrated Care Setting for Patients with COPD: Development and Testing of a Self-Evaluation Instrument for Interprofessional Teams. *Int J Integr Care.* 2016 Apr 8;16(1):9.
51. Tsakitzidis G, Timmermans O, Callewaert N, Verhoeven V, Lopez-Hartmann M, Truijens S, et al. Outcome Indicators on Interprofessional Collaboration Interventions for Elderly. *Int J Integr Care.* 2016 May 16;16(2):5.
52. Stewart S, Marley JE, Horowitz JD. Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on unplanned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomised controlled study. *Lancet Lond Engl.* 1999 Sep 25;354(9184):1077–83.
53. Thylefors I, Persson O, Hellström D. Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork. *J Interprof Care.* 2005 Mar;19(2):102–14.
54. Wen J, Schulman KA. Can team-based care improve patient satisfaction? A systematic review of randomized controlled trials. *PloS One.* 2014;9(7):e100603.
55. Dieleman SL, Farris KB, Feeny D, Johnson JA, Tsuyuki RT, Brilliant S. Primary health care teams: team members' perceptions of the collaborative process. *J Interprof Care.* 2004 Feb;18(1):75–8.
56. Sangaleti C, Schweitzer MC, Peduzzi M, Zoboli ELCP, Soares CB. Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. *JBI Database Syst Rev Implement Rep.* 2017;15(11):2723–88.
57. Martínez-González NA, Berchtold P, Ullman K, Busato A, Egger M. Integrated care programmes for adults with chronic conditions: a meta-review. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care.* 2014 Oct;26(5):561–70.
58. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 22;6:CD000072.
59. Welp A, Rothen HU, Massarotto P, Manser T. Teamwork and clinician burnout in Swiss intensive care: the predictive role of workload, and demographic and unit characteristics. *Swiss Med Wkly.* 2019 Mar 11;149:w20033.
60. Tawfik DS, Sexton JB, Adair KC, Kaplan HC, Profit J. Context in Quality of Care: Improving Teamwork and Resilience. *Clin Perinatol.* 2017;44(3):541–52.
61. Shanafelt TD, Gorringer G, Menaker R, Storz KA, Reeves D, Buskirk SJ, et al. Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction. *Mayo Clin Proc.* 2015 Apr;90(4):432–40.
62. Lowe G, Plummer V, O'Brien AP, Boyd L. Time to clarify—the value of advanced practice nursing roles in health care. *J Adv Nurs.* 2012 Mar;68(3):677–85.
63. World Health organization. To Err is Human “Being an effective team player” [Internet]. 2012. Available from: http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/course4_handout.pdf

64. Salkauskiene L. Komandinio darbo tobulinimas lietuvių organizacijų pavyzdžiu [Daktaro disertacija, Socialiniai mokslai, vadyba ir administravimas (03S)]. [Lietuva]: Vytauto Didžiojo Universitetas; 2011.
65. Leggat SG. Effective healthcare teams require effective team members: defining teamwork competencies. *BMC Health Serv Res.* 2007 Feb 7;7:17.
66. Salas E, Sims DE, Burke CS. Is there a “Big Five” in Teamwork? *Small Group Res.* 2005 Oct;36(5):555–99.
67. Salas E, Rosen MA. Building high reliability teams: progress and some reflections on teamwork training. *BMJ Qual Saf.* 2013 May;22(5):369–73.
68. Salas E, Almeida SA, Salisbury M, King H, Lazzara EH, Lyons R, et al. What are the critical success factors for team training in health care? *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2009 Aug;35(8):398–405.
69. Lietuvos Respublikos seimo nutarimas “Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo” Valstybės žinios, 2011-06-16, Nr. 73-3498, Vilnius.
70. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugsėjo 5 d. įsakymas Nr. V–717. Dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos patvirtinimo. Valstybės žinios, 2007-09-11, Nr. 96-3897.
71. Lietuvos Respublikos vyriausybės nutarimas. “Dėl 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „sveikata visiems“ tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo” TAR, 2014-04-04, Nr. 4113, 2014 m. kovo 26 d. nr. 293, Vilnius.
72. Lietuvos Respublikos seimo nutarimas “Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo” TAR, 2014-07-01, Nr. 9403, 2014 m. birželio 26 d. nr. xii-964, Vilnius.
73. Lietuvos Respublikos Sveikatos Apsaugos Ministro Įsakymas. Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1013. Valstybės žinios. 2008-07-05; Nr. 3-62.
74. Stange KC, Flocke SA, Goodwin MA, Kelly RB, Zyzanski SJ. Direct observation of rates of preventive service delivery in community family practice. *Prev Med.* 2000 Aug;31(2 Pt 1):167–76.
75. Bodenheimer T. Interventions to Improve Chronic Illness Care: Evaluating Their Effectiveness. *Dis Manag.* 2003 Jun 1;6(2):63–71.
76. Lietuvos Respublikos vyriausybės nutarimas “Dėl ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo plano patvirtinimo” TAR, 2015-12-16, Nr. 19823. 2015 m. gruodžio 9 d. nr. 1290, Vilnius.
77. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Slaugos ir rūpybos katedros „Išplėstinės slaugos praktikos“ magistrantūros studijų aprašas [Internet]. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas; Available from: http://www.lsmuni.lt/media/dynamic/files/10899/isp_aprasas.pdf
78. Laurant M, Harmsen M, Wollersheim H, Grol R, Faber M, Sibbald B. The impact of nonphysician clinicians: do they improve the quality and cost-effectiveness of health care services? *Med Care Res Rev MCRR.* 2009 Dec;66(6 Suppl):36S-89S.
79. Cooper RA. New directions for nurse practitioners and physician assistants in the era of physician shortages. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2007 Sep;82(9):827–8.
80. Shoemaker SJ, Parchman ML, Fuda KK, Schaefer J, Levin J, Hunt M, et al. A review of instruments to measure interprofessional team-based primary care. *J Interprof Care.* 2016 Jul;30(4):423–32.

81. Orchard C, Pederson LL, Read E, Mahler C, Laschinger H. Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Further Testing and Instrument Revision. *J Contin Educ Health Prof.* 2018;38(1):11–8.
82. Ohman-Strickland PA, John Orzano A, Nutting PA, Perry Dickinson W, Scott-Cawiezell J, Hahn K, et al. Measuring organizational attributes of primary care practices: development of a new instrument. *Health Serv Res.* 2007 Jun;42(3 Pt 1):1257–73.
83. Stock R, Mahoney E, Carney PA. Measuring team development in clinical care settings. *Fam Med.* 2013 Dec;45(10):691–700.
84. Boon H, Verhoef M, O’Hara D, Findlay B. From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework. *BMC Health Serv Res.* 2004 Jul 1;4(1):15–15.
85. Sheiman I, Shishkin S, Shevsky V. The evolving Semashko model of primary health care: the case of the Russian Federation. *Risk Manag Healthc Policy.* 2018;11:209–20.
86. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 Apr 18;(2):CD001271.
87. Estonian Minister of Social affairs. Work instructions for family physicians and health care professionals working with them Adopted 1/6/2010 No 2. [in Estonian]. [Internet]. Available from: <https://www.riigiteataja.ee/akt/13263878>.
88. Jaruševičienė L, Valius L, Baubiniene A, Bumblys A, Narbutas J, Šiaudikis J. Šeimos gydytojo vaidmuo prižiūrint paauglių lytinę ir reprodukcinę sveikatą pirminės sveikatos priežiūros įstaigose. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas.* 2006;10(3):174–9.
89. Kontrimienė A, Jaruševičienė L. Komandinis darbas pirminėje sveikatos priežiūroje: bendradarbiavimo veiksnių tarp šeimos gydytojų ir slaugytojų sisteminė apžvalga. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas.* 2016;20(9):97–103.
90. Pullon S. Competence, respect and trust: key features of successful interprofessional nurse-doctor relationships. *J Interprof Care.* 2008 Mar;22(2):133–47.
91. Pullon S, McKinlay E, Dew K. Primary health care in New Zealand: the impact of organisational factors on teamwork. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 2009 Mar;59(560):191–7.
92. Manski-Nankervis J-A, Furler J, Young D, Patterson E, Blackberry I. Factors associated with relational coordination between health professionals involved in insulin initiation in the general practice setting for people with type 2 diabetes. *J Adv Nurs.* 2015 Sep;71(9):2176–88.
93. Blue I, Fitzgerald M. Interprofessional relations: case studies of working relationships between Registered Nurses and general practitioners in rural Australia. *J Clin Nurs.* 2002 May 1;11(3):314–21.
94. Noor Abdulhadi NM, Al-Shafae MA, Wahlström R, Hjelm K. Doctors’ and nurses’ views on patient care for type 2 diabetes: an interview study in primary health care in Oman. *Prim Health Care Res Dev.* 2013 Jul;14(3):258–69.
95. Waldorff FB, Bülow LB, Malterud K, Waldemar G. Management of dementia in primary health care: the experiences of collaboration between the GP and the district nurse. *Fam Pract.* 2001 Oct;18(5):549–52.
96. Doroszkiewicz H, Bień B. Quality of teamwork of family doctors and community nurses in primary care for the elderly in two organizational settings—opinions of the family doctors. *Adv Med Sci.* 2007;52 Suppl 1:85–8.

97. Modin S, Törnkvist L, Furhoff A-K, Hylander I. Family physicians' experiences when collaborating with district nurses in home care-based medical treatment. A grounded theory study. *BMC Fam Pract*. 2010 Dec;11(1):82.
98. Creswell JW. *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 4th ed. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2014. 273 p.
99. Morgan D. *The Focus Group Guidebook* [Internet]. 2455 Teller Road, Thousand Oaks California 91320 United States: SAGE Publications, Inc.; 1998 [cited 2019 May 15]. Available from: <http://sk.sagepub.com/books/the-focus-group-guidebook>
100. Guest G, Namey E, Taylor J, Eley N, McKenna K. Comparing focus groups and individual interviews: findings from a randomized study. *Int J Soc Res Methodol*. 2017 Nov 2;20(6):693–708.
101. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006 Jan 1;3(2):77–101.
102. Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas. Dėl slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo: 2007 m. liepos 4 d. įsakymas Nr. V-558/ A1-183. Valstybės žinios. 2007; Nr. 76-3029.
103. Lietuvos Respublikos Sveikatos Apsaugos Ministro Įsakymas. Dėl Lietuvos medicinos normos MN28:2011 “Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė”, 2011 m. birželio 8 d. įsakymas Nr. V-591. Valstybės žinios. 2011-06-14; Nr. 72-3490.
104. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health*. 2007 Aug;30(4):459–67.
105. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics*. 6th ed. Boston: Pearson Education; 2013. 983 p.
106. Arbuckle J. *User's Guide*. Mount Pleasant: Amos Development Corporation. [Internet]. Amos Development Corporation, Chicago, IL; 2012. Available from: <http://amosdevelopment.com/download/amos.pdf>
107. Souza AC de, Alexandre NMC, Guirardello E de B. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiol E Serv Saude Rev Sist Unico Saude Bras*. 2017 Sep;26(3):649–59.
108. Whiston SC. *Principles and applications of assessment in counseling*. 4th ed. Belmont, CA: Brooks/Cole, Cengage Learning; 2013. 445 p.
109. Marks MA, Mathieu JE, Zaccaro SJ. A Temporally Based Framework and Taxonomy of Team Processes. *Acad Manage Rev*. 2001 Jul;26(3):356.
110. McInnes S, Peters K, Bonney A, Halcomb E. An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *J Adv Nurs*. 2015 Sep;71(9):1973–85.
111. Mulvale G, Embrett M, Razavi SD. “Gearing Up” to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. *BMC Fam Pract*. 2016 20;17:83.
112. Salas E, Cooke NJ, Rosen MA. On teams, teamwork, and team performance: discoveries and developments. *Hum Factors*. 2008 Jun;50(3):540–7.
113. Finley EP, Pugh JA, Lanham HJ, Leykum LK, Cornell J, Veerapaneni P, et al. Relationship quality and patient-assessed quality of care in VA primary care clinics: development and validation of the work relationships scale. *Ann Fam Med*. 2013 Dec;11(6):543–9.

114. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res.* 2006 Apr 3;6:44.
115. Ushiro R. Nurse-Physician Collaboration Scale: development and psychometric testing. *J Adv Nurs.* 2009 Jul;65(7):1497–508.
116. Fagin L, Garelick A. The doctor–nurse relationship. *Adv Psychiatr Treat.* 2004; 10(4): 277–86.
117. Dock SE. The Relation of the Nurse to the Doctor and the Doctor to the Nurse. *Am J Nurs.* 1917;17(5):394–6.
118. Leavitt HJ. Why hierarchies thrive. *Harv Bus Rev.* 2003 Mar;81(3):96–102, 141.
119. Curtis K, Tzannes A, Rudge T. How to talk to doctors--a guide for effective communication. *Int Nurs Rev.* 2011 Mar;58(1):13–20.
120. Bovée CL, Thill JV. *Business communication today.* Twelfth edition. Boston: Pearson; 2014. 641 p.
121. Calhoun JG, Davidson PL, Sinioris ME, Vincent ET, Griffith JR. Toward an understanding of competency identification and assessment in health care management. *Qual Manag Health Care.* 2002;11(1):14–38.
122. Saltman R, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver’s seat? Organizational reform in European primary care. 2006.
123. Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės valstybinio audito 2013 m. vasario 28 d. ataskaita Nr. VA-P-10-2-4 „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla“.
124. Lietuvos Respublikos Sveikatos Apsaugos Ministro Įsakymas “Dėl išplėstinės slaugos praktikos gairių patvirtinimo” 2014 m. liepos 4 d. Nr. V-766; Vilnius Lietuvos Respublikos Sveikatos Apsaugos Ministro Įsakymas “Dėl Lietuvos medicinos normos MN 160:2017 „išplėstinės praktikos slaugytojas“ patvirtinimo. 2017 m. liepos 7 d. Nr. V-852; Vilnius.
125. Ponzoni N. Contributing factors to ineffective nurse-physician communication: Survey results. In: 2nd Annual Worldwide Nursing Conference (WNC 2014) [Internet]. Global Science & Technology Forum (GSTF); 2014 [cited 2019 May 15]. p. 19–23. Available from: https://www.dropbox.com/s/w0xlmah5vyh7bp9/WNC_2014_Paper_5.pdf
126. Clark RC, Greenawald M. Nurse-physician leadership: insights into interprofessional collaboration. *J Nurs Adm.* 2013 Dec;43(12):653–9.
127. Sullivan-Bentz M, Humbert J, Cragg B, Legault F, Laflamme C, Bailey PH, et al. Supporting primary health care nurse practitioners’ transition to practice. *Can Fam Physician Med Fam Can.* 2010 Nov;56(11):1176–82.
128. Kilpatrick K, Lavoie-Tremblay M, Ritchie JA, Lamothe L, Doran D. Boundary work and the introduction of acute care nurse practitioners in healthcare teams. *J Adv Nurs.* 2012 Jul;68(7):1504–15.
129. Munro S, Kornelsen J, Grzybowski S. Models of maternity care in rural environments: barriers and attributes of interprofessional collaboration with midwives. *Midwifery.* 2013 Jun;29(6):646–52.
130. Halcomb EJ, Peters K, Davies D. A qualitative evaluation of New Zealand consumers perceptions of general practice nurses. *BMC Fam Pract.* 2013 Feb 22;14:26.
131. Berg M. Problems and promises of the protocol. *Soc Sci Med.* 1997 Apr 1;44(8):1081–8.
132. Monsalve-Reyes CS, San Luis-Costas C, Gómez-Urquiza JL, Albendín-García L, Aguayo R, Cañadas-De la Fuente GA. Burnout syndrome and its prevalence in

- primary care nursing: a systematic review and meta-analysis. *BMC Fam Pract.* 2018 10;19(1):59.
133. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA.* 2018 Sep 18;320(11):1131.
 134. Patel RS, Bachu R, Adikey A, Malik M, Shah M. Factors Related to Physician Burnout and Its Consequences: A Review. *Behav Sci Basel Switz.* 2018 Oct 25;8(11).
 135. Nantsupawat A, Kunaviktikul W, Nantsupawat R, Wichaikhum O-A, Thienthong H, Poghosyan L. Effects of nurse work environment on job dissatisfaction, burnout, intention to leave. *Int Nurs Rev.* 2017 Mar;64(1):91–8.
 136. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice. In Washington, D.C.: Interprofessional Education Collaborative.; 2011. Available from: https://www.aacom.org/docs/default-source/insideome/ccrpt05-10-11.pdf?sfvrsn=77937f97_2
 137. Institute of Medicine. Measuring the Impact of Interprofessional Education on Collaborative Practice and Patient Outcomes [Internet]. Washington, DC: The National Academies Press; 2015. Available from: <https://www.nap.edu/catalog/21726/measuring-the-impact-of-interprofessional-education-on-collaborative-practice-and-patient-outcomes>
 138. Johnson S, Kring D. Nurses' perceptions of nurse-physician relationships: medical-surgical vs. intensive care. *Medsurg Nurs Off J Acad Med-Surg Nurses.* 2012 Dec;21(6):343–7.
 139. Kontrimienė A. "Health care students' attitude towards health care teams at the Lithuanian University of Health Sciences" In: International Congress of Health Workforce Education & Research: Future education for healthcare [konferencija], Kipras, Nikosija, 2019 gegužės 9-11.
 140. Tjia J, Mazor KM, Field T, Meterko V, Spenard A, Gurwitz JH. Nurse-physician communication in the long-term care setting: perceived barriers and impact on patient safety. *J Patient Saf.* 2009 Sep;5(3):145–52.

STRAIPSNIŲ, KURIUOSE BUVO PASKELBTI DISERTACIJOS TYRIMŲ REZULTATAI, SĄRAŠAS

1. Jaruseviciene L., Kontrimiene A., Zaborskis A., Liseckiene I., Jarusevicius G., Valius L. & Lazarus JV “Development of a scale for measuring collaboration between physicians and nurses in primary health-care teams”, *Journal of Interprofessional Care*, 2019 Apr 19:1-10. doi: 10.1080/13561820.2019.1594730. [Epub ahead of print]
2. Kontrimienė A., Paukštainė R., Liseckienė I., Valius L., Jaruševičienė L. Organizaciniai komandinio darbo savitumai pirminėje sveikatos priežiūros šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūriu. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*. Kaunas: Vitae Litera 2018, 22(9):605-612.
3. Kontrimienė A., Šimoliūnienė R., Jaruševičienė L. Pirminės sveikatos priežiūros komandos struktūra ir jos narių kompetencija šeimos gydytojų ir bendruomenės slaugytojų požiūriu. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*. Kaunas, Vitae Litera 2018, 22(1): 29-35.
4. Kontrimienė A., Jaruševičienė L. Komandinis darbas pirminėje sveikatos priežiūroje: bendradarbiavimo veiksmų tarp šeimos gydytojų ir slaugytojų sisteminė apžvalga. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*. Kaunas, Vitae Litera 2016, 20(9):596-604.

Straipsniai, kuriuose paskelbti tyrimų rezultatai, publikuoti iki doktorantūros studijų pradžios:

5. Kontrimienė A., Šimoliūnienė R., Gudauskienė R., Liseckienė I., Valius L., Jaruševičienė L. Socialinės rizikos šeimų priežiūra: bendruomenės slaugytojų aktyvumo tyrimas. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*. Kaunas, Vitae Litera 2014, 18(2):97-103.
6. Jaruševičienė L, Liseckienė I, Valius L, Kontrimienė A, Jaruševičius G, Lapão L. Teamwork in primary care: perspectives of general practitioners and community nurses in Lithuania. *BMC Fam Pract*. 2013;14(1): 118.
7. Kontrimienė A, Liseckienė I, Valius L, Mačinskas Š, Jaruševičienė L. From District Nurse to Community Nurse: the development of new professional role of Community Nurse in primary health care teams of Lithuania. *Nursing education, research and practice*. 2013;4.
8. Kontrimiene A, Andriuskeviciute L, Radzeviciute S, Liseckiene I, Bumblyte I, al. e. Bendruomenės slaugytojos funkcijos pirminėje sveikatos priežiūroje: bendruomenės slaugytojų ir šeimos gydytojų požiūriu. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*. 2013; 17(4): p. 218-24.

MOKSLINIŲ KONFERENCIJŲ, KURIOSE BUVO PASKELBTI DISERTACIJOS TYRIMŲ REZULTATAI, SĄRAŠAS

1. Pristatytas **žodinis pranešimas** disertacijos tema ("*Health care students' attitude towards health care teams at the Lithuanian University of Health Sciences*") tarptautinėje konferencijoje International Congress of Health Workforce Education & Research: Future education for healthcare. Konferencija vyko Nikosijoje, Kipras 2019 metais nuo gegužės 9 iki 11.
2. Pristatytas **žodinis pranešimas** disertacijos tema ("*Teamwork in primary health care from the view point of family physicians and community nurses: internal and external features*") tarptautinėje šeimos gydytojų konferencijoje WONCA Europe. Konferencija vyko Lenkijoje (Krokuva) nuo 2018-05-25 iki 2018-05-27.
3. Pristatytas **žodinis pranešimas** disertacijos tema („*Tarprofesinis bendradarbiavimas*“) tarptautinėje mokslinėje- praktinėje konferencijoje „2018- Slaugos studijų, mokslo ir praktikos integracija: sveikata- žmogaus teisė“. Konferencija vyko 2018 m. gegužės 4 d. LSMU Mokomajame laboratorijų korpuse, Kaune.
4. Pristatytas **stendinis pranešimas** disertacijos tema („*Komandinis darbas pirminėje sveikatos priežiūroje: organizaciniai sveikatos priežiūros įstaigų ypatumai šeimos gydytojų ir bendruomenės slaugytojų požiūriu*“) II-ojoje nacionalinėje visuomenės sveikatos mokslinėje – praktinėje konferencijoje „Lyderystė sveikatai- sveikata lyderystei“, kuri vyko 2017 m. spalio 10 d. Kaune (tezių knygos p. 49- 49).
5. Pristatytas **žodinis pranešimas** disertacijos tema ("*Komandinis darbas pirminėje sveikatos priežiūroje: kaip šeimos gydytojų ir bendruomenės slaugytojų funkcijų aiškumas lemia individualius, organizacinius ir komandinio darbo suvokimo aspektus*") I-ojoje nacionalinėje mokslinėje – praktinėje konferencijoje „Visuomenės sveikata saugiai Lietuvai“ 2016 m. spalio 6 d., Kaune. p. 32-32.
6. Pristatytas **žodinis pranešimas** disertacijos tema ("*The Relationship between explicitness of team member roles and individual, organizational and teamwork perceptions between Lithuanian general practitioners and community nurses*") mokslinėje konferencijoje Latvijoje, Rygoje (European forum for primary care - EFPC 2016 "Crosscutting informal care & Professional primary care" : programme book & information : 4-6 September, 2016, Riga, Latvia / Riga Stradiņš University p. 49-49, no. EFPC2016148).

7. Pristatytas **pranešimas** disertacijos tema (*“Teamwork in Lithuanian Primary Care: General Practitioners’ and Community Nurses’ Perspective”*) mokslinėje konferencijoje Portugalijoje, Porto mieste (EHMA 2016 Annual Conference "New models of care. Reinventing healthcare: why, what, how" : 14-16 June 2016, Porto, Portugal:abstract book/European Health Management Association - EHMA. p. 12-12).

Development of a scale for measuring collaboration between physicians and nurses in primary health-care teams

Lina Jaruseviciene, Ausrine Kontrimiene, Apolinaras Zaborskis, Ida Liseckiene, Gediminas Jarusevicius, Leonas Valius & Jeffrey V. Lazarus

To cite this article: Lina Jaruseviciene, Ausrine Kontrimiene, Apolinaras Zaborskis, Ida Liseckiene, Gediminas Jarusevicius, Leonas Valius & Jeffrey V. Lazarus (2019): Development of a scale for measuring collaboration between physicians and nurses in primary health-care teams, *Journal of Interprofessional Care*, DOI: [10.1080/13561820.2019.1594730](https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1594730)

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1594730>



Published online: 19 Apr 2019.



Submit your article to this journal [↗](#)



Article views: 14



View Crossmark data [↗](#)

Development of a scale for measuring collaboration between physicians and nurses in primary health-care teams

Lina Jaruseviciene^a, Ausrine Kontrimiene^a, Apolinaras Zaborskis^b, Ida Liseckiene^a, Gediminas Jarusevicius^c, Leonas Valius^d, and Jeffrey V. Lazarus^d

^aDepartment of Family Medicine, Lithuanian University of Health Sciences (LUHS), Kaunas, LT, Lithuania; ^bDepartment of Preventive Medicine, Lithuanian University of Health Sciences (LUHS), Kaunas, LT, Lithuania; ^cDepartment of Cardiology, Lithuanian University of Health Sciences (LUHS), Kaunas, LT, Lithuania; ^dBarcelona Institute for Global Health (ISGlobal), Hospital Clinic, University of Barcelona, Barcelona, Spain

ABSTRACT

During past decades the science of collaboration in health care has progressed significantly worldwide, although in some regions (e.g. Central and Eastern Europe) these processes are slower. The aim of this study was to develop a new, multidimensional measurement tool of the developing collaboration in primary health care (PHC). This study included both qualitative (thematic analysis of the data from focus group discussions) and quantitative (a 36-item cross-sectional questionnaire) methods in order to develop and test a new measurement scale. The collaboration scale between community nurses (CNs) and general practitioners (GPs) in primary health-care teams (COPAN scale) was created. It initially revealed five determining factors: "Goal Oriented Team Synergy", "Team Structure and Leadership", "Organizational Background for Teamwork", "Competence" and "Diffusion of Functions." Two and three-factor scales (COPAN-2 and COPAN-3) were developed after confirmatory factor analysis with sufficient psychometric characteristics to be applied in practice. This study reports the reliability of a novel tool that can be used to measure collaboration of CNs and GPs in PHC. The newly developed scale has the potential to become an easy-to-use tool in the monitoring of teamwork situations within PHC settings of low integration or newly evolving teams.

ARTICLE HISTORY

Received 8 June 2018
Revised 7 March 2019
Accepted 11 March 2019

KEYWORDS

Collaboration; primary health care; general practitioners; nurses

Introduction

Strengthening collaboration is a central approach to producing effective teamwork in current primary health care (PHC) contexts (Reeves, Pelone, Harrison, Goldman, & Zwarenstein, 2017; Sangaletti, Schweitzer, Peduzzi, Zoboli, & Soares, 2017). Research provide evidence of advantages in health care, such as possibilities for serving larger groups of people, better achievements in patient care (e.g. depression management, independence for daily life activities, lower incidence of falls) and better patient quality of life (Illingworth & Chelvanayagam, 2017; Tsakitzidis et al., 2016). It can reduce health-care costs by lowering the number of hospitalizations, and more efficient use of human resources (Reeves et al., 2017). Moreover, it can also increase job satisfaction among health-care providers, satisfaction of patients' due to an improving communication and better response to their needs (Dieleman et al., 2004; Sangaletti et al., 2017; Tsakitzidis et al., 2016) and minimize medical errors due to improved communication between team members (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000).

The improvement of collaboration and teamwork in PHC is a priority in Europe (Busse, Blümel, Scheller-Kreinsen, & Zentner, 2010; Palmer et al., 2018; The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth, 2008). Teamwork is

an indispensable prerequisite of efficient management of patients with complex conditions, such as multimorbidity (Busse et al., 2010; Palmer et al., 2018). However, in order to foster change in PHC, a rigorous assessment of current collaborative practices is needed. The American agency for health-care research and quality (AHRQ) created the Atlas of Instruments to Measure Team-based Primary Care that identified 48 instruments that can measure team performances in primary health-care settings. It should be noted that most of the aforementioned instruments were created for intensive care units (ICU) or operating rooms with their further adaptation for the use in PHC (Shoemaker et al., 2016). Following the conceptual framework, suggested by Boon and colleagues (Boon, Verhoef, O'Hara, & Findlay, 2004), the nature of team integration in ICU or operating rooms might differ significantly from PHC settings. The majority of existing tools that measure teamwork were created in Northern America and Western Europe, in countries with the long-lasting traditions of teamworking, and eventually might not reflect sensitively the parameters relevant to the initial development stages of team-based health practice (Dietz et al., 2014; Shoemaker et al., 2016). Research suggest that the same criteria (such as explicitness of formal background for teamwork) could be seen as an essential background for team functionality in the initial stages of the implementation of team-based health

CONTACT Ausrine Kontrimiene  ausrine.kontrimiene@ismuni.lt  Department of Family Medicine, Lithuanian University of Health Sciences (LUHS), Micekiviciaus 9, Kaunas, LT 44307, Lithuania

Color versions of one or more of the figures in the article can be found online at www.tandfonline.com/ijic.

© 2019 Taylor & Francis Group, LLC

practice (Jaruseviciene et al., 2013) and as a limiting factor in highly integrative teams (Boon et al., 2004).

A conceptual framework proposed by Boon et al. (2004) situates seven types of team-oriented health-care practice in a continuum ranging from least-integrated to most-integrated. This developmental paradigm of team integration might initiate a shift in thinking around measurement of team performance where measurement tools need to address teamwork processes separately with greater consideration for different levels of integration and the need to include the intrinsic properties of each team. Such thinking about team performance led to several questions of measuring team performance particularly, in the Lithuanian context. Teamwork emerged in the late 1990s as an issue in Lithuania as well as in other post-Soviet countries primarily during the health care reforms that followed the collapse of the Soviet Union in 1991 (Galaychuk, 2000; Simin, Milutinovic, Brestovacki, Andrijevic, & Cigic, 2010; Swanson et al., 2001). The interdisciplinary methods of working were the mainstream developments of primary care in transitional countries combined with the training of general practitioners and the consolidation of their gatekeeping function (Dubois, McKee, & Nolte, 2006). However, teamwork and collaboration continue to be a major struggle within PHC and a prime example would be community nurse's (CN) narrow spectrum of functions and remaining limited involvement in primary health care (Jaruseviciene, Lazarus, Zemaitiene, Jarusevicius, & Valius, 2012; Jaruseviciene et al., 2013). A central cause of such limited involvement is a critical lack of clarity and the explicit roles and responsibilities of PHC team members translating into minimal improvements on health and social care outcomes (Kontrimiene, Liseckiene, Valius, Macinskas, & Jaruseviciene, 2013).

However, to the best of our knowledge, there were no instruments for measuring team collaboration that could address the peculiarities of the health systems in transition from the traditional centralized healthcare Semashko model which was prevalent in post-soviet countries. These settings are specific due to their historical backgrounds and strong hierarchical work traditions between general practitioners (GPs) and community nurses (CNs) (Delamair & Lafortune, 2010; Groenewegen, Dourgnon, Greß, Jurgutis, & Willems, 2013). The term collaboration in our research context describes an active partnership of PHC team members (particularly GPs and CNs), working together to achieve common goals, solve problems, provide services and enhance patient outcomes (Institute of Medicine, 2015).

Teamwork and collaboration did not exist in the Semashko model, and patient care was mainly provided by a district physician and specialists in a non-cooperative manner—there were no joint patient management plans (Sheiman, Shishkin, & Shevsky, 2018). In spite of major PHC changes in Lithuania and other post-soviet countries during the past decades, many inconsistencies remain between regulations and day-to-day practice (Groenewegen et al., 2013). According to the legal PHC framework, GPs and CNs are the only obligatory members of Lithuanian PHC teams (Decree of Lithuanian Ministry of health, in press). While some professionals, such as social workers, may be included in primary mental health-care

teams, others, such as pharmacists, were never a part of PHC team (Decree of Lithuanian Ministry of health, in press). Furthermore, nurses still have very limited powers in actual practice and often work more as a physician's assistant fulfilling direct orders from GPs who are responsible for making all the decisions regarding primary patient care (Groenewegen et al., 2013; Jaruseviciene et al., 2013). Similar models can be found in other post-soviet countries (Delamair & Lafortune, 2010).

There have been no previous studies carried out in Lithuania or other post-soviet countries that have been able to examine the key components of team-oriented primary health-care practice. As a result, the following study aimed to: 1) develop an instrument to measure collaboration between CNs and GPs in the PHC context of low integration; 2) examine the psychometric properties (reliability and construct validity) of a newly-developed scale measuring collaboration between CNs and GPs; 3) compare the psychometric characteristic of the scale between CNs and GPs.

Methods

Study design

Qualitative and quantitative methods were employed for the development of a new instrument to measure collaboration in primary health care between GPs and CNs. The studies were performed within the framework of a two-year (2012–2013) project called "Inter-sectorial collaboration solving health care problems in social risk families". The project was financed by the Lithuanian Research Council and it aimed to assess the potential that effective collaborative working processes (between PHC and social services) could have on improving the response to the health and social care needs of vulnerable families in Lithuania. The data presented in this paper focuses on collaboration between GPs and CNs working in PHC centers.

Focus groups, thematic analysis and instrument drafting

Six focus group discussions were held with 27 GPs and 29 CNs which aimed to explore their perspectives on the subject of teamwork. The detailed description of the qualitative component of the study is provided elsewhere (Jaruseviciene et al., 2013).

Thematic analysis of the data led to the creation of 42 categories that were subsequently grouped into six major themes: structure of a team, synergy among team members, explicit descriptions of team members' roles and responsibilities, competency of team members, communication between PHC team members and organisational background for teamwork (Jaruseviciene et al., 2013). The categories served as the foundation for the 36-item questionnaire. The instrument used a 5-point Likert scale: 1 indicating "strongly disagree", 2 "disagree", 3 "difficult to consider", 4 "agree", and 5 "strongly agree". Higher scores of factors reflect better individual and relational attitudes towards collaboration, better organizational conditions for teamwork and higher competence.

Assessment of content and face validity

The content validity of the 36-item questionnaire was analyzed using the content validity indexing (CVI) tool (Polit, Beck, & Owen, 2007). The questionnaire was submitted to nine experts (4 GPs, 4 CNs, and 1 public health-care professional) with at least five years of working experience in primary health care. They were asked to provide their opinion as to whether the items were relevant and capable of measuring the collaboration experience of primary health-care providers in teams, and whether the format of the question was appropriate. They were also invited to provide suggestions for improvement. Based on the scoring of experts, nine components with the lowest scores were excluded from the scale and minor revision of the wording was performed in the finalized 27-items COPAN scale.

The new instrument was piloted among 20 PHC providers (10 GPs and 10 CNs) in October 2012. The respondents reported no difficulties in understanding the various collaborative components nor their wording and meaning.

Study sample

The calculation of the sample size was based on the statisticians' recommendation that in factor analysis the number of surveyed subjects should be at least five times higher than the number of items used in the analysis (Tabachnick & Fidell, 2013). Therefore, in our study, the final sample size should have been at least 135 respondents. The estimated sample size was applied to each group since we also planned to perform the analysis for the CNs and GPs groups separately. It was expected that at least four representatives of CNs and at least four representatives of GPs from each PHC institution will attend the survey and at least 33 PHC centers will agree to participate in the study. Considering the possible barriers to participation in the study, the number of institutions was increased by 10% (up to 36).

From the total list of private and public PHC institutions in the Kaunas region, working under the contract with the National Health Insurance Fund (50 institutions in 2012) and providing free PHC services to all insured patients, we randomly selected 36 and invited them to participate in the study. However, only 33 of the selected institutions agreed to participate in the study.

The survey was implemented between January and March 2013. All CNs and GPs from the selected PHC institutions were invited to take part in the study, and a questionnaire was distributed in-person for each GP and CN. They were informed about the study's purpose and survey procedures. The anonymity of the questionnaire was ensured for all respondents. The questionnaires were distributed to 237 CNs and 216 GPs.

Statistical analysis

The data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS) (v. 21.0; Chicago, IL) supplemented with Amos™ (Arbuckle, 2012). Psychometric properties of the scale (feasibility, internal consistency reliability, and

factorial validity) were tested using predefined quality criteria (Souza, Alexandre, & Guirardello, 2017).

The feasibility analysis of the scale included the calculation of the mean and standard deviation (SD) of each item and sum score of the total scale, estimation of the item-total correlations (Pearson) and investigation of changes in quality criteria if an item was deleted from the scale.

The Cronbach's alpha was computed to establish the internal consistency reliability of the whole scale and its subscales. The Spearman-Brown prediction formula (Whinston, 2009) was used to adjust the reliability of the subscales that combined small numbers to the reliability of the 12-item scale (the largest subscale). A Cronbach's alpha ≥ 0.70 was classified as good (Souza et al., 2017). In addition, the mean of inter-item correlations was calculated as a more straightforward assessment of internal consistency, with values ranging from 0.15 to 0.50 considered as an adequate level (Tabachnick & Fidell, 2013).

The main statistical analysis included an exploration of the factorial models to develop a scale measuring collaboration between CNs and GPs. The only theoretical rationale of the factor models was their simplicity and fit to the data. This was achieved by sequential steps to find the optimum combination of items employing Exploratory Factor Analysis (EFA) and Confirmatory Factor Analysis (CFA). In order to understand the interrelations between measures and to confirm the inherent structure of the scale, an EFA was performed of the full set of 27 items. A principal component factor analysis with a Varimax rotation method was employed. Factors were extracted based on the breakpoint of successive eigenvalues (>1), item factor loadings (>0.4) and interpretability. The appropriateness of data for EFA was measured by Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure of sampling adequacy (>0.5) and Bartlett's test of Sphericity ($p < 0.001$).

Finally, in order to confirm the findings of the EFA and to demonstrate goodness-of-fit to the data, a CFA was performed. Standardized Regression Weight (SRW) and Squared Multiple Correlation (SMC) were assessed to estimate item weight in the model. Indices of good fit such as the Comparative Fit Index (CFI), Tucker-Lewis Fit Index (TLI) and the Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) were assessed (adequate cut-off levels for model fit were set at >0.95 for the TLI and CFI and <0.08 , respectively, for the RMSEA) (Arbuckle, 2012). We conducted the CFA on the models that had a different number of factors (subscales) checking them for model fit and assessing dimensionality (construct validity of the COPAN scale). In addition, several models were optimized by the removal of items from the subscales to fulfill criteria of best fit. The options of *Heuristic Specification Search* and *Modification Indices* in AMOS were employed to find the optimum combination of simplicity and fit (Arbuckle, 2012). This approach was used on 3- and 2-Factor models only. The rationale for this analysis was to develop shortened versions of the COPAN scale.

Results

Respondents

A total of 180 questionnaires were collected from CNs and 164 from GPs (average response rate 76%). Eight respondents

who answered 10 or fewer items of the COPAN scale were excluded from the analysis. The final analysis was performed with the data of 337 respondents: 162 (48.1%) GPs and 175 (51.9%) CNs. The majority of the respondents (96.1%) were female. Slightly more than one-third of the respondents (34.1%) practiced in private PHC centers, while the remainder practiced in public PHC centers (60.0%) or had a mixed practice (5.9%). The largest groups of respondents included workers older than 50 years (43.0%) and with more than 20 years of professional experience (37.2%). Additional characteristics of the respondents are presented in Table 1.

Feasibility of the COPAN scale

In the first step of assessing the reliability of the survey instrument, a preliminary analysis of the distribution of each item and the total score was conducted (Table 2). Of the 337 responses, all statements were assessed by 288 (85.5%) respondents. All but one statement was answered by 29 (8.6%) respondents and 20 (5.9%) did not answer 2 to 8 items. Those missing values were replaced by the average values calculated from the answered statements.

For the whole scale, the mean score of the items was 3.47 and ranged from 2.56 (SD 0.97) to 4.08 (SD 0.77), indicating that more respondents were likely to agree than disagree with the statements of the scale (Table 2). The total score of respondents' answers ranged from 50 to 132. No floor or ceiling effects were identified for the whole scale.

For each item, Item-total correlation and Cronbach's alpha was calculated with the item deleted from the scale (Table 2). Of the 27 items, only three (items 3, 11, and 15) were found to have poor characteristics (minimal correlation and minimal decrease of alpha if the item was deleted). Given that the removal of these three items would minimally change reliability, all 27 items in the instrument were retained for the EFA.

Table 1. Sample characteristics of the study participants (General Practitioners (GPs) and Community Nurses (CNs)).

Variable	GPs		CNs		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Total ^a	162	(48.1)	175	(51.9)	337	(100)
Gender: ^{***}						
female	149	(92.0)	174	(100)	323	(96.1)
male	13	(8.0)	0	(0)	13	(3.9)
not given	0		1		1	
Age:						
≤ 40-year-old	41	(26.5)	59	(35.1)	100	(31.0)
41–50-year-old	41	(26.5)	43	(25.6)	84	(26.0)
≥ 51-year-old	73	(47.0)	66	(39.3)	139	(43.0)
not given	7		7		14	
Years of professional experience: ^{***}						
≤ 10 years	59	(37.1)	28	(16.6)	87	(26.5)
11–20 years	81	(51.0)	38	(22.5)	119	(36.3)
≥ 21 years	19	(11.9)	103	(60.9)	122	(37.2)
not given	3		6		9	
Type of the institution:						
public	96	(59.3)	106	(60.6)	202	(60.0)
private	59	(36.4)	56	(32.0)	115	(34.1)
public & Private	7	(4.3)	13	(7.4)	20	(5.9)
not given	0		0		0	

^aThe percentages are calculated from the total sample; ** $p \leq 0.01$ and *** $p \leq 0.001$ comparing GPs and CNs (χ^2 test, Fisher's exact test for Gender).

Exploratory factor analysis (EFA)

The EFA, which was applied for the initial COPAN scale with 27 items, revealed five factors with an eigenvalue greater than 1 (9.60, 2.41, 1.754, 1.26, and 1.141). The appropriateness of data for this model of factors (COPAN-5) evaluated by KMO measure of sampling adequacy (0.918) and Bartlett's test of sphericity ($p < 0.001$) may be characterized as excellent. The COPAN-5 accounted for 59.8% of the total variance. Table 3 presents the factor structure of the COPAN-5 scale.

The estimated loadings indicated that the first component combined 12 items and accounted for at least 35.55% of the total variance. The maximal loading (0.81) was found for the item 6 "Team members are unanimous". The remaining 11 items had also high loadings of the first component; there were no items which had factor loadings greater than 0.30 on more than one factor. This group of items was interpreted as a factor of "Goal Oriented Team Synergy" (Factor S).

The second component combined six items distinguished by high loadings (from 0.77 to 0.52) of the second component. Except the item 27 "Team members have the opportunity to share their experiences with colleagues from different institutions", there were no items which had factor loadings greater than 0.30 on more than one factor. These items were related to the organizational aspects at the institution; therefore, this component was named as a factor of "Organizational Background for Teamwork" (Factor O).

The third component combined four items with loadings ranged from 0.81 to 0.57. These items were related to competence building and assessment within an organization. Eventually, this component was named as a factor of "Competence" (Factor C).

The fourth component combined three items: 3, 4, and 1 with loadings 0.72, 0.68, and 0.62, respectively. The items 1 and 4 had relatively high factor loadings (0.36) on Factor S, but these values did not reach the critical value of 0.4. The identified component was named as a factor of "Team Structure and Leadership" (Factor L).

The last fifth component combined only two items (15 and 11, both reverse-scored in the analysis) with loadings above 0.6. The statements were related with delegation and diffusion of functions in a team; thus, it was named as a factor of "Diffusion of Functions" (Factor D). Among all selected components, the rotated sum of squared loadings (eigenvalue) of this component was the smallest (1.14) that indicated the potential of removal of this component (items 11 and 15) in further analyses.

Confirmatory factor analysis (CFA)

In order to assess the dimensionality (construct validity) of the COPAN-5 scale, we conducted CFA on the models with a different number of factors checking them for model fit. In addition, several models were optimized by the removal of items from the subscales. Standardized estimates for the CFA models and their model fit estimations are provided in Table 4. Here Standardized Regression Weights (SRW) can be regarded as factor loadings and Squared Multiple Correlations represent item reliabilities (the proportion of item variance explained by the factor or latent variable).

Table 2. Feasibility analysis of the 27 items initially selected for the COPAN scale.

Item of the scale ^{a,b}	Mean score of the item (N = 337)	Standard deviation of the item	Item-total correlation	Cronbach's alpha if item deleted
1 It is clearly known which employees form a team	3.97	0.88	0.434	0.909
2 Team is based on partnership relations	3.82	0.93	0.670	0.905
3 Team has a clear structure of hierarchy	3.30	1.13	0.032	0.917
4 Team has its own leader	3.88	0.94	0.498	0.907
5 Team is united by common goals and common approach to work	4.02	0.84	0.703	0.904
6 Team members are unanimous	3.74	0.91	0.675	0.905
7 Team members respect each other	3.91	0.86	0.614	0.906
8 All members of a team feel the motivation to work	3.68	0.96	0.644	0.905
9 The activities of team members are differentiated	3.77	0.84	0.570	0.906
10 Each member of the team has his/her own clear functions	3.81	0.89	0.687	0.904
11 ^c Some team members indicate to others what activities they have to perform	2.56	0.97	-0.192	0.919
12 Each member of a team is responsible for his/her own work	4.08	0.77	0.693	0.905
13 Each member of a team knows the professional boundaries of his/her responsibility	3.93	0.86	0.697	0.904
14 All members of a team accomplish their functions according to their job descriptions	3.75	0.96	0.651	0.905
15 ^c Team members often have to perform the functions of other team members	2.57	0.97	0.195	0.913
16 Each member of a team is competent to accomplish his/her functions	3.91	0.85	0.564	0.907
17 Institution continuously controls competency of team members	3.23	1.03	0.499	0.907
18 The salary of each team member depends on the intensity of his/her particular activity	2.72	1.19	0.395	0.910
19 The performed activity of all team members are being recorded	3.67	0.96	0.478	0.908
20 Team members have enough time to assure the quality when performing the procedures	2.77	1.10	0.471	0.908
21 Team members communicate successfully between each other	3.72	0.87	0.616	0.906
22 Innovations are being implemented at the institution that have positive effects on team-work	3.33	0.96	0.579	0.906
23 The patient flows are managed in the institution	3.30	0.98	0.476	0.908
24 Institution considers the needs of team members	3.15	1.03	0.596	0.906
25 Institution provides the training of teamwork	2.97	1.12	0.568	0.906
26 The institution provides trainings that are attended by all of the team members	3.08	1.11	0.488	0.908
27 Team members have the opportunity to share their experiences with colleagues from different institutions	3.01	1.14	0.554	0.906
Total score	93.69	14.38		

^aEach item was scored from 1 to 5 with 1—strongly disagree, 2—disagree, 3—neutral, 4—agree, and 5—strongly agree.

^bItem numbers from the initial instrument are displayed for reader clarity.

^cIn analyses, items 3, 11, and 15 were reverse-scored.

Table 3. Factor loadings of the explanatory factor analysis (Principal component analysis with varimax rotation) with all 27 items of COPAN-5^a.

Factor name and items	Loadings of component				
	1	2	3	4	5
Goal Oriented Team Synergy (Factor S)					
6 Team members are unanimous	0.81	0.11	0.13	0.08	0.15
5 Team is united by common goals and common approach to work	0.79	0.12	0.13	0.22	0.16
7 Team members respect each other	0.79	0.18	-0.03	-0.02	0.10
8 All members of a team feel the motivation to work	0.73	0.18	0.17	-0.03	-0.08
10 Each member of the team has his own clear functions	0.73	0.19	0.17	0.14	0.01
2 Team is based on partnership relations	0.70	0.10	0.16	0.34	0.19
13 Each member of a team knows the professional boundaries of his responsibility	0.69	0.17	0.28	0.14	-0.10
12 Each member of a team is responsible for his own work	0.68	0.26	0.18	0.15	-0.20
14 All members of a team accomplish their functions according to their job descriptions	0.68	0.27	0.18	-0.03	-0.07
9 The activities of team members are differentiated	0.68	0.15	0.01	0.20	-0.05
21 Team members communicate successfully between each other	0.67	0.26	0.09	0.04	-0.03
16 Each member of a team is competent to accomplish his functions	0.64	0.06	0.24	-0.02	-0.19
Organizational Background for Teamwork (Factor O)					
24 Institution considers the needs of team members	0.25	0.77	0.12	0.12	0.16
23 The patient flows are managed in the institution	0.14	0.74	0.10	0.09	-0.05
22 Innovations are being implemented at the institution that have positive effects on team-work	0.23	0.67	0.24	0.14	0.15
20 Team members have enough time to assure the quality when performing the procedures	0.21	0.67	0.11	-0.03	-0.01
27 Team members have the opportunity to share their experiences with colleagues from different institutions	0.18	0.52	0.49	0.08	0.11
18 The salary of each team member depends on the intensity of his particular activity	0.17	0.52	0.21	-0.19	-0.14
Competence (Factor C)					
26 The institution provides trainings that are attended by all of the team members	0.10	0.23	0.81	0.07	0.09
25 Institution provides the training of teamwork	0.15	0.35	0.77	0.07	0.09
17 Institution continuously controls competency of team members	0.24	0.20	0.64	0.02	-0.27
19 The performed activity of all team members are being recorded	0.36	-0.00	0.57	0.13	-0.18
Team Structure and Leadership (Factor L)					
3 Team has a clear structure of hierarchy	-0.07	0.01	-0.03	0.72	-0.34
4 Team has its own leader	0.36	0.14	0.16	0.68	-0.11
1 It is clearly known which employees form a team	0.36	0.01	0.16	0.62	0.18
Diffusion of Functions (Factor D)					
11 Some team members indicate to others what activities they have to perform	-0.20	-0.08	-0.05	-0.09	0.69
15 Team members often have to perform the functions of other team members	0.17	0.20	-0.02	-0.08	0.64
Rotation Sums of Squared Loadings	25.81%	12.04%	10.16%	6.5%	5.3%

^aKMO 0.918; BTS $p < 0.001$; Total Variance Explained 59.9%; Loadings from the Rotated Component Matrix are sorted in descending order of absolute values. The terms in bold indicate the main loadings for corresponding factors.

Table 4. Confirmatory factor analysis results for different number of factors and item structures: estimations and model fit.

Factor (Latent variable)	Item* (Observed Variable)	5-Factor 27-Item (COPAN-5)		4-Factor 24-Item (COPAN-4)		3-Factor 13-Item (Optimized COPAN-3)		2-Factor 13-Item (Optimized COPAN-2)		
		SRW	SMC	SRW	SMC	SRW	SMC	SRW	SMC	
Goal Oriented Team Synergy (Factor S)	2	0.88	0.77	0.76	0.58	0.75	0.57	0.76	0.57	
	5	0.92	0.85	0.83	0.69	0.86	0.75	0.86	0.74	
	6	0.91	0.83	0.81	0.66	0.88	0.77	0.86	0.75	
	7	0.88	0.77	0.75	0.57	0.81	0.66	0.81	0.65	
	8	0.87	0.75	0.73	0.54	0.73	0.53	0.74	0.54	
	9	0.82	0.67	0.67	0.45					
	10	0.88	0.78	0.76	0.58	0.69	0.48	0.71	0.50	
	12	0.87	0.75	0.73	0.54			0.66	0.43	
	13	0.87	0.76	0.74	0.55					
	14	0.84	0.71	0.70	0.49					
	16	0.78	0.61	0.61	0.38					
	21	0.85	0.73	0.68	0.46	0.66	0.43	0.67	0.45	
	Organizational Background for Teamwork (Factor O)	18	0.69	0.47	0.48	0.23				
		20	0.75	0.56	0.60	0.35	0.59	0.35	0.58	0.34
		22	0.86	0.74	0.74	0.55	0.76	0.57	0.75	0.56
		23	0.78	0.61	0.64	0.41	0.64	0.41	0.64	0.41
Competence (Factor C)	24	0.89	0.79	0.79	0.62	0.82	0.67	0.83	0.69	
	27	0.81	0.66	0.68	0.46			0.63	0.40	
	17	0.83	0.68	0.61	0.37					
	19	0.69	0.47	0.51	0.26					
	25	0.91	0.82	0.84	0.71	0.90	0.82			
Team Structure and Leadership (Factor L)	26	0.87	0.76	0.79	0.62	0.77	0.59			
	1	0.71	0.50	0.60	0.37					
	3	0.51	0.26							
Diffusion of Functions (Factor D)	4	0.94	0.88	0.66	0.43					
	11	0.73	0.54							
Model Fit Indices	15	0.69	0.47							
	TLI	0.75		0.84		0.96*		0.95*		
	CFI	0.78		0.86		0.97*		0.96*		
	RMSEA	0.10		0.09		0.06*		0.06*		
	(90% CI)	(0.09–0.10)		(0.08–0.09)		(0.05–0.07)		(0.05–0.08)		

Abbreviations: SRW—Standardized Regression Weight; SMC—Squared Multiple Correlation; TLI—Tucker-Lewis Fit Index; CFI—Comparative Fit Index; RMSEA—Root Mean Square Error of Approximation; CI—Confidence Interval. * Item description is provided in Table 2; * Value that meets Model Fit criterion.

Copan-5

Results of CFA of the initial COPAN-5 scale produced some concerns related to the validity of the structure. First, the five factors of COPAN-5, which were revealed in the EFA, were highly correlated ($r = 0.65–0.86$) with each other, suggesting that they may not have measured unique constructs. Second, the overall model fit attributes did not meet common standards (e.g. TLI and CFI > 0.95, RMSEA < 0.08). Lastly, feasibility and reliability of several items (3, 11 and 15) were not adequate for the whole scale (Table 2), suggesting that they provided little contribution to the instrument, potentially leading to model misspecification. Given that the model may have been misspecified, revision of the proposed model structure was warranted.

Copan-4

The 4-Factor solution (COPAN-4) included 24 items, as items 3, 11 and 15 were removed. As a result, Factor D disappeared in the model. This revision of the model led to improve its goodness-of-fit; however, the main model fit index RMSEA, as well as increased TLI and CFI, still did not meet desirable criteria. Hence, this led us to further analysis of the COPAN scale factor structure.

Copan-3

From a statistical perspective (in the EFA demonstrated a low eigenvalue and in the CFA COPAN-4 provided the highest

correlation between factors) and from a practical perspective (questionable interpretability) Factor L that now combined just items 1 and 4 was considered for consequent removal from the instrument. Therefore, this revision of the instrument has not made noticeable improvement of model fit. In order to achieve improvement of goodness-of-fit, then, backward stepwise removal of items was accomplished by the AMOS option of *Heuristic Specification Search*. This procedure was stopped when all 3 model fit characteristics demonstrated the appropriateness of the revised model: TLI = 0.96 (>0.95); CFI = 0.97 (>0.95); RMSEA = 0.06 (<0.08). This optimized 3-Factor solution (COPAN-3) included 13 items in total. Standardized estimates for the revised CFA model are provided in Table 4 (column 'Optimized COPAN-3'). Figure 1 demonstrates a path diagram of CFA constructed on the basis of the optimized 3-Factor solution.

In order to characterize construct validity, convergent and discriminant validity were reviewed. Support for convergent and discriminant validity provided these findings: i) all standardized regression weights (loadings) were relatively high, with only one (for item 20) regression weight less than 0.60; ii) reliabilities of the items represented by SMC were found to be adequate; iii) the absence of modification indices, which suggest item cross-loadings. Further, the three factors were moderately correlated ($r = 0.40–0.59$), suggesting that they have measured somewhat unique constructs, thereby providing additional support for discriminant validity. The combined assessments of convergent and discriminant validity showed evidence of construct validity.

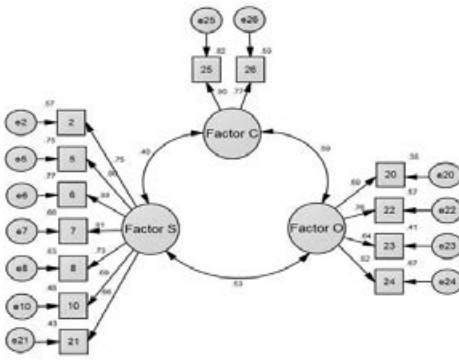


Figure 1. Path diagram of CFA with standardized estimates of the optimized 3-Factor solution.

Copan-2

We conducted CFA on the two-factor model to check for model fit. The TLI and CFI were found to be 0.878 and 0.893, respectively (both did not reach an acceptable 0.95 value), but RMSEA was 0.089. The model was re-specified to improve the fit to the data but retain its conceptual structure (Figure 2). The "Goal Oriented Team Synergy" subscale (Factor S) was modified by excluding four items (9, 13, 14, and 16) with the lowest loadings (SRWs). For the same reason, item 18 was excluded from the "Organizational Background for Teamwork" subscale (Factor O). The final optimized 2-Factor model (COPAN-2), consisting of 13 items, demonstrated good fit to the data with indices meeting criteria of model fit: TLI = 0.95 (>0.95); CFI = 0.96 (>0.95); RMSEA = 0.06 (<0.08) (Table 4, column 'Optimized COPAN-2'). The construct validity of COPAN-2 was as good as of COPAN-3 scale.

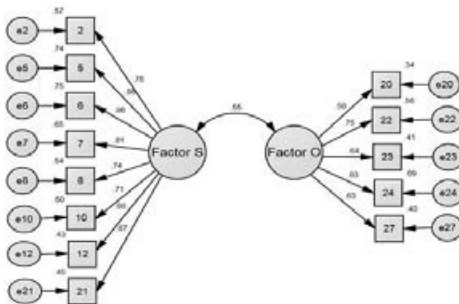


Figure 2. Path diagram of CFA with standardized estimates of the optimized 2-Factor solution.

Internal consistency reliability

A summary of the findings from internal consistency reliability analysis can be found in Table 5. For the whole 27-item scale, both indicators (average inter-item correlation and Cronbach's alpha) were found to provide an adequate level of internal consistency. Composite reliabilities for each of the factors (subscales) were derived. The subscale of the "Goal Oriented Team Synergy" (Factor S), which consisted of 12 items, had excellent reliability evaluated both by Cronbach's alpha (0.93) and average intercorrelation (0.54). The alpha and average intercorrelation for "Organizational Background for Teamwork" (Factor O) 6-item subscale were also good (0.82 and 0.42, respectively). The values of internal consistency reliability for "Competence" factor were also acceptable. For the two remaining factors that were associated with only two or three items expanding the number of items might have enhanced internal consistency reliability as it was demonstrated by Cronbach's alpha corrected.

Comparison of psychometric properties of the COPAN scales between community nurses and general practitioners

Comparing to GPs, CNs expressed slightly more often agreement with the statements about their experience in the team, but the difference in total score between CNs and GPs was not significant in COPAN-5 as well as in COPAN-3 and COPAN-2 scales (Table 6). The psychometric properties of the COPAN-5 scale found among CNs were noticeably weaker than those among GPs. For COPAN-3 and COPAN-2 scales, these differences had diminished, particularly internal consistency.

Discussion

This study developed a novel multidimensional tool for collaboration measurement in primary health care—the COPAN scale—and examined the psychometric properties (reliability and construct/factor validity) of the scale among Lithuanian CNs and GPs. Three versions varying in length and content were created: COPAN-5, COPAN-3, and COPAN-2.

The initial COPAN-5 scale consists of five factors addressing the domains that are important to strong team performances: team orientation, team leadership, organizational and formal prerequisites for teamwork such as role clarity and team training (Salas, Sims, & Burke, 2005; Shoemaker et al., 2016). Despite a rather high compliance of COPAN-5 with the team core components, the psychometric characteristics of this scale were not found to be satisfactory. The factors C, O, and S had good internal consistency and reliability, but this was not the case with factors D and L.

The interpretation of factor "Diffusion of Functions" was questionable due to a low number of items (two) constituting this factor; however, it is possible that this factor might indicate the backup behavior and/or adaptability, included by Salas et al. (2005) in their five core components of the team. Describing the means of providing backup behavior, Marks with colleagues (Marks, Mathieu, & Zaccaro, 2001) indicate: to provide feedback

to improve performance, to assist a teammate in performing a task and to complete a task for the team member when an overload is detected. There is a high probability that Factor D of COPAN-5 scale refers to the former pattern of backup behavior—the completion of teammate's task while he/her is overloaded. A rather low score of the respondents' agreement with the item "Team members have enough time to assure the quality when performing the procedures" would support this insight. Then, Factor D would reflect the team's ability to self-assess and redistribute overload that results in better adaptation to their changing environment and it might also indicate poorer team outcomes if assistance occurs at the cost of other task performance (Salas et al., 2005).

As there is potential in enhancing internal consistency and reliability of these subscales by increasing the number of items in these factors, further research is needed to examine more aspects related to leadership and the distribution of functions/roles within the team. Deleting these factors from the scale might cause an oversight in the versatility of the whole instrument.

The shortened versions of COPAN scale: COPAN-3 and COPAN-2 included Factors "Goal Oriented Team Synergy", "Organizational Background for Teamwork" and "Competence" (only COPAN-3). The COPAN-3 and COPAN-2 consist of an equal number (13) though somewhat different items and the psychometric characteristics of both versions are good and comparable. COPAN 2 scale focuses on major teamwork issues outlined by various research such as internal and external factors (McInnes, Peters, Bonney, & Halcomb, 2015; Mulvale, Embrett, & Razavi, 2016); however, it does not reflect the complexity of these factors.

The comparison of the COPAN scale with other instruments that measure teamwork is challenging due to the different context in which they are developed. Additionally, the dimensions may be inconsistent in practice (Salas, Cooke, & Rosen, 2008). However, it should be noted that the psychological and behavioral factors play a crucial role in team descriptions: leadership, team orientation, mutual performance monitoring, adaptability, also relational, cognitive, and behavioral factors (Salas et al., 2005; Shoemaker et al., 2016). Supporting the importance

Table 5. Internal consistency reliability of the COPAN Scale and its components.

Scale and components	Number of items	Average inter-item correlation	Cronbach's alpha	Cronbach's alpha corrected ^d
Whole scale (27 items)	27	0.29	0.92	-
Goal Oriented Team Synergy (Factor 5)	12	0.54	0.93	-
	7 ^b	0.59	0.91	0.95
	8 ^c	0.58	0.92	0.94
Organizational Background for Teamwork (Factor O)	6	0.42	0.82	0.90
	4 ^b	0.49	0.79	0.92
Competence (Factor C)	5 ^c	0.47	0.81	0.91
	4	0.47	0.78	0.92
	2 ^b	0.70	0.82	0.97
Team Structure and Leadership (Factor L)	3	0.31	0.57	0.84
	2 ^d	0.39	0.56	0.89
Diffusion of Functions (Factor D)	2	0.22	0.36	0.77

^aCorrected by the Spearman-Brown prediction formula (Whinston, 2009) to adjust subscale reliability to the reliability of 12-item scale; ^bOptimized 3-Factor solution; ^cOptimized 2-Factor solution; ^d4-Factor solution.

Table 6. Comparison of total scores and model reliability criteria between community nurses (CNs) and general practitioners (GPs) in responses to the COPAN-5, COPAN-3, and COPAN-2 scales.

		CNs	GPs
COPAN-5 (27 items)	Total score (SD)	94.73 (13.06)	92.54 (15.64)
	Cronbach's alpha	0.90	0.93
	Average inter-item correlation	0.24	0.32
	Model fit indices:		
	TLI	0.65	0.78
	CFI	0.69	0.80
	RMSEA (90% CI)	0.11	0.10
		(0.10–0.12)	(0.09–0.11)
Optimized COPAN-3 (13 items)	Total score (SD)	45.90 (7.67)	44.71 (8.91)
	Cronbach's alpha	0.88	0.91
	Average inter-item correlation	0.37	0.43
	Model fit indices:		
	TLI	0.89	0.97
	CFI	0.91	0.97
	RMSEA (90% CI)	0.09	0.06
		(0.08–0.11)	(0.03–0.08)
Optimized COPAN-2 (13 items)	Total score (SD)	46.74 (7.83)	45.94 (8.79)
	Cronbach's alpha	0.91	0.90
	Average inter-item correlation	0.42	0.44
	Model fit indices:		
	TLI	0.90	0.95
	CFI	0.92	0.96
	RMSEA (90% CI)	0.09	0.07
		(0.07–0.11)	(0.05–0.09)

of the components outlined, our findings also underline the relevance of organizational prerequisites for teamwork such as clear roles and responsibilities, competency and appropriate formal framework, which was previously recognized in a large body of research (Mulvale et al., 2016; Shoemaker et al., 2016). Interesting that many teamwork assessment scales continue to downplay organizational dimensions by focusing more on internal factors (Finley et al., 2013; Sexton et al., 2006; Ushiro, 2009). For example, the Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS) is a widely used measure of interprofessional collaboration and it includes three main components: partnership, cooperation and coordination (Orchard, Pederson, Read, Mahler, & Laschinger, 2018). Another instrument, created by Ohman-Strickland with colleagues, is for measuring organizational attributes of primary care practices, and it includes components such as communication, decision-making, stress/chaos, and history of change (Ohman-Strickland et al., 2007). Stock with his colleagues created an instrument for measuring team development with such domains: cohesion, communication, roles and goals, team primacy (Stock, Mahoney, & Carney, 2013). All the components mentioned above are indisputably valuable, but we argue that, measuring collaboration in countries where teamwork in primary care is only being developed, the stronger focus should be on more basic organizational issues due to the cultural heritage and history (e.g. post-soviet health-care structure with strong hierarchical practical habits, where GPs have a dominating role and independent nurses' role is just in its' developing stages) (Jaruseviciene et al., 2013; Sheiman et al., 2018). We argue that there is a strong need to measure basic insights into the teamwork process, such as documentation of functions,

time and patient flow management. We believe that these items are of value while measuring teamwork development in primary care settings or even at the initial stages of the primary health-care development.

Previously mentioned instruments measure team-based care but focus more on cognitive, behavioral, affective/relational mediators (Shoemaker et al., 2016). Although it is possible, that in a setting of well-developed teams, basic organizational conditions such as competencies or functions of team members are already well established and the emphasis goes on internal factors while evaluating teamwork. However, organizational and policy frameworks play an important role in PHC assisting the development of fundamental stages of teamwork and impacting positively or negatively on these stages (Bentley, Freeman, Baum, & Javanparast, 2017; Jaruseviciene et al., 2013). Thus, we argue that organizational dimensions should be an essential component of the instrument used to assess collaboration in its developing stages. We suggest applying COPAN-2 or COPAN-3 in practice because they cover the main domains that we believe are important in the development of PHC collaboration. We believe that COPAN-2 or COPAN-3 scales have great potential as straightforward tools—perhaps a “point of care test” to perform an initial assessment of teamwork in PHC, although further research is needed to test the applicability of these versions in different settings.

Conclusions

This study has demonstrated the reliability of a novel tool that can be used to measure collaboration of CNs and GPs in primary health care. The newly developed short-version scales (COPAN-2 and COPAN-3) have sufficient psychometric characteristics to be applied in practice. They revealed determining factors of team cooperation: “Goal Oriented Team Synergy”, “Organizational Background for Teamwork” and “Competence”. Higher scores of factors reflect better individual and relational attitudes toward collaboration, better organizational conditions for teamwork and higher competence. These scales have great potential to become easy-to-use tools in initial assessment or monitoring of teamwork situations within PHC settings of low integration; furthermore, they can be potentially used in other settings with newly evolving teams.

Limitations

Only family physicians and community nurses were included in the study since they are the main PHC providers in Lithuanian PHC system. There was a relatively small sample of respondents and only from practices that were situated in one region, however, this region is one of the central regions in Lithuania, highly urbanized and accounts for 20% of the Lithuania's total population with the region's economic indicators (e.g. salary) equal to the average in Lithuania.

Acknowledgments

The authors thank all general practitioners and community nurses who kindly spared their time to take part in this study.

Competing interests

None declared.

Funding

This document is an output from the project “Intersectoral collaboration in solving health care problems in social risk families” (SIN-13/2012), funded by the Research Council of Lithuania.

Ethics approval

The Bioethics Committee of Lithuanian University of Health Sciences In 2012 provided approval for the ethical aspects of this study.

References

- Arbuckle, J. (2012). *IBM SPSS amos 21 user's guide*. Mount Pleasant, UK: Amos Development Corporation.
- Bentley, M., Freeman, T., Baum, F., & Javanparast, S. (2017). Interprofessional teamwork in comprehensive primary healthcare services: Findings from a mixed methods study. *Journal of Interprofessional Care*, 32(3), 274–283. doi:10.1080/13561820.2017.1401986
- Boon, H., Verhoef, M., O'Hara, D., & Findlay, B. (2004). From parallel practice to integrative health care: A conceptual framework. *BMC Health Services Research*, 4, 15. doi:10.1186/1472-6963-4-15
- Busse, R., Blümel, M., Scheller-Kreinsen, D., & Zentner, A. (2010). *Tackling chronic disease in Europe: Strategies, interventions and challenges*. UK: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Decree of Lithuanian Ministry of health. (in press, February 25). *Primary ambulatory health care services organization and expenses management description*. No. V-943, Vilnius, Lithuania. Retrieved from <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.ECA3E41BD530/NjylCVukBg>
- Delamare, M., & Lafortune, G. (2010). Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries. *Health Working Papers*, No. 54. Paris, France: Organization for Economic Cooperation and Development.
- Dieleman, S. L., Farris, K. B., Feeny, D., Johnson, J. A., Tsuyuki, R. T., & Brilliant, S. (2004). Primary health care teams: Team members' perceptions of the collaborative process. *Journal of Interprofessional Care*, 18(1), 75–78. doi:10.1080/13561820410001639370
- Dietz, A. S., Pronovost, P. J., Mendez-Tellez, P. A., Wyskiel, R., Marsteller, J. A., Thompson, D. A., & Rosen, M. A. (2014). A systematic review of teamwork in the intensive care unit: What do we know about teamwork, team tasks, and improvement strategies? *Journal of Critical Care*, 29(6), 908–914. doi:10.1016/j.jccr.2014.03.024
- Dubois, C. A., McKee, M., & Nolte, E. (2006). *Human resources for health in Europe. Observatory studies series*. World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 3(4):130–137.
- Finley, E. P., Pugh, J. A., Lanham, H. J., Leykum, I. K., Cornell, J., Veerapaneni, P., & Parchman, M. L. (2013). Relationship quality and patient-assessed quality of care in VA primary care clinics: Development and validation of the work relationships scale. *Annals of Family Medicine*, 11(6), 543–549. doi:10.1370/afm.1554
- Galaychuk, I. (2000). Training of medical students and nurses to be members of cancer care teams. *Journal of Cancer Education*, 15(2), 65–68.
- Groenewegen, P. P., Dourgnon, P., Greß, S., Jurgutis, A., & Willems, S. (2013). Strengthening weak primary care systems: Steps towards stronger primary care in selected Western and Eastern European

- countries. *Health Policy*, 113(1–2), 170–179. doi:10.1016/j.healthpol.2013.05.024
- Ilingworth, P., & Chelvanayagam, S. (2017). The benefits of interprofessional education 10 years on. *British Journal of Nursing*, 26, 813–818. doi:10.12968/bjon.2017.26.20.1116
- Institute of Medicine (IOM). (2015). *Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes*. Washington, DC: The National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK338360/> doi:10.17226/21726
- Jaruseviciene, L., Lazarus, J. V., Zemaitiene, N., Jarusevicius, G., & Valius, L. (2012). Collaboration in the provision of mental health care services: A cross-sectional survey of Lithuanian general practitioners. *HealthMED*, 6(5), 1583–1589.
- Jaruseviciene, L., Liseckiene, I., Valius, L., Kontrimiene, A., Jarusevicius, G., & Lapão, L. V. (2013). Teamwork in primary care: Perspectives of general practitioners and community nurses in Lithuania. *BMC Family Practice*, 14, 118. doi:10.1186/1471-2296-14-118
- Kohn, L. T., Corrigan, J., & Donaldson, M. S. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press.
- Kontrimiene, A., Liseckiene, I., Valius, L., Macinskas, S., & Jaruseviciene, L. (2013). From District Nurse to Community Nurse: The development of new professional role of Community Nurse in primary health care teams of Lithuania. *Nursing Education, Research and Practice*, 4(3).
- Marks, M. A., Mathieu, J. E., & Zaccaro, S. J. (2001). A temporally based framework and taxonomy of team processes. *Academy of Management Review*, 26, 356–376. doi:10.5465/amr.2001.4845785
- McInnes, S., Peters, K., Bonney, A., & Halcomb, E. (2015). An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *Journal of Advanced Nursing*, 71(9), 1973–1985. doi:10.1111/jan.2015.71.issue-9
- Mulvale, G., Embrett, M., & Razavi, S. D. (2016). "Gearing Up" to improve interprofessional collaboration in primary care: A systematic review and conceptual framework. *BMC Family Practice*, 17, 83. doi:10.1186/s12875-016-0492-1
- Ohman-Strickland, P. A., John Orzano, A., Nutting, P. A., Perry Dickinson, W., Scott-Cawiezell, J., Hahn, K., ... Crabtree, B. F. (2007). Measuring organizational attributes of primary care practices: Development of a new instrument. *Health Services Research*, 42(3 Pt 1), 1257–1273. doi:10.1111/j.1475-6773.2007.00703.x
- Orchard, C., Pederson, L. L., Read, E., Mahler, C., & Laschinger, H. (2018). Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Further testing and instrument revision. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 38(1), 11–18. doi:10.1097/CEH.0000000000000193
- Palmer, K., Marengoni, A., Forjaz, M. J., Jureviciene, E., Laatikainen, T., Mammarella, F., ... Onder, G. (2018). Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS). *Health Policy*, 122(1), 4–11. doi:10.1016/j.healthpol.2017.09.006
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. T. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 30(4), 459–467. doi:10.1002/nur.20199
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). doi:10.1002/14651858.CD000072.pub3
- Salas, E., Cooke, N. J., & Rosen, R. A. (2008). On teams, teamwork, and team performance: Discoveries and developments. *The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*, 50(3), 540–547. doi:10.1518/001872008X288457
- Salas, E., Sims, D. E., & Burke, C. S. (2005). Is there a big five in Team-work? *Small Group Research*, 36(5), 555–599. doi:10.1177/1046496405277134
- Sangaletti, C. T., Schweitzer, M. C., Peduzzi, M., Zoboli, E. L. C. P., & Soares, C. B. (2017). Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: A systematic review. *IBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(11), 2723–2788. doi:10.11124/IBISRIR-2016-003016
- Sexton, J. B., Helmreich, R. L., Neilands, T. B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., ... Thomas, E. J. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*, 6, 44. doi:10.1186/1472-6963-6-44
- Sheiman, I., Shishkin, S., & Shevsky, V. (2018). The evolving Semashko model of primary health care: The case of the Russian Federation. *Risk Management and Healthcare Policy*, 11, 209–220. doi:10.2147/RMHP.S168399
- Shoemaker, S. J., Parchman, M. L., Fuda, K. K., Schaefer, J., Levin, J., Hunt, M., & Ricciardi, R. (2016). A review of instruments to measure interprofessional team-based primary care. *Journal of Interprofessional Care*, 30, 423–432. doi:10.3109/13561820.2016.1154023
- Simin, D., Milutinovic, D., Brestovacki, B., Andrijevic, I., & Cigic, T. (2010). Improvement of teamwork in health care through interprofessional education. *Srpski Arhiv Za Celokupno Lekarstvo*, 138, 480–485.
- Souza, A. C., Alexandre, N. M. C., & Guirardello, E. B. (2017). Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(3), 649–659. doi:10.5123/S1679-49742017000300022
- Stock, R., Mahoney, E., & Carney, P. A. (2013). Measuring team development in clinical care settings. *Family Medicine*, 45(10), 691–700.
- Swanson, E., Goody, C. M., Frolova, E. V., Kuznetsova, O., Plavinski, S., & Nelson, G. (2001). An application of an effective interdisciplinary health-focused cross-cultural collaboration. *Journal of Professional Nursing*, 17, 33–39. doi:10.1053/jpnu.2001.20244
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Boston, US: Pearson.
- The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth (2008). *WHO European ministerial conference on health systems: "Health systems. Health and wealth"*. Tallinn, Estonia. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf
- Tsakitzidis, G., Timmermans, O., Callewaert, N., Verhoeven, V., Lopez-Hartmann, M., Truijen, S., ... Van Royen, P. (2016). Outcome indicators on interprofessional collaboration interventions for elderly. *International Journal of Integrated Care*, 16(2), 5. doi:10.5334/ijic.2017
- Ushiro, R. (2009). Nurse-physician collaboration scale: Development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1497–1508. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04937.x
- Whinston, S. C. (2009). *Principles and applications of assessment in counselling* (3rd ed.). Belmont, US: Brooks/Cole, Cengage Learning.

Organizaciniai komandinio darbo savitumai pirminėje sveikatos priežiūroje šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūriu

ORGANIZATIONAL FEATURES OF TEAMWORK IN PRIMARY HEALTH CARE FROM THE VIEWPOINT OF FAMILY PHYSICIANS AND NURSES

Aušrinė Kontrimienė¹, Renata Paukštaitienė², Ida Liseckienė¹, Leonas Valius¹, Lina Jaruševičienė¹

¹LSMU MA Šeimos medicinos klinika, ²LSMU MA MF Fizikos, matematikos ir biofizikos katedra

Santrauka

Įvadas. Pasaulyje siekiama saugios, efektyvios, savalaikės ir į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros, ypač atkreipiamas dėmesys į komandinio darbo vystymą pirminėje sveikatos priežiūroje (PSP). PSP stinga stiprios teorinės koncepcijos apie komandinį darbą, žinių apie komandų funkcionavimą bei patvirtintų priemonių, kurios leistų įvertinti komandinį darbą PSP Lietuvoje atlikti kokybiniai tyrimai parodė, kad besivystančiam komandiniam darbui PSP yra svarbūs organizaciniai aspektai tiek įstaigos, tiek valstybiniu lygmeniu, todėl šio tyrimo metu siekėme nuodugniau kiekybiškai įvertinti komandinio darbo organizacinius savitumus pirminėje sveikatos priežiūroje šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūriu bei sąsajas su sociodemografiniais rodikliais. **Metodika.** Tyrimas buvo atliekamas Kauno mieste ir rajone, jame dalyvavo 33 pirminės sveikatos priežiūros įstaigos, kurių šeimos gydytojai ir slaugytojos buvo kviečiami užpildyti autorių sudarytą klausimyną. Jame buvo klausimų grupės, skirtos išsiaiškinti respondentų požiūrį į organizacinius komandinio darbo PSP aspektus: procesų valdymas, atlygis ir kita nauda, besimokanti organizacija. Statistinė tyrimo duomenų analizė atlikta naudojant duomenų kaupimo ir analizės „SPSS“ programos paketą (versija SPSS 23.0). **Rezultatai.** Gauti užpildyti 344 klausimynai (164 šeimos gydytojų ir 180 slaugytojų). Ketvirtadalis (26 proc.) tyrimo dalyvių sutiko su teiginiu, jog komandos narių atlyginimas priklauso nuo jų veiklos intensyvumo. Mažiau kaip trečdalis respondentų (29,3 proc.) sutiko su teiginiu, jog pakanka laiko kokybiškam procedūrų atlikimui. Mažiau kaip pusė tyrimo dalyvių nurodė besimokančios organizacijos požymius savo darbovietėje: 39 proc. teigė, kad įstaigoje vykdomi komandinio darbo mokymai; 44,9 proc. pažymėjo, kad mokymai organizuojami kartu visiems komandos nariams. Darbovietės pastangas atsižvelgti į darbuotojų poreikius palankiau vertino jaunesni kaip 50 metų (51,9 proc.), mažiau 15 metų darbo stažą (47,7 proc.) ir iki 1200 pacientų skaičių apylinkėse turintys (47,4 proc.), privačiose įstaigose dirbantys gydytojai ir slaugytojos (63,4 proc.). **Išvados.** Tyrimo metu nagrinėti trys organizacinių veiksmų segmentai šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūriu surinko žemus teigiamus įverčius, t. y. mažiau kaip pusė tyrimo dalyvių juos įvertino teigiamai. Nustatytas mažas tyrimo dalyvių pasitenkinimas veiklos intensyvumo ir atlygio sąsajomis – tik trečdalis tyrimo dalyvių šį punktą vertino teigiamai. Procesų valdymas sveikatos priežiūros įstaigose taip pat vertintas kritiškai – pusė tyrimo dalyvių teigiamai vertino pacientų srautų valdymą, o tik trečdalis tyrimo dalyvių teigiamai vertino pakankamą laiką kokybiškam procedūrų atlikimui. Įstaigoje vykdomus komandinio darbo mokymus dažniau akcentavo slaugytojos nei gydytojai.

Reikšminiai žodžiai: pirminė sveikatos priežiūra, komandinis darbas, šeimos gydytojas, slaugytoja.



Summary

Background. The world strives for safe, effective and patient oriented healthcare with the emphasis on the development of teamwork in primary healthcare (PHC). PHC lacks strong theoretical concept of teamwork, there is a lack of knowledge about team functioning, as well as lack of validated instruments for teamwork measurement in PHC. Qualitative research carried out in Lithuania showed that developing teamwork at PHC has important organizational aspects both at the institutional and at the state level, therefore, in this study we sought to quantify the organizational features of teamwork in primary health care from the point of family physicians and nurses and evaluate the links with socio-demographic features. **Methods.** The study was carried out in Kaunas city and district, with 33 primary health care institutions where family doctors and nurses were invited to fill out a questionnaire prepared by the authors. It contained three groups of questions associated with the organizational aspects of teamwork at PHC: *process management; salary and other benefits; learning organization.* Statistical analysis of the research data was performed using SPSS software package (SPSS version 23.0). **Results.** We collected 344 questionnaires (participants were 164 family doctors and 180 nurses). A quarter of the survey respondents (26%) agreed with the statement that the salary of team members depends on the intensity of their activity. Less than half of the participants pointed out the features of the learning organization in their workplace: 39% agreed with the statement that there is teamwork training at the institution; 44.9% noted that the training is organized jointly with all team members. The efforts made by the employer to take into account the needs of their workers were favored by doctors and nurses working in private institutions (63.4%) who were younger than 50 years old (51.9%), with less than 15 years of work experience (47.7%), having up to 1,200 prescribed patients (47.4%). **Conclusions.** Three organizational segments examined from the viewpoint of family doctors and nurses had low positive outcomes. Poor satisfaction of the study participants was found regarding the links between intensity of their work and the salary— only one third of the participants in the study evaluated this item positively. Process management in health care facilities was also evaluated critically: half of the study participants positively rated the management of patient flows, and only one third of the study participants positively evaluated sufficient time for procedure's performance. Teamwork training at the institution was more often emphasized by nurses than doctors.

Keywords: primary health care, teamwork, family physician, nurse.

Aušrinė Kontrimienė, LSMU MA Šeimos medicinos klinikos asistentė, 2012 m. baigė LSMU šeimos medicinos rezidentūrą. Mokslinių tyrimų sritys: tarpsektorinis bendradarbiavimas priminėje sveikatos priežiūroje ir komandinis darbas. El. paštas: ausrine@kontrimas.net

Dr. Renata Paukštaitienė 1998 m. baigė VDU Informatikos fakultetą (matematikos magistro studijos). 2010 m. KMU apgynė biofizikos mokslų daktaro disertaciją „Biofizikiniais modeliais ir daugiamate analize grįsti širdies veiklą atspindinčių signalų vertinimo metodai“. Dirba lektore LSMU MA Medicinos fakulteto Fizikos, matematikos ir biofizikos katedroje. Domisi statistinių metodų taikymu biomedicininė duomenų analizei.

Ida Liseckienė, LSMU MA Šeimos medicinos klinikos docentė. Mokslinių tyrimų sritys: pirminė sveikatos priežiūra: komandinis darbas, dauginis ligotumas, kokybės vertinimas; polisergamumas ir su juo susijusios problemos, galimi sprendimo būdai. El. paštas: ida.liseckiene@gmail.com

Prof. dr. Leonas Valius, LSMU MA Šeimos medicinos klinikos vadovas, profesorius. 1987 m. baigė Kauno medicinos institutą (universitetą), 1992 m. apgynė daktaro disertaciją. Publikavęs daugiau nei 110 mokslinių straipsnių. Mokslinių tyrimų sritys: šeimos gydytojo veiklą lemiantys veiksniai, profilaktikos įgyvendinimo priminėje sveikatos priežiūroje galimybės, ūminės viršutinių kvėpavimo takų ligos. El. paštas: valius@bpg.lt

Lina Jaruševičienė, LSMU MA Šeimos medicinos klinikos profesorė. Mokslinių tyrimų sritys: pirminė sveikatos priežiūra, paauglių sveikatos priežiūra, lytinė ir reprodukcinė sveikata. Publikavusi daugiau nei 80 straipsnių. El. paštas: ljaruseviciene@gmail.com

IVADAS

Sveikatos priežiūros įstaigų darbo organizavimas daro tiesioginę įtaką tiek sveikatos priežiūros išlaidoms, tiek pacientų priežiūros rezultatams, o saugumo ir kokybės gerinimas yra pagrindinis tikslas sveikatos priežiūros sistemų visame pasaulyje [1–3]. Siekiama saugios, efektyvios, laiku taikomos, nešališkos ir į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros [4]. Vienas būdų, kaip pasiekti šiuos tikslus, yra komandinio darbo integravimas sveikatos priežiūros sistemoje. Tai gali būti vienas esminių darbo organizavimo principų įstaigoje, nes padeda sumažinti sveikatos priežiūros išlaidas, hospitalizacijų skaičių, geriau panaudojami žmogiškieji resursai [1, 5].

Amerikos sveikatos priežiūros tyrimų ir kokybės agentūra (angl. *American agency of healthcare research and quality*) nustatė, jog PSP stinga stiprios teorinės koncepcijos apie komandinį darbą, žinių apie komandų funkcionavimą bei patvirtintų priemonių, kurios leistų įvertinti komandinį darbą PSP

[6]. Atlikus sisteminę apžvalgą, buvo identifiukuota beveik 50 instrumentų, skirtų tirti komandinio darbo procesus PSP, tačiau tik aštuoni instrumentai buvo sukurti specialiai PSP, o kiti adaptuoti iš kitų sveikatos priežiūros sričių [6]. Vertinant komandinį darbą, daugiausia dėmesio buvo skiriama vidiniams veiksniams: lyderystei, bendravimui, pažinimui, elgesio, emocijų ir santykių valdymui ir kt. [6]. Žinoma, yra tikimybė, kad kitų šalių labiau pažengusiose komandose baziniai organizaciniai aspektai yra gerai išvystyti, todėl labiau pabrėžiami ir vidiniai veiksniai vertinant ir vystant komandinį darbą [7, 8].

Lietuvoje atlikti kokybiniai tyrimai parodė, jog besivystančiam komandiniam darbui PSP yra svarbūs organizaciniai aspektai tiek įstaigos, tiek valstybinių lygmeniu, pavyzdžiui, funkcijų aiškumas, atsakomybių ribos, kompetencijos, pacientų srautų valdymas [7, 9]. Literatūroje rašoma, jog įstaigoje turi būti skiriamas konkretus laikas komandos vystymui bei narių diskusijoms ir refleksijoms, reikalingi tarp profesiniai komandinio darbo mokymai, tinkama lyderystė ir organizacinė bei struktūrinė pagalba tiek įstaigos, tiek valstybinių lygmeniu [1, 10, 11]. Efektyvus komandinis darbas padeda optimizuoti sveikatos priežiūrą, o vieni pagrindinių segmentų, nusakančių jo efektyvumą, yra organizacinė struktūra, individualus indėlis ir komandos procesai [12].

Daugelis šalių savo sveikatos priežiūros sistemoms nuolat ieško naujų būdų, kaip optimizuoti organizacinius sveikatos priežiūros procesus ir bando adaptuoti įvairius darbo organizavimo metodus iš kitų sričių, pavyzdžiui, aviacijos, gamybos arba karinės pramonės [13–15]. Vienas populiarejančių darbo organizavimo principų yra „Lean“ metodika – plačiai diskutuojama apie jos pritaikymą sveikatos priežiūroje [14]. Tai yra veiklos metodika, kuri padeda sukurti pacientams maksimalią vertę didinant procesų efektyvumą, mažinant nereikalingų procesų skaičių ir laukimo trukmę [15]. Šioje metodikoje pabrėžiama, kad reikia atsivelti į pacientų ir darbuotojų poreikius, būtinas darbuotojų įsitraukimas į organizacijos procesus ir jų valdymą, užtikrinimas nuolatinis tobulėjimas [15]. Kai kuriose šalyse, pavyzdžiui, Kanadoje ir JAV ji jau taikoma praktikoje [15, 16]. Įvairios sisteminės apžvalgos šią metodiką vertina palankiai, tačiau ji nenurodoma kaip auksinis sveikatos priežiūros organizavimo standartas [15–17].

Lietuvoje taip pat jau bandoma taikyti „Lean“ darbo organizavimo principus, pavyzdžiui, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų filia-

las Kulautuvos reabilitacijos ligoninė nuo 2017 m. pradėjo taikyti šiuos principus ir turi teigiamus rezultatus: pagerėjo procedūrų prieinamumas, įstaigoje organizuojami trijų lygių personalo susirinkimai [18]. Visgi kiti Lietuvoje atlikti tyrimai rodo, jog sveikatos priežiūros sistema dirba nepakankamai efektyviai, atkreipiamas dėmesys į šeimos gydytojo darbą ir nustatyta, jog net 20 proc. savo darbo laiko jie skiria gydytojo kvalifikacijos nereikalaujančioms funkcijoms atlikti [19, 20], o komandinis darbas įstaigose neretai priimamas kaip savaime suprantamas procesas ir paliekamas saviškai [7, 9].

Šio tyrimo metu siekėme nuodugniau kiekybiškai įvertinti komandinio darbo organizacinius savitumus pirminėje sveikatos priežiūroje šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūriu bei sąsajas su socialiniais ir demografiniais rodikliais.

UŽDAVINIAI

- Išsiaiškinti šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūrį į komandinio darbo organizacinius savitumus pirminėje sveikatos priežiūroje.
- Nustatyti sociodemografinių rodiklių sąsajas su šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūriu į komandinio darbo organizacinius savitumus pirminėje sveikatos priežiūroje.

METODIKA

Tyrimas atliktas įgyvendinant Lietuvos Mokslo Tarybos finansuojamą projektą „Tarpsektorinis bendradarbiavimas sprendžiant sveikatos problemas socialinės rizikos šeimose“ (SIN-13/2012). Tyrimui atlikti gautas LSMU Bioetikos centro leidimas.

Tyrimas buvo atliekamas Kauno mieste ir rajone, jame dalyvavo 33 pirminės sveikatos priežiūros įstaigos, kurių šeimos gydytojai ir slaugytojos buvo kviečiami užpildyti autorių sudarytą klausimyną. Tyrimo instrumentas buvo sudarytas iš 108 klausimų: sociodemografiniai rodikliai, autorių sudarytas Komandinio darbo vertinimo klausimynas ir kitų klausimynų rinkinys (Maslach darbe patiriamas nuovargio skalė; darbo aplinkos organizacijoje skalė; Jefersono šeimos gydytojo ir bendruomenės slaugytojos bendradarbiavimo skalė). Autorių sudarytame klausimyne buvo klausimų grupės, skirtos išsiaiškinti respondentų požiūrį į komandinio darbo PSP organizacinius aspektus, tokius kaip, atlygis ir kita nauda; besimokanti organizacija; procesų valdymas (klausimai pateikiami 2 lentelėje). Dalyviai buvo informuoti apie tyrimo tikslą bei anonimiškumą ir konfidencialumo užtikrinimą.

Statistinė tyrimo duomenų analizė atlikta naudojant duomenų kaupimo ir analizės SPSS programos paketą (versija SPSS 23.0). Pasirinktas statistinio reikšmingumo lygmuo 5 proc. (p reikšmė <0,05).

REZULTATAI

Gauti užpildyti 344 klausimynai (atsako dažnis – 76 proc.). Tyrime dalyvavo šeimos gydytojai (n=164) ir slaugytojos (n=180). Dauguma dalyvių buvo moterys, o 13 dalyvių (3,8 proc.) buvo vyrai. Amžiaus vidurkis – 49 metai (SD 11,4). Dauguma dalyvių dirbo vieno etato krūviu (58,8 proc.), o darbo stažas buvo mažiau kaip 15 metų (52,7 proc.). Didesnė dalis tyrimo dalyvių dirbo viešosiose PSP įstaigose (60,2 proc.). Kiti demografiniai duomenys pateikiami 1 lentelėje (1 lentelė).

Atlygis ir kita nauda

Ketvirtadalis (26 proc.) tyrimo dalyvių sutiko su teiginiu, jog komandos narių atlyginimas priklauso nuo jų veiklos inten-

syvumo (2 lentelė). Gydytojai statistiškai reikšmingai dažniau nei slaugytojos pritarė šiam teiginiui (31,5 proc. ir 20,8 proc., atitinkamai, p=0,028) (2 lentelė). Įstaigos tipas, gydytojų ir slaugytojų tarpusavio darbo pobūdis, prisirašiusių pacientų skaičius ir kiti socialiniai ir demografiniai veiksniai nebuvo susiję su šios nuostatos skirtumais.

Mažiau kaip pusė tyrimo dalyvių (42,9 proc.) pritarė teiginiui, jog įstaiga atsižvelgia į komandos narių poreikius. Gydytojų ir slaugytojų nuomonė šiuo klausimu nesiskyrė (2 lentelė). Palankesnė tyrimo dalyvių pozicija šiuo klausimu siejosi su (3 lentelė):

- Jaunesniu amžiumi: 51,9 proc. 50 metų ir jaunesnių palyginus su 36,3 proc. vyresnių kaip 50 metų.
- Trumpesniu darbo stažu: 47,7 proc. dirbančių 15 metų ir mažiau palyginus su 36,2 proc. dirbančių daugiau kaip 15 metų.
- Mažesniu prisirašiusių pacientų skaičiumi: 47,4 proc. turinčių iki 1200 pa-

1 lentelė.

Socialiniai ir demografiniai tyrimo dalyvių duomenys ir jų sąsajos su pareigomis (gydytojas, slaugytoja)

		Iš viso, n (proc.)	Pareigos		p reikšmė*
			Gydytojas, n (proc.)	Slaugytoja, n (proc.)	
Tyrimo dalyviai	Iš viso	344 (100)	164 (47,7)	180 (52,3)	–
Lytis	Moteris	331 (96,2)	151 (92,1)	180 (100)	<0,001
	Vyras	13 (3,8)	13 (7,9)	0 (0,0)	
Amžius	50 metų ir mažiau	173 (52,7)	76 (49)	97 (56,1)	0,202
	Daugiau kaip 50 metų	155 (47,3)	79 (51)	76 (43,9)	
Darbo krūvis	Mažiau nei etatas	89 (26,2)	56 (34,4)	33 (18,6)	0,004
	1 etatas	200 (58,8)	85 (52,1)	115 (65)	
Darbo stažas	Daugiau nei etatas	51 (15)	22 (13,5)	29 (16,4)	<0,001
	15 metų ir mažiau	175 (52,7)	127 (79,9)	48 (27,7)	
Įstaigos tipas	Daugiau kaip 15 metų	157 (47,3)	32 (20,1)	125 (72,3)	0,242
	Viešoji įstaiga	207 (60,2)	98 (59,8)	109 (60,6)	
	Privati įstaiga	115 (33,4)	59 (36,0)	56 (31,1)	
Slaugytoja dirba viename kabinete su gydytoju	Viešoji ir privati įstaiga	22 (6,4)	7 (4,3)	15 (8,3)	0,575
	Taip	119 (35,5)	60 (37,0)	59 (34,1)	
Slaugytoja dirba su konkrečiu gydytoju (į šį klausimą atsakė tik slaugytojos)	Ne	216 (64,5)	102 (63,0)	114 (65,9)	–
	Taip	108 (60,7)	–	108 (60,7)	
Prisirašiusių pacientų skaičius	Ne	70 (39,3)	–	70 (39,3)	0,104
	iki 1200	117 (43,8)	74 (48,1)	43 (38,1)	
	1201 ir daugiau	150 (56,2)	80 (51,9)	70 (61,9)	

Duomenys pateikiami kaip n (proc. grupėse). *Taisytas chi kvadrato (χ^2) požymių nepriklausomumo (homogeniškumo kriterijus).

cientų palyginus su 34,5 proc. turinčių 1201 ir daugiau.

- Darbu privačioje įstaigoje: 63,4 proc. dirbančių privačioje įstaigoje palyginus su 31,3 proc. dirbančių viešojoje įstaigoje (45 proc. dirbančių tiek viešojoje, tiek privačioje įstaigoje).

Procesų valdymas

Pusė tyrimo dalyvių (50,4 proc.) sutiko su teiginiu, jog įstaigoje valdomi pacientų srautai. Gydytojų ir slaugytojų nuomonė šiuo klausimu nesiskyrė (2 lentelė), tačiau palankesnę nuomonę išsakė atskiruose kabinetuose dirbantys medikai (54,7 proc., palyginus su 43,9 proc., dirbantys tame pačiame kabinete) ($p=0,036$) (3 lentelė).

Mažiau kaip trečdalis respondentų (29,3 proc.) sutiko su teiginiu, jog pakanka laiko kokybiškam procedūrų atlikimui (2 lentelė). Privačiose ir privačiose bei viešosiose įstaigose dirbantys tyrimo dalyviai statistiškai reikšmingai palankiau vertino šį aspektą, lyginant tik su viešosiose įstaigose dirbančiais tyrimo dalyviais (atitinkamai – 35,1, 40,9 ir 24,8 proc., $p=0,006$) (2 lentelė).

Besimokančios organizacijos bruožai

Mažiau kaip pusė tyrimo dalyvių nurodė besimokančios organizacijos požymius savo darbovietėje: 39 proc. teigė, kad įstaigoje

vykdomi komandinio darbo mokymai; 44,9 proc. pažymėjo, kad mokymai organizuojami kartu visiems komandos nariams; 47,2 proc. nurodė, kad įstaigoje diegiamos inovacijos, palankiai veikiančios darbą komandoje; 39,7 proc. pažymėjo organizacijos atvirumą – sutiko su teiginiu, kad komandos nariai turi galimybę pasidalyti savo patirtimi su kolegomis iš kitų įstaigų (2 lentelė).

Slaugytojos statistiškai reikšmingai dažniau nei gydytojai, sutiko su teiginiu, kad įstaigoje vyksta komandinio darbo mokymai (atitinkamai – 47,2 ir 30 proc., $p=0,005$) (2 lentelė). Slaugytojos, dirbančios su konkrečiais gydytojais, dažniau nurodė vykstančius komandinio darbo mokymus nei jų kolegės, nedirbančios su konkrečiais gydytojais (atitinkamai – 55,7 ir 34,8 proc., $p=0,004$) (3 lentelė).

Įstaigoje diegiamas inovacijas, palankiai veikiančias darbą komandoje, statistiškai patikimai dažniau nurodė privačiose įstaigose dirbantys tyrimo dalyviai (55,6 proc.) lyginant su viešosiose įstaigose (41,6 proc.) arba viešosiose ir privačiose įstaigose dirbančiais jų kolegomis (50 proc.) ($p<0,05$). Slaugytojos, savarankiškai konsultuojančios pacientus, palankiau vertino įstaigoje diegiamas inovacijas nei jų kolegės, savarankiškai nekonsultuojančios pacientų (atitinkamai – 46,2 ir 40,5 proc., $p=0,019$) (3 lentelė).

2 lentelė.

Tyrimo dalyvių atsakymai į klausimus apie organizacinius veiksnius ir jų sąsajas su pareigomis. Pateikiami kartu sujungti atsakymai „sutinku“ ir „visiškai sutinku“.

		Iš viso, n (proc.)	Pareigos		p reikšmė*
			Gydytojai, n (proc.)	Slaugytojos, n (proc.)	
Procesų valdymas	Įstaigoje valdomi pacientų srautai	169 (50,4)	83 (51,6)	86 (49,4)	0,697
	Komandos nariai turi pakankamai laiko kokybiškam procedūrų atlikimui	99 (29,3)	49 (30,2)	50 (28,4)	0,711
Atlygis ir kita nauda	Komandos narių atlyginimas priklauso nuo jų vykdomos veiklos intensyvumo	87 (26)	51 (31,5)	36 (20,8)	0,026
	Įstaiga atsižvelgia į komandos narių poreikius	143 (42,9)	70 (43,8)	73 (42,2)	0,775
Besimokanti organizacija	Įstaigoje vykdomi darbo komandoje mokymai	131 (39)	48 (30)	83 (47,2)	0,001
	Įstaigoje diegiamos inovacijos, palankiai veikiančios darbą komandoje	158 (47,2)	83 (51,2)	75 (43,4)	0,149
	Komandos nariai turi galimybę pasidalyti savo patirtimi su kolegomis iš kitų įstaigų	133 (39,7)	59 (36,9)	74 (42,3)	0,312
	Įstaigoje vykdomi mokymai, kuriuose dalyvauja visi komandos nariai	150 (44,9)	65 (40,6)	85 (48,9)	0,131

Duomenys pateikiami kaip n (proc. grupėse). *Taisyktas chi kvadrato (χ^2) požymių nepriklausomumo (homogeniškumo kriterijus).

3 lentelė. Organizacinių veiksmų ir socialinių ir demografinių duomenų sąsajos. Patiekiami kartu sujungti atsakymai „sutinku“ ir „visiškai sutinku“

	Įstaiga (proc.)		Amžius (proc.)		Prisirašiusių pacientų skaičius (proc.)		Darbo stažas (proc.)		Slaugytoja ir gydytojas dirba viename kabinete (proc.)		Slaugytoja dirba su konkrečiu gydytoju (atsakinėjo tik slaugytojos) (proc.)		Slaugytoja dirba su konkrečiu gydytoju (atsakinėjo tik slaugytojos) (proc.)		
	Viešoji	Privati	Viešoji ir privati	50 metų ir mažiau	Daugiau kaip 50 metų	Iki 1201 ir 1200 daugiau	15 metų ir mažiau	Daugiau kaip 15 metų	Ne	Taip	Ne	Taip	Ne	Taip	
Procesų valdymas															
Įstaigoje valdomi pacientų srautai	46,0	56,1	63,2	51,8	51,7	51,3	46,9	52,9	49	54,7*	43,9*	55,2	45,7	46,4	53,1
Komandos nariai turi pakankamai laiko kokybiškam procedūrų atlikimui	24,8	35,1	40,9	32,6	27,3	32,5	22,8	31	27,6	30,4	27,8	34,3	25	30,2	24,7
Atlygis ir kita nauda															
Komandos narių atlyginimas priklauso nuo jų vykdomos veiklos intensyvumo	23,6	32,2	14,3	29,2	22,3	30,2	27,1	31,4*	20,9*	27,8	24,6	17,4	22,5	20,2	23,8
Įstaiga absizveigla komandos narių poreikius	31,3*	63,4*	45*	51,5*	35,8*	47,4*	34,5*	47,7*	36,2*	46,4	36,5	54,5*	33,3*	39,3	45
Besimokanti organizacija															
Įstaigoje vykdomi darbo komandoje mokymai	43,6	31	38,1	38	40	35	44,1	33,1*	46,7*	39,7	38,6	34,8*	55,7*	47,6	48,8
Įstaigoje diegiamos inovacijos, palankiai veikiančios darbą komandoje	41,6*	56,6*	50*	49,7	47,3	50,9	47,3	48,8	45,7	47,4	47	39,4	45,7	40,5	46,2
Komandos nariai turi galimybę pasidalyti savo patirtimi su kolegomis iš kitų įstaigų	36,3	42,5	57,1	40,9	38,3	39,3	36,8	41,9	38,2	41,6	38,1	47,8	38,5	38,8	46,9
Įstaigoje vykdomi mokymai, kuriuose dalyvauja visi komandos nariai	48,5	40,4	35	41,2	49,7	40,5	50,3	43,6	47	45,1	44,2	42	54,4	50,6	47,5

Duomenys pateikti kaip proc. grupėse. *Duomenys statistškai patikimi (p<0,05).

DISKUSIJA

Šeimos gydytojai ir slaugytojos atsakė į tris grupes klausimų, susijusių su organizaciniais komandinio darbo veiksniais: procesų valdymas, atlygis ir kita nauda bei besimokanti organizacija. Tyrimui pasirinktos temos siejosi su S. Pullon tyrimu identifiikuotais organizaciniais veiksniais, turinčiais įtakos komandiniam darbui: sveikatos sistemos politika ir PSP finansavimo modeliai, įstaigų vidinis organizavimas ir sveikatos darbuotojų mokymai [10]. Aiškesnės sveikatos sistemos įstatyminės bazės poreikį, tarp profesinio bendradarbiavimo bei darbuotojų funkcijų aiškumo stygių pabrėžė ir anksčiau Lietuvoje atlikti tyrimai [7, 9].

Atlygis ir kita nauda

Vienus iš žemiausių įverčių tyrimo dalyviai skyrė „atlygis ir kita nauda“ segmento klausimui „Komandos narių atlyginimas priklauso nuo jų vykdomos veiklos intensyvumo“ (26 proc.). Mažas dalyvių pasitenkinimas veiklos intensyvumo ir atlygio sąsajomis galėtų būti aiškinamas keliais argumentais. Lietuvoje, apmokant už PSP paslaugas taikomas kapitalizacijos mokestis – įstaiga apmokėjimą gauna priklausomai nuo prisirašiusių pacientų skaičiaus, nevertinant jų būklės sunkumo. Tačiau neatsargu būtų teigti, kad tyrimo dalyvių nepasitenkinimas sąlygotas tik finansavimo modelio, nes ir kiti PSP finansavimo modeliai, pavyzdžiui, apmokėjimas už paslaugą (*fee-for-service*) gali sukurti barjerus komandiniam darbui [10]. Kita vertus, darbo krūviai PSP nėra griežtai reglamentuoti ir neretai pati įstaiga sprendžia, kaip bus planuojamas darbas bei paskirstomas apmokėjimas už paslaugas. Minimalaus pagrindinio darbo užmokesčio reglamentacija PSP pagal Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos šakos kolektyvinę sutartį, taip pat grindžiama tik vienu darbo intensyvumo elementu – pacientų skaičiumi [21].

Tyrimo dalyvių pozicija, ar įstaiga atsižvelgia į savo darbuotojų poreikius turėjo daugiausia skirtumų: jaunesni, mažesnį darbo stažą ir prisirašiusių pacientų skaičių turintys privačiose įstaigose dirbantys gydytojai ir slaugytojos statistiškai patikimai palankiau vertino savo darbuočių pastangas atsižvelgti į darbuotojų poreikius, palyginus su vyresniais, didesnį darbo stažą bei daugiau prisirašiusių pacientų turinčiais jų kolegomis, dirbančiais viešosiose įstaigose. Analizuodama veiksmingą sveikatos priežiūros įstaigų valdymą ir lyderystę, Leggat S. akcentuoja paslaugas teikiančių gydytojų, slaugytojų ir viso sveikatos priežiūros personalo poreikių tenkinimo svarbą [11]. Leggat su kolegomis aptaria sveikatos

priežiūros įstaigų struktūrą, kai be pacientų tos įstaigos nebūtų reikalingos, tačiau be sveikatos priežiūros darbuotojų nebūtų, kas tas paslaugas teikia [11]. Sveikatos priežiūros organizavimas yra kompleksinis, čia tarpusavyje susijusios įvairios medicininės ir ne medicininės sritys. Todėl darbuotojų poreikiai negali būti ignoruojami, net tais atvejais, kai ribotų išteklių kontekste, pacientų poreikiai ir lūkesčiai yra dideli [11].

Procesų valdymas

Tyrimo dalyviai procesų valdymą sveikatos priežiūros įstaigose vertino kritiškai: 50,4 proc. teigė, kad įstaigoje valdomi pacientų srautai, o 29,3 proc. manė, kad jiems pakanka laiko kokybiškai atlikti procedūras. Paciento vizitas pas šeimos gydytoją trunka apie 15–20 min., per šį laiką jis turi atlikti nemažai funkcijų: įvertinti paciento ūmines, lėtines ligas, atlikti profilaktinius patikrinimus, vadovaujantis įstatymais ir oficialiomis rekomendacijomis, skirti gydymą bei tyrimus [22–24]. Labai svarbūs gydytojo veiklos aspektai: empatiško kontakto užmezgimas su pacientu, jiems reikiamos informacijos bei paaiškinimų suteikimas. Todėl labai tikėtina, kad lūkesčiai PSP darbuotojams yra pernelyg dideli ir jie nespėja atlikti visų patiktųjų funkcijų – kaip Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 m. plėtros nutarime rašoma: „Šeimos gydytojai ir vietojų šeimos medicinos paslaugas teikiančios gydytojų specialistų komandos atlieka ne visas jiems priskirtas funkcijas“ [20].

JAV atliktais tyrimais nustatyta, kad šeimos gydytoji suteikti paslaugas 2500 pacientų apylnkei kiekvieną dieną reiktų skirti po 7,4 val. profilaktinei bei prevencinei priežiūrai, ūminių ir lėtinių ligų paūmėjimo priežiūrai – 3,7 val., 10,6 val. – pacientų lėtinių ligų priežiūrai. Tai reiktų, kad, norint suteikti kokybiškas ir įstatymus atitinkančias paslaugas, šeimos gydytojo darbo dienos trukmė turėtų būti 21,7 val. [22–24]. Sudėtingėjant sveikatos priežiūros sistemai, augant skaičių pacientų, turinčių kompleksinių sveikatos problemų, laiko stygius tampa vis aktualesne problema PSP [25]. Būtent laiko stygiumi PSP tyrėjai aiškina nepakankamą daugelio prevencinių programų vykdymą bei kai kurių lėtinių ligų kontrolę ir ne itin aukštą pacientų pasitenkinimą [26, 27].

Besimokanti organizacija

Tyrimo dalyviai nurodė besimokančios organizacijos požymius, tačiau tik nedidelė jų dalis pritarė, jog įstaigoje vykdomi komandinio darbo mokymai. Siekiant pagrindinio sveikatos sistemos tikslo – kokybiškų paslaugų pacientui ir jo saugumo, reikalingas geras

tarpprofesinis bendradarbiavimas, kuris padeda sveikatos darbuotojams būti geriau pasirengusiems reaguoti į įvairius pacientų sveikatos priežiūros poreikius [28]. Pasaulio patirtis rodo, jog bendradarbiavimo mokymai sveikatos sistemos darbuotojams yra reikalingi, o juos pradėti derėtų dar studijuojant pirmuose kursuose [29, 30]. JAV mokslininkų rekomendacijose nurodyta, jog mokymai turėtų būti testiniai, o jų apimtis turėtų didėti proporcingai profesiniam pasirengimui – pradėdant nuo pirmųjų studijų kursų tęsiant juos magistrantūroje ir rezidentūroje, o vėliau jau dirbant konkrečiose darbo vietose [30].

ISVADOS

1. Tyrimo metu analizuoti trys organizacinių veiksmų segmentai svarbūs komandiniam darbui PSP: procesų valdymas, atlygis ir kita nauda, besimokanti organizacija. Visi trys segmentai šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūriu surinko žemus teigiamus įverčius – tik mažiau kaip pusė tyrimo dalyvių juos įvertino teigiamai.
2. Duomenų analizė parodė mažą tyrimo dalyvių pasitenkinimą veiklos intensyvumo ir atlygio sąsajomis – tik trečdalis tyrimo dalyvių šį punktą įvertino teigiamai. Procesų valdymas sveikatos priežiūros įstaigose taip pat vertintas kritiškai: pusė tyrimo dalyvių teigiamai įvertino pacientų srautų valdymą, tik trečdalis tyrimo dalyvių teigiamai įvertino pakankamą laiką kokybiškam procedūrų atlikimui.
3. Darbovietės pastangas atsivėlgti į darbuotojų poreikius palankiau vertino jaunesni kaip 50 metų, mažesni nei 15 metų darbo stažą ir mažiau kaip 1200 prisirašiusių pacientų skaičių turintys, privačiose įstaigose dirbantys gydytojai ir slaugytojos.
4. Įstaigoje vykdomus komandinio darbo mokymus dažniau akcentavo slaugytojos nei gydytojai.

LITERATŪRA

1. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A new health system for the 21st century. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK22274/>. [accessed 06-18-2018].
2. Kahn LT, Corrigan J, Donaldson MS. To err is human: Building a safer health system. Washington, D.C.: National Academy Press; 2000.
3. Hughes R. Tools and strategies for quality improvement and patient safety: an evidence-based handbook for nurses. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2008.
4. Mosser G, Begun JW. Understanding teamwork in health care. New York: McGraw Hill Education; 2013.

5. Dieleman SL, Farris KB, Feeny D, Johnson JA, Tsuyuki RT, Brilliant S. Primary health care teams: team members' perceptions of the collaborative process. *J Interprof Care*. 2004; 18(1):75–8.
6. Shoemaker SJ, Parichman ML, Fuda KK, Schaefer J, Levin J, Hunt M, et al. A review of instruments to measure interprofessional team-based primary care. *J Interprof Care*. 2016; 30(4):423–32.
7. Januseviciene L, Liseckiene I, Volius L, Kontrimiene A, Janusevicius G, Lepdo LV. Teamwork in primary care: perspectives of general practitioners and community nurses in Lithuania. *BMC Fam Pract*. 2013; 14:118.
8. Bentley M, Freeman T, Baum F, Javarpasov S. Interprofessional teamwork in comprehensive primary healthcare services: Findings from a mixed methods study. *J Interprof Care*. 2017; 32(3):274–83.
9. Kontrimiene A, Liseckiene I, Volius L, Močinskas S, Januseviciene L. From District Nurse to Community Nurse: the development of new professional role of Community Nurse in primary health care teams of Lithuania. *Nurs Educ Res Pract*. 2013; 14(1):130–7.
10. Pullan S, McKinlay E, Dew K. Primary health care in New Zealand: the impact of organisational factors on teamwork. *Br J Gen Pract*. 2009; 59(560):191–7.
11. Leppert SG. Effective healthcare teams require effective team members: defining teamwork competencies. *BMC Health Serv Res*. 2007; 7:17.
12. Mickan S, Rodger S. Characteristics of effective teams: a literature review. *Aust Health Rev*. 2000; 23(3):201–8.
13. McConaughy E. Crew resource management in healthcare: the evolution of teamwork training and MedTeams. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2008; 22(2):96–104.
14. Teich ST, Faddoul FF. Lean management: the journey from Toyota to healthcare. *Rambam Maimonides Med J*. 2013; 4(2):e0007.
15. Lawal AK, Rutter T, Kinsman L, Sari N, Harrison L, Jeffery C, et al. Lean management in health care: definition, concepts, methodology and effects reported (systematic review protocol). *Syst Rev*. 2014; 3:103.
16. Moraros J, Lemstra M, Nwankwo C. Lean interventions in healthcare: do they actually work? A systematic literature review. *Int J Qual Health Care*. 2016; 28(2):150–65.
17. Woodruff S. Is Lean sustainable in today's NHS hospitals? A systematic literature review using the meta-narrative and integrative methods. *Int J Qual Health Care*. 2018. doi: 10.1093/itqhc/iazy070. [Epub ahead of print].
18. Ave Vita. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ir Kauno Klinikų savaitraštis. 2018; (11-2174). ISSN 1648-620X.
19. Lietuvos Respublikos Valstybės kontrolė. Valstybinio audito ataskaita: Ar efektyvė šeimos gydytojų veikla? Nr. VĮ-P-10-2-4. Vilnius; 2013.
20. Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo: Lietuvos Respublikos seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimas Nr. XI-1430. Vilnius.
21. Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos viešųjų asmenų sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų, teikiančių asmenų sveikatos priežiūros paslaugas darbo apmokėjimo nuostatai. 2017-06-16 Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos šakos kolektyvinių sutarčių priedas. 2/5-70 2018 metų gegužės 4 d. pagal kolektyvinių derybų protokolinių susitarimą.
22. Yamall KS, Pollak KI, Ostbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health*. 2003; 93(4):635–41.
23. Ostbye T, Yamall KS, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med*. 2005; 3(3):209–14.
24. Yamall KSH, Ostbye T, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Family physicians as team leaders: time to share the care. *Prev Chronic Dis*. 2009; 6(2):A59.
25. Sabo GW, Vilella TJ, Chen E, Hammer FJ, Bodenheimer T. The myth of the lone physician: Toward a collaborative alternative. *Ann Fam Med*. 2012; 10(2):169–73.
26. Stange KC, Flocke SA, Goodwin MA, Kelly RB, Zydzanski SJ. Direct observation of rates of preventive service delivery in community family practice. *Prev Med*. 2000; 31(2 Pt 1):167–76.
27. Bodenheimer T. Interventions to improve chronic illness care: evaluating their effectiveness. *Dis Manag*. 2003 Summer; 6(2):63–71.
28. Emanuel L, Berwick D, Conway J, Combes J, Hatlie M, Leape L, et al. What exactly is patient safety? In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, editors. *Advances in patient safety. New directions and alternative approaches* (Vol. 1: Assessment). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008 Aug. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43629/>. [accessed 06-18-2018].
29. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington, D.C.: Interprofessional Education Collaborative; 2011.
30. Committee on Measuring the Impact of Interprofessional Education on Collaborative Practice and Patient Outcomes; Board on Global Health; Institute of Medicine. *Measuring the Impact of Interprofessional Education on Collaborative Practice and Patient Outcomes*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2015. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK338360/>.

Gauta: 2018 08 24
Priimta spausdinti: 2018 09 10

Pirminės sveikatos priežiūros komandos struktūra ir jos narių kompetencija šeimos gydytojų ir bendruomenės slaugytojų požiūriu

PRIMARY HEALTH CARE TEAM COMPETENCIES AND STRUCTURE: PERSPECTIVE OF FAMILY DOCTORS AND COMMUNITY NURSES

Aušrinė Kontrimienė¹, Renata Šimoliūnienė², Lina Jaruševičienė¹

¹LSMU MA Šeimos medicinos klinika, ²LSMU MA MF Fizikos, matematikos ir biofizikos katedra



Santrauka

Pastaraisiais dešimtmečiais sveikatos sistemoje diegiami komandinio darbo principai. Veiksmingas komandinis darbas pagrįstas komunikacija, bendrais tikslais, tarpusavio supratimu, pasitikėjimu, pagarba, bendradarbiavimu, tinkama komandos narių kompetencija ir kitomis savybėmis. Tinkama komandos narių kompetencija – vienas svarbiausių komandinio darbo veiksnių. Lietuvoje atlikti tyrimai rodo, kad pirminės sveikatos priežiūros (toliau – PSP) komandoje stokojama funkcijų apibrėžtumo, aiškaus darbų pasidalijimo ir gairių, kaip turėtų bendradarbiauti sveikatos sistemos darbuotojai. **Tyrimo tikslas.** Iširti, kaip šeimos gydytojai ir slaugytojos vertina komandos struktūrą ir kompetencijas komandoje. **Metodika.** Tyrimas vykdytas Kauno mieste ir rajone, jame dalyvavo 33 pirminės sveikatos priežiūros centrai. Tyrimo dalyviai – šeimos gydytojai ir bendruomenės slaugytojos, kurie atsakė į autorių sudarytą anoniminį klausimyną. Jame buvo pateikti klausimai, susiję su komandos struktūra ir vadovavimu. Statistinė tyrimo duomenų analizė atlikta naudojant duomenų kaupimo ir analizės SPSS programos paketą (versija SPSS 23.0). **Rezultatai.** Tyrime dalyvavo 164 šeimos gydytojai ir 180 bendruomenės slaugytojų. Daugiau kaip 70 proc. slaugytojų ir gydytojų pritarė teiginiui, kad jų komandos struktūra yra aiški, o dauguma respondentų nurodė, jog komanda turi savo vadovą (78,1 proc.). Jaunesni tyrimo dalyviai dažniau nei vyresni sutiko su teiginiu, kad komanda turi savo vadovą. Pusė tyrimo dalyvių (50,3 proc.) teigė, jog jų komandose vyrauja hierarchija grįsti santykiai, o daugiau kaip du trečdaliai (72,6 proc.) respondentų pritarė teiginiui, jog komandoje vyrauja partnerystė grįsti santykiai. Daugiau kaip trys ketvirtadaliai (78,5 proc.) tyrimo dalyvių sutiko su teiginiu, kad kiekvienas komandos narys yra kompetingas atlikti jam priklausančias funkcijas. Mažiau kaip pusė (46,1 proc.) respondentų pritarė teiginiui, kad įstaigoje vykdoma nuolatinė komandos narių kompetencijos kontrolė. **Išvados.** Beveik keturiems penktadaliams tyrimo dalyvių aišku, kas yra jų komandos vadovas. Jaunesnis amžius ir didesnis darbo krūvis susijęs su pozityvesne tyrimo dalyvių nuostata dėl vadovavimo aiškumo. Tyrimo dalyvių nuomone, santykiai PSP komandoje grįsti labiau partnerystė negu hierarchiniu modeliu. Dauguma tyrimo dalyvių nurodė, kad komandos nariai yra kompetentingi atlikti jiems priklausančias funkcijas. Slaugytojų nuomonė apie kompetencijų kontrolę įstaigoje buvo pozityvesnė nei gydytojų. **Reikšminiai žodžiai:** pirminė sveikatos priežiūra, komandinis darbas, šeimos gydytojas, slaugytoja.

Summary

The principles of teamwork are being introduced in the health care system in recent decades. Effective teamwork is based on communication, common goals, mutual un-

understanding, trust, respect, cooperation, appropriate competencies of team members and other features. Competencies of team members is one of the key factors in teamwork. Studies carried out in Lithuania show that the primary health care team lacks team member function clarity, a clear division of duties and guidelines for how health system staff should collaborate. **The aim** of this study was to investigate how family physicians and nurses perceive team structure and team competencies. **Methodology.** The study was conducted in Kaunas city and district, with 33 primary health care (PHC) centers involved. The study participants were family physicians and community nurses who responded to the anonymous questionnaire provided by the authors. The survey contained questions related to team structure and leadership. Statistical data analysis was performed using data acquisition and analysis package program SPSS (SPSS version 23.0). **Results.** The study involved 164 family doctors and 180 community nurses. More than 70% of nurses and family physicians agreed to the statement that their team structure is clear and majority of respondents indicated that the team has a leader (78.1%). Younger participants more often than older ones agreed with the statement that the team has a leader. Half of the participants in the study (50.3%) claimed that hierarchy-based relationships predominated in their teams, while more than two-thirds (72.6%) of respondents agreed that the team had a partnership-based relationship. More than three quarters (78.5%) of participants agreed with the statement that each member of the team is competent to perform his or her functions. Less than half (46.1%) of the respondents agreed with the statement that the institution carried out permanent control over the competencies of the team members. **Conclusions.** Nearly four fifths of the participants in the study claimed that it was clear to them, who their team leader was. The younger age and higher workload was related to the more positive attitude towards clarity of the leadership. According to the respondents, relations in the PHC team are based more on partnership than hierarchical model. Most participants in the survey indicated that team members are competent to perform their functions. The nurses' opinion about the control of competences in the institution was more positive than doctors opinion. **Key words:** primary health care, teamwork, family physician, nurse.

IVADAS

Komandinis darbas yra vienas esminių svarbiausio sveikatos sistemos tikslo – paciento saugumo – prielaidų [1]. Prastai koordinuota sveikatos priežiūra yra mažų mažiausiai neefektyvi arba neveiksminga, o blogiausiai atveju – pavojinga paciento saugumui. Todėl pastaraisiais dešimtmečiais, perimant kitų sričių (kariuomenės, aviacijos, sporto, verslo ir kt.) patirtį, sveikatos sistemoje taip pat diegiami komandinio darbo principai [1–3].

Pasaulio sveikatos organizacija nurodo, kad komandinis darbas yra dinamiškas procesas,

kuriame dalyvauja du ar daugiau žmonių, vykdančių veiklą, būtiną atlikti užduotį [1]. Apibūdinamas komanda, E. Salas akcentuoja priskirtas komandos narių funkcijas, jų tarpusavio priklausomumą, prisitaikymą ir bendradarbiavimą siekiant bendro tikslo [4]. Xyrichis atliktoje komandinio darbo koncepcijos analizėje akcentuoja sukurtą pridėtinę komandinio darbo vertę siekiant gerų organizacijos ir paciento priežiūros rezultatų [5].

Veiksmingas komandinis darbas pagrįstas komunikacija, bendrais tikslais, tarpusavio supratimu, pasitikėjimu, pagarba, bendradarbiavimu, tinkama komandos narių kompetencija ir kt. [1, 4, 6–9]. Lietuvoje atliktame tyrime nustatyta, kad PSP komandos darbui yra svarbu aiški komandos struktūra ir tinkama komandos narių kompetencija; komandos narių sinergija ir komunikacija; palanki organizacinė aplinka [10]. Komanda turi savo struktūrą, kur kiekvienas narys atlieka tam tikras funkcijas, kitaip tariant, yra pasidalijama darbais. Savo vaidmens komandoje žinojimas yra viena svarbių veiksmingo komandinio darbo prielaidų [8, 10–12].

Sveikatos sistemoje komandos gali būti labai skirtingos, o jų darbų pasidalijimas ir tarpusavio komunikacija – sudėtinga. To-

Aušrinė Kontrimienė. LSMU MA Šeimos medicinos klinikos asistentė, 2012 m. baigė LSMU šeimos medicinos rezidentūrą. Mokslinių tyrimų sritys: tarpsektorinis bendradarbiavimas priminėje sveikatos priežiūroje ir komandinis darbas. El. paštas: ausrine@kontrimas.net

Dr. Renata Šimoliūnienė 1998 m. baigė VDU Informatikos fakultetą (matematikos magistro studijos). 2010 m. KMU apgynė biofizikos mokslų daktaro disertaciją „Biofizikiniai modeliai ir daugiamaite analize grįsti širdies veiklą atspindinčių signalų vertinimo metodai“. Dirba lektore LSMU MA Medicinos fakulteto Fizikos, matematikos ir biofizikos katedroje. Domisi statistinių metodų taikymu biomedicininė duomenų analizei.

Lina Jaruševičienė. LSMU MA Šeimos medicinos klinikos profesorė. Mokslinių tyrimų sritys: pirminė sveikatos priežiūra, paauglių sveikatos priežiūra, lytinė ir reprodukcinė sveikata. Publikavusi daugiau nei 80 straipsnių. El. paštas: ljaruseviciene@gmail.com

dėl tinkama komandos narių kompetencija tampa vienu svarbiausių komandinio darbo veiksmų: australų mokslininkė S. Pullon savo tyrime įrodė, jog tinkamos kompetencijos yra kertinis gydytojų ir slaugytojų pagarbos bei pasitikėjimo vieni kitais aspektas [6]. Leggat savo tyrime įvardijo daugiau kaip penkiasdešimt kompetencijų, svarbių dirbant sveikatos sistemoje, kurias suskirstė į keturias pagrindines grupes (įgūdžiai; žinios; būdo (charakterio) savybės bei motyvai) [9].

Lietuvoje atlikti tyrimai rodo, kad PSP komandoje stokojama funkcijų apibrėžtumo, aiškaus darbų pasidalijimo ir gairių, kaip turėtų bendradarbiauti sveikatos sistemos darbuotojai [10, 11]. Komandiniam darbui vis dar nesकिiriamas reikiamas dėmesys, jis dažnai priimamas kaip savaime suprantamas [10, 11]. Šio tyrimo tikslas buvo iširti, kaip šeimos gydytojai ir slaugytojos vertina komandos struktūrą ir kompetencijas komandoje.

METODIKA

Tyrimas atliktas įgyvendinant projektą „Tarpsektorinis bendradarbiavimas sprendžiant sveikatos problemas socialinės rizikos šeimose“, kurį finansavo Lietuvos mokslo taryba (LMT). Projektas vykdytas siekiant išsiaiškinti galimybes stiprinti tarpsektorinį bendradarbiavimą. Vienas iš projekto aspektų buvo komandinis darbas pirminėje sveikatos priežiūroje. Tyrimui atlikti gautas LSMU Bioetikos centro leidimas.

Tyrimas vykdytas Kauno mieste ir rajone. Iš 49 įstaigų, sudariusių sutartį su teritorinėmis ligonių kasomis, 2012 metais atsitiktine tvarka buvo pasirinktos 36 įstaigos, iš jų tyrime sutiko dalyvauti 33 įstaigos. Tyrimo dalyviai – šeimos gydytojai ir bendruomenės slaugytojos. Visi tyrimo dieną darbo vietoje buvę šeimos gydytojai ir bendruomenės slaugytojos pakviesti įsitraukti į tyrimą. Jie informuoti apie tyrimo tikslą ir tyrimo procedūras, konfidencialumo ir anonimiškumo užtikrinimą, po to jiems išdalyti anoniminiai klausimynai. Šeimos gydytojams išdalyta 216 klausimynų, o slaugytojoms – 237, surinkta iš viso 344 užpildyti klausimynai (atitinkamai 164 ir 180 klausimynų). Atsako dažnis – 76 proc.

Tyrimo instrumentas – klausimynas, kurį sudarė 108 klausimai, susiję su sociodemografiniais rodikliais ir įvairiais darbo komandoje aspektais pirminėje sveikatos priežiūroje: autorių sudaryta komandinio darbo vertinimo skalė, Jeferson šeimos gydytojo ir bendruomenės slaugytojos bendradarbiavimo skalė, PSP bendradarbiavimo su socialiniu sektoriumi vertinimas, Maslach darbe patiriamo nuovargio skalė ir darbo aplinkos

organizacijoje skalė. Šiame straipsnyje bus nagrinėjami aspektai, susiję su komandos struktūra, vadovavimu ir komandos narių kompetencija.

Statistinė tyrimo duomenų analizė atlikta naudojant duomenų kaupimo ir analizės SPSS programos paketą (versija SPSS 23.0). Stebėti skirtumai ar ryšiai laikyti statistiškai reikšmingais, kai apskaičiuotoji reikšmė buvo mažesnė už pasirinktą reikšmingumo lygmenį ($p < 0,05$).

Respondentai

Tyrimo dalyvavo 164 šeimos gydytojai ir 180 bendruomenės slaugytojų (iš viso 344 tyrimo dalyviai) (1 lentelė). Amžiaus vidurkis buvo 49 (standartinis nuokrypis (toliau – SD) 11,4) metai, kai jauniausias dalyvis buvo 24 metų, o vyriausias 76 metų. Darbo stažo vidurkis – 18,8 (SD – 11,4) darbo metų (min. 0,9, maks. 57 darbo metai). Daugiau kaip pusė (60,2 proc.) tyrimo dalyvių buvo iš viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų, 33,4 proc. – iš privačių, o 6,4 proc. respondentų nurodė dirbantys ir privačioje, ir viešojoje įstaigoje.

Slaugytojų ir gydytojų grupės nebuvo homogeniškos lyties ir darbo stažo atžvilgiu (abiejų palyginimams $p < 0,001$). Slaugytojų grupę sudarė tik moterys, o gydytojų grupėje buvo 151 (92,1 proc.) moteris ir 13 (7,9 proc.) vyrų. Be to, slaugytojos turėjo didesnį darbo stažą negu gydytojai. Turinčių 21 ir daugiau darbo metų stažą slaugytojų grupėje buvo 60,7 proc., o gydytojų šioje grupėje – tik 12,6 proc. Daugiausiai buvo gydytojų, turinčių 11–20 darbo metų stažą (50,3 proc.). Statistiškai reikšmingai skyrėsi slaugytojų ir gydytojų darbo krūvis ($p = 0,004$): didesnis slaugytojų skaičius dirbo vienu etatu (65,0 proc.) lyginant su gydytojais (52,1 proc.), o gydytojų didesnis skaičius dirbo mažiau kaip vienu etatu (gydytojų 34,4 proc. vs. slaugytojų 18,6 proc.). Kitų nagrinėtų demografinių rodiklių atžvilgiu gydytojų ir slaugytojų grupės buvo homogeniškos.

Komandos struktūra ir vadovavimas

Klausimyne buvo pateikiami klausimai, susiję su komandos struktūra ir vadovavimu (1 pav.). Daugiau kaip 70 proc. slaugytojų ir gydytojų pritarė teiginiui, kad jų komandos struktūra yra aiški, o dauguma respondentų nurodė, jog komanda turi savo vadovą (78,1 proc.). Slaugytojos statistiškai reikšmingai dažniau sutiko su teiginiu, kad komanda turi savo vadovą (84,9 proc.), nei šeimos gydytojai (71 proc.) ($p = 0,007$). Jaunesni tyrimo dalyviai dažniau nei vyresni sutiko su teiginiu, kad komanda turi savo vadovą

1 lentelė.
Demografiniai tyrimo dalyvių duomenys

		Gydytojai n (proc.)	Slaugytojai, n (proc.)	Iš viso, n (proc.)	p reikšmė
Tyrimo dalyviai	Iš viso	164 (47,7)	180 (52,3)	344 (100)	
Lytis	Moteris	151 (92,1)	180 (100)	331 (96,2)	<0,001
	Vyras	13 (7,9)	0 (0,0)	13 (3,8)	
Amžius	40 metų ir mažiau	34 (21,9)	48 (27,7)	82 (25,0)	0,367
	41–50 metų	42 (27,1)	49 (28,3)	91 (27,7)	
	51 metai ir daugiau	79 (51,0)	76 (43,9)	155 (47,3)	
	Amžiaus vidurkis (min. – maks.; mediana)	50,66 (30–74; 52)	47,69 (24–76; 47)	49 (24–76; 49,5)	
Darbo krūvis	Mažiau nei etatas	56 (62,9)	33 (37,1)	89 (26,2)	0,004
	1 etatas	85 (42,5)	115 (57,5)	200 (58,8)	
	Daugiau nei etatas	22 (43,1)	29 (56,9)	51 (15)	
Darbo stažas	10 darbo metų ir mažiau	59 (37,1)	27 (15,6)	86 (25,9)	<0,001
	Nuo 11 iki 20 darbo metų	80 (50,3)	41 (23,7)	121 (36,4)	
	21 ir daugiau darbo metų	20 (12,6)	105 (60,7)	125 (37,7)	
	Darbo metų vidurkis (min.–maks.; mediana)	13,49 (1–42; 12)	23,72 (0,9–57; 24)	18,82 (0,9–57; 15)	
Jstaigos tipas	Viešoji įstaiga	98 (59,8)	109 (60,6)	207 (60,2)	0,242
	Privati įstaiga	59 (36,0)	56 (31,1)	115 (33,4)	
	Viešoji ir privati įstaiga	7 (4,3)	15 (8,3)	22 (6,4)	
Slaugytoja dirba viename kabinete su gydytoju	Taip	60 (37,0)	59 (34,1)	119 (35,5)	0,575
	Ne	102 (63,0)	114 (65,9)	216 (64,5)	
Slaugytoja dirba su konkrečiu gydytoju (į šį klausimą atsakinėjo tik slaugytojos)	Taip	–	108 (60,7)	108 (60,7)	NS
	Ne	–	70 (39,3)	70 (39,3)	
Prisirašusių pacientų skaičius	iki 1000	50 (32,5)	22 (19,5)	72 (27,0)	0,058
	1001–1400	57 (37)	52 (46)	109 (40,8)	
	1401 ir daugiau	47 (30,5)	39 (34,5)	86 (32,2)	

P. S. palyginimams taikytas χ^2 požymių nepriklausomumo (homogeniškumo) kriterijus, išskyrus * – taikytas Mano Vitnio kriterijus, NS – kriterijus netaikytas.

(90,1 proc. tarp 40 metų amžiaus ir jaunesnių ir 69,6 proc. tarp 51 metų ir vyresnių tyrimo dalyvių, $p=0,001$). Didesniu krūviu dirbantys respondentai dažniau teigė, jog komanda turi savo vadovą (83,7 proc. tarp dirbančių daugiau nei 1 etato krūviu ir 70,6 proc. tarp dirbančių mažiau nei vieno etato krūviu ($p=0,018$)).

Pusė tyrimo dalyvių (50,3 proc.) teigė, jog jų komandose vyrauja hierarchija pagrįsti santykiai, tačiau daugiau kaip du trečdaliai (72,6 proc.) respondentų taip pat pritarė teiginiui, jog komandoje vyrauja partnerystė grįsti santykiai. Tyrimo duomenys rodo, kad dažniau partnerystė grįstus santykius koman-

doje nurodė tyrimo dalyviai, nedirbantys viename kabinete (66,9 proc.), lyginant su dirbančiais viename kabinete (33,1 proc.) ($p=0,004$), ir turintys daugiau prisirašusių pacientų (34,1 proc., turinčių daugiau nei 1401 prirašytų pacientų, lyginant su 38,4 proc. turinčių nuo 1000 iki 1400 pacientų ($p=0,039$)).

Komandos narių kompetencija

Norėdami įvertinti šeimos gydytojų ir bendruomenės slaugytojų požiūrį į komandos narių kompetenciją, respondentams pateikėme du teiginius (2 pav.). Daugiau kaip trys ketvirtadaliai (78,5 proc.) tyrimo

dalyvių sutiko su teiginiu, kad kiekvienas komandos narys yra kompetetingas atlikti jam priklausančias funkcijas. Tyrimo duomenys rodo, kad vyresni tyrimo dalyviai (51 metų amžiaus ir vyresni) rečiau pritarė šiam teiginiui (74 proc.) nei jaunesni kaip 40 metų amžiaus ir 41–50 metų amžiaus tyrimo dalyviai (84,1 proc. ir 83,5 proc. atitinkamai, $p=0,04$).

Mažiau kaip pusė (46,1 proc.) respondentų pritarė teiginiui, kad įstaigoje vykdoma nuolatinė komandos narių kompetencijos kontrolė. Šeimos gydytojų ir bendruomenės slaugytojų požiūris šiuo aspektu statistiškai reikšmingai išsiskyrė – 54,6 proc. slaugytojų teigė, kad įstaigoje vykdoma nuolatinė komandos narių kompetencijos kontrolė, tokios pačios pozicijos laikėsi 36,9 proc. gydytojų ($p=0,005$).

REZULTATŲ APTARIMAS

Atliktas tyrimas atskleidė šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūrį į PSP komandos struktūrą, vadovavimą jai ir kompetencijas komandoje.

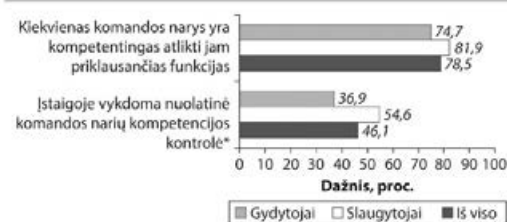
Rezultatų analizė atskleidė, jog didžiąją dalį tyrimo dalyvių buvo aišku, kokie darbuotojai sudaro komandą (77,2 proc.) ir kas jai vadovauja (78,1 proc.). Aiškūs komandos vadovas yra viena iš efektyvaus komandinio darbo savybių, kuri kartu su kitomis (bendras tikslas, atsakomybių pasidalijimas, aiškiai apibrėžti komandos narių vaidmenys ir kt.) sudaro komandos struktūros komponentą [13]. Gordon ir bendraautoriai komandos struktūrą ir jos valdymą įtraukia į penkių svarbiausių komandinio darbo sveikatos sistemoje komponentų sąrašą, kartu su komandos bendradarbiavimu, komandos orientacija ir komandos dėmesio centru (*team focus*) [13]. Kiek daugiau nei penktadalis mūsų tyrimo dalyvių teigė, kad jiems nėra aiškiai žinoma, kokie darbuotojai sudaro komandą, taip pat nebuvo tikri, ar komanda turi savo vadovą. Akivaizdu, kad siekiant veiksmingo komandinio darbo PSP, būtini aiškūs susitarimai dėl komandos struktūros ir lyderystės ir dirbantieji turi juos žinoti ir jais vadovautis. Studijų metu nemokoma, kas sudaro komandas ir kaip jose dirbti, tai priimama kaip savaime suprantamas ir išmokstamas darbo vietoje dalykas. Neretai šeimos gydytojas traktuojamas kaip pagrindinis lyderis Lietuvos PSP, kadangi jis yra labiausiai atsakingas už paciento sveikatą pagal Lietuvos Respublikos įstatymus [14], tačiau Pasaulinė sveikatos organizacija akcentuoja, kad PSP reikalingas darbo pasidalijimas ir šeimos gydytojas matomas kaip PSP komandos narys, o ne vienišas specialistas, teikiantis daugumą



*Pažymėtas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p<0,05$)

1 pav.

Komandos struktūros savitumai šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūriu. Pateikiami sujungti atsakymai „visiškai sutinku“ ir „sutinku“



*Pažymėtas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p<0,05$)

2 pav.

Komandos narių kompetencijų savitumai šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūriu. Pateikiami sujungti atsakymai „visiškai sutinku“ ir „sutinku“

su PSP susijusių paslaugų [15, 16]. Lietuvoje šeimos gydytojai net 22 proc. darbo dienos laiko skiria atlikti funkcijoms, kurios nereikalauja gydytojo kompetencijų [17]. Besivystant PSP, galima tikėtis pareigybių pasidalijimo ir perdavimo kitoms specialybėms, pavyzdžiui, išplėstinės praktikos slaugytojams, kurie būtų tiesiogiai atsakingi už pacientą ir perimtų dalį šeimos gydytojo funkcijų [18, 19]. Pagal Lietuvos sveikatos sistemos plėtros įstatymą ne tik slaugytojų funkcijos turi būti plečiamos, bet įtraukiami ir socialiniai darbuotojai į PSP [20]. Tokie komandos darbo PSP pokyčiai kelia nemažai iššūkių, kadangi atsiranda naujų pareigybių, o dalis jų persidengia, todėl reikalingos komandinio darbo gairės ir mokymai, kur visi PSP komandos nariai suderintų bendradarbiavimo modelius, įsivaintų savo bei kitų funkcijas ir suprastų, kaip gali bendradarbiauti ir dirbti komandoje [21–24].

Mūsų tyrimas atskleidė, jog tarpusavio santykiuose PSP komandoje dominavo

partnerystė, tačiau hierarchinis modelis taip pat išliks aktualus. Partnerystė pagrįstas santykius komandoje labiau akcentavo atskiruose kabinetuose dirbantys ir didesnį prisirašiusių pacientų skaičių turintys darbuotojai. Literatūros šaltiniai teigia, jog bendradarbiavimas tarp komandos narių turi būti grįstas abipuse pagarba, pasitikėjimu, savitarpio pagalba, efektyvia komunikacija [6, 13, 25]. Partnerystė apima šias sąvokas ir ji svarbi užtikrinant kokybiškas ir saugias paslaugas pacientams, kai darbo krūviai PSP sistemoje tik didėja ir plečiasi teikiamų paslaugų spektras – reikalingas šeimos gydytojų ir slaugytojų efektyvus bendradarbiavimas [26]. Tačiau tyrimai rodo, jog ne tik Lietuvos, bet ir kitų šalių sveikatos sistemose išlieka ir hierarchinio modelio bendravimas [10, 27]. Nedidelė hierarchija gali būti naudinga, kai svarbus greitas sprendimų priėmimas (skubi pagalba, darbas operacinėse ir pan.). Analizuodamas hierarchinio bendravimo modelio ypatumus, Leavitt pabrėžia, jog toks modelis turi tiek neigiamų, tiek ir teigiamų aspektų, iš kurių akcentuoja psichologinį saugumo jausmą (kuris minimas daugiau kaip iliuzija, o ne realybė) ir paskyrimų / tvarkos jausmą [27]. Akivaizdu, jog ši vizuali tvarka dažniausiai bus autoritarinė ir demokratijos tokiam modelyje yra maža. Boon su kolegomis nagrinėjo į komandinį darbą orientuotus galimus modelius, kuriuos išskyrė nuo paralelinio (mažiausiai integruoto) iki integruoto modelio [28]. Lietuvos PSP galima būtų priskirti prie paralelinio arba konsultuojamojo modelio, kadangi sveikatos specialistai atlieka savo darbus pagal kompetencijas, tačiau bendradarbiavimas tarpusavyje yra fragmentuotas [10, 28]. PSP turėtų būti aiškios komandų struktūros ir paruoštos gaires bendradarbiavimo modeliams, pagal kuriuos dirbtų sveikatos specialistai. Norint dirbti efektyviai komandose, tokie vidiniai susitarimai yra būtini, o kintant paslaugų poreikiui bei kiekiui – nuolat peržiūrimi ir koreguojami [13, 15, 25]. Tai yra pagrindas, nuo kurio jau galima siekti integruotos sveikatos priežiūros ir efektyvaus komandinio darbo.

Vykstant komandos raidai, labai svarbu persvarstyti ir komandos narių kompetencijas. Dauguma tyrimo dalyvių nurodė manantys, kad kiekvienas komandos narys yra kompetentingas atlikti jam priklausančias funkcijas, vyresni tyrimo dalyviai tokios nuomonės laikėsi rečiau nei jaunesni. Galbūt tai galima sieti su darbo patirtimi, kai, anot S. Pullon, per laiką užsitarinama (arba taip ir neužsitarinama) pagarba bei pasitikėjimas [6]. Kita vertus, gali būti, kad jaunų specia-

listų požiūris skyrėsi dėl kokybiškai kitokio pasirengimo – tačiau šį reikšmingą sąlygojusį aplinkybių analizei būtų tikslingi tolimesni tyrimai. Gordon teigia, jog, norint iš esmės suprasti, kaip veikia komandinis darbas sveikatos sistemoje, yra būtina pradėti nuo specifinių žinių, įgūdžių ir vertybių, kurios yra reikalingos kiekvienam komandos nariui, o šias tris savybes apibūdina žodis kompetencija [13]. Šių specifinių savybių žinojimas gali būti naudingas ir ruošiant mokymo programas studentams, rezidentams, o jau praktikuojančius specialistus galima vertinti pagal nustatytą konkrečių kompetencijų lygį [13, 29]. Calhoun pabrėžė mokymų svarbą formuojant specifines sveikatos sistemos darbuotojų kompetencijas [29].

Nuomonė apie įstaigoje vykdomą darbuotojų kompetencijų kontrolę statistiškai reikšmingai skyrėsi gydytojų ir slaugytojų grupėse. Gali būti, kad kompetencijų kontrolė žymiai aktyviau vykdoma tarp slaugytojų, tačiau taip pat tikėtina, kad gydytojai kritiškiau nei slaugytojos vertina įstaigoje vykdomą darbuotojų kompetencijų kontrolę. Globalios tendencijos rodo, jog slaugytojų vaidmuo šiuolaikinėje sveikatos sistemoje didėja [1, 15, 16, 26, 30, 31]. Įvairiose šalyse steigiamos slaugytojų specialybės, kurios turi žymiai daugiau autonomijos negu įprastinė bendrosios slaugytojos praktikos veikla [31]. Tokie pokyčiai ateina ir į Lietuvos sveikatos sistemą – jau nuo 2015 metų pradėtos rengti išplėstinės praktikos slaugytojos, kurių kompetencijos yra žymiai platesnės negu bendruomenės slaugytojų, dirbančių PSP, ir tikimasi, jog ši nauja profesija prisidės prie sveikatos sistemos gerinimo [18, 19]. Tai galėtų paaiškinti pozityvesnę slaugytojų požiūrį į įstaigoje vykdomą darbuotojų kompetencijos kontrolę.

Remiantis atlikto tyrimo rezultatai, galima teigti, kad pirminėje sveikatos priežiūroje vyksta komandinio darbo evoliucija, todėl įvairios priemonės (mokymai, gairės, sutarimai ir kt.) galėtų užtikrinti sklandesnę transformacijos procesą ir padidinti komandinio darbo efektyvumą.

IŠVADOS

1. Beveik keturiems penktadaliams tyrimo dalyvių buvo aišku, kas yra jų komandos vadovas. Jaunesnis amžius ir didesnis darbo krūvis susijęs su pozityvesne tyrimo dalyvių nuostata dėl vadovavimo aiškumo.
2. Tyrimo dalyvių nuomone, santykinai PSP komandoje pagrįsti labiau partnerystė negu hierarchiniu modeliu. Partnerystė pagrįsti santykiai buvo labiau svarbūs tiems respondentams, kurie dirbo ats-

kuruose kabinetuose ir turėjo didesnę prisirašiusių pacientų skaičių.

3. Dauguma tyrimo dalyvių nurodė, kad komandos nariai yra kompetentingi atlikti jiems priklausiančias funkcijas, vyresni respondantai taip manė rečiau. Slaugytojų nuomonė apie kompetencijų kontrolę įstaigoje buvo pozityvesnė nei gydytojų.

LITERATŪRA

1. Emanuel L, Berwick D, Conway J, Combes J, Hatlie M, Leape L, et al. What exactly is patient safety? In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, editors. *Advances in patient safety: new directions and alternative approaches* (Vol. 1: Assessment). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008 Aug. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43629/>
2. Leisure EJ, Jones RR, Meade LB, Sanger M, Thomas KG, Tilden VP, et al. There is no "T" in teamwork in the patient-centered medical home: defining teamwork competencies for academic practice. *Acad Med*. 2013;88(5):585-92.
3. Gražulis V, Volckas A, Dočiulytė R, Sudnickas T. Darbuotojas organizacijos koordinacinių sistemose: žmogiškojo potencialo vystymo perspektyvos. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas; 2012.
4. Salas E, Sims DE, Burke CS. Is there a "Big Five" in teamwork? *Small Group Res*. 2005;36(5):555-99.
5. Synchis A, Ream E. Teamwork: A concept analysis. *J Adv Nurs*. 2008;61(2):232-41.
6. Pullon S. Competence, respect and trust: key features of successful interprofessional nurse-doctor relationships. *J Interprof Care*. 2008;22(2):133-47.
7. Teamwork and Communication Working Group. Improving patient safety with effective teamwork and communication: Literature review needs assessment, evaluation of training tools and expert consultations. Edmonton (AB): Canadian Patient Safety Institute; 2011.
8. MacNaughton K, Chreim S, Bourgeault IL. Role construction and boundaries in interprofessional primary health care teams: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:486. doi: 10.1186/1472-6963-13-486.
9. Leggat SG. Effective healthcare teams require effective team members: defining teamwork competencies. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:17. doi:10.1186/1472-6963-7-17.
10. Januševičienė L, Liseckienė I, Valius L, Kontrimienė A, Januševičius G, Lapo A. Teamwork in primary care: perspectives of general practitioners and community nurses in Lithuania. *BMC Fam Pract*. 2013;14(1):118.
11. Kontrimienė A, Liseckienė I, Valius L, Mačinskis S, Januševičienė L. From District Nurse to Community Nurse: the development of new professional role of Community Nurse in primary health care teams of Lithuania. *Nurs Educ Res Pract*. 2013;3(4):130-7.
12. McInnes S, Peters K, Bonney A, Hatcomb E. An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and

nurses working in general practice. *J Adv Nurs*. 2015;71(9):1973-85.

13. Mosser G, Begun JW. *Understanding teamwork in health care*. New York: McGraw Hill Education; 2013.
14. Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14-2005 „Scimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1013. *Valstybės žinios*. 2008 m. liepos 5 d.; Nr. 3-62.
15. Saltman RB, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Maidenhead: Open University Press; 2006.
16. Sabo GW, Villela TJ, Chen E, Hammer H, Bodenheimer T. The myth of the lone physician: Toward a collaborative alternative. *Ann Fam Med*. 2012;10(2):169-73.
17. Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės valstybinio audito 2013 m. vasario 28 d. ataskaita Nr. VA-P-10-2-4 „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla“.
18. Dėl išplestinės slaugos praktikos gairių patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 4 d. įsakymas Nr. V-766. *TAR*. 2014-07-09, Nr. 9961.
19. Dėl Lietuvos medicinos normos MN 160-2017 „Išplestinės praktikos slaugytojas“ patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. liepos 7 d. įsakymas Nr. V-852. *TAR*. 2017-07-12, Nr. 12017.
20. Dėl ketvirtosios sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinko konsolidavimo etapo plano patvirtinimo: Lietuvos Respublikos valstybės 2015 m. gruodžio 9 d. nutarimas Nr. 1290. *TAR*. 2015-12-16, Nr. 19823.
21. Panzani N. Contributing factors to ineffective nurse-physician communication: Survey results. 2nd Annual Worldwide Nursing Conference (WNC). 2014. DOI: 10.5176/2315-4330_WNC14.66.
22. Clark RC, Greenwald M. Nurse-physician leadership: Insights into interprofessional collaboration. *J Nurs Adm*. 2013;43(12):653-9.
23. Tjo J, Mazzeo RM, Field T, Meterko V, Spenard A, Gurwitz JH. Nurse-physician communication in the long-term care setting: Perceived barriers and impact on patient safety. *J Patient Saf*. 2009;5(3):145-52.
24. Johnson S, Kring D. Nurses' perceptions of nurse-physician relationships: Medical-surgical vs. intensive care. *Medsurg Nurs*. 2012;48(8):343-7.
25. Lake D, Baerg K, Paslawski T. Teamwork, leadership and communication: collaboration basics for health professionals. Edmonton, AB: Brush Education; 2015.
26. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grof R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2005; (2):CD001271.
27. Leavitt HJ. Why hierarchies thrive. *Harv Bus Rev*. 2003;81(3):96-102, 141.
28. Boon H, Verhoef M, O'Hara D, Findlay B. From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework. *BMC Health Serv Res*. 2004;4(1):15.
29. Calhoun JG, Davidson PL, Sinclair ME, Vincent ET, Griffith JR. Toward an understanding of competency identification and assessment in health care management. *Qual Manag Health Care*. 2002 Fall;11(1):14-38.
30. World Health Organization. Primary health care 21: "Everybody's business". In: An international meeting to celebrate 20 years after Alma-Ata. *Almaty*; 1998. p. 27-8.
31. Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. *Interprofessional teamwork for health and social care*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010.

Gauta: 2017 11 22
Priimta spausdinti: 2017 12 20



Komandinis darbas pirminėje sveikatos priežiūroje: bendradarbiavimo veiksnių tarp šeimos gydytojų ir slaugytojų sisteminė apžvalga

TEAMWORK IN PRIMARY HEALTH CARE: SYSTEMATIC REVIEW OF COOPERATIONAL ELEMENTS AMONG FAMILY PHYSICIANS AND NURSES

Aušrinė Kontrimienė, Lina Jaruševičienė
ISMU MA Šeimos medicinos klinika

Santrauka

Šeimos gydytojai ir bendruomenės slaugytojos įvardijami kaip svarbiausi visavertę pagalbą pacientams teikiantys komandos nariai pirminėje sveikatos priežiūroje (PSP). Bendradarbiavimas ir komandinis darbas tarp sveikatos sistemos profesionalų yra vieni esminių elementų siekiant gerų sveikatos priežiūros rezultatų. Lietuvoje komandinis darbas ir bendradarbiavimas tarp specialistų PSP neretai yra priimamas kaip savaime suprantamas dalykas, tačiau pasaulinė patirtis rodo, kad komandiniam darbui ir bendradarbiavimui PSP ir visoje sveikatos priežiūroje reikia skirti daugiau dėmesio. Apžvalgos tikslas – apžvelgti šeimos gydytojų ir slaugytojų bendradarbiavimo veiksnius pirminėje sveikatos priežiūroje. **Metodika.** Paieška atlikta naudojantis MEDLINE, CINAHL ir ELSEVIER duomenų baze. Suformuluota paieškos eilutė, kurią sudarė šie reikšminiai žodžiai: komandinis darbas, bendradarbiavimas, pirminė sveikatos priežiūra, šeimos gydytojas, slaugytoja. Įtraukimo kriterijai, įtraukti pastarųjų 15 metų pilno teksto priegios straipsniai anglų kalba iš visų pasaulio regionų. Įtraukiami kokybiniai ir kiekybiniai tyrimai, kuriose tiriama pirminėje sveikatos priežiūroje dirbančių šeimos gydytojų ir slaugytojų bendravimas, bendradarbiavimas ar komandinis darbas. Duomenų analizė: Paieška atlikta duomenų bazėse, neaiškumai aptariami ir sprendimas dėl straipsnių tinkamumo buvo priimtas bendru tyrėjų sutarimu. Atrinkti straipsniai analizuoti remiantis temine duomenų analize. Išskirti straipsniuose dažniausiai aptariami bendradarbiavimo aspektai, kurie suskirstyti į šešias kategorijas, pastarosios vėliau priskirtos dviems pagrindinėms temoms. **Rezultatai.** Į šią sistematinę apžvalgą įtraukti devyni straipsniai. Nustatytos dvi pagrindinės temos: išoriniai ir vidiniai veiksniai, turintys įtakos šeimos gydytojų ir slaugytojų bendradarbiavimui. Vidiniams veiksniams priskirtos kategorijos: profesinių vaidmenų dinamika, tarpprofesiniai santykiai, motyvacija. Išoriniams veiksniams priskirtos kategorijos: organizaciniai veiksniai, komandinis darbas, mokymai. **Išvados.** Dažniausiai straipsniuose buvo aptariama komandinio darbo problemos, tarpprofesinių vaidmenų dinamika, profesiniai santykiai bei bendradarbiavimo mokymų stygius. Siekiant geresnių tarpprofesinių santykių ir efektyvesnių sveikatos priežiūros rezultatų, reikėtų skirti daugiau dėmesio teisei bazei, o vienas svarbiausių veiksnių, galinčių pagerinti šeimos gydytojų ir slaugytojų komandinį darbą, yra mokymai. **Reikšminiai žodžiai:** komandinis darbas, pirminė sveikatos priežiūra, šeimos gydytojas, slaugytoja.

Summary

Background. Family physicians and nurses are identified as important team members providing comprehensive care for patients in primary health care (PHC). Some of the essential elements for good health care outcomes are cooperation and teamwork. In Lithuania teamwork and cooperation among PHC professionals are often taken for granted.

Global experience shows that teamwork and cooperation needs more attention in PHC and in the whole health care system. The aim of this systematic review was to overview the cooperational elements among family physicians and nurses working together in PHC. **Methods.** Data was collected using MEDLINE, CINAHL and ELSEVIER data bases. The search phrase was formed using keywords such as: teamwork, cooperation, primary health care, family physician, nurse and others. Inclusion criteria: full-text access english language articles from all regions not older than fifteen years. Qualitative and quantitative researches were included that investigated teamwork, cooperation or collaboration between family physicians and nurses. Data analysis: uncertainties were discussed between researchers and the decision of articles suitability were accepted by common agreement. Selected articles were analysed using thematic analysis. Six categories were identified that emerged into two themes. **Results.** Nine articles were included in this overview. Two main themes were identified: internal and external factors affecting family physicians' and nurses' cooperation. Internal categories included: dynamics of professional roles, inter-professional relationships, motivation. External categories included: organizational factors, teamwork, training. **Conclusions.** Articles most commonly discussed problems regarding teamwork, dynamics of inter-professional roles, professional relationships and lack of teamwork training. More attention should be directed to the law base defining professional roles striving for better interprofessional relationships and more effective health care. One of the most important element that can influence cooperation between family physicians and nurses is teamwork training.

Key words: teamwork, primary health care, family physician, nurse.

IVADAS

Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) deklaracijoje „Sveikata visiems XXI amžiuje“ akcentuojamas integruotos, į pirmą grandį orientuotos, sveikatos priežiūros poreikis [1]. Šeimos gydytojas ir kvalifikuotas bendruomenės slaugytojas įvardijami kaip svarbiausi, visavertę pagalbą pacientams teikiantys komandos nariai. Jie turi propaguoti sveiką gyvenimą, rūpintis paciento ir jo šeimos sveikata [1]. Atsižvelgiant į tai, kad atsakomybė ir darbo krūviai PSP darbuotojams nuolat didėja, reikalinga kuo efektyviau išnaudoti visas galimybes tobulinant ir gerinant paslaugų teikimą bei užtikrinti kokybiškumą. Todėl vienas iš elementų, galinčių padėti pasiekti šių tikslų, yra geras slaugytojų ir gydytojų bendradarbiavimas [2, 3].

Bendradarbiavimas, komandinis darbas ir tiesiog bendravimas tarp sveikatos sistemos profesionalų yra vieni esminių elementų siekiant gerų sveikatos priežiūros rezultatų. Šie elementai taip pat svarbūs kuriant darnią ir harmoningą darbo aplinką bei didinant sveikatos priežiūros darbuotojų pasitenkinimą savo darbu. Visgi dažnai ypač pirminėje sveikatos priežiūroje dėl didelio darbo krūvio bendradarbiavimo ir komandinio darbo tobulinimui neskiriamas tinkamas dėmesys. Tyrimai rodo, kad Lietuvoje pirminės sveikatos priežiūros grandies komandinis darbas yra besivystančioje stadijoje, o bendradarbiavimas tarp komandos narių suvokiamas kaip savaimė suprantamas, sunkiai apčiuopiamas ir įvardijamas dalykas [4], o tai sunkina veiksmingo bendradarbiavimo plėtrą.

Vieni pagrindinių komandinio darbo aspektų yra įsipareigojimas dirbti bendradarbiaujant, įsipareigojimas organizacijai, kokybiškiems rezultatams ir bendravimui [5]. Komandoje svarbu nubrėžti vienodai suvokiamą bendradarbiavimo modelį su aiškiu procesu, tikslais bei laukiamais rezultatais. Taip pat svarbūs organizaciniai bei politiniai aspektai, kurie įtakoja sveikatos priežiūros komandų darbą [6]. PSO pabrėžia komandinio darbo svarbą teikiant paslaugas PSP, ypač sergantiesiems lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, pavyzdžiui, sergantiesiems cukriniu diabetu, lėtine obstrukcine plaučių liga, arterine hipertenzija ir kt. [7–9]. Europoje vis labiau vystoma ir taikoma tokia praktika teikiant paslaugas pacientams [8, 9].

Pirminė sveikatos priežiūra pastaraisiais dešimtmečiais išgyveno nemažai pokyčių, kai darbo krūvis ir atliekamų paslaugų spektras pradėjo plėstis ypač greitai. Pradėta taikyti naujų prevencinių programų, diagnostinių tyrimo metodų, išsiplėtė šeimos gydytojo atliekamų procedūrų skaičius. Nuolat didėja paslaugų skaičius ir poreikis, tačiau personalo skaičius beveik nekinta [10–12], arba net priešingai, kai kuriose šalyse (pvz., Austra-

Aušrinė Kontrimienė, LSMU MA šeimos medicinos klinikos asistentė, 2012 m. baigė LSMU Šeimos medicinos rezidentūrą. Mokslinių tyrimų sritis: tarpsektorinis bendradarbiavimas pirminėje sveikatos priežiūroje ir komandinis darbas. El. paštas: ausrine@kontrimas.net
Lina Jaruševičienė, LSMU MA Šeimos medicinos klinikos profesorė. Mokslinių tyrimų sritis: pirminė sveikatos priežiūra, paauglių sveikatos priežiūra, lytinė ir reprodukcinė sveikata. Publikavusi daugiau nei 80 straipsnių. El. paštas: ljaruseviciene@gmail.com

lijoje, Kanadoje) didėja šeimos gydytojų ir slaugytojų stygius.

Tokie rezultatai rodo, kad pirminės sveikatos priežiūroje reikalingi pokyčiai siekiant užtikrinti teikiamų paslaugų kokybę bei paciento saugumą. Vienas iš sprendimo būdų – pirminės sveikatos priežiūros komandų stiprinimas, komunikacijos ir bendradarbiavimo tarp profesionalų gerinimas. Vienas žmogus, vienos profesijos atstovas, negali suteikti pilnavertiškos ir visapusės priežiūros pacientui, reikalingas darbo pasidalijimas tarp skirtingų profesijų atstovų [13]. Sveikatos sistemoje pacientų gydymo rezultatai labai priklauso nuo efektyvaus tarpdisciplininio ir tarpprofesinio komandinio darbo. Deja, į studijų programas neįtraukti mokymai apie tai, kaip reikia dirbti komandose, kaip efektyviai bendradarbiauti tarp profesionalų [14]. Komandinis darbas neretai yra priimamas kaip savaime suprantamas dalykas ir jo išmokstama (arba taip ir neišmokstama) socializacijos darbo vietoje metu, t. y. natūraliai perimamos vienoje arba kitoje įstaigoje susiklosčiusios profesinio bendravimo ir bendradarbiavimo strategijos. Lietuvoje atlikti tyrimai tik patvirtina tai, kad šalyje veiksmingo komandinio darbo vystymui – nuo pareigų pasiskirstymo optimizavimo iki mokymo programų tobulinimo – skiriamas itin mažas dėmesys [4].

Šios sisteminės apžvalgos tikslas – apžvelgti šeimos gydytojų ir slaugytojų bendradarbiavimo aspektus dirbant pirminėje sveikatos priežiūroje.

METODIKA

Atliekant šią sistematinę apžvalgą buvo naudojama PRISMA (angl. *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) rekomendacijomis.

Įtraukimo ir atmetimo kriterijai

Pasirinktas laiko tarpnis buvo pastarieji p15 metų, nuo 2000 m. sausio 1 d. iki 2015 m.

gruodžio 31 d. Įtraukti pilno teksto prieigos straipsniai anglų kalba iš visų pasaulio regionų. Įtraukiami tiek kokybiniai, tiek kiekybiniai tyrimai. Įtraukiamos buvo studijos, kuriose tiriama pirminėje sveikatos priežiūroje dirbančių šeimos gydytojų ir slaugytojų bendravimas, bendradarbiavimas arba komandinis darbas. Tyrimo dalyviai turėjo būti šeimos gydytojai ir slaugytojos arba tik šeimos gydytojai, arba tik slaugytojos. Į atranką neįtraukti straipsniai, kuriuose tyrimo objektas buvo išplėstinės praktikos slaugytoja (angl. *nurse practitioner*), nes jos pareigos ir funkcijos skiriasi iš esmės nuo bendrosios praktikos slaugytojos. Taip pat neįtraukti tyrimai, kuriuose dalyvavo kitų profesijų atstovai arba pacientai. Taip pat buvo neįtraukiami mums neprieinami visatekstiniai šaltiniai (1 lentelė).

Paieškos strategija

Paieška atlikta naudojantis MEDLINE, CINAHL ir ELSEVIER duomenų bazėmis. Buvo suformuluota paieškos eilutė, kurią sudarė šie reikšminiai žodžiai: komandinis darbas, bendradarbiavimas, pirminė sveikatos priežiūra, šeimos gydytojas, slaugytoja. Reikšminiai žodžiai parinkti MeSH pagalba, taip pat vartojami ir jų sinonimai bei pridėdami papildomi reikšminiai žodžiai, tokie kaip polilogotumas, lėtinų ligų pavadinimai (pvz., cukrinis diabetas, astma, arterinė hipertenzija ir kt.). Papildomai straipsnių buvo ieškoma rankiniu būdu, buvo peržiūrimi atrinktų straipsnių literatūros sąrašai ir susiję straipsniai.

Duomenų rinkimas ir analizė

Paieška atlikta duomenų bazėse remiantis pavadinimų ir santraukų tinkamumu bei su iš anksto sudarytais įtraukimo ir atmetimo kriterijais. Vėliau buvo skaitomi pilno teksto straipsniai ir tikrinamas jų tinkamumas. Neaiškumai aptariami ir sprendimas dėl straipsnių tinkamumo buvo priimtas bendru tyrėjų sutarimu. Jokio interesų konflikto nenustatyta. Atrinkti straipsniai analizuoti remiantis temine duomenų analize, nes dauguma straipsnių buvo kokybiniai. Išskirti dažniausiai aptariami bendradarbiavimo aspektai straipsniuose, kurie suskirstyti į šešias kategorijas, pastarosios vėliau priskirtos dviem pagrindinėms temoms.

Apžvalgos ribotumas

Apžvalgoje buvo įtraukiamos slaugytojos, dirbančios pirminėje sveikatos priežiūroje, išskyrus išplėstinės praktikos slaugytojas. Slaugytojos PSP gali dirbti kaip bendruomenės slaugytojos, rajono slaugytojos, namų priežiūros slaugytojos, bendrosios praktikos slaugytojos ir kt., tačiau jų funkcijos gali skirtis priklausomai nuo to, kokiame šalyje

1 lentelė.

Įtraukimo į sistematinę apžvalgą ir atmetimo kriterijai

Įtraukimo kriterijai	Atmetimo kriterijai
<ul style="list-style-type: none"> • Tyrimas atliktas pirminėje sveikatos priežiūroje • Tiriama šeimos gydytojų ir slaugytojų komandinis darbas arba bendradarbiavimas arba bendravimas • Tyrimo dalyviai tik šeimos gydytojai ir (arba) slaugytojos • Įtraukiami ir kiekybiniai ir kokybiniai tyrimai • Įtraukiami straipsniai tik anglų kalba 	<ul style="list-style-type: none"> • Tyrimas atliktas ne pirminėje sveikatos priežiūroje • Tyrimo dalyviai kitų profesijų atstovai ar pacientai • Tyrimo dalyviai išplėstinės praktikos slaugytoja • Tyrimas ne apie slaugytojų ir gydytojų bendradarbiavimo aspektus • Neprieinamas visatekstis straipsnis

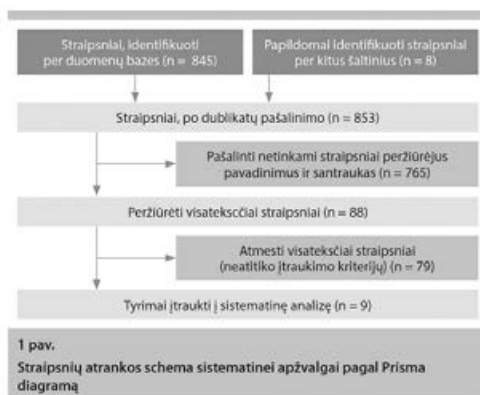
jai dirba, kaip įstatymiškai reglamentuota jų veikla. Šioje apžvalgoje šių profesinių skirtumų nevertinome. Įtraukti tik pilnos priegios straipsniai anglų kalba.

REZULTATAI

Atliekant paiešką duomenų bazėse, rasti 853 straipsniai atitikę reikšminius žodžius (Prisma diagrama). Atsižvelgiant į įtraukimo ir atmetimo kriterijus, 765 straipsniai buvo atmeti atsižvelgiant į santrauką ir pavadinimą. Vėliau skaityti 88 pilno teksto straipsniai, iš kurių 79 buvo atmeti dėl tyrimo dalyvių iš kitų profesijų įtraukimo į tyrimą, tyrimas atliekamas ne PSP arba kitoks tyrimo tikslas (pvz., iširti ligos priežiuos rezultatus). Straipsniai buvo nagrinėjami skaitant pilną tekstą, siekiant išsiaiškinti, ar atitinka įtraukimo kriterijus. Devyni straipsniai atitiko visus įtraukimo kriterijus ir nagrinėjo šeimos gydytojų, slaugytojų bendradarbiavimą dirbant pirminėje sveikatos priežiūroje.

Į šią sistematinę apžvalgą įtraukti devyni straipsniai (3 lentelė). Jie apibūdina aštuonis atskirai atliktus tyrimus, nes du straipsniai parašyti remiantis ta pačia studija [2, 3]. Dvi studijos atliktos Australijoje [15, 16], viena atlikta Naujoje Zelandijoje [2, 3], viena Saudo Arabijoje [17], keturios studijos iš Europos [4, 18–20]. Septynios studijos atliktos naudojant kokybinę tyrimo metodiką ir viena studija atlikta kiekybiškai. Dviejų straipsnių tyrimo dalyviai buvo šeimos gydytojai [19, 20], o šešių straipsnių tyrimų dalyviai buvo šeimos gydytojai ir slaugytojos [2–4, 15–18].

Penki straipsniai [2–4, 15, 20] tyrė aspektus,



įtakojančius santykius tarp gydytojo ir slaugytojos, jų bendravimą ir komandinį darbą. Keturi straipsniai [16–19] tyrė gydytojų ir slaugytojų bendradarbiavimą ir santykius teikiant paslaugas lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams (senyvo amžiaus žmonės, cukrinis diabetas, demencija).

Peržiūrėjus visus straipsnius, išryškėjo keletas kategorijų, kurios yra svarbios gydytojų ir slaugytojų bendrame darbe (2 lentelė). Šias kategorijas suskirstėme į dvi pagrindines temas: išorinius ir vidinius veiksnius. Australų atliktoje studijoje [2, 3] gydytojų ir slaugytojų santykiai taip pat suskirstyti į išorinius ir vidinius, tačiau išskirtos potėmės skiriasi.

2 lentelė.

Išorinių ir vidinių veiksnių, įtakojančių šeimos gydytojų ir slaugytojų santykius, aprašymas

Vidiniai veiksniai		
Profesinių vaidmenų dinamika	Tarpprofesiniai santykiai	Motyvacija
<ul style="list-style-type: none"> Slaugytojų profesinio identiteto stygius Hierarchija Skirtingi įgūdžiai ir gebėjimai Kompetencijos įtaka Gydytojo dominavimas 	<ul style="list-style-type: none"> Šeimos gydytojo pasitikėjimas slaugytoja Tarpprofesinė pagarba ir pasitikėjimas Tarpprofesinis supratimas Individualūs veiksniai 	<ul style="list-style-type: none"> Maža gydytojų motyvacija Slaugytojų ir gydytojų nenoras bendradarbiauti
Išoriniai veiksniai		
Organizaciniai veiksniai	Komandinis darbas	Mokymai
<ul style="list-style-type: none"> Darbo krūviai Slaugytojų stygius Įdarbinimo formos Finansavimas Aplinkos veiksniai (triuškimas, bendros tvarkos stygius) Bendri gydytojų ir slaugytojų susirinkimai, veiklos ap- tarimai 	<ul style="list-style-type: none"> Funkcijų neaiškumas Funkcijų pasidalijimas Bendradarbiavimas Komandinio darbo stygius Funkcijų aprašymai 	<ul style="list-style-type: none"> Komandinio darbo Profesinių vaidmenų Bendradarbiavimo su pacientais Bendradarbiavimo tarp PSP darbuotojų Specifinių kompetencijų įgijimo

3 kmetė. Atrinktų straipsnių sisteminė apžvalga aprašymas

Autoriai	Tyrimo tikslas	Salis	Tyrimo dalys/iai	Metodika	Išvados
Modin S.	Seimos gydytojų ir slaugytojų bendradarbiavimo patirtis prižiūrint pacientus namuose	Svedija, 2010	13 šeimos gydytojų	Kokybinis tyrimas Grindžiamoji teorija	<ul style="list-style-type: none"> Svarbu šeimos gydytojo vaidmuo (įdarbinimo forma), ar jis vadovauja, ar tik konsultuoja Svarbu šeimos gydytojo pastikėjimas slaugytoja bei jos kompetencija ir darbo sąlygomis prižiūrint pacientus namuose
Doroszkiewicz H.	Ištirti, kaip šeimos gydytojų ir slaugytojų darba įtakoją organizaciniai veiksniams prižiūrint senyvo amžiaus pacientus PSP	Lenkija, 2007	104 šeimos gydytojai	Kokybinis tyrimas Anoniminė anketa	<ul style="list-style-type: none"> Senyvo amžiaus pacientų priežiūra geresnė, kai šeimos gydytojai dirba kartu su slaugytojomis vienoje institucijoje nei tuo atveju, kai slaugytoja dirba kitoje institucijoje ir kooperuojamasi rūpintis tuo pačiu ligoniu (svarbu įdarbinimo forma)
Waldorff F.B.	Ištirti bendrosios praktikos gydytojų ir slaugytojų bendradarbiavimo patirtį dirbant su sergančiais demencija	Danija, 2001	4 slaugytojos, 5 bendrosios praktikos gydytojai	Kokybinis tyrimas Fenomenologinė analizė	<ul style="list-style-type: none"> Poreikis geresnio tarp profesinio supratimo ir ankstyvo demencijos diagnozavimo Reikia lingvų bendradarbiavimo ir funkcijų pasidalijimo modelis Bendradarbiavimo ir tarp profesinio supratimo stygius tarp slaugytojų ir gydytojų Skirtingi įgūdžiai ir gebėjimai
Manski – Nankervis J.-A.	Reliacinio koordinavimo veiksniams tarp šeimos gydytojų ir slaugytojų pradedant insulino terapiją	Australia, 2015	174 šeimos gydytojai, 115 slaugytojų	Kokybinis tyrimas Momentinis tyrimas	<ul style="list-style-type: none"> Koordinavimui neturi įtakos šeimos gydytojų ir slaugytojų skaičius įstaigoje, įstaigos personalo dydis turi būti optimalus Slaugytojų kvalifikacijos kėlimas, perimant kai kurias funkcijas, susijusias su insulino skyrimu, gali pagerinti reliacinį bendravimą. (Slaugytojoms suteikiama kompetencijų svaba)
Abdulhadi N.	Seimos gydytojų ir slaugytojų bendradarbiavimas dirbant su sergančiais 2 tipo cukriniu diabetu ir jų priežiūra	Oman, 2013	19 gydytojų, 7 slaugytojos	Kokybinis tyrimas Pusiau struktūrizuotas interviu	<ul style="list-style-type: none"> Organizaciniai veiksniai: didelis darbo krūvis, komandinio darbo stygius, kompetencijos stygius Pastikėjimo stygius slaugytojomis ir jų kompetencija Dideli darbo krūviai siejami su slaugytojų trūkumu ir komandinio darbo trūkumu Poreikis komandinio darbo ir slaugytojų vaidmens sustiprinimo teikiant paslaugas Reikia lingvų komandinis darbas, aiškiai nurodyti profesiniai vaidmenys ir adekvatus mokymai, kaip dirbti kartu ir kaip mokytis bendrauti su pacientais
Jarusevičienė L.	Ištirti komandinio darbo aspektus PSP šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūriu	Lietuva, 2013	29 šeimos gydytojai ir 27 slaugytojos	Kokybinis tyrimas. Tematinė analizė	<ul style="list-style-type: none"> Reikia lingvų atsžvelgti ir oficialius ir individualius bendravimo bei elgsenos aspektus gerinant komandinį darbą PSP Svarbu finansavimo aspektai šeimos gydytojų ir slaugytojų darbo PSP Reikalingi oficialūs ir tikslūs funkcijų ir atsakomybių aprašymai tiek gydytojams tiek slaugytojoms Talp patalpinimai mokymai PSP komandos nariams
Pullon S.	Ištirti organizacinių veiksnių įtaką šeimos gydytojų ir slaugytojų bendradarbiavime PSP	Naupjji Zelandija, 2009	9 šeimos gydytojai, 9 slaugytojos	Kokybinis tyrimas, giluminis interviu	<ul style="list-style-type: none"> Isoriniai veiksniai: sveikatos sistemos politika ir PSP finansavimas; įstaigos organizavimas; sveikatos profesionalų mokymai Finansavimo modelis apmokant už paslaugas (angl. fee for service) neišgami veikia bendradarbiavimą Komandinio darbo mokymų stygius

Pullon S.	Ištyrė vidinių veiksnių įtaką šeimos gydytojų ir slaugytojų bendradarbiavime PSP	Naujoji Zelandija, 2008	9 šeimos gydytojai, 9 slaugytojos	Kokybinis tyrimas, giluminis interviu	<ul style="list-style-type: none"> Vidiniai veiksniai pasitikėjimas ir tarp profesinę pagarbą Profesinis identitetas yra susijęs su profesine kompetencija bei susijęs su abipuse tarp profesines pagarbos kūrimu ir pasitikėjimo užsitamavimu Komandinis darbas svarbus gerinant darbo santykius Šeimos gydytojai ir slaugytojos papildo vienas kitą
Blue, I.	Bendrosios praktikos gydytojų ir slaugytojų bendradarbiavimo patirtis dirbant kaimiškose Australijos vietovėse	Australija, 2002	6 gydytojai, 10 slaugytojų	Kokybinis tyrimas	<ul style="list-style-type: none"> Bendravimui įtakos turi, kad dirbama mažose bendruomenėse, personalas retai keičiasi, santykiai šiltesni Gydytojai ir slaugytojos turi savo tradicijas, kartu aptaria darbus, kartu plečia žinias Gydytojai nurodo, kad atsakomybė yra jų, kadangi slaugytoja gali apžiūrėti pacientą, tačiau neįsprendžia Slaugytoja nekviečiuoja gydytojo sprendimų, nebent ji turi tam tvirtą pagrindą Gydytojai pasitiki slaugytojomis, jeigu jos turi žinių ir įgūdžių, pasitikėjimo savimi ir patirties Slaugytojos pasitiki gydytojais, jeigu su jomis bendradarbiauja sprendžiami problemos bei yra grįžtamasis ryšys joms atlikus darbą Bendra patirtis tvirtina santykius Svarbu funkcijų aiškumas Gydytojas ir slaugytoja kaimiškose vietovėse yra priklausomi vienas nuo kito

Vidiniai veiksniai

Vidiniams veiksniams, įtakojantiems slaugytojų ir gydytojų bendradarbiavimą, priskyrėme: profesinių vaidmenų dinamiką, tarp profesinius santykius, motyvaciją.

Profesinių vaidmenų dinamika

Profesinis identitetas yra susijęs su profesine kompetencija bei abipusiu tarp profesines pagarbos kūrimu ir pasitikėjimo užsitarnavimu [2]. Profesinių vaidmenų, profesinio identiteto aiškumas yra vienas iš bendradarbiavimo palengvinimų [4, 15, 20]. Peržvelgus straipsnius, nustatyta, kad gydytojai dominuoja priimant sprendimus, teikiant paslaugas pacientams, tai pat neretai atrodo, kad nuo jų priklauso tai, kokias funkcijas atliks slaugytoja [15, 18, 20]. Gydytojai ir slaugytojos savo profesijas suvokia kaip vienas kitą papildančias, tačiau beveik visuose straipsniuose kalbama apie gydytojo dominavimą ir užduočių slaugytojoms delegavimą. Neretai gydytojas nusprendžia, kiek bus leista atlikti slaugytojai [15, 20]. Švedijoje ir Australijoje atlikti tyrimai parodė, jog gydytojai nusprendžia, kiek slaugytoja dirbs su pacientu [15, 20]. Jos visgi dar matomos kaip pavaldžios gydytojams, net ir tais atvejais, kai slaugytoja dirba kitoje įstaigoje, tačiau rūpinasi tuo pačiu pacientu [18, 20].

Daug dėmesio straipsniuose skiriama slaugytojų kompetencijai, kuri įtakuoja šeimos gydytojo ir slaugytojos bendradarbiavimą, santykius ir pasitikėjimą vieni kitais [2, 4, 15, 17, 20]. Gydytojai taip pat kalba apie slaugytojų kompetencijos stygių, kuris galimai kyla dėl laiko stokos, slaugytojų stygiaus, tai sąlygoja nepasitikėjimą jų darbu [20]. Slaugytojų kompetencija buvo vienas iš esminių veiksnių, turinčių įtakos gydytojo pasitikėjimui jos darbu [2, 20]. Tyrimų dalyviai diskutavo apie tai, kad slaugytojų profesinio identiteto ir autonomijos stiprinimas bei kompetencijos didinimas pagerintų bendradarbiavimą ir pacientų priežiūrą bei palengvintų gydytojo darbą [4, 16, 17, 20].

Tarp profesiniai santykiai

Australijos ir Naujosios Zelandijos studijos išsamiai tyrė šeimos gydytojo ir slaugytojos bendravimą. Vienas iš svarbiausių nurodomų aspektų yra pasitikėjimas ir pagarba vieni kitiems [2, 4, 15, 16]. Apžvelgiant šiuos veiksnius, vėlgi dominavo gydytojo pasitikėjimas slaugytoja [2, 15, 18, 20]. Pullon ir Blue studijos duomenimis, gydytojams svarbu pagarba ir kompetencija ugdant pasitikėjimą, o slaugytojoms įgyti pasitikėjimą gydytoju svarbu teigiamas grįžtamasis ryšys [2, 15].

Dar vienas bendravimo aspektas – skirtingas gydytojų ir slaugytojų kaip profesionalų parengimas. Skirtingi įgūdžiai ir gebėjimai turėjo įtakos bendravimui [18].

Motyvacija

Motyvacija dirbti ir bendradarbiauti turi būti abipusė siekiant komandinio darbo, tačiau gydytojai ir slaugytojos ne visada išreiškia norą dirbti kartu, o kartais net neinformuoja vieni kitų apie pacientų būklę [18, 20]. Nors tiek gydytojai, tiek slaugytojos pripažįsta, kad komandinis darbas, prižiūrint pacientus, yra reikalingas, tačiau vis tiek išlieka bendras nenoras ir pasyvumas įsitraukti į bendradarbiavimą ir partnerystę. Nesant pakankamai motyvacijos, kartais net bendri susirinkimai nepaskatina geresnio bendradarbiavimo [20].

Išoriniai veiksniai

Išoriniams veiksniams, įtakojantiems slaugytojų ir gydytojų bendradarbiavimą, priskyrimė: organizacinius veiksnius, komandinį darbą, mokymus.

Organizaciniai veiksniai

Sveikatos priežiūros centruose dirbantys gydytojai ir slaugytojos kalbėjo apie didelius darbo krūvius, finansavimo modelius bei aplinkos veiksnius, kaip apie barjerus komandiniam darbui ir bendradarbiavimui [3, 4, 17]. Įstaigoje dirbančių gydytojų ir slaugytojų bendradarbiavimo efektyvumui įtakos turėjo jų įdarbinimo forma [19, 20]. Bendradarbiavimas palankesnis, kai slaugytojos ir gydytojai yra samdomi darbuotojai toje pačioje įstaigoje [3, 15, 19].

Įstaigoje organizuojami bendri slaugytojų ir gydytojų pasitarimai bei susirinkimai teigiamai veikė bendradarbiavimą [3, 15]. O aplinkos veiksniai, tokie kaip, bendros tvarkos stygius, chaotiška darbo aplinka turėjo neigiamos įtakos bendradarbiavimui [3, 4].

Finansavimo aspektai taip pat įtakoją slaugytojų ir gydytojų bendradarbiavimą. Finansuojant už atitinkamai suteiktas paslaugas (angl. *Fee-for-service*), galimai ribojamas bendradarbiavimas, nes slaugytojai, atlikusią patį veiksmą paslauga neapmokama, o gydytojas galėtų už tai gauti atlygį [3]. Taip pat įtakos turi ir skirtingas atlyginimo skaičiavimas, pvz., gydytojams mokama už prisirašiusių ligonių skaičių, o slaugytojoms yra fiksuotas atlyginimas, kuris nuo pacientų skaičiaus nepriklauso. Tokie veiksniai gali kelti įtampą bendrame darbe [3, 4, 17].

Komandinis darbas

Komandinio darbo svarba ir jo stygius buvo aptariamas daugiau kaip pusėje straipsnių [2–4, 17, 18, 20]. Šeimos gydytojai ir slaugytojos kalbėjo apie tai, kad egzistuoja funkcijų neaiškumas, nepakankamai detalus darbų pasidalijimas, šie aspektai ypač ryškūs slaugytojų darbe [4, 17]. Komandinio darbo gerinimui reikalingas bendradarbiavimo ir funkcijų pasidalijimo modelis bei oficialūs ir tikslūs funkcijų ir atsakomybių aprašymai tiek

gydytojams, tiek slaugytojoms [3, 4, 16–18].

Apie funkcijų neaiškumą kalba ne tik gydytojai, bet ir slaugytojos, neretai joms tenka atlikti darbų ne pagal savo kompetenciją, o gydytojų lūkesčiai ne visada atitinka realybę [4]. Tokie neaiškumai nurodyti kaip galimi įtampos ir konfliktų veiksniai bei trūkščiai komandiniam darbui [4]. Įdomu tai, kad diskutuojama daugiau apie problemišką slaugytojų profesinį identitetą [4, 16, 20].

Mokymai

Tyrimų dalyviai kalbėjo apie mokymų poreikį tiek bendradarbiaujant tarpusavyje, tiek ir apie kvalifikacijos kėlimą pačių atliekamiems darbams. Pirminėje sveikatos priežiūroje komandinio darbo mokymai yra menki arba jų apskritai nėra [3, 4]. Mokymai apie tai, kaip reikia dirbti kartu gydytojai ir slaugytojai, apie poreikį suprasti vieni kitų profesinius identitetus aptariami daugelyje straipsnių [2–4, 15, 17, 18, 20]. Kalbama ir apie tai, kad mokymai turi būti atliekami abiem profesijoms kartu, taip labiau jas suartinant ir supažindinant su vieni kitų galimybėmis [2, 3]. Slaugytojų kvalifikacijos kėlimas, jų autonomijos didinimas bei kompetencijos ribų plėtimas taip pat gali pagerinti bendradarbiavimą [4, 15–17, 20].

DISKUSIJA

Apžvelgus atrinktus straipsnius, nustatyti išoriniai ir vidiniai veiksniai, kurie įtakoją slaugytojų ir šeimos gydytojų bendradarbiavimą. Šie veiksniai įvardyti visuose nagrinetuose straipsniuose. Jie yra svarbūs bendravimui ir bendradarbiavimui tarp šeimos gydytojo ir slaugytojos. Lietuvoje atliktas tyrimas parodė, kad komandinis darbas tarp gydytojų ir slaugytojų vis dar yra besivystančioje stadijoje [4]. Nustatytos problemos, kad jis yra neapibrėžtas, neaiškus, neretai grindžiamas tradicijomis [4]. Pasauliniame kontekste Lietuva eina teisingu keliu – siekiama didesnės slaugytojos integracijos į PSP, pradėtos rengti ir išplestines praktikos slaugytojos, kurios kitose šalyse (pvz., Australija, Kanada, Didžioji Britanija, Naujoji Zelandija) savo praktiką pradėjo pastaraisiais dešimtmečiais. Tačiau akivaizdu, kad ir kitos šalys susiduria su sunkumais siekiant geresnio komandinio darbo ir geresnio slaugytojos bei gydytojo bendradarbiavimo. Reikėtų pabrėžti, kad šie pokyčiai, ypač slaugytojų darbe, nėra revoliucija, bet profesinių vaidmenų evoliucija.

Siekiant geresnių santykių ir efektyvesnio rezultato, reikėtų iš esmės daugiau dėmesio skirti teisei bazei, apibrėžiančiai profesinius vaidmenis (darbuotojų funkcijas). Kai kurios darbuotojų funkcijos yra persidengiančios, o atsakomybė ne visada susijusi su atliekamomis funkcijomis [4, 21]. Analogiški kitose

šalyse atlikti tyrimai akcentuoja slaugytojos vaidmens aiškumo bei jos atliekamų funkcijų konkretumo stygių. Mėcinnės nurodo tai kaip vieną iš pagrindinių barjerų veiksmingam slaugytojų ir šeimos gydytojų bendradarbiavimui [22].

Kompetencija, pagarba ir tarpprofesinis pasitikėjimas aptartuose straipsniuose išryškėjo kaip veiksniai, gerinantys bendradarbiavimą tarp slaugytojos ir gydytojo. Šie trys veiksniai yra glaudžiai susiję, nes kompetentingas specialistas įgyja pagarbą savo veiksmais ir tai lemia profesinį pasitikėjimą juo [2, 15, 18, 20]. Pagarba ir pasitikėjimas yra tos vertybės, kurios labiausiai palengvina bendradarbiavimą ir gerina komandinį darbą pirminėje sveikatos priežiūroje (PSP) tarp gydytojų ir slaugytojų [2, 22]. Pullon tyrimo duomenimis, pagarba ir pasitikėjimui įgyti reikalinga kompetencija. Ji pabrėžė, kad pagarba įgyjama už kompetenciją, o pasitikėjimas užsitarnaujamas per tam tikrą laikotarpį [2]. Kartais pasitaikantis gydytojų nepasitikėjimas slaugytojų kompetencija yra vienas iš barjerų sėkmingam bendram darbui [15, 18, 20].

Kalbant apie kompetenciją, straipsniuose diskutuojama, jog reiktų daugiau dėmesio skirti slaugytojos profesinio identiteto stiprinimui priminėje sveikatos priežiūroje, bei padidinti jos atliekamų pareigų ir atsakomybės aiškumą [16, 17]. Pasaulyje taip pat daug kalbama apie slaugytojos kompetencijos ribų išplėtimą bei autonomiškumo didinimą. Daugelyje šalių į sveikatos priežiūros centrų integruojamos išplėstinės praktikos slaugytojos, kurios gali atlikti daugiau funkcijų ir priimti daugiau savarankiškų sprendimų nei bendrosios praktikos slaugytojos. Lietuvoje tokios slaugytojos pradėtos rengti nuo 2015 m. Tyrimai rodo, kad Lietuvos bendrosios praktikos slaugytojų potencialas dar nepakankamai išnaudotas [4, 21, 23], todėl reikalingos aiškios jų atliekamos funkcijos bei papildomos priemonės, kurios slaugytojoms padėtų realizuoti savo įgūdžius ir žinias [4, 21].

Vienas svarbiausių veiksnių, galinčių pagerinti šeimos gydytojų ir slaugytojų komandinį darbą, yra mokymai. Apie jų poreikį kalbama beveik visuose šios apžvalgos straipsniuose ir atrodo, kad jie galėtų būti tarsi atsakymas į daugelį kylančių klausimų šeimos gydytojų ir slaugytojų bendradarbiavime. Visgi straipsniuose diskutuojama daugiau apie tai, kad mokymų, kaip dirbti kartu, stanga. Svarbu paminėti, kad yra keletas esminių skirtumų slaugytojų ir šeimos gydytojų mokyme dar studijų laikotarpiu. Slaugytojos yra mokomos bendrauti su pacientais skiriant daugiau laiko jo instruktavimui, sveikatinimo mokymams arba procedūrų paaiškinimams, o gydytojai koncentruojasi į anamnezės rinkimą ir ligos

diagnozavimą bei gydymą, jie mokami kalbėti glaudžiai ir tikslingai. Taip atsiranda labai skirtingas supratimas apie bendravimą [24].

Remiantis literatūros šaltinių, atitinkami mokymai šeimos gydytojams ir slaugytojoms apie vieni kitų funkcijas ir atsakomybes galėtų pagerinti jų bendrą darbą. Geriausių rezultatų galima būtų tikėtis, jeigu tokie mokymai būtų vedami jiems kartu [25, 26]. Įdiegus bendrus mokymus ir užsiėmus dar studijų programose gydytojams ir slaugytojoms, galima tikėtis efektyvesnės komunikacijos ir bendradarbiavimo pradėjus dirbti PSP klinikoje, galbūt, tikėtis net tradicinės hierarchinės sistemos išnykimo [25, 27, 28]. Tokie pokyčiai sąlygotų geresnius pacientų gydymo rezultatus, didesnę pasitenkinimą darbu, pagerintų komandinį darbą PSP [25].

ISVADOS

Atlikę mokslinių straipsnių apžvalgą, nustatėme, kad šeimos gydytojų ir bendruomenės slaugytojų bendradarbiavimą įtakoja tiek vidiniai, tiek išoriniai veiksniai. Dažniausiai straipsniuose buvo aptariama komandinio darbo problemos, tarpprofesinių vaidmenų dinamika, profesiniai santykiai bei bendradarbiavimo mokymų stygius. Siekiant geresnių tarpprofesinių santykių ir efektyvesnių sveikatos priežiūros rezultatų, reiktų iš esmės skirti daugiau dėmesio teisei bazei apibrėžiančiai profesinius vaidmenis. Taip pat stiprinti slaugytojos profesinį identitetą priminėje sveikatos priežiūroje bei didinti jos atliekamų pareigų ir atsakomybės aiškumą. Vienas svarbiausių veiksnių, galinčių pagerinti šeimos gydytojų ir slaugytojų komandinį darbą, yra mokymai, kurie turėtų būti bendri – šeimos gydytojams ir slaugytojoms.

LITERATŪRA

1. World Health Organization. HEALTH 21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: WHO; 1997. Available from: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/109759/EHFA5-E.pdf
2. Pullon S. Competence, respect and trust: key features of successful interprofessional nurse-doctor relationships. *J Interprof Care*. 2008; 23(2):133–47.
3. Pullon S, McKinlay E, Dew K. Primary health care in New Zealand: the impact of organisational factors on teamwork. *Br J Gen Pract*. 2009; 59(560):191–7.
4. Janulevičienė I, Ušackienė I, Volus I, Kontimienė A, Janulevičius G, Lapo L. Teamwork in primary care: perspectives of general practitioners and community nurses in Lithuania. *BMC Fam Pract*. 2013; 14(1):118.
5. Leggat SG. Effective healthcare teams require effective team members: defining teamwork competencies. *BMC Health Serv Res*. 2007; 7:17.
6. Mulvale G, Embrett M, Razavi SD. "Gearing Up" to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. *BMC Fam Pract*. 2016; 17:83.
7. Saltman RB, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Maidenhead: Open University Press; 2006.
8. Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic disease in Europe: Strategies, interventions and challenges. *Observatory Studies Series No 20*.
9. Copenhagen: World Health Organization. The European Observatory on Health Systems and Policies; 2010.
10. Knai C, Nolte E, McKee M. Managing chronic conditions:

- Experience in eight countries. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.
11. Yarnall KS, Pollok KI, Ostbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health*. 2003; 93(4):635-41.
 12. Ostbye T, Yarnall KS, Krause KM, Pollok KI, Gradison M, Michener JL. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med*. 2005; 3(3):209-14.
 13. Yarnall KSP, Ostbye T, Krause KM, Pollok KI, Gradison M, Michener JL. Family physicians as team leaders: "time" to share the care. *Prev Chronic Dis*. 2009; 6(2):A59.
 14. Sicotte C, Pinesault R, Lambert J. Medical interdependence as a determinant of use of clinical resources. *Health Serv Res*. 1993; 28(5):99-609.
 15. Wieke-Dyster W. Designing teams that work. *Aust Health Rev*. 2001; 24(4):34-41.
 16. Blue L, Fitzgerald M. Interprofessional relations: case studies of working relationships between Registered Nurses and general practitioners in rural Australia. *J Clin Nurs*. 2002; 11(3):314-21.
 17. Manski-Nankervis J-A, Furler J, Young D, Patterson E, Blackburn J. Factors associated with relational coordination between health professionals involved in insulin initiation in the general practice setting for people with type 2 diabetes. *J Adv Nurs*. 2015; 71(9):176-88.
 18. Abdulhadi NM, Al-Shafisee MA, Wahström R, Hjelm K. Doctors' and nurses' views on patient care for type 2 diabetes: an interview study in primary health care in Oman. *Prim Health Care Res Dev*. 2013; 14(3):258-69.
 19. Waldoff FB, Boklof LB, Malmend G, Waldemar G. Management of dementia in primary health care: the experiences of collaboration between the GP and the district nurse. *Fam Pract*. 2001; 18(5):549-52.
 20. Doroszko H, Bień B. Quality of teamwork of family doctors and community nurses in primary care for the elderly in two organizational settings – opinions of the family doctors. *Adv Med Sci*. 2007; 52(Suppl 1):85-8.
 21. Maslin S, Törnkvist I, Furlhoff A-K, Hylander I. Family physicians' experiences when collaborating with district nurses in home care-based medical treatment. A grounded theory study. *BMC Fam Pract*. 2010; 11:82.
 22. Kontrimienė A, Liseckienė I, Valius L, Mačinskis S, Januševičienė L. From district nurse to community nurse: the development of new professional role of community nurse in primary health care teams of Lithuania. *Nurs Educ Res Pract*. 2013; 3(4):130-7.
 23. McInnes S, Peters K, Bonney A, Holcomb E. An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *J Adv Nurs*. 2015; 71(9):1973-85.
 24. Obelienytė D. Bendruomenės slaugytojų medicinos normoje apibrėžtų ir kasdien atliekamų veiklų atitikties vertinimas viešosiose ir privačiose PSP įstaigose: magistro darbas. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas; 2012. Pateikiama per internetą: http://vddb.library.lt/fof/olga/get/LT-eLABA-0001-E.02-2012-D_20120605_001734-31394/DS.005.0.01.ETD.
 25. Manglovich M. Nurse/physician communication through a sensemaking lens: Shifting the paradigm to improve patient safety. *Med Care*. 2010; 48(11):941-6.
 26. Pinzonii R. Contributing factors to ineffective nurse-physician communication: Survey results. 2nd AnnuWorldWid Nurs Conf, Singapore; 2014. doi:10.5176/2315-4330.
 27. Clark RC, Greenwald M. Nurse-physician leadership: Insights into interprofessional collaboration. *J Nurs Adm*. 2013; 43(12):653-9.
 28. Tjo J, Mazzeo KM, Field T, Meterko V, Spenosi A, Gurwitz JH. Nurse-physician communication in the long-term care setting: Perceived barriers and impact on patient safety. *J Patient Saf*. 2008; 5(3):145-52.
 29. Johnson S, King D. Nurses' perceptions of nurse-physician relationships: Medical-surgical vs. intensive care. *Med Surg Nurs*. 2012; 21(6):343-7.

Gauta: 2016 09 02
Priimta spausdinti: 2016 10 15

Socialinės rizikos šeimų priežiūra: bendruomenės slaugytojų aktyvumo tyrimas

THE CARE OF FAMILIES AT SOCIAL RISK: COMMUNITY NURSES ACTIVITY SURVEY

Aušrinė Kontrimienė, Renata Šimoliūnienė, Rita Gudauskienė, Ida Liseckienė, Leonas Valius, Lina Jaruševičienė
LSMU MA Šeimos medicinos klinika

Santrauka

Viena esminių prielaidų – užtikrinti veiksmingą integruotą sveikatos ir socialinę priežiūrą yra aktyvi slaugytojos veikla šioje srityje. Tačiau šalyje atlikti tyrimai rodo, kad pirminės priežiūros slaugytojų teikiamų sveikatos paslaugų spektras yra siauresnis nei numatyta teisiniuose dokumentuose, o socialinių paslaugų bendruomenėje organizavimas yra suvokiamas kaip papildoma funkcija. Šio tyrimo tikslas – iširti bendruomenės slaugytojos dalyvavimą integruotoje pacientų priežiūroje bei nustatyti veiksnius, susijusius su aktyvesniu slaugytojų įsitraukimu į paslaugų teikimą socialinės rizikos šeimoms. Tyrimas buvo atliekamas Kauno mieste ir rajone. Į tyrimą įtrauktos atsitiktine tvarka atrinktos 33 pirminės sveikatos priežiūros įstaigos (10 didelių ir 23 mažos). Apklausiai naudota anoniminė anketa, į kurią buvo įtraukti aštuoni klausimai, susiję su slaugytojos atliekamomis funkcijomis socialinės rizikos šeimų priežiūroje. Anketas užpildė 180 bendruomenės slaugytojų (atsako dažnis – 76 proc.). Statistinė tyrimo duomenų analizė atlikta naudojant duomenų kaupimo ir analizės SPSS programos paketą (versija SPSS 21.0). Išanalizavus gautus duomenis nustatyta, kad penkis ir daugiau funkcijų atliko kiek daugiau nei pusė (50,9 proc.) slaugytojų. Aktyvesnis slaugytojos įsitraukimas į socialinės rizikos šeimų priežiūrą siejosi su įvairiais veiksniais: slaugytojos darbas su konkrečiu gydytoju, įstaigose yra socialinis darbuotojas, vykdomi komandinio darbo mokymai organizacijose, jaučiamas slaugytojų darbo pripažinimas. Savarankiško slaugytojos vaidmens bei komandinio darbo stiprinimas tiek PSP, tiek ir tarp sveikatos ir socialinio sektorių, yra reikšmingos aktyvaus slaugytojų įsitraukimo į socialinės rizikos šeimų priežiūrą prielaidos. Šis tyrimas atliktas įgyvendinant projektą „Tarpsektorinis bendradarbiavimas sprendžiant sveikatos problemas socialinės rizikos šeimose“, finansuojamą Lietuvos Mokslo Tarybos (Nr. SIN-13/2012).

Reikšminiai žodžiai: bendruomenės slaugytoja, slaugytojos funkcijos, socialinės rizikos šeimos priežiūra, pirminė sveikatos priežiūra.

Summary

One of the essential assumptions to ensure effective integrated social and health care is an active nurses' work in this field. However, studies conducted in our country suggest that services provided by primary health care nurses are narrower in reality than they are described in legal documents and providing social care services in community is seen as an additional function. The objective of the study was to investigate the involvement of nurses in an integrated patient care and to identify factors associated with more active involvement of nurses in the service of social risk families. The study was carried out in Kaunas city and district. The study included randomly selected 33 primary health care centers (10 large and 23 small). Anonymous questionnaire was used to conduct the survey, which included 8 questions related to the functions performed by nurses for the care of social risk families. A total of 180 nurses participated in the survey (response rate was 76%). Statistical data analysis was performed using data acquisition and analysis package program SPSS (SPSS version 21.0). Data from the study showed that five or more functions were performed by slightly more than a half of the nurses (50.9%). Nurses greater involvement in the care of



social risk families was associated with the variety of factors: nurses work with a particular doctor, the presence of social worker in the clinic, teamwork training in organization and the nurses' feeling of their work recognition. Strengthening of independent nurse's role and teamwork in primary health care, as well as strengthening of teamwork between health care and social care sectors, are significant assumptions of an active involvement of nurses in the care of social risk families. Study was performed in the frame of the Project „Intersectorial collaboration solving health care problems in social risk families”, financed by Lithuanian Council of Sciences (No. SIN-13/2012).

Key words: community nurse, nurse functions, social risk family care, primary health care.

IVADAS

Slaugytojų vaidmuo pirminėje sveikatos priežiūroje (PSP) didėja [1], nes didėja PSP specialistų atliekamų funkcijų spektras. Didėjant šeimos gydytojų krūviams, vis daugiau funkcijų yra patikima atlikti slaugytojoms [2–4].

Siekiant optimaliai panaudoti PSP resursus bei užtikrinti teikiamų paslaugų kokybę pacientams, slaugytojoms yra suteikiama daugiau autonomijos ir plečiamas jų atliekamų funkcijų spektras [5–7]. Tyrimai rodo, kad bendruomenės slaugytojos gali suteikti net iki 80 proc. visų PSP paslaugų [8]. Maža to, jų suteikiamos paslaugos atitinka šeimos gydytojo teikiamų paslaugų kokybę bei efektyvumą [9], o pacientai būna patenkinti gautomis paslaugomis [10].

Viena aktualių bendruomenės slaugytojos veiklos sričių – socialinės rizikos šeimų priežiūra. Pagal LR Socialinių paslaugų įstatymą socialinės rizikos šeima – tai šeima, kurioje yra vaikų iki 18 metų ir kurioje bent vienas iš tėvų piktnaudžiauja alkoholiu, narkotinėmis, psi-

chotropinėmis arba toksinėmis medžiagomis, yra priklausomas nuo azartinių lošimų, dėl socialinių įgūdžių stygiaus nemoka arba negali tinkamai prižiūrėti vaikų, naudoja prieš juos psichologinę, fizinę arba seksualinę prievartą, gaunamą valstybės paramą naudojant ne šeimos interesams ir todėl iškyla pavojus vaikų fiziniams, protiniams, dvasiniams, doroviniams vystymuisi ir saugumui [11]. Akivaizdu, kad socialinės rizikos šeimoms būtina kompleksinė tiek sveikatos, tiek socialinė pagalba. Pagal Lietuvosje galiojančius teisės aktus viena svarbiausių šios integruotos priežiūros teikėjų – bendruomenės slaugytoja (LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl bendrosios praktikos slaugytojos medicininės normos [12] ir LR Socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas „Dėl slaugos ir socialinių paslaugų bendrojo teikimo tvarkos“ [13]). Todėl slaugytoja turi būti kompetentinga ir integruotos priežiūros srityje: ji turi gebėti nustatyti slaugos poreikius įvairaus amžiaus asmenims, sudaryti slaugos planą, atlikti ir įvertinti slaugos veiksmus [12, 13].

Bendruomenės slaugytojų dalyvavimas socialinės rizikos šeimų priežiūroje Lietuvoje nėra plačiai nagrinėtas, tačiau kiti šalyje atlikti tyrimai rodo, kad bendruomenės slaugytojos PSP įstaigose atlieka 50–75 proc. jų medicinos normoje įvardintų funkcijų [14], o dalyvavimą, teikiant socialines paslaugas, jos neretai suvokia kaip papildomą darbo funkciją [15]. Šio darbo tikslas – iširti bendruomenės slaugytojos dalyvavimą integruotoje pacientų priežiūroje bei nustatyti veiksnius, susijusius su slaugytojų aktyvesniu įsitraukimu į paslaugų teikimą socialinės rizikos šeimoms.

METODIKA

Šis tyrimas yra Lietuvos Mokslo Tarybos finansuojamo projekto „Tarpsektorinis bendradarbiavimas sprendžiant sveikatos problemas socialinės rizikos šeimose“ dalis. Projektas vykdomas siekiant išsiaiškinti struktūrines ir funkcines galimybes stiprinti tarpsektorinį bendradarbiavimą tarp pirminės sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos sektorių. Viena iš šio projekto potemių yra bendruomenės slaugytojų atliekamų funkcijų analizė dirbant su socialinės rizikos šeimomis.

Aušrinė Kontrimienė, LSMU MA Šeimos medicinos klinikos asistentė, 2012 m. baigė LSMU Šeimos medicinos rezidentūrą. Mokslinių tyrimų sritys: tarpsektorinis bendradarbiavimas pirminėje sveikatos priežiūroje ir komandinis darbas. El. paštas: ausrine@kontrimas.net

Renata Šimoliūnienė, Dirba lektore LSMU Fizikos, matematikos ir biofizikos katedroje. Studijavo Vytauto Didžiojo universiteto Informatikos fakultete: 1998 m. matematikos magistro studijas. 2010 m. Kauno medicinos universitete apgynė biofizikos mokslų daktaro disertaciją. Domisi statistinių metodų taikymu biomedicininėse duomenų analizėse. El. paštas: renatasim@gmail.com

Rita Gudauskienė 2010 m. baigė KMU visuomenės sveikatos studijų programą. Nuo 2011 m. dirba Kauno rajono visuomenės sveikatos biure. 2012 m. įgijo LSMU visuomenės sveikatos vadybos magistro kvalifikacinį laipsnį. Nuo 2012 m. pabaigos dirba LSMU projektų administratore. El. paštas: rita.klimaviciute@gmail.com

Ida Liseckienė, LSMU MA Šeimos medicinos klinikos lektorė. Mokslinių tyrimų sritys: pirminė sveikatos priežiūra: komandinis darbas, kokybės vertinimas; polisergamumas ir su juo susijusios problemos, galimi sprendimo būdai. El. paštas: ida.liseckiene@gmail.com

Prof. dr. Leonas Valius, LSMU MA Šeimos medicinos klinikos vadovas, profesorius. 1987 m. baigė Kauno medicinos institutą (universitetą), 1992 m. apgynė daktaro disertaciją. Yra paskelbęs daugiau kaip 110 mokslinių straipsnių. Mokslinių tyrimų sritys: šeimos gydytojo veiklą lemiantys veiksniai, profilaktikos įgyvendinimo pirminėje sveikatos priežiūroje galimybės, ūminės viršutinės kvėpavimo takų ligos. El. paštas: valius@bpg.lt.

Lina Jaruševičienė, LSMU MA Šeimos medicinos klinikos docentė. Mokslinių tyrimų sritys: pirminė sveikatos priežiūra, paauglių sveikatos priežiūra, lytinė ir reprodukcinė sveikata. Publikavusi daugiau nei 80 straipsnių. El. paštas: ljaruseviciene@gmail.com

Šiame straipsnyje bus analizuojami bendruomenės slaugytojų apklausos rezultatai. Apklausa buvo anoniminė, apklausos dalyvių nebuvo prašoma nurodyti asmens duomenų (pvz., vardo, pavardės). Tyrimui buvo gautas LSMU Bioetikos centro leidimas.

Tyrimas buvo atliekamas Kauno mieste ir rajone. Kauno teritorinės ligonių kasos (TLK) duomenimis, 2011 m. pabaigoje Kauno mieste ir Kauno rajone buvo 50 pirminės sveikatos priežiūros įstaigų, sudariusių sutartis su TLK. Iš jų buvo 18 didelių PSP centrų, kuriuose buvo 5000 ir daugiau registruotų pacientų, ir 32 mažos PSP įstaigos, kuriose buvo registruota mažiau kaip 5000 pacientų. Atsitiktine tvarka buvo atrinktos dalyvavauti 36 įstaigos (12 didelių, 24 mažos). Tyrimė sutiko dalyvauti 33 įstaigos (10 didelės ir 23 mažos).

Visiems tiriamųjų įstaigų darbuotojams, tyrimo dieną buvusiams darbe, buvo išdalintos anoniminės anketos. Iš viso bendruomenės slaugytojos išdalytos 237 anketos, užpildyta 180 (atsako dažnis – 76 proc.).

Tyrimo instrumentas – 108 klausimų anketa, kurią sudarė sociodemografiniai klausimai, komandinio darbo vertinimo skalė, šeimos gydytojo ir bendruomenės slaugytojos bendradarbiavimo skalė, klausimų blokas įvertinti bendradarbiavimą su socialiniu sektoriumi, darbe patiriamo nuovargio skalė bei darbo aplinkos organizacijoje skalė.

Šiame straipsnyje nagrinėjamas tik bendruomenės slaugytojų atliekamos funkcijos vykdančios socialinės rizikos šeimų priežiūrą.

Siekiant iširti slaugytojų atliekamas funkcijas integruotoje pacientų priežiūroje, į klausimyną buvo įtrauktos aštuonios funkcijos, kurias bendruomenės slaugytojos turėtų teikti socialinės rizikos šeimų grupėms. Klausimai buvo paruošti pagal LR Sveikatos apsaugos ministro ir LR Socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymą „Dėl slaugos ir socialinių paslaugų bendrojo teikimo tvarkos“ [13] bei pagal bendrosios praktikos slaugytojos teises, pareigas kompetenciją bei atsakomybę nurodantį įstatymą [12]. Į klausimyną buvo įtrauktos šios funkcijos:

- Dalyvauja pasitarimuose su socialiniais darbuotojais.
- Įvertina ir nustato socialinės rizikos šeimų socialinių paslaugų poreikį.
- Teikia bendrąsias socialines paslaugas socialinės rizikos šeimoms.
- Renka ir analizuoja informaciją apie socialinės rizikos šeimų poreikius socialinėms paslaugoms.
- Informuoja socialines paslaugas teikiančias tarnybas apie socialinės rizikos šeimų poreikius socialinėms paslaugoms.
- Sudaro individualų ilgalaikę priežiūros planą pacientui.

- Pildo slaugomo asmens anketą, kasdienės veiklos planus.
- Informuoja ir konsultuoja socialinių problemų turinčias šeimas dėl socialinių paslaugų teikimo.

Pateikdamos atsakymus, kaip dažnai atlieka vieną arba kitą funkciją, respondentes galėjo rinktis vieną iš penkių atsakymų variantų: „niekada“, „kartais“, „retai“, „dažnai“, „labai dažnai“.

Statistinė tyrimo duomenų analizė atlikta naudojant duomenų kaupimo ir analizės SPSS programos paketą (versija SPSS 21.0). Kokybiniai požymiai aprašyti apskaičiavus jų reikšmių dažnį bei santykinį dažnį (procentais), kiekybiniai požymiai aprašyti apskaičiavus vidurkį bei standartinę nuokrypį. Chi kvadrato (χ^2) kriterijus buvo taikytas hipotezėms apie dvių nominalinių požymių nepriklausomumą bei homogeniškumą patikrinti, jei požymis gali įgyti daugiau nei dvi reikšmes, šių reikšmių proporcijas tarp grupių lyginome taikydami chi kvadrato χ^2 kriterijaus porinius palyginimus (z -kriterijus). Norint išskirti veiksnius, turinčius įtakos slaugytojų aktyvumui, dalyvaujant socialinės rizikos šeimų priežiūroje, taikyta logistinė regresija bei apskaičiuotas šansų santykis (SS), rodantis, kiek kartu padidėja galimybės, jog slaugytoja aktyviai dalyvaus socialinės rizikos šeimų priežiūroje, ir šios galimybės pasikliautinas intervalas (PI). Ryšys ir duomenų skirtumai statistiškai reikšmingi, kai gautoji p -reikšmė buvo mažesnė už pasirinktą reikšmingumo lygmenį α ($\alpha = 0,05$).

REZULTATAI

Apklausoje dalyvavo 180 slaugytojų, iš kurių 60,6 proc. dirbo privačiuose PSP centruose (1 lentelė). Slaugytojų amžiaus vidurkis – 47 metai, darbo stažo vidurkis – 24 ($s=12$) metai. Dauguma slaugytojų – 65 proc. dirbo 1 etato krūviu. 60 proc. respondentų teigė dirbančios kartu su konkrečiu gydytoju. Beveik du trečdaliai slaugytojų (63,3 proc.) nurodė, kad jų ir gydytojo darbo vieta skirtinguose kabinetuose. Pusė slaugytojų (48 proc.) nurodė konsultuojančios pacientus savarankiškai: vidutiniškai aštuonis pacientus per dieną ir vidutiniškai septynis pacientus namuose per savaitę (1 lentelė).

Bendruomenės slaugytojų atliekamos funkcijos, susijusios su socialinės rizikos šeimų priežiūra. Slaugytojų atliekamų funkcijų socialinės rizikos šeimų priežiūroje klausimyno vidinis nuoseklumas buvo aukštas – Cronbacho alfa (*Cronbach's alpha*) buvo 0,85.

Analizuojant slaugytojų funkcijas, susijusias su socialinės rizikos šeimų priežiūra, paaiškėjo, kad visas aštuonias išvardytas funkcijas nors kelis kartus atliko 15 proc. slaugytojų (kartu apskaičiuoti atsakymai: „kartais“, „retai“ ir „dažnai“ bei „labai dažnai“), o penkis ir

1 lentelė.
Demografiniai tyrimo dalyvių duomenys

Klausimas	Atsakiusių skaičius		
	proc.	n	
Iš viso dalyvavusiųjų	100	180	
Kokio pobūdžio sveikatos priežiūros įstaigoje dirba	Viešojoje	31,1	56
	Privačioje	60,6	109
	Viešojoje ir privačioje	8,3	15
Lytis	Moteris	100	180
	Vyras	0	0
Amžiaus vidurkis (s)	47 (11,8)		
Darbo stažo vidurkis (s)	24 (12)		
Darbo krūvis	Iki 1 etato	18,6	33
	1 etatas	65	115
	Daugiau kaip 1 etatas	16,4	29
Ar bendruomenės slaugytoja dirba su konkrečiu gydytoju?	Taip	60	108
	Ne	40	72
Jeigu dirba su konkrečiu gydytoju, kiek turi prirašytų pacientų (vidurkis)?	1349 (495)		
Ar slaugytojos darbo vieta yra tame pačiame kabinete kaip ir apylinkėje dirbančio gydytojo?	Taip	36,7	66
	Ne	63,3	114
Ar slaugytoja įstaigoje konsultuoja pacientus savarankiškai, be gydytojo?	Taip	48,2	82
	Ne	51,8	88
Kiek vidutiniškai per dieną slaugytoja konsultuoja pacientų įstaigoje (vidurkis(s))?	8 (6,7)		
Kiek vidutiniškai per savaitę slaugytoja konsultuoja pacientų namuose (vidurkis (s))?	7 (6,3)		

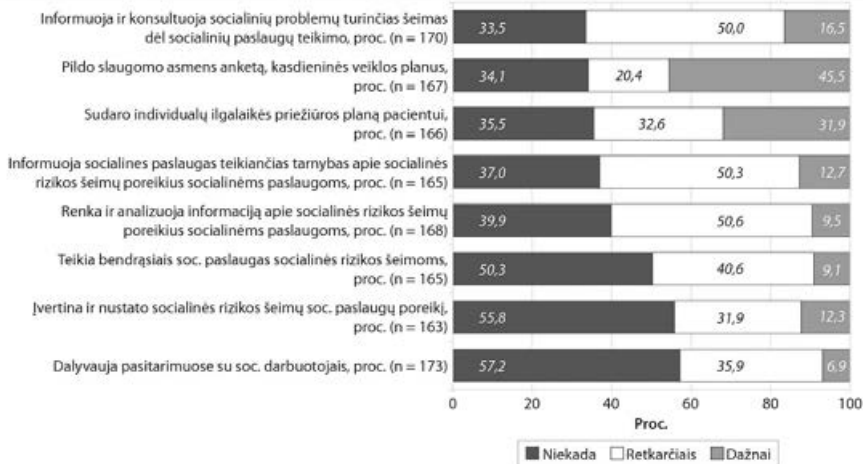
daugiau funkcijų atliko kiek daugiau nei pusė (50,9 proc.) slaugytojų.

Dažniausiai atliekamos funkcijos (kartu skaičiuoti atsakymai – „dažnai“ bei „labai dažnai“): slaugomo asmens anketos bei kasdienės veiklos planų pildymas (45,5 proc.), individualaus ilgalaikės paciento priežiūros plano sudarymas (31,9 proc.) bei socialinių problemų turinčių šeimų informavimas ir konsultavimas dėl socialinių paslaugų teikimo (17 proc.).

Pusė slaugytojų (50,6 proc.) nurodė, kad informaciją apie socialines rizikos šeimų poreikius socialinėms paslaugoms renka ir analizuoja retkarčiais (kartu skaičiuoti atsakymai „kartais“ ir „retai“).

Daugiau nei dešimtadalis (12 proc.) slaugytojų nurodė, kad niekada neatlieka jokių funkcijų, susijusių su socialinės rizikos šeimų priežiūra (SRŠP), beveik pusė apklaustų slaugytojų (49,1 proc.) atlieka keturias ir mažiau funkcijų. Rečiausiai atliekamos funkcijos (skaičiuoti tik atsakymai „niekada“): dalyvavimas pasitarimuose su socialiniais darbuotojais (57,2 proc.), socialinės rizikos šeimų socialinio paslaugų poreikio nustatymas (55,8 proc.) bei bendrųjų socialinių paslaugų socialinės rizikos šeimoms teikimas (50,3 proc.) (1 pav.).

Veiksniai, susiję su aktyvesniu bendruomenės slaugytojų įsitraukimu į socialinės rizikos šeimų priežiūrą (SRŠP). Siekiant iširti veiksnius, galimai susijusius su slaugytojų atliekamų funkcijų SRŠP skaičiumi, visos respondentes buvo suskirstytos į dvi grupes: pasyviai ir aktyviai socialinės rizikos



1 pav.

Kaip dažnai slaugytojos atlieka funkcijas, susijusias su socialinės rizikos šeimų priežiūra

šeimų priežiūroje dalyvaujančias slaugytojas. Pasyviai SRŠP dalyvaujančių slaugytojų grupei priskyrėme slaugytojas, atliekančias keturias ir mažiau socialinės priežiūros funkcijų (49,1 proc.), o penkias ir daugiau funkcijų atliekančios buvo priskirtos aktyviai SRŠP dalyvaujančių slaugytojų grupei (50,9 proc.).

Palyginus aktyviai ir pasyviai SRŠP dalyvaujančių slaugytojų grupes, paaiškėjo, kad aktyviai SRŠP dalyvaujančios slaugytojos dažniau dirbo su konkrečiu gydytoju (73,9 proc. palyginti su 47 proc., $p<0,001$), bei dažniau dirbo kartu su gydytoju viename kabinete (44,8 proc. palyginti su 22,8 proc., $p<0,01$). Aktyviai SRŠP dalyvaujančios slaugytojos dažniau nei pasyviai SRŠP dalyvaujančios jų kolegos nurodė, kad įstaigoje dirba socialinis darbuotojas (67,9 proc. palyginti su 38 proc., $p<0,001$) bei vyksta komandinio darbo mokymai (59,1 proc. palyginti su 34,9 proc., $p<0,01$). Savarankiškas slaugytojų konsultavimas arba darbo krūvio dydis su jų aktyvumu socialinės rizikos šeimų priežiūroje statistiškai patikimai nebuvo susijęs (2 lentelė).

Aktyviai SRŠP dalyvaujančios slaugytojos, lyginant su pasyviai SRŠP dalyvaujančiomis slaugytojomis, dažniau sutiko su teiginiais (kartu skaičiuota „sutinku“ ir „visiškai su-

tinku“), kad „Slaugytojos yra kompetetingos vertinti psichologinius pacientų poreikius ir į juos reaguoti“ (95,5 proc. palyginti su 83,3 proc., $p<0,01$), kad „Slaugytojos yra išskirtinai kompetetingos pacientų mokyme ir konsultavime dėl psichologinių problemų“ (71,8 proc. palyginti su 56,5 proc., $p<0,05$) bei su teiginiu, kad „Mano darbas yra pripažįstamas“ (69,4 proc. palyginti su 50,6 proc., $p<0,05$) (2 lentelė).

Remiantis logistine regresine duomenų analize, nustatyti veiksniai, labiausiai didinantys tikimybę (šansą), kad slaugytoja aktyviai dalyvaus SRŠP bei atliks penkias ir daugiau socialinės priežiūros funkcijų. Labiausiai šią tikimybę didino slaugytojų įsitikinimas, kad jų darbas yra vertinamas ir pripažįstamas ($SS -3,99$; $PI [1,72; 9,26]$), įstaigoje dirba socialinis darbuotojas (3,94; $[1,80; 8,60]$) bei slaugytojos dirbo su šeimos gydytoju viename kabinete (3,40; $[1,44; 8,03]$) (3 lentelė). Remiantis šiais požymiais, teisingai prognozuota 70 proc. atvejų.

REZULTATU APITARIMAS

Tyrimo rezultatai atskleidė tam tikras aplinkybes, kurios skatina slaugytojas atlikti daugiau funkcijų, susijusių su socialinės rizikos šeimų priežiūra bei parodė, kad PSP slaugytojų veikla šioje srityje yra ribota.

2 lentelė.

Požymiai, susiję su slaugytojų aktyvumu socialinės rizikos šeimų priežiūroje

Požymiai	Slaugytojų aktyvumas socialinės rizikos šeimų priežiūroje (proc.)		p reikšmė
	Pasyviai dalyvaujančios* (n=85)	Aktyviai dalyvaujančios** (n=88)	
Įstaigoje dirba soc. darbuotojas	38	67,9	<0,001
Dirba su konkrečiu gydytoju	47	73,9	<0,001
Darbo vieta yra tame pačiame kabinete kaip apylinkėje dirbančio gydytojo	22,8	44,8	0,003
Žino, kad įstaigoje vykdomi darbo komandoje mokymai	34,9	59,1	0,002
Mano, kad jos darbas pripažįstamas	50,6	69,4	0,013
Mano, kad yra kompetetingos vertinti psichologinius pacientų poreikius ir į juos reaguoti	83,3	95,5	0,009
Mano, kad turi išskirtines kompetencijas mokyti ir konsultuoti pacientus dėl psichologinių problemų	56,5	71,8	0,038
Darbo stažas			
<=15	34,6	23,9	0,136
15–30	41	38,6	
>30	24,4	37,5	
Konsultuoja įstaigoje pacientus savarankiškai, be gydytojo	40,5	54,8	0,069
Mano, kad savo darbe turi profesinę autonomiją, nepriklausomybę	20,2	31,4	0,097
Mano, kad kiekvienas komandos narys turi aiškias savo funkcijas	67,1	77,3	0,137
Mano, jog kiti vertina ją už jos atliekamą darbą	56,1	65,1	0,232
Mano, kad pirmą kartą slaugytojos funkcija – vykdyti gydytojo nurodymus	71,8	79,3	0,249
Abejoja savo darbo reikšmingumu	94	92,9	0,771
Darbo kūvis			
1 etatas	66,3	62,1	0,569
Kita	33,7	37,9	

* atliekamų funkcijų skaičius yra mažiau nei keturios; ** atliekamų funkcijų skaičius yra daugiau nei keturios.

3 lentelė.

Logistinės regresijos rezultatai, rodantys tikimybę, kad slaugytoja atliks penkis ir daugiau funkcijų, susijusių su socialinės rizikos šeimų priežiūra

Požymiai	Koeficientai, B (SE)	p reikšmė	Galimybių (šansų) santykis ŠS (PI)
Dirba su gydytoju viename kabinete (lyginant su tomis, kurios dirba atskirai)	1,22 (0,439)	0,005	3,40 (1,44; 8,03)
Mano, kad slaugytojo darbas yra pripažįstamas (lygina su tomis, kurios taip nemano)	1,39 (0,429)	0,001	3,99 (1,72; 9,26)
Istaigoje dirba soc. darbuotojas (lygina su tomis, kur soc. darbuotojas nedirba)	1,37 (0,4)	0,001	3,94 (1,80; 8,60)

SE – koeficientų paklaida; PI – galimybių (šansų) santykio pasikliautinasis intervalas.

Išanalizavus tyrimo rezultatus, paaiškėjo, kad tam tikros funkcijos, susijusios su SRŠP, dažnai yra neatliekamos. Ypač retai atliekamos šios funkcijos: dalyvavimas pasitarimuose su socialiniais darbuotojais, socialinės rizikos šeimų socialinio paslaugų poreikio nustatymas; bendrųjų socialinių paslaugų socialinės rizikos šeimoms teikimas. Šio tyrimo duomenys patvirtino ankstesnes išvagas, kad darbas bendruomenėje, socialinių paslaugų teikimas dažnai nėra bendruomenės slaugytojo pagrindinė veikla [15] bei papildė kitų autorių atliktų tyrimų rezultatus, kad slaugytojos neatlieka didelės dalies medicinos normose nurodytų funkcijų ir daugiausia vykdo administracinį bei profilaktinį darbą [14].

Išanalizavus veiksnius, didinančius slaugytojų įsitraukimą į SRŠP, paaiškėjo, kad didelės reikšmės slaugytojų veiklai turi jų darbo pripažinimas. Armėnijoje atlikto tyrimo metu nustatyta, kad darbo įvertinimas yra svarbus slaugytojų veiklos motyvacijos veiksnys [16]. Kitų šalių praktika tik patvirtina, kad psichosocialiniai veiksniai darbe, tokie kaip, įvertinimas už pastangas ir patnerystė, turi didelę įtaką slaugytojų pasitenkinimui darbu ir jų darbo efektyvumui [17–19]. Aštuoniuose Europos šalyse atlikto tyrimo duomenimis, psichosocialinių veiksnų gerinimas darbe, ypač pastangų ir įvertinimo (atlygio) pusiausvyra gali turėti teigiamos įtakos slaugytojų darbui [19, 20]. Todėl, siekiant didesnio slaugytojų darbo įsitraukimo į socialinės rizikos šeimų priežiūrą, reikėtų skatinti objektyviuotą jų darbo viešą ar asmeninį pripažinimą, slaugytojos turi jaustis vertinamos ir svarbios komandoje.

Duomenų analizė taip pat parodė, kad tos slaugytojos, kurios mano, jog yra kompetentingos užtikrinti psichologinius pacientų poreikius, atlieka daugiau funkcijų. Socialinės rizikos šeimų psichologinių problemų sprendimas yra svarbi integruotos priežiūros dalis, todėl bendruomenės slaugytojos turi gerai išmanyti tokių pacientų poreikių užtikrinimą. Kitų šalių tyrimai patvirtina, kad slaugytojų kompetenciją užtikrinti psichologinius pacientų poreikius didina specialios mokymo programos [21]. Aiškių slaugytojos funkcijų įvardinimas ten-

kinant psichologinius socialinės rizikos šeimų poreikius, motyvuoja slaugytojas aktyviau atlikti šias funkcijas [21, 22].

Panašu, kad aiškių atliekamų funkcijų išmanymas yra svarbus teikiant paslaugas SRŠP. Kiti tyrimai apie slaugytojų kompetenciją ir darbo ribas tik patvirtina, kad slaugytojoms svarbu žinoti savo atliekamo darbo spektrą [15, 23]. Kanados mokslininkų patirtis rodo, kad slaugytojų darbas turi būti gerai apibrėžtas siekiant užtikrinti efektyvesnį slaugytojų įsitraukimą teikti slaugos paslaugas pacientams [24].

Šio tyrimo rezultatai rodo, kad slaugytojų darbas kartu su gydytoju kabinete yra susijęs su aktyvesniu slaugytoju dalyvavimu SRŠP. Išsamesnei šio reiškinio analizei būtų tikslingi tolesni tyrimai, tačiau tokia aplinkybė galėtume paaiškinti menka PSP komandos integracija. Lietuvoje atlikti tyrimai rodo, kad PSP komanda galima vertinti kaip mažai bendradarbiaujančią, esančią pradiniam komandinės raidos etape [25]. Tačiau panašu, kad sovietinis palikimas – gydytojo ir slaugytojos bendradarbiavimas, kai slaugytoja, dirbdama viename kabinete su gydytoju, buvo daugiau nei gydytojo asistentė [16], vis dar išlieka aktualiu. Todėl, tais atvejais, kai gydytojas su slaugytoja dirba viename kabinete, tikėtina, kad ji labiau pildo gydytojo nurodymus ir aktyviau dalyvauja SRŠP. Siekiant padidinti savarankiškai dirbančių slaugytojų aktyvumą SRŠP, svarbu didinti PSP komandos integraciją. Kanados mokslininkų tyrimai parodė, kad tam reikia informuoti visus komandos narius apie teikiamų paslaugų galimybes bei tiksliai supažindinti su jų atliekamų funkcijų spektru [26, 27]. Tyrimai taip pat rodo, kad, esant aiškiai nurodytiems ir gerai suvokiamiems vaidmenims komandoje, slaugytojos aktyviau dalyvaus, teikiant paslaugas [28]. Tikėtina, kad tai ne tik sąlygotų slaugytojų profesinį augimą bei autonomiją [5], tačiau leistų joms siekti geresnių PSP pacientų sveikatos priežiūros rezultatų [29, 30].

Veiksmingesnis darbas PSP komandoje gali palankiai veikti ir bendradarbiavimą su socialiniais darbuotojais. Atliktas tyrimas parodė, kad socialinio darbuotojo darbas įs-

taigoje buvo reikšmingai susijęs su slaugytojų atliekamų funkcijų skaičiumi. Tačiau ne visos PSP įstaigos turi socialinius darbuotojus. Nors socialinio darbuotojo integracijos į PSP įstaigą galimybė turėtų būti analizuojama nuodugniau, akivaizdu, kad šiuo metu būtų svarbu skatinti tarpsektorinį bendradarbiavimą tarp pirminės sveikatos priežiūros ir socialinio sektorių darbuotojų. Tikėtina, kad tai galėtų turėti teigiamos įtakos ir aktyvesniam bendruomenės slaugytojų įsitraukimui į socialinės rizikos šeimų priežiūrą. Tam reikalingas didesnis PSP ir socialinių įstaigų administracijų įsitraukimas skatinti bendradarbiavimą tarp slaugytojos ir socialinio darbuotojo: organizuoti reguliarius bendrus susirinkimus, kuriuose būtų aptariamas atitinkamų SRSP organizavimas, numatyti darbuotojų darbo laiką, skirti susirinkimams tinkamą vietą ir kt. Tikėtina, kad tokios priemonės taip pat būtų veiksmingos didinant slaugytojų aktyvumą socialinės rizikos šeimų priežiūroje.

ISVADOS

1. Slaugytojų atliekamų funkcijų, susijusių su socialinės rizikos šeimų priežiūra, spektras yra ribotas.
2. Aktyvesnis slaugytojų įsitraukimas į socialinės rizikos šeimų priežiūrą buvo susijęs su slaugytojos, dirbančios su konkrečiu gydytoju, darbu, socialiniu darbuotoju PSP įstaigoje bei komandinio darbo mokymais organizacijoje.
3. Didesnis slaugytojų aktyvumas buvo susijęs su slaugytojų jaučiamu jų darbo pripažinimu.
4. Komandinio darbo stiprinimas tiek PSP, tiek tarp sveikatos ir socialinio sektorių yra viena pagrindinių aktyvaus slaugytojų įsitraukimo į socialinės rizikos šeimų priežiūrą prielaidų.

LITERATŪRA

1. World Health Organisation. Primary health care 21: "Everybody's business". In: An international meeting to celebrate 20 years after Alma-Ata. Almaty, 1998. p. 27-8.
2. Smith J. Community nursing and health care in the twenty-first. *Aust Health Rev.* 2000;23(1): 114-21.
3. Kemp L, Harris E, Cormino E. Changes in community nursing in Australia: 1995-2000. *J Adv Nurs.* 2005;49(3):307-14.
4. Viseckiene B. Šeimos gydytojo komandos praplečimas slaugos darbuotojais (vystymosi perspektyvos). *Slaugos mokslas ir praktika.* 2011;6(174):10-1.
5. Mrazayn M. Nurses' autonomy: influence of nurse managers' actions. *J Adv Nurs.* 2004; 45(3):326-36.
6. Whitecross L. Collaboration between GPs and nurse practitioners: The overseas experience and lessons for Australia. *Aust Fam Physician.* 1999;40(28):349-53.
7. Gardner G, Crysler J, Gardner A, Dunn S. Nurse Practitioner competency standards: findings from collaborative Australian and New Zealand research. *Int J Nurs Stud.* 2006;43(5): 691-10.
8. Beardshaw V, Robinson R. New for Old? Prospects for nursing in the 1990s. London: Kings's Fund Institute; 1990.

9. Wright W, Romboli J, DiTulio M, Wogen J, Belletti DA. Hypertension treatment and control within an independent nurse practitioner setting. *Am J Manag Care.* 2011;17(1):58-64.
10. Scrymgeour G, Forrest R, Marshall B. Implementing a Continuity of Cancer Care nursing role into a New Zealand primary health organisation - the patient's perspective. *J Prim Health Care.* 2013;5(4):322-9.
11. Lietuvos Respublikos Socialinių paslaugų įstatymas. 2000 m. sausio 19 d. Nr. X-493. Valstybės žinios. Žin., 2006, Nr. 17-589.
12. Dėl Lietuvos medicinos normos MN28.2011 "Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė". Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 8 d. įsakymas Nr. V-591. Valstybės žinios. 2011-06-14; Nr. 72-3490.
13. Dėl slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo: Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2007 m. liepos 4 d. įsakymas Nr. V-558/A1-183. Valstybės žinios. 2007; Nr. 76-3029.
14. Obelerytė D. Bendruomenės slaugytojų medicinos normoje apibrėžti ir kasdien atliekamų veiklų atitikties vertinimas viešosiose ir privačiose PSP įstaigose. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas; 2012. Prieiga per internetą: http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABA-0001-E.02-2012-D_20120605_081734-31394/DS.005.001.ETD.
15. Kontniniene A, Andriuskeviciute L, Radzeviciute S, Liseckiene I, Bumblyte I, Valius L, ir kt. Bendruomenės slaugytojos funkcijos pirminėje sveikatos priežiūroje: bendruomenės slaugytojų ir šeimoms gydytojų požiūriu. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. 2013;17(4):218-26.
16. Poghosyan L, Poghosyan H, Berlin K, Truzyan N, Danielyan L, et al. Nursing practice in a post-Soviet country from the perspectives of Armenian nurses: a qualitative exploratory study. *J Clin Nurs.* 2012;21(17-18):2599-608.
17. Bakker A, Killmer C, Siegrist J, Schaufeli W. Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *J Adv Nurs.* 2006;51(4):884-91.
18. Laflamme K, Tullai M, Guinness S. Canadian nurse practitioner job satisfaction. *Nurs Leadersh (Tor Ont).* 2009;22(2):41-57.
19. Li J, Galatsch M, Siegrist J, Müller B, Hasselhorn H. European NEXT Study group. Reward frustration at work and intention to leave the nursing profession—prospective results from the European longitudinal NEXT study. *Int J Nurs Stud.* 2011;48(5):628-35.
20. Li J, Shing L, Galatsch M, Siegrist J, Müller B, Hasselhorn H, et al. Psychosocial work environment and intention to leave the nursing profession: a cross-national prospective study of eight countries. *Int J Health Serv.* 2013;43(3):519-36.
21. Feudtner C, Santucci G, Feinstein J, Snyder C, Rourke M, Kang T. Hopeful thinking and level of comfort regarding providing pediatric palliative care: a survey of hospital nurses. *Pediatrics.* 2007;119(1):e186-92.
22. Crisp B, Lister P. Child protection and public health: nurses' responsibilities. *J Adv Nurs.* 2004;47(6):656-63.
23. Rogala-Pawelczyk G. [Conditioning of community nurse duties towards the patient treated by family doctor—the opinion of family doctor staff members]. *Wlad Lek.* 2002; 55(1Pt 2):870-6.
24. Kilpatrick K, McKean Lavoie-Tremblay J, Ritchie J, Lamothe L, Doran D. Boundary work and the introduction of acute care nurse practitioners in healthcare teams. *J Adv Nurs.* 2012;68(7):1672.
25. Januseviciene L, Liseckiene I, Valius L, Kontniniene A, Janusevicius G, Lapo L. Teamwork in primary care: perspectives of general practitioners and community nurses in Lithuania. *BMC Fam Pract.* 2013;14(1):118.
26. Harana, O. OMA Health policy paper. Interprofessional care. Toronto, ON: Ontario Medical Association. www.oma.org. [Online]. 2007. Visited 2013 December 29. Available from: www.oma.org/Resources/Documents/2007IPC_Paper.pdf.
27. Minister of Health and Long-Term care. Toronto, Canada. <http://www.health.gov.on.ca>. [Online]. 2005 Visited 2013 December 29. Available from: http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/nurse-prac03/exec_summ.pdf.
28. Sullivan-Bentz M, Humbert J, Cragg B, Legault J, Lafamme C, Bayley P, et al. Supporting primary health care nurse practitioners' transition to practice. *Can Fam Physician.* 2010;56(11):1176-82.
29. Blue J, Fitzgerald M. Interprofessional relations: case studies of working relationships between Registered Nurses and general practitioners in rural Australia. *J Clin Nurs.* 2002;11(3):314-21.
30. Burnard P, Morrison P, Phillips C. Job satisfaction amongst nurses in an interim secure forensic unit in Wales. *Aust N Z J Ment Health Nurs.* 1999;8(1):9-18.

Gauta: 2013 12 02
Priimta spausdinti: 2014 01 20

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Teamwork in primary care: perspectives of general practitioners and community nurses in Lithuania

Lina Jaruseviciene^{1*}, Ida Liseckiene¹, Leonas Valius¹, Ausrine Kontrimiene¹, Gediminas Jarusevicius² and Luis Velez Lapão³

Abstract

Background: A team approach in primary care has proven benefits in achieving better outcomes, reducing health care costs, satisfying patient needs, ensuring continuity of care, increasing job satisfaction among health providers and using human health care resources more efficiently. However, some research indicates constraints in collaboration within primary health care (PHC) teams in Lithuania. The aim of this study was to gain a better understanding of the phenomenon of teamwork in Lithuania by exploring the experiences of teamwork by general practitioners (GPs) and community nurses (CNs) involved in PHC.

Methods: Six focus groups were formed with 29 GPs and 27 CNs from the Kaunas Region of Lithuania. Discussions were recorded and transcribed verbatim. A thematic analysis of these data was then performed.

Results: The analysis of focus group data identified six thematic categories related to teamwork in PHC: the structure of a PHC team, synergy among PHC team members, descriptions of roles and responsibilities of team members, competencies of PHC team members, communications between PHC team members and the organisational background for teamwork. These findings provide the basis for a discussion of a thematic model of teamwork that embraces formal, individual and organisational factors.

Conclusions: The need for effective teamwork in PHC is an issue receiving broad consensus; however, the process of teambuilding is often taken for granted in the PHC sector in Lithuania. This study suggests that both formal and individual behavioural factors should be targeted when aiming to strengthen PHC teams. Furthermore, this study underscores the need to provide explicit formal descriptions of the roles and responsibilities of PHC team members in Lithuania, which would include establishing clear professional boundaries. The training of team members is an essential component of the teambuilding process, but not sufficient by itself.

Keywords: Teamwork, General practitioners, Community nurses, Primary health care, Lithuania

Background

The 1978 Alma-Ata declaration emphasising a team approach in primary health care (PHC) marked the beginning of a new era [1]. Nowadays PHC is inconceivable as anything other than a competently functioning health care team [2,3]. A team approach in PHC has proven advantageous in achieving better outcomes [4-6]. Such outcomes include reducing health care costs due to a lower number

of hospitalisations [7], satisfying patients' needs [8,9], ensuring continuity of care [10,11], increasing job satisfaction for health providers [12] and using human health care resources more efficiently [2,9].

Research indicates that the initial step in implementing a team-based approach in PHC involves a shift from physician-centred practices to "goal-oriented" practices defined by a physician-led team [2]. The PHC team then evolves as its structure progressively integrates different health professionals [13] to work with the physician, then professionals in health-related fields [10] and finally various laypersons [14]. Studies demonstrate that health

* Correspondence: ljaruseviciene@gmail.com

¹Department of Family Medicine, Lithuanian University of Health Sciences (L.U.H.S.), Mickėvičiaus 9, Kaunas LT 44307, Lithuania

Full list of author information is available at the end of the article



care processes and outcomes improve when non-physician team members provide important components of care [2,15-17].

Boon et al. [18] propose a conceptual framework that identifies seven types of team oriented health care practice and situates them on a continuum ranging from least-integrated to most-integrated. According to the framework, the continuum of team-oriented health care practice is represented by parallel, consultative, collaborative, coordinated, multidisciplinary, interdisciplinary and integrative models. Increasing integration across the continuum is reflected by changes in structure, process and outcomes, as well as by the team's health care philosophy. A well-functioning team at one extreme on this continuum (low integration) could possess a different set of key characteristics than a well-functioning team at the other extreme (high integration) [18,19]. Research indicates that promoting team-oriented policies is the most effective management behaviour in organisations, where teams constitute the main work structure [20]. However, little is known about how these policies should differ depending on the existing level of team integration.

The Alma-Ata conference, which took place in the former Soviet Union, established the cornerstones of the modern understanding of PHC. Paradoxically, however, post-Soviet countries struggled more than Western countries did in implementing these principles in practice. The idea of collaboration within a PHC team as well as between teams did not correspond to the perspective intrinsic to the Semashko model predominating in these countries, which was characterized by centralisation and fragmentation of care. The Semashko model's aspirations to provide universal health coverage free of charge resulted in financially burdened health systems due to weak PHC and an emphasis on in-patient care with high demand for specialists, little continuity and poor coordination of care [21]. Inter-professional collaboration eventually emerged as an issue, primarily during the health care reforms that followed the collapse of the Soviet Union [22-25].

One of the main focuses of PHC reform in Lithuania was strengthening inter-professional collaboration [26]. In reality, however, aspiration was scaled back to merely introducing the institution of general practice and recognising it as a medical career, followed by (re)training general practitioners (GPs). District nurses changed their titles to community nurses (CN) by law, but the content of their work changed only superficially – they mainly continued acting as physicians' assistants. Some post-Soviet countries, i.e., Estonia, shifted a considerable part of GP responsibilities to CNs [27]. In contrast, Lithuanian CNs continued to work in a traditional hierarchical relationship with GPs. Furthermore, Lithuanian CNs typically work in the same offices with GPs and do not provide independent patient consultations [28].

Actually there are several types of health care providers who formally are recognized as primary health care professionals: GPs, CNs, psychiatrists, mental care nurses, and social workers [29]. GPs and CNs form PHC teams and work together in PHC centres, while psychiatrists, mental care nurses and social workers form mental health care teams working in independent mental health centres.

Although the concept of the PHC team is widely acknowledged in Lithuanian health policy, a formal framework for such team practice is lacking and wide organizational diversity is observed in PHC institutions. The PHC team usually includes GPs, CNs and often clinical administrative employees but seldom social workers. Practicing GPs and/or CNs are usually in charge of the management of the PHC setting.

A recent study that examined mental health service provision in Lithuanian PHC found an extremely low level of CN involvement. When treating mentally ill patients, CNs rarely or never helped 72.8% of GPs in assessing the mental status of patients and rarely or never assisted 62.2% of GPs in delivering home care services [30]. Research indicates that Lithuanian CNs perceive laboratory test-taking, clinical administration and sorting patients for physician consultation as the essential domains of their professional activity. Nonetheless, for example, CNs evaluate provision of psychosocial services in the community as an additional duty [31].

These findings suggest that a biomedical approach prevails in Lithuanian PHC and that PHC teams do not work collaboratively. This would situate them on the low-integration side of the spectrum identified by Boon et al. [18,19]. The need to improve teamwork for PHC provision in Lithuania is recognized [30,32] and some efforts have been made to make teamwork more effective [33]. However, a survey of the available evidence indicates that there apparently have been no previous studies assessing the experiences of PHC providers on this issue, nor have there been any attempts to identify the key components of team-oriented health care practice promotion in the Lithuanian PHC context with low team integration. Therefore this study aimed to explore the practice of teamwork as viewed by GPs and CNs for a better understanding of the phenomenon of teamwork in Lithuanian PHC and for the purpose of identifying opportunities to strengthen team-oriented health care practice in the context of low team integration.

Methods

The research presented in this paper reflects the qualitative component of a larger project titled *Intersectorial collaboration solving health care problems in social risk families*. The two-year (2012–2013) project, financed by the Lithuanian Agency of Sciences, aims to assess the potential of collaborative working between PHC and

social services in Lithuania to respond better to health and social care needs of families at social risk.

The project involves three research components: focus groups with GPs and CNs to explore experiences with teamwork in the PHC context; a cross-sectional survey of PHC professionals and social sector professionals to identify current collaborative practices as well as factors associated with more effective collaboration; and vignettes of PHC providers and representatives of the social sector to examine the quality of their performance in addressing the care needs of social risk families and to identify existing collaborative patterns between health care and social sectors.

The scope of this paper which aims to identify the constituents of teamwork in the transforming Lithuanian PHC is confined to data obtained from focus groups conducted with GPs and CNs in the Kaunas region. This region, Lithuania's most central, is highly urbanised, with less than one fifth of residents living in rural areas. The population of the Kaunas region constitutes almost 15% of the total population of Lithuania. Economic indicators in the region (e.g. salary) are equal to the average in Lithuania.

There were 49 primary health care centres in the Kaunas region providing primary health care services under contract with the National Health Insurance Fund in the fall of 2011. Public and private institutions working under contract with the National Health Insurance Fund provide free PHC services to all insured patients. Certain populations such as children under the age of 18, students, and unemployed people are State-insured. The financing for all PHC facilities consist of capitation fees (approximately 70%) and production incentive payments (approximately 30%).

Invitations to take part in this study were sent to 25 PHC institutions in Kaunas region. They were selected with the aim of capturing the perspectives of primary health care providers working at large, medium and small facilities as well as in public and private PHC settings. Eleven PHC institutions agreed to take part in this survey and to distribute the information about the focus group discussions among employees. There were three large, three medium, and five small institutions, and four public and seven private institutions. Based on legal description of PHC team professionals, only GPs and CNs were invited to take part in this study [29].

As all GPs and CNs with distinct teamwork experience were voluntarily involved in the study and presumably had strong interest in the issue, we gave a priority to focus groups discussions instead of individual interviews. It was believed that group interactions could be richer and deeper than those occurring in individual interviews, [34] helping to elicit a diverse range of opinions and experiences [35].

The Bioethics Committee of the Lithuanian University of Health Sciences approved this qualitative study in 2012.

Participants

A total of 56 PHC professionals [29 GPs and 27 CNs] participated in this study. Table 1 presents participant information. The focus group sessions were scheduled separately for GPs and CNs. It was believed that greater homogeneity in the backgrounds and status of health providers within the hierarchy of health settings would have a favourable effect on fostering open communication among study participants.

Data collection

Two facilitators moderated each discussion. Both were female GPs. The first facilitator (the principal investigator) has a degree in applied sociology as well as being a medical doctor; the second facilitator has completed introductory training in qualitative research methodology and data analysis. As both facilitators have their own practices in the same geographical area, they were acquainted with some focus group participants, but there were no participants with whom they had personal relationships.

Study participants provided written informed consent. Focus group discussions lasted for about 1.5 hours to

Table 1 Demographic breakdown of focus group participants

Indicator	Number
Gender	
Male	4
Female	52
Age	
Younger than 50	32
50 and older	24
Profession	
General practitioner (GP)	29
Community nurse (CN)	27
Location of practice	
Urban	45
Rural	11
Type of practice	
Public	36
Private	20
Size of primary health care institution	
Large (20,000 or more patients listed)	22
Medium (5,000 or more but less than 20,000 patients listed)	21
Small (less than 5,000 patients listed)	13
Total number	56

2 hours. They were audio-taped with the participants' permission. All participants were guaranteed confidentiality, and were told how data collected during the study would be used. Six discussions were conducted in total – three with GPs and three with CNs.

The focus group discussions followed a semi-structured topic guide (see Topic guide for focus group discussions). The guide included open-ended questions prompting participants to describe their perceptions of the PHC team in general, their experiences of everyday collaboration among GPs and CNs, their perceptions of factors negatively and positively affecting such collaboration, and their thoughts about their personal roles in an effective PHC team.

Topic guide for focus group discussions

1. How would you describe a PHC team?
2. How do the GPs and CNs collaborate in practice?
Could you tell us from your experience, how do you engage in teamwork on a daily basis?
3. What negatively affects collaboration between GPs and CNs?
4. What favourably affects collaboration between GPs and CNs?
5. How do you see your role in an effective PHC team?
6. Any other comments?

The moderator encouraged experiential narratives. After each discussion, the two facilitators considered whether the topic guide should be refined in light of points made by the focus group participants. The question, "How do you see your role in an effective PHC team?" later was complemented with the prompt, "Could you describe your role in the ideal PHC team?" Although the core areas of discussion remained the same throughout the study, the format of each focus group discussion differed as along with the main aspects indicated in topic guide each focus group discussion raised different insights. When the discussions concerned different organizational practice in the home organizations of participants, such as payment models for team members, the interactions in the groups were especially vivid.

Analysis

Each focus group discussion was transcribed verbatim. The thematic analysis [36] was initiated after all six focus groups were completed. The codes from the transcripts were generated in a systematic manner for the entire dataset by reviewing the data line by line. The terms selected for coding were as similar as possible to the participants' own choice of words. Coding was performed by two independent researchers, and after

initial coding was completed, the two coded transcripts were systematically compared. More than 80% of codes in both transcripts were similar; the remaining divergences were discussed by the research team until consensus about coding was reached. Closely related codes were arranged in thematic categories, and the final themes were formulated based on these groupings. They were then reviewed, refined, named and illustrated with quotations from the discussions. The data analysis was based on the inductive approach.

A bracketed ellipsis, or [...], is used in the quotations presented below to indicate the omission of words, and an unbracketed ellipsis, or ..., is used to indicate a reflective pause. Any interpretation by the researchers appears in brackets, e.g., [PHC team], indicating an effort to clarify the participants' meanings. Focus group labels are provided to indicate the sources of quotations, e.g., "FG2GP" denotes the second focus group with GPs.

This paper analyses the study participants' experiences related to teamwork. There were factors identified during the analysis that could be related to other topics, i.e., the transformation of CNs' identity (confusion in roles, conflicting expectations, striving to explicitly delineate the scope of CNs' work and the new professional boundaries). However, as this study was focused on aiming to identify aspects of teamwork in the Lithuanian PHC context, all other topics brought to light by the study were included in the analysis as contextual elements of teamwork in PHC rather than as separated themes.

The personal experiences of focus group participants differed in respect to the issues that were identified. As it might be related to different levels of their involvement in team-oriented health care practice as well as to different levels of team integration, we focused on the data that related to the question rather than on health provider satisfaction with these issues. Discrepancies between GPs' perspectives and CNs' perspectives in regard to different issues are nonetheless acknowledged in the text.

Results

Study participants' views about PHC teams were categorized in terms of the issues being addressed, and the categories were grouped under six major themes (Table 2). Each theme is presented below.

Structure of a PHC team

GPs and CNs were named as the main structural elements of a PHC team. Administrative employees and social workers were also mentioned as potential team members. Study participants described efforts by some PHC institutions to expand PHC teams by including new members such as social workers or secretaries. CNs said that GPs traditionally have a higher formal status

Table 2 Themes and categories emerging from a thematic analysis of a primary health care (PHC) teamwork

Themes	Categories	Verbatim
Structure of the PHC team	Main members of a PHC team	"The team probably consists of a nurse and family physician, which is the most common primary care team model." (FG1CN)
	Optional members of a PHC team	"Then I would count the receptionists..." (FG2GP)
	Hierarchy in PHC teams	"Our duties are different, but we should all be on a line, more horizontal." (FG3GP)
	Leadership in a team	"Somebody should manage this team." (FG3CN)
Synergy of PHC team members	"Intangible" team unity	"...nurse and physician [...] – everything is operating automatically between them." (FG1CN)
	Common goals of team members	"The goal is common – that patients should be stroked around from all sides; he should be happy..." (FG2GP)
	Individual motivation to work in a team	"This depends on the person. One would do everything, another would say: I was told to do that and I will not do anything more." (FG3CN) There are such people in a team too..." (FG3CN)
	Trust between teammates	"A physician should trust the nurse. If there is no trust, there is not any team." (FG1CN)
	Respect between teammates	"Good relationships are most important, when you are working together and do not humiliate each other." (FG1CN)
	Executing commands of physician	"And afterwards, in the office, she [the nurse] is doing what I am telling her to do." (FG1GP)
Roles and responsibilities of team members	Well-described, known roles of team members	"Everybody should know what he must to do..." (FG2GP)
	Confusion of roles	"I do not know what her [CN] functions are. In fact we do not know what her duties are." (FG1GP)
	Overlap of responsibilities	"If you take physician and nurse job descriptions, you see that many roles between them are overlapping." (FG2GP)
	Explicit boundaries of the roles and responsibilities of team members	"The most important is not to intervene in treatment, since treatment belongs to the physician [...]; the most important is to work within our own framework." (FG2CN)
	Delegation of tasks	"Physician should say [...] what he wants from the nurse." (FG1CN)
	Assumed individual responsibility	"The nurse should know the boundaries of her work and take responsibility for their own actions." (FG3GP)
	Overlapping activities	"It might they [nurses] are performing some tasks that belongs to us, but they are not fulfilling their own tasks." (FG2GP)
	Autonomous performance of one's own duties	"You should not say to a nurse, 'You should do this or this,' She should do this herself on the spot." (FG1GP)
	Sanctions for CNs for overstepping boundaries	"And during the meeting it was said that [name] is commenting on exam results, [...] They made mud out of me so badly! [...]" (FG1CN)
	Positive expectations towards CN's "doctoring"	"She (CN) has my small stamp. I gave it to her that she could prescribe tests when I am absent" (FG2GP)
Competency of primary care team members	Differentiation of activities	"For example, all certifications in our institution are written by the informational office." (FG2GP)
	Appropriate knowledge and skills	"Sometimes I hear [...] our nurses who are consulting patients by phone [...]. Once in a while [...] such a consultation makes me cover my ears and not listen anymore. Really, the knowledge is outdated or inaccurate..." (FG3CN)
	Supervision of competence	"She [the CN] simply sometimes does not know [...]. The administration should somehow control these things." (FG2GP)
	Necessity of training	"I only would like to say that training is very much needed for nurses..." (FG2CN)
	Training quality	"We are going to the training as we would like to improve our competence, but we should officially question what we are receiving during this training." (FG3CN)

Table 2 Themes and categories emerging from a thematic analysis of a primary health care (PHC) teamwork
 (Continued)

Communications between PHC team members	Communication as a tool to transmit work-related information	"Since we [GPs and CNs] are working in separate offices, communication is very important [...]. We are referring all the information to the physician [...]. It's time saving for the physician and his consultation." (FG2CN)
	Communication as friendliness in the working environment	"I worked in a private [health centre], but I didn't like working there [...]. There wasn't enough communication..." (FG2CN)
	Means to optimise communications in a team	"We even have such a local telephone connection [between GP and CN offices]. If there is some question, we press a button and get in contact." (FG2CN)
	Inner language of team members	"We understand one another in a glance." (FG1GP)
	Difficulties in mutual communication	"They [CNs] react very sensitively [...], even when you are talking very amiably [...]. You see that she feels offended... somehow offended." (FG2GP)
	Communication strategies	"I have heard about, when a physician who was close to the patient snapped out to the nurse everything he is thinking and... and had done this so awfully." (FG1CN)
	Organisational background for teamwork	Synchronisation of compensation policies for team members
Workplace of team members		"We do not have where to let them [CNs] sit down normally so we cannot ask them to perform tasks independently, it's really so - there is no place to sit down." (FG1GP)
Appropriate time for handling procedures		"There should be some regulation on how many patients a physician can consult each day. Not how much he is consulting, but how much he should consult not losing quality." (FG2GP)
Regulation of patient flows		"When, instead of 12 patients with an appointment, 30 or even more come, this simply puts out of kilter all work in a team." (FG2GP)
Work in stable districts		"You feel pleased when you are going to your own district; you know all the tasks [...], it's very important this many years to work in one place." (FG3CN)
Introduction of innovations		"Everything is on an electronic record system - if you had it, you wouldn't need to rewrite information in referrals, recipes, etc..." (FG3GP)
Response to the needs of personnel		"- We do not have an official time for lunch... -" "We have 15 minutes but, during this time, we take patients without appointments." (FG2GP)
Training of personnel		"We have training in our institution, lectures on how to communicate with patients [...]. This is needed very much." (FG2GP)
Team building initiatives		"In the beginning [of institution's activity] we had a lot of training on team work... at that time this seemed stupid and incomprehensive, but now it seems that it was worthy, this turned our heads in other direction. I mean, some understanding emerge..." (FG2GP)
Involvement of all personnel in non-clinical activity		"All of us - doctors and nurses - were involved in preparation of office rules [...] We had to go through the legal acts and prepare internal policies. We were not happy about that, but after that we knew each other better." (FG3CN)
Best practice exchanges with other institutions	"The heads of health care institutions should sit together and decide [...] how to improve things [...]. Now they are only competing with each other." (FG2CN)	

on a team than nurses do; however, both GPs and CNs stressed that a team approach necessitates non-hierarchical relationships between teammates.

Team leadership emerged as an explicit issue only in discussions with CNs, who emphasised the need for better coordination of PHC team activities. They indicated that PHC teams do not actually have an explicit position of team leader. As per an unwritten rule, GPs are assumed to

be the leaders of PHC teams, but CNs believe this is simply due to the traditionally higher status of GPs.

"We recognise the physician as a chief. But there is a big question, whether he should be a chief... Probably we simply inherited such an understanding from those [Soviet] years" (FG3CN).

Synergy among PHC team members

Both GPs and CNs addressed the issue of synergy among team members. According to study participants, this intangible element in teamwork either can unify colleagues and lead them to function as a team or else it can emerge as a team gains experience over time. This element was described as a "fist" (FG3GP), a "family" (FG3CN), "automatism" (FG1CN), "synchronisation" (FG1GP) and "a common attitude" (FG2GP), and was perceived as a sign of an effective team culture.

Elements of synergy identified by study participants were trust and respect among team members and an individual commitment to work as part of a team. Some GPs emphasised the necessity for CNs to obey GPs in accomplishing the tasks delegated to them – this was perceived as a prerequisite for team synergy.

Explicit descriptions of team members' roles and responsibilities

In both GP and CN discussions, the most attention was paid to the functions of team members.

Study participants perceived that a primary step required for a team to work more effectively involved drawing clear distinctions between the roles and responsibilities of GPs and CNs, as well as defining what their contributions to patient care should be.

"They [the community nurses] do something, but the responsibility is only on the physician. She [a nurse] should have also her own responsibility. And when [I] did not handle what is her responsibility, it's very helpful. Then she understands her own job and the tasks are distributed" (FG3GP).

In contrast, overlapping responsibilities, the lack of a formal distinction between roles, and a lack of well-described organizational procedures for different activities (especially when GPs and CNs work in one office) were reported to cause tension and confusion in a team. The expectations of one team member can differ from those of another, which causes conflicting expectations to flourish. Meanwhile, CNs expect to get their assignments from the physicians, they often feel "serving doctors" (FG2CN). As one CN stated, "Physicians should say what they want from the nurses" (FG1CN). On the other hand, physicians look forward to more independent behaviour on the part of the CNs and expect more active performance of duties by CNs.

Moreover, a diffusion of roles and responsibilities erodes boundaries between areas of professional expertise. GPs tend to protect the boundaries of their expertise; thus they usually tend to be intolerant of CNs who "intrude" in their field and fiercely criticise them: "When she [CN] comes to me I can always see if something is wrong. [...] Then I ask

her: "So, you have 'doctored' again?" And then she begins to tell me what she has done..." (FG2GP). Such intrusions may be independent prescriptions of tests, the provision of information to patients about test results, or suggestions about medications, to give some examples. Still, the attitude of GPs towards "doctoring" by CNs is not always consistent. GPs seem to welcome "doctoring" by CNs in specific situations (e.g., the absence of a physician, an overload of patients).

There were several examples of responsibilities being shifted in PHC teams, or other cases involving a differentiation of PHC activities. The current trend is to include new members into PHC teams (i.e., secretaries) as well as to introduce new services at PHC institutions (i.e., home care, palliative care, informational offices), which replace activities traditionally seen as GP and CN functions.

Competency of PHC team members

Both the GP and CN discussions addressed the relevance of the competency of PHC members. "Professionalism" (FG3GP) on the part of PHC team members was identified as one of the essential features of teamwork.

However, both GPs and CNs reported that CNs often lack competence. Study participants suggested the necessity of assessing the competence of team members in an organisation and emphasised the importance of training. CNs underlined their need for continuing medical education programs that are of a higher quality and better suited to their needs.

Communication between PHC team members

All study participants, especially CNs, emphasised that an important element of teamwork among PHC team members was communication, both professional and relational.

Study participants said that in their experiences, team communication functions in at least two ways. First, professional communication ("what to say", in terms of sharing medical facts efficiently) is a tool to transmit information about patients and about the activities that have been performed. Second, relational communication between team members ("how to say it", in terms of finding appropriate strategies for addressing issues that team members may have strong feelings about) seems to affect the working atmosphere favourably and increases job satisfaction.

According to study participants, team members are looking for means to facilitate the process of transmitting professional information. For one, they can use mutually known short symbols. As one CN stated, "We understand what is written on this small piece of paper" (FG3CN). Another means is simply the use of internal phone connections.

However, there seem to be rather frequent problems regarding relational communications between GPs and

CNs. Both GPs and CNs face difficulties in finding effective strategies to communicate their expectations, delegate tasks and/or discuss certain negative experiences.

According to CN perceptions of the current situation, there has been a shift in relational communications between GPs and CNs. It seems to them that younger GPs tend to create an atmosphere for communicating in a team that has less hierarchy and involves more collaboration than older GPs do.

"The younger physicians [...], they are different [...]. It might be more conscious [...], friendlier [...]. They are addressing us differently, communicating differently, ... but I am not saying that all Soviet physicians are like this..." (FG2CN)

Organisational background for teamwork

Study participants indicated several issues concerning organisation-level factors influencing teamwork: financial motivation, optimal working conditions, better work organization and team-building initiatives.

Systems for calculating individual salaries differ at each institution. Apparently the desynchronisation of payment policies for different primary care team members could negatively affect the synergy in a team. For example, in some PHC institutions, the salary of a GP depends on the number of his/her listed patients (capitation), but the CN receives a fixed salary. Thus GPs tend to have more patients to service on their list, whereas CNs have no interest in this. Their salary does not increase, but the situation prompts them to work more intensely.

Furthermore, study participants perceived working conditions as important for teamwork. According to them, the managers of PHC institutions should revise internal office policies to define and eliminate futile segments of work, regulate the flow of patients more rigorously to assure sufficient time for handling different health care procedures, promote and introduce innovations (e.g., proper utilization of electronic health records) and, finally, remember the individual needs of PHC team members (e.g., assurance of short breaks during the working day).

Study participants also viewed the managers of health institutions as the primary initiators of team-building initiatives and as the people who should encourage widely shared best practices. Possibilities for strengthening the alliance among team members were not addressed explicitly during the focus groups discussions. However, the experiences of study participants revealed that continuous medical education sessions for all PHC team members at their own institutions and participation in making internal office policies could be instrumental in strengthening the sense of belonging to a team.

Discussion

The results emerging from this study provide insights into the dynamics of PHC teamwork from the perspective of the PHC team members themselves. Six key themes were identified describing the framework for inter-professional teamwork in PHC. These themes concern the PHC team structure, synergy among PHC team members, explicit descriptions of the roles and responsibilities of team members, their competence to perform their designated duties, communications among team members and the organisational background for teamwork.

The resulting thematic model is based on these findings. It embraces formal, individual and organisational factors that might be suggested. Factors such as the explicit structure of a team, well-described functions and responsibilities of team members, and adequate competence of team members to perform designated duties constitute the formal framework, which could be referred to as the "hardware" for teamwork. The individual aspects, such as non-hierarchical relationships, respect and communications among allied teammates provide the behavioural "software" for teamwork. The formal and individual factors are interrelated; the organisational environment could have an enabling or inhibiting effect on the realisation of these factors.

Our suggested model reflects insights provided by Pullon et al. [37]. Based on findings from their qualitative study with New Zealand primary care physicians and nurses, the authors argue that intrinsic teamwork factors such as interprofessional respect, trust, and participative safety in teams are essential elements of teamwork but are not sufficient to result in fully effective teamwork. The authors emphasise the importance of extrinsic factors, such as health system policy and funding models, organization within practices, and the education of professionals [37].

Our study findings likewise strongly suggest that the formal framework plays a critical role in constituting a PHC team. However, PHC teamwork is not yet formalised in Lithuania, and it is often taken for granted. For example, the boundaries of GP and CN roles and responsibilities in team care remain fuzzy [38,39]. This situation could become a source of mutual dissatisfaction or even conflict among team members. For example, CNs seem to be floating between not being involved enough and being too involved in care due to the lack of clearly described duties for them. The findings here are consistent with the insights gained from a Canadian qualitative study that identified a lack of formal structures for supporting shared care practice and confusion about the roles and responsibilities of physicians, midwives and nurses as being the essential barriers to inter-professional collaboration [40]. Studies by Halcomb et al. [41] and Pullon et al. [42] revealed a lack of consensus regarding the roles and scope

of practice of PHC team members, which decreased PHC potential when responding to the growing demands of chronic care.

Our study indicates that the expectations GPs have regarding the actions of CNs in a team are very ambiguous. They would like to see CNs become more independent (i.e., gain more knowledge and responsibilities) while still adhering to fulfilling the tasks delegated by GPs. This duality on the part of GPs could be an indicator of a transition in PHC from being a health service delivery model dominated by GPs to a team-based goal-oriented model, where the patient's views also gain more prominence. Nevertheless, it could also be a sign of the willingness of GPs to maintain the decision-making power within a PHC team. The fact that the topic of leadership was explicitly raised only in the CN discussions also could indicate the persisting dominance of GPs in PHC teams. Very likely that domination of GPs in the team is self-evident, the main shortcoming they see in this field – insufficient CNs obedience to fulfil tasks delegated by GPs. Other researchers also underline the defensiveness physicians feel to some degree about the changing roles of nursing professionals [43,44]. Furthermore, nurses distrust their own abilities to be more proactive in care [45]. Thus it is probable that a natural shift in the distribution of roles and responsibilities in PHC teams would take a long time, unless there is an explicit formal framework acting as an external influence [44].

A strengthening of the formal framework for teamwork should go hand-in-hand with interventions targeting the behavioural “software” of a team, because the “hardware” and “software” of teamwork seem to be interrelated. The individual behavioural aspects revealed in our study, such as communications among team members, respectful and non-hierarchical relationships, and team synergy could be strengthened via trainings, regular reflections and other team-building activities [46,47]. The existing research indicates the appropriateness of training for improving inter-professional attitudes, collaboration skills and collaborative behaviour [48]. Interdisciplinary collaboration trainings absolutely should target GPs in a role of collaborating with other disciplines, something that does not seem to be included often enough as a core task of physicians [49].

The data from this study suggest that the organisational environment could play an important role in increasing the effectiveness of teamwork. This insight is in line with the findings of other studies that a supportive team climate in an organisation increases team performance by increasing the members' engagement in teamwork [20,50]. Future research should more consistently target the managerial issues for implementing inter-professional working models in health care in Lithuania, as was done in other countries [50,51]. The organisational aspects that the

study participants revealed are important as a background for teamwork: optimising performance patterns for procedures, regulating patient flows, introducing innovations and having sensitivity to the individual needs of employees. All these aspects are, indeed, the general components of effective management. Although there is a high probability that effective PHC teamwork depends on effective management of the PHC institution itself, some especially sensitive aspects such as, for example, models for the financial compensations of team members should receive specific attention in future research. Our data are consistent with other study findings indicating that different funding models for different team members can become barriers to collaborative teamwork [40]. In general, funding models are closely related to teamwork efficacy [9,49]. Different approaches of financial compensations for different team members seem to become an “unfriendly” aspect in teamwork. Thus the findings of this study suggest that an organisation should be consistent in its principles for financially motivating all of the members in a team.

Implications

This research has helped to identify elements that are related to teamwork in transforming primary health care in Lithuania. Our findings emphasise the necessity of establishing a formal framework – “hardware” for teamwork. Although the explicitness of formal background for team work, such as well-described functions and responsibilities of team members could be seen as limiting circumstance in highly integrative teams [18], in the initial stage of the implementation of team-based health care practice, when team collaboration is low, it seems to be an essential background for team functionality.

Teamwork “software” – the intrinsic or behavioural factors – plays a relatively more important role in more integrated teams. However, our findings suggest that it cannot be neglected in the initial developmental steps of team-based health care practice. In contrast, there seems to be a need for fragile teamwork “software” to be protected and fostered by the solid teamwork “hardware” in the beginning.

Although factors in the external or organizational environment apparently do not lose their importance in PHC systems with well-established teams [37], the team-friendly organizational environment is especially relevant in the initial stage of the development of team-oriented health care practices.

Limitations

This study has its limitations – the views and experiences of the participants cannot be generalised to represent those in the greater primary health care community, since this study only included GPs and CNs working in the highly urbanised Kaunas region. GPs and CNs who

practice in smaller towns or rural areas could have certain differences in their views; for example, the findings of Munro et al. [40] suggest that work in geographically isolated areas could exacerbate inter-professional tensions. Therefore future research should focus more on the experiences of rural GPs and CNs. An overwhelming majority of study participants were females; thus the male perspective on a PHC team could also be lacking. However, the gender structure of our study participants reflects the situation in Lithuanian PHC – more than 85% of GPs and almost 100% of CNs are females.

Another possible limitation of this study is that the focus group facilitators were GPs. Originally there was a decision to involve one moderator with a medical background and another with a nursing background, both trained in qualitative research methodology. However, just before the planned focus group discussions, the nurse investigator declined to participate in the project due to serious personal reasons and was replaced by a second GP. We took into account how the facilitators' backgrounds could have affected the discussions with GPs and CNs differently. Thus, all transcripts were reviewed by the nurse investigator and all authors took part in the analytical process.

The third limitation concerns the decision to include only GPs and CNs as PHC teams members in the discussion. In our study the PHC team in fact is represented only by GP-CN dyads in their way from physician-cantered, hierarchical model to a change of roles and responsibilities between these two groups. According to study participants' experience, PHC team structure seems to have more variety. However, our decision to limit study participants to GPs and CNs was made by drawing on formal descriptions of professionals constituting PHC team in Lithuania. Our findings indicating that the reality of the PHC team is wider than legislation could become an impulsion for wider reassessment of teamwork in PHC.

Conclusions

There is broad consensus about the need for teamwork in PHC. However, the process of teambuilding is often taken for granted in Lithuanian PHC or not even considered as an issue. By providing insights that deepen the understanding of Lithuanian PHC teams, this study could induce specific policy changes to tackle weak points in teamwork.

This study reveals that when aiming to strengthen PHC teams, both formal and individual behavioural factors should be targeted. This study underscores the need in Lithuania to provide explicit formal descriptions of the roles and responsibilities of PHC team members and to determine the boundaries of their involvement. The training of team members is an essential component in the teambuilding process, although not sufficient by itself.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Authors' contributions

The work presented here was carried out in collaboration between all authors. LJ and IL contributed substantially to the conception and design of the study. LJ, IL and AK contributed substantially to the accumulation, analysis and interpretation of data. LJ drafted the manuscript. IL, AK, LV, GJ and LL were involved in drafting the manuscript, revising it critically and providing substantial content and rewriting support. All authors read and approved the final manuscript.

Acknowledgements

This document is an output from the project "Intersectorial collaboration solving health care problems in social risk families" (SIN-13/2012), funded by the Lithuanian Agency of Sciences. We would like to thank all of the general practitioners and community nurses who took part in this study, as well as Vijele Arbas, the English-language editor of this manuscript.

Author details

¹Department of Family Medicine, Lithuanian University of Health Sciences (LUHS), Mickėvicius 9, Kaunas LT 44307, Lithuania. ²Department of Cardiology, Lithuanian University of Health Sciences, Mickėvicius 9, Kaunas LT 44307, Lithuania. ³WHO Collaborating Center for Health Workforce Policy and Planning, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Portugal, Rua da Junqueira 100, Lisbon 1349-008, Portugal.

Received: 20 May 2013 Accepted: 12 August 2013

Published: 15 August 2013

References

1. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. 6–12 September 1978. Alma-Ata: USSR; 1978. http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.
2. Saba GW, Vilella TJ, Chen E, Hammer H, Bodenheimer T: The myth of the lone physician: toward a collaborative alternative. *Ann Fam Med* 2012, **10**:169–173.
3. The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. WHO European Ministerial Conference on Health Systems: "Health Systems, Health and Wealth". Tallinn, Estonia; 2008. www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf.
4. Trivedi D, Goodman C, Gage H, Baron N, Scheibel F, Illife S, Manthorpe J, Bunn F, Drennan V: The effectiveness of inter-professional working for older people living in the community: a systematic review. *Health Soc Care Community* 2013, **21**:113–128.
5. Pape GA, Hunt JS, Butler KL, Siemieniuk J, LeBlanc GH, Gillanders W, Rozenfeld Y, Bonin K: Team-based care approach to cholesterol management in diabetes mellitus: two-year cluster randomised controlled trial. *Arch Intern Med* 2011, **171**:1480–1486.
6. Thota AB, Sipe TA, Byard GJ, Zometa CS, Hahn RA, McKnight-Eily LR, Chapman DP, Albraido-Lanza AF, Pearson JL, Anderson CW, Geleberg AJ, Hennessy KD, Duffy FF, Vernon-Smiley ME, Nease DE Jr, Williams SP: Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. *Am J Prev Med* 2012, **42**:525–538.
7. Dieleman SL, Farris KB, Feeny D, Johnson JA, Tsuyuki RT, Brilliant S: Primary health care teams: team members' perceptions of the collaborative process. *J Interprof Care* 2004, **18**:75–78.
8. Curry N, Ham C: *Clinical and service integration: The route to improved outcomes*. London: The King's Fund; 2010.
9. Ghorob A, Bodenheimer T: Sharing the care to improve access to primary care. *N Engl J Med* 2012, **366**:1955–1957.
10. Belling R, Whitlock M, McLaren S, Burns T, Catty J, Jones IR, Rose D, Wykes T: Achieving continuity of care: facilitators and barriers in community mental health teams. *Implement Sci* 2011, **6**:23.
11. Canadian Health Services Research Foundation: *Casebook of Primary Healthcare Innovations. Picking up the pace: how to accelerate change in primary healthcare*. Ottawa: CHSRF; 2010. <http://bit.ly/1a3X2Bo>.

12. Nunez DE, Armbruster C, Phillips WT, Gale BJ: **Community-based senior health promotion program using a collaborative practice model: the Escalante health partnerships.** *Public Health Nurs* 2003, **20**:25-32.
13. Scott A, Bond C, Inch J, Grant A: **Preferences of community pharmacists for extended roles in primary care: a survey and discrete choice experiment.** *Pharmacoeconomics* 2007, **25**:783-792.
14. Margolis D, Wong J, Goldman ML, Rouse-Iniguez J, Bodenheimer T: **Delegating responsibility from clinicians to nonprofessional personnel: the example of hypertension control.** *J Am Board Fam Med* 2012, **25**:209-215.
15. Lapao LV, Dussault G: **From policy to reality: clinical managers' views of the organizational challenges of primary care reform in Portugal.** *Int J Health Plann Manage* 2012, **27**:295-307.
16. Chen EH, Thom DH, Hessler DM, Phengrasamy L, Hammer H, Saba G, Bodenheimer T: **Using the Teamlet Model to improve chronic care in an academic primary care practice.** *J Gen Intern Med* 2010, **25**(Suppl 4):S610-S614.
17. Kanter M, Martinez O, Lindsay G, Andrews K, Denver C: **Proactive office encounter: a systematic approach to preventive and chronic care at every patient encounter.** *Fam J* 2010, **14**:38-43.
18. Boon H, Verhoef M, O'Hara D, Findlay B: **From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework.** *BMC Health Serv Res* 2004, **4**(1):15.
19. Gaboury I, Boon H, Verhoef M, Bujold M, Lapierre LM, Moher D: **Practitioners' validation of framework of team-oriented practice models in integrative health care: a mixed methods study.** *BMC Health Serv Res* 2010, **10**:289.
20. Torrente P, Salanova M, Llorens S, Schaufeli WB: **Teams make it work: how team work engagement mediates between social resources and performance in teams.** *Psychosoma* 2012, **24**:106-112.
21. Sheiman I: **Rocky road from the Semashko to a new health model.** Interview by Fiona Fleck. *Bull World Health Organ* 2013, **91**:320-321.
22. Galaychuk I: **Training of medical students and nurses to be members of cancer care teams.** *J Cancer Educ* 2000, **15**:65-68.
23. Rogala-Pawelczyk G: **Conditioning of community nurse duties towards the patient treated by family doctor - the opinion of a family doctor staff members.** *Wlad Lek* 2002, **55**(Suppl 1):870-876 [In Polish].
24. Swanson E, Goody CM, Frolova EV, Kuznetsova O, Plavinski S, Nelson G: **An application of an effective interdisciplinary health-focused cross-cultural collaboration.** *J Prof Nurs* 2001, **17**:33-39.
25. Simin D, Milutinovic D, Brestovacki B, Andrijevic I, Cigic T: **Improvement of teamwork in health care through interprofessional education.** *Srp Arh Celok Lek* 2010, **138**:480-485.
26. Supreme council of Lithuania: **Lithuanian National Conception of Health: Vilnius; 1991.** Decree No I-1939 [http://jga.lt/uploads/studijos/1991_10_30_LR_AT_Nutarimas_L_1939_Nacionaline.pdf]. [In Lithuanian].
27. Minister of Social Affairs: **General practitioners and health professionals working together with terms of reference.** No 2. Tallin, Estonia; 2010 [https://www.rigiteatja.ee/akt/13263878]. [In Estonian].
28. Jaruseviciene L, Valius L, Baubiniene A, Bumblys A, Narbutas J, Sliudikius V: **Sexual and reproductive health care of an adolescent at the primary health care level: the role of the family physician.** *Lithuanian Family Physician (Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas)* 2006, **10**:182-186 [In Lithuanian].
29. **Adoption of the concept of the development of primary health care.** No V-717. Vilnius, Lithuania; 2007 [http://senasam.lt/tv/main/teisine_informacija/higienos_normos?id=52041]. [In Lithuanian].
30. Jaruseviciene L, Lazarus JV, Zemaitiene N, Jarusevicius G, Valius L: **Collaboration in the provision of mental health care services: a cross-sectional survey of Lithuanian general practitioners.** *Healthmed* 2012, **6**:1583-1589.
31. Kontrimiene A, Andriuskeviciute L, Radzeviciute S, Liseckiene I, Bumblyte L, Valius L, Jaruseviciene L: **Community nurses' roles in primary health care: the view point of community nurses and family doctors.** *Lithuanian Family Physician (Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas)* 2013, **17**:218-224.
32. Lithuanian National Health Board: **Annual Report, VI.** Vilnius, Seimo leidykla "Valstybes ziniuos"; 2009. http://www3.lrs.lt/docs2/YBAMWVBG.PDF [In Lithuanian].
33. Lithuanian National Health Board: **Annual Report, VI.** Vilnius, Seimo leidykla "Valstybes ziniuos"; 2006. www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=9436&p_d=69198&p_k=1 [In Lithuanian].
34. Thomas L, Mac Millan J, McCol E, Hale C, Bond S: **Comparison of focus group and individual interview methodology in examining patient satisfaction with nursing care.** *Social Sciences in Health* 1995, **1**:206-219.
35. Morgan DL: **The Focus Group Guidebook.** California: Sage Publications; 1998.
36. Braun V, Clarke V: **Using thematic analysis in psychology.** *Qual Res Psychol* 2006, **3**:77-101.
37. Pullon S, McKinlay E, Dew K: **Primary health care in New Zealand: the impact of organisational factors on teamwork.** *Br J Gen Pract* 2009, **59**:191-197.
38. **Decree of Ministry of Health of Lithuania MN 14: 2005: Job description of general practitioner: rights, duties, competency and responsibility.** No. V-1013. Vilnius, Lithuania; 2005. http://senasam.lt/tv/main/teisine_informacija/medicinos_normos?id=26165 [In Lithuanian].
39. **Decree of Ministry of Health of Lithuania MN 57: 2011: Job description of community nurse: rights, duties, competency and responsibility.** No. V-650. Vilnius, Lithuania; 2011. http://tat.tic.lt/Default.aspx?id=28item=results&aktoid=D1A672D7-854A-49A9-9AB7-8B0952463675 [In Lithuanian].
40. Munro S, Kornelsen J, Grzybowski S: **Models of maternity care in rural environments: Barriers and attributes of interprofessional collaboration with midwives.** *Midwifery* 2013, **29**(6):646-652.
41. Halcomb EJ, Peters K, Davies D: **A qualitative evaluation of New Zealand consumers perceptions of general practice nurses.** *BMC Fam Pract* 2013, **14**:26.
42. Pullon S, McKinlay E, Stubbe M, Todd L, Badenhorst C: **Patients' and health professionals' perceptions of teamwork in primary care.** *J Prim Health Care* 2011, **3**:128-135.
43. Curry R, Hollis J: **An evolutionary approach to team working in primary care.** *Br J Community Nurs* 2002, **7**:520-527.
44. Buchan J, Temido M, Fronteira I, Lapao L, Dussault G: **Nurses in advanced roles: a review of acceptability in Portugal.** *Rev Lat Am Enfermagem* 2013, **21**:38-46.
45. Simon C, Kumar S, Kendrick T: **Who cares for the carers? The district nurse perspective.** *Fam Pract* 2002, **19**:29-35.
46. Howard J, Shaw EK, Felsen CB, Crabtree BF: **Physicians as inclusive leaders: insights from a participatory quality improvement intervention.** *Qual Manag Health Care* 2012, **21**:135-145.
47. Urauhart R, Porter GA, Grunfeld E: **Reflections on knowledge brokering within a multidisciplinary research team.** *J Contin Educ Health Prof* 2011, **31**:283-290.
48. Robben S, Perry M, van Nieuwenhuijzen L, van Achterberg T, Rikkers MO, Schers H, Heinen M, Melis R: **Impact of interprofessional education on collaboration attitudes, skills, and behavior among primary care professionals.** *J Contin Educ Health Prof* 2012, **32**:196-204.
49. Bramesfeld A, Ungewitter C, Botzger D, El JJ, Losert C, Kilian R: **What promotes and inhibits cooperation in mental health care across disciplines, services and service sectors? A qualitative study.** *Epidemiol Psychiatr Sci* 2012, **21**:63-72.
50. Lapao LV, Dussault G: **PACES: a national leadership program in support of primary care reform in Portugal.** *Leadersh Health Serv* 2011, **24**:295-307.
51. Mur-Veeman I, Eijkelberg I, Spreuwenberg C: **How to manage the implementation of shared care: a discussion of the role of power, culture and structure in the development of shared care arrangements.** *J Manag Med* 2001, **15**:142-155.

doi:10.1186/1471-2296-14-118

Cite this article as: Jaruseviciene et al.: Teamwork in primary care: perspectives of general practitioners and community nurses in Lithuania. *BMC Family Practice* 2013 **14**:118.

From the District Nurse to the Community Nurse: the Development of a New Professional Role of the Community Nurse in Primary Health Care Teams of Lithuania

Aušrinė Kontrimienė, Ida Liseckienė, Leonas Valius, Šarūnas Mačinskas, Lina Jaruševičienė

Department of Family Medicine, Medical Academy, Lithuanian University of Health Sciences, Lithuania

Key Words: community nurse; primary health care; general practitioner; Lithuania.

Summary. The aim of the study was to identify the issues related to the development of a new professional role of community nurses (CNs) within the context of teamwork in primary health care (PHC) by studying daily experiences of collaboration between CNs and general practitioners (GPs).

Material and Methods. A qualitative study was performed. Six focus group discussions were held involving 29 GPs and 27 CNs (totally 56 participants) from PHC centers of Kaunas region. All the discussions were recorded. The data were obtained from verbatim transcripts of the discussions. A thematic analysis was then performed to analyze the data.

Results. Our study revealed certain circumstances that affected the development of the new CNs role in a PHC team. Five key themes were identified: a lack of understanding of the CNs' scope of work; a lack of clarity in the formal framework of the CNs' activities; cooperation in a team while the duties of CNs are obscure; protection of implicit professional boundaries; and the need for explicit differentiation between professional boundaries in a PHC team.

Conclusions. The study indicated that there was a lack of explicitness of the CNs' scope of work, which might hinder the establishment of a more autonomous role of CNs. CNs struggle for a more effective collaboration in a PHC team. The development of an explicit job description for CNs should be based on a relevant legal framework and eventually introduced into practice together with educational courses on the role of CNs in PHC teams. Such changes might be instrumental in further consolidation of the role of CNs in primary health care.

Introduction

The nursing profession has been changing at a different speed in different countries. Innovations in nursing as part of health care practices are becoming increasingly important, as medical approaches are developing and procedures and technologies are evolving and expanding (1).

Changes have become more rapid since the adoption of the Alma-Ata declaration (2), in which a special emphasis was placed on the importance of primary health care (PHC) in health care systems. Higher expectations from PHC have resulted in a greater workload for general practitioners (GPs) and, consequently, a progressively growing involvement of nurses in the provision of PHC services (3). The shifting of tasks from physicians to nurses has implied a more efficient usage of health care resources and an attempt to improve the quality of health care (4).

A widened scope of professional activities and a higher number of responsibilities for community nurses (CNs) have resulted in the enhancement of the nurse's independency and a growing significance of the nurse's role in PHC (5, 6). The advanced

practice of nursing was introduced in the 1960s in the United States of America and in the 1980s in the United Kingdom (7). From being just a helper to a doctor, the nurse became a relatively independent worker, i.e., a nurse practitioner (NP) with a lot of additional responsibilities and duties in patient care. As suggested by Laurant et al. (8, 9), NPs who provide a specific set of services are not substitutes for, yet supplements to GPs.

In the former Soviet Union, the nurses' role was a lot different from the one of nurses in the western countries. Their role was designed to serve other specialists, and they were working more as technical assistants to physicians rather than professional nurses responding to patient needs (10, 11). Changes in the nursing profession began in 1991 with the collapse of the USSR, after which the Semashko model (12) was given up, and the new approach to medicine was chosen by adopting the National Health Concept (13).

In Lithuania, the reorganization of PHC, as part of the whole health care system, is a relatively new process. The new health concept has pointed to

Correspondence to A. Kontrimienė, Department of Family Medicine, Medical Academy, Lithuanian University of Health Sciences, Eivenių 2, 50161 Kaunas, Lithuania
E-mail: ausrine@kontrimas.net

Adresas susirašinėti: A. Kontrimienė, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Šeimos medicinos klinika, Eivenių 2, 50161 Kaunas, Lietuva
El. paštas: ausrine@kontrimas.net

the importance of nursing for better health care outcomes in patient care. Previously, there were no job descriptions in Lithuania, and the formal organization of the role of the district nurse in health care was lacking (14). A wider range of activities and a more autonomous role of nurses in PHC were the main differences of a newly established specialization of a community nurse from the former practice of a district nurse. The community nurse was supposed to be as a transitional stage of the nurses' profession in their role development from the district nurse to the NP. Unfortunately, the basic responsibilities in the work of CNs remained unchanged, and the nurse was still viewed as a helper to the GP, and not as an advanced practice CN. The CN's job description released in 1996 and updated in 2011 lacks precision and clarity and is not fully acknowledged in practice.

The World Health Organization document on "Primary Health Care 21: Everybody's Business" has pointed to the importance of nursing in PHC and emphasized the role of nurses as the cornerstone in PHC (15). An insufficient input of nurses in policy making and inadequate education and training of nurses were listed among the main barriers of the better use of the potential of nurses in health care (15). The studies on PHC conducted in Lithuania have demonstrated the need for a better integration of nursing in PHC, where nursing should be centered on patient needs, and showed that the role of CNs in PHC should be more significant (16, 17).

The development of the new professional identity of CNs and their pursuit of the professional autonomy (18) strongly depend on the context of PHC. PHC teams consisting of GPs and CNs are in the initial phase of evolution in Lithuanian PHC (19). Research indicates that individuals in efficient teams have task-specific competencies and specialized work rules; they are open to communication and information sharing, but first at all, they have to have an explicit understanding of each other's professional role (20, 21). Studies performed in Lithuania, however, indicate a lack of a clear understanding of the scope of work of each PHC team member in general (19) and a lack of formal delineation of the roles and the responsibilities of CNs in particular (22). Thus, the context of PHC with evolving teamwork could have an important impact on the development of the professional identity of CNs. By studying daily experiences of collaboration between the CNs and the GPs, we aimed at identifying the issues related to the development of the new professional role of CNs within the context of teamwork in PHC.

Material and Methods

This study is a qualitative component of a larger project, which aims to assess teamwork possibilities at Lithuanian PHC centers in solving health care problems in families at social risk. This is a 2-year project (2012–2013) called "Intersectorial Collaboration in Solving Healthcare Problems in Social Risk Families," financed by the Research Council of Lithuania.

Part of this project is related to the investigation of teamwork experiences of GPs and CNs at PHC centers. In the present study, the data were obtained from the focus groups of the GPs and the CNs in Kaunas city area in order to reveal the current problems of CNs in their search for a new professional identity. Kaunas was chosen because of its central position, dense urban population, and because its population accounts for almost 15% of the population in Lithuania. The economic situation in this area conforms to the average economic level in the whole country.

In the autumn of 2011 in Kaunas area, there were 49 PHC centers that worked under contract with the National Health Insurance Fund and provided free PHC services to insured patients. In total, 25 public and private small-to-large PHC establishments were selected in Kaunas area, and invitations were sent to them asking to participate in the study. There were 7 private and 4 public PHC centers that responded positively to the request. The information about the possibility to attend the focus group discussions was distributed among the CNs and the GPs of 11 (3 large, 3 medium, and 5 small) PHC institutions. Only the GPs and the CNs who fell under the legal description of professionals of a PHC team in Lithuania (23) were selected. Focus group discussions were given preference over individual interviews in order to achieve more comprehensive and profound discussions (24), and it was noted that the participants were genuinely eager to discuss their individual experiences.

Participants. The study was conducted by organizing 6 focus group discussions at which 29 GPs and 27 CNs participated (totally 56 participants). All the participants were encouraged to express their opinions freely and to share their experience. The groups consisted of 8 to 12 participants. The participants were divided into 3 groups of the CNs and 3 groups of the GPs. The discussions were held separately in the anticipation of more open and relaxed communication among the participants, considering the background of health provider's hierarchy in Lithuanian health care settings.

Data Collection. Each discussion was moderated by 2 female GPs (moderator and note taker) specially trained in qualitative research methodology and

Table. Topic Guide for Focus Group Discussions

How would you describe a PHC team?
How do GPs and CNs collaborate in practice? Could you tell us from your experience how you engage in teamwork on a daily basis?
What negatively affects collaboration between GPs and CNs?
What favorably affects collaboration between GPs and CNs?
How do you see your role in an effective PHC team?
Any other comments?

CN, community nurse; GP, general practitioner; PHC, primary health care.

data analysis. The discussions lasted for about 1.5 to 2 hours and were audiotaped with the permission of all the participants.

The focus group discussions were followed by a topic guide, which included 5 open-ended questions regarding PHC teamwork in general, everyday experiences in collaboration between the GPs and the CNs, and their ideas about positive and negative factors affecting teamwork (Table).

Data Analysis. The data were collected between April and July 2012. Each audiotaped discussion was transcribed verbatim, and a thematic analysis (25) of the data was initiated after all 6 discussions had been completed. The entire data set was viewed and encoded line by line by 2 independent researchers in a systematic manner. The discrepancies between the codes were discussed and established on the basis of a consensus. Similar codes were grouped into thematic categories, which were later formed into the main final themes.

An ellipsis ... is used to mark a reflective pause. An ellipsis in parentheses (...) indicates the omission of words. In order to clarify some thoughts of the participants, the parentheses, e.g., (CN), are added to reflect the researchers' interpretation. At the end of each quotation, a focus group indicator, meaning a GP or a CN, and the number of the focus group (e.g., GP1, the first group of GPs) are provided.

Ethical Considerations. This qualitative study was approved by the Bioethics Committee of the Lithuanian University of Health Sciences in 2012. The required approvals were obtained from the participating PHC centers. Participation in the study was voluntary. Confidentiality was guaranteed, and the purpose of the study and the usage of the data collected during the study were explained to the participants who signed informed consent forms.

Results

Our study revealed certain circumstances that hindered the realization of CNs' professional activities in a primary health care team. Five key themes were identified: a lack of an understanding of the CNs' scope of work; a lack of clarity in the formal framework for the CNs' activities; cooperation in a

team while the duties of CNs are obscure; protection of implicit professional boundaries; and the need for an explicit differentiation between professional boundaries in a PHC team. Each theme is outlined below.

Lack of Understanding of Community Nurses' Scope of Work. Three main categories formed this theme, which included a lack of familiarity of the roles and the responsibilities of the CN, the confusion of district and community nurses' functions, and the importance of GPs in determining the role of CNs.

Both the GPs and the CNs admitted that the duties of the community nurse in a PHC team were not well understood.

"I really have no idea what the nurse should do. I really have no idea ..." (FG1GP)

This confusion is likely to be related with the shift of the professional profile of nurses from the district nurse to the CN. The participants of the study revealed that the actual content of the CNs' scope of work was not well known; however, both the GPs and the CNs agreed on the activities that had traditionally been assigned to the district nurse, i.e., taking blood samples, vaccination, acting as a secretary to the GP, managing patient flow, etc.

"We actually don't know what duties are theirs. For this day, I actually don't know what their duties are." (FG2GP)

It seems that GPs remain the main authority to determine the role of the CN ("Well, the doctor should tell ... what he wants [FG1CN]), the responsibilities of the CN ("When she [CN] doesn't feel responsible for anything [...] [FG3GP]), and even the professional identity in a PHC team.

"It gets worse when she (CN) works for the doctor and not for the team. It gets worse when she doesn't feel responsible for anything (...)." (FG3GP)

Lack of Clarity in the Formal Framework for the Community Nurses' Activities. This theme was formed by 3 categories, which included insufficient explicitness in the formalization of CNs' functions, formal overlap of the functions of GPs and CNs, and insufficient knowledge of formal CNs' functions.

The study participants noticed that the job descriptions of CNs both at the national and institutional levels were mostly of a declarative nature and lacked clarity concerning different duties and responsibilities of the CN.

"They (job descriptions) exist ... they really exist (...) in every institution (...) these days for sure. But (...) they are non-specific or they are too abstract ..." (FG2GP)

The GPs admitted that the job descriptions of CNs and GPs covered a fairly large amount of identical primary care aspects (i.e., assessment and promotion of healthy lifestyle, home care, and patient

education). However, discussions revealed a lack of explicitness about particular actions for which one or another primary health care professional was responsible. According to the study participants, the formal overlap in the functions of GPs and CNs hindered an efficient practical implementation of PHC activities, i.e., some activities were duplicated by CNs and GPs, while others were not addressed at all. On the other hand, the GPs expressed their doubts as to whether CNs were knowledgeable about the existing formal documents describing the role and the responsibilities of the CN.

"Have they read those job descriptions at all?"

"They do keep them on the windowsill." (FG-2GP)

Cooperation in Team While Community Nurses' Duties Are Obscure. This theme was formed by 2 categories, which included cooperation patterns and conflicting expectations of GPs and CNs in collaboration.

While lacking an explicit vision of the work scope and the responsibilities of the CN in a PHC team, CNs either assume a traditional passive role or become proactive members in a PHC team.

A large number of PHC teams seem to remain attached to the traditional cooperation pattern dominated by GPs where CNs play a passive role. Under these circumstances, CNs do not feel to possess a sufficient professional autonomy and do not perform independently ("I can't just do it on my own initiative, but just if [GP] would tell: 'well, this or that needs to be [done]'" [FG1CN]) and at the same time they feel frustrated about "serving doctors." (FG2CN)

Largely depending on the GP's commands, the CN adopts a defensive attitude toward the new professional role.

"Most (of the CNs) ... I don't know ... Well, they are (working) according to the same old model ... this and that is my job ... and nothing more ... (...), no, that is not part of my job ..." (FG2GP)

Activities refused or neglected by CNs are usually performed by GPs: "The doctor won't stand long and will do it himself" (FG1GP); on the other hand, the idea that GPs all by themselves could provide health services brings to CNs the feeling of being unnecessary at work.

"Well, you're looking for work to be done, simply looking around for somebody to tell you (to do) something somewhere, or maybe I can go now?" (FG1CN)

The passivity of CNs in PHC teams also becomes a source of dissatisfaction for GPs who anticipate a more independent behavior on the part of CNs.

"If told - done ... if not told, well, it is not part

of her job (to be performed by CNs)."

"So, where is her (CN's) own specialization, work, and mind?" (FG2GP)

On the other hand, part of CNs seem to be most proactive in PHC teams and perform a lot of activities. As there is a lack of distinct boundaries between the areas of expertise of GPs and CNs, often the duties that are considered to be an exclusive responsibility of the GP (i.e., writing prescriptions, prescription of tests, etc.) are performed by the CN.

"We are trying to work so that we could survive and we don't count those functions ... you just work if there's a need and you work as whoever is needed (...) sometimes the nurse does more of the doctor's work, sometimes the doctor does more of the nurse's work (...)" (FG3GP)

Although professional self-esteem of proactive nurses seems to be higher, confusion of GPs' and CNs' tasks, leading to the overlap of some activities and potential neglect of others, could also become a source of dissatisfaction for other members of a PHC team.

"Maybe they (CNs) do our part of the job, but they don't do their own part." (FG2GP)

Protection of Implicit Professional Boundaries. This theme was formed by the following categories: the existence of implicit professional boundaries, a lack of formal "warnings" to trespass the implicit professional boundaries, and consequences/sanctions for trespassing these boundaries.

Having revealed the lack of clarity in distinguishing between some professional activities of GPs and CNs, the discussions also revealed the existence of implicit professional boundaries between the roles and the responsibilities of GPs and CNs. Advancing beyond inexplicit boundaries may cause some difficulties in the relations between GPs and CNs in certain situations. The discussions with the study participants revealed that GPs adopted a negative and criticizing attitude toward CNs who "intrude" into their professional area. On the other hand, CNs express the feeling of injustice and grievance when their striving to be more proactive (prescription of tests and commenting on them, drug prescription, etc.) is met with a critical response.

"I was so scalded (...) I just told my opinion and was so scalded! ... it was reported even to (chief's name) - (and was criticized) how come I had ventured to interfere and tell my opinion! (...) And how could you dare, when the doctor talks to the patient, insert your? (...)" (FG1GP)

As there is a lack of formal "warnings" to help avoid the potential infringement of professional boundaries, proactive CNs risk to be criticized,

which may lead to their dissatisfaction, decrease in motivation, or even alienation.

"When you get scalded, you disassociate (yourself from your job)." (FG1CN)

Need for Explicit Differentiation Between Professional Boundaries in a Primary Health Care Team. This theme was formed by 3 main categories that included the pursuit to delineate the professional boundaries, the potential outcomes of explicit delineation of the roles and the responsibilities in a team, and the ways to establish more precise professional delineation.

Both the GPs and the CNs expressed the need for a more explicit demarcation in their professional expertise. Firstly, they believed that a clear distinction of the roles and the responsibilities would be helpful for a more efficient cooperation in a team.

"I would say that teamwork begins when both sides understand what each side has to do and what their share is and what your share is." (FG1GP)

Secondly, they noted that an explicit description of the professional activities and the responsibilities of the CN would eliminate the possibility of ungrounded expectations on behalf of the other members of a PHC team and eventually reduce mutual dissatisfaction and the number of conflicts. Thirdly, they admitted that this could be instrumental for CNs in gaining more professional autonomy and help avoid the feeling of being exploited by GPs. However, the ways to achieve higher explicitness in the professional expertise were seen differently by the GPs and the CNs. The GPs counted more on legislative and administrative measures for the establishment of explicit boundaries of the CNs expertise.

"I think it should be delineated as to what they should do and it would be clear for everyone because we will not get far with goodwill."

"To know exactly what nurses have to do ..."

(FG2GP)

"In the opinion of the CNs, communication with GPs would help establish the boundaries."

"Doctors need to be asked because it's always wrong, nurses never work anything. (...) it needs to be said specifically, what you want from that nurse."

(FG1CN)

Discussion

The results of our study revealed the problems encountered by CNs on their way to a more independent professional role development within the context of evolving team practice in Lithuanian PHC. The final themes centered on a lack of the understanding of the CNs' scope of work; a lack of clarity in the formal framework for the CNs' activities; cooperation in a team while the CNs' duties are

obscure; protection of implicit professional boundaries; and the need for explicit differentiation between professional boundaries in a PHC team.

The findings of the study showed that the CNs' scope of work was not well known to either the CNs or the GPs. Our research demonstrated that the GPs and the CNs worked in a team even though the duties of CNs were obscure. It also showed that in their work the CNs still sometimes turned to GPs for directions. In view of the lack of clarity in the description of the CN's duties, team members lacked understanding of what the functions of the CN and the ways of effective cooperation as a team were. The study also revealed that both the GPs and the CNs were interested in a better perception of the CN's role in a team. According to the results, it seems that more attention should be paid to the clarification of the CN's professional responsibility and scope of work in the PHC practice. Some researchers demonstrated that the professional clarity of the NPs' role in health care was an important strategy to enhance their position (26). It might be assumed that in Lithuania, CNs lack understanding of their own input in PHC, which might result from inadequately defined regulations and failure to implement regulations in practice.

Our findings suggest that formally indistinct boundaries of GPs' and CNs' professional activities have an effect on professional practice. While lacking a formal distinction, professional boundaries are delineated by PHC team members themselves, mostly by GPs, who have more power in a team. The Australian study showed similar results about the self-defined understanding of the NP's role in practice by GPs (27). This study demonstrated that traditional hierarchical relationships were still existent despite new approaches to health care (27). Our study also revealed that the unclear boundaries of the competency and the responsibilities of CNs and GPs hindered more effective work in a team and impeded the development of professional autonomy of CNs. The study mentioned above also pointed to the importance of the awareness of the CN's possibilities at work, which helps build better collaborative practice (27).

The experience from Canada demonstrates (28) that controlling acts and clear legislation are important for a better implementation of the nurses' role in PHC settings. Although some authors raise hesitations about the need for strict boundaries in the responsibilities of a PHC team (29, 30), studies and reviews have demonstrated that a formal background and a well-developed legal basis of competency and responsibilities are essential for good outcomes of teamwork (31–33) and especially important in the initial stage on collaborative practices (19, 34).

The results of the study revealed that both the GPs and the CNs agreed that overlapping and confusion of tasks sometimes created conflicting situations, which might lead to demotivation and mutual dissatisfaction at work. A Polish study has also demonstrated that clearly-stated duties are important at work (33). A study carried out in New Zealand has demonstrated that good collaboration between primary health care members is essential for efficient patient treatment outcomes and better fulfills patient needs (35).

The findings of the study strongly suggest that the formal framework should be created on an appropriate legal basis and then introduced in PHC along with educational programs. Canada and New Zealand adopted a new approach to nurses when they introduced NPs in their PHC centers. According to the study results, they make PHC centers more efficient and reduce the costs of patient care; they also have a wider range of qualifications and responsibilities (3, 5, 9, 36). Although the process of integration was not easy, researchers from Canada (37) have shown that special education is needed in the course of integration of NPs into practice. This might also apply to Lithuania, as our system was modified without taking any educational effort after the collapse of the Soviet Union, when the PHC system underwent essential changes. Educational programs focused on the scope of CNs' work, and their competency might be helpful in order to better understand their functions and responsibilities and might facilitate the integration of CNs in PHC centers. Special recommendations on collaboration with CNs should also be provided for GPs (27).

Some studies have reported the importance of boundary work as it helps fulfill the scope of health care and makes interprofessional teamwork more efficient (32). The examples from Canada have shown good results in applying special education while integrating new team member roles in a PHC team (37, 38). Similar measures should be taken in Lithuania.

Limitations. The study included only GPs and CNs from urbanized Kaunas city area and their views and experiences cannot be generalized to represent all the PHC community. Further research

should focus more on the experiences of GPs and CNs who work in rural areas and smaller towns. The men's perspective on PHC teamwork could also be lacking as the majority of the study participants were women, which reflects the situation in Lithuanian PHC centers where the majority of GPs (85%) and CNs (100%) are women.

The study addressed the development of the professional CN's role only in the context of evolving teamwork in PHC. This approach might have greatly reduced the variety of participants' experiences related to the development of the new professional identity of the CN in general. Our study is among the first attempts to analyze the development of the professional identity of CNs, and future research is needed to explore this issue more in depth.

Conclusions

One of the major problems encountered by the community nurses in their development of the new professional role in the context of evolving primary health care teamwork is that their scope of work is not clear in Lithuanian primary health care centers. An explicit formal framework of the community nurse's scope of work in primary health care should be created on an appropriate legal basis and then commonly introduced in primary health care centers. Educational programs on the role of the community nurse in primary health care might be instrumental in strengthening the professional autonomy of community nurses.

Acknowledgments

This document is an output of the project "Intersectoral Collaboration in Solving Health Care Problems in Social Risk Families" (SIN-13/2012), funded by the Research Council of Lithuania.

We extend our thanks to all the general practitioners and the community nurses who kindly spared their time to take part in this study. We also thank Daiva Tamulaitienė, the English language editor of this manuscript.

Statement of Conflict of Interest

The authors state no conflict of interest.

Nuo apylinkės iki bendruomenės slaugytojo: naujas slaugytojo profesinis vaidmuo Lietuvos pirminės sveikatos priežiūros komandose

Aušrinė Kontrimienė, Ida Liseckienė, Leonas Valius, Šarūnas Mačinskas, Lina Jaruševičienė
Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Šeimos medicinos klinika

Raktažodžiai: bendruomenės slaugytojai, pirminė sveikatos priežiūra, bendrosios praktikos gydytojai, Lietuva.

Santrauka. Tyrimo tikslas. Tirdami bendruomenės slaugytojų kasdienį bendradarbiavimą su bendrosios praktikos gydytojais, siekėme nustatyti esamas problemas, susijusias su bendruomenės slaugytojo naujo profesinio

nio vaidmens didėjimu pirminės sveikatos priežiūros bendradarbiavimo kontekste.

Tyrimo medžiaga ir metodai. Atliktas kokybinis tyrimas. Visos diskusijos buvo įrašomos į diktofoną. Duomenys surinkti iš pažodžiui perrašytų diskusijų įrašų. Vėliau atlikta teminė duomenų analizė. Diskusijos buvo sudarytos iš šešių grupinių interviu, kuriuose dalyvavo 29 bendrosios praktikos gydytojai ir 27 bendruomenės slaugytojos (iš viso 56 dalyviai). Tyrimo dalyviai dirba Kauno miesto pirminės sveikatos priežiūros centruose.

Rezultatai. Tyrimas atskleidė aplinkybes, kurios daro įtaką naujų bendruomenės slaugytojų funkcijų svarbai pirminės sveikatos priežiūros centruose. Išskirtos penkios pagrindinės temos: nepakankamai aiškios bendruomenės slaugytojų darbo ribos; aiškumo trūkumas oficialiajame slaugytojų veiklos aprašyme; bendradarbiavimas komandoje, kai slaugytojų funkcijos yra neaiškios; numanomų profesinių ribų išsaugojimas ir tikslų profesinių ribų diferenciacijos poreikis pirminės sveikatos priežiūros komandoje.

Išvados. Atlikus tyrimą, paaiškėjo, kad yra slaugytojo darbo apimtys aiškumo trūkumas, kuris gali trukdyti įtvirtinti savarankiškesnę bendruomenės slaugytojo vaidmenį. Taip pat paaiškėjo, kad slaugytojai siekia efektyvesnio bendradarbiavimo pirminėje sveikatos priežiūros komandoje. Tikslūs bendruomenės slaugytojo darbo aprašymai turėtų būti parengti pagal atitinkamus teisinius pagrindus ir taikomi pirminės sveikatos priežiūros centruose kartu su atitinkamais mokymais apie bendruomenės slaugytojo vaidmenį pirminės sveikatos priežiūros komandose. Tokie pokyčiai gali būti vieni esminių aspektų siekiant įtvirtinti savarankiškesnę bendruomenės slaugytojo vaidmenį pirminėje sveikatos priežiūroje.

References

1. International Council of Nurses. Delivering quality, serving communities: nurses leading care innovations. In: International Nurses Day. Geneva; 2009. p. 25-7.
2. World Health Organization. Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care. In: International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata; 1978. p. 6-12.
3. Whitecross L. Collaboration between GPs and nurse practitioners. The overseas experience and lessons for Australia. *Aust Fam Physician* 1999;28:349-53.
4. Jenkins-Clarke S, Carr-Hill R, Dixon P. Teams and seams: skill mix in primary care. *J Adv Nurs* 1993;28:1120-6.
5. Gardner G, Carryer J, Gardner A, Dunn S. Nurse Practitioner competency standards: findings from collaborative Australian and New Zealand research. *Int J Nurs Stud* 2006;43:691-10.
6. Wright W, Romboli J, DiTulio M, Wogen J, Belletti DA. Hypertension treatment and control within an independent nurse practitioner setting. *Am J Manag Care* 2011;17:58-64.
7. Harris A, Redshaw M. Professional issues facing nurse practitioners and nursing. *Br J Nurs* 1999;22:1381-5.
8. Laurant M, Hermens R, Braspenning J, Sibbald B, Grol RP. Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners: randomized controlled trial. *BMJ* 2004;328:927.
9. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Syst Rev* 2005;CD001271.
10. Poghosyan L, Poghosyan H, Berlin K, Truzyan N, Danielyan L, Khourshudyan K. Nursing practice in a post-Soviet country from the perspectives of Armenian nurses: a qualitative exploratory study. *J Clin Nurs* 2012;21:2599-608.
11. Arnold L, Bakhtarina I, Brooks A, Coulter S, Hurt L, Lewis C, et al. Nursing in the newly independent states of the former Soviet Union: an international partnership for nursing development. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1998;27:203-8.
12. Sheiman I. Rocky road from the Semashko to a new health model. *Bull World Health Organ* 2013;91:320-1.
13. Supreme council of Lithuania. Lithuanian National Concept of Health. Vilnius; 1991. Decree No 1-1939.
14. Murray E. Russian nurses: from the Tsarist Sister of Mercy to the Soviet comrade nurse: a case study of absence of migration of nursing knowledge and skills. *Nurs Inq* 2004;11:130-7.
15. World Health Organisation. Primary health care 21: "Everybody's business". In: An international meeting to celebrate 20 years after Alma-Ata. *Alma-Ata*; 1993. p. 27-28.
16. Margelienė D. Šeimos/bendruomenės slaugytojų paslaugų poreikio nustatymo bendruomenėje sociologinė apklausa. (Sociological interrogatory on family/community nurses' services' needs' establishment in the community.) *Sveikatos mokslai* 2002;4:5-8.
17. Čiočienė A. Bendruomenės slauga pirminėje sveikatos priežiūroje. (Community nursing in primary health care.) *Sveikatos mokslai* 2002;4:2-5.
18. Jankauskienė Ž, Kubilienė E, Juozulynas A, Stukas R. Veiksnių, formuojančių slaugytojų profesinį elgseną, analizė. (Analysis of factors conditioning professional behavior of nurses.) *Medicinos teorija ir praktika* 2009;15:372-81.
19. Jaruseviciene L, Liseckiene I, Valius L, Kontrimiene A, Jarusevicius G, Lapša L. Teamwork in primary care: perspectives of general practitioners and community nurses in Lithuania. *BMC Fam Pract* 2013;14:118.
20. Xyrichis A, Ream E. Teamwork: a concept analysis. *J Adv Nurs* 2005;61:232-41.
21. Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand* 2009;53:143-51.
22. Kontrimiene A, Andriuskeviciute L, Radzeviciute S, Liseckiene I, Bumblyte I, Valius L, et al. Community nurses' roles in primary health care: the view point of community nurses and family doctors. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas* 2013;17:218-24.
23. Decree of Minister of Health. Adoption of the concept of the development of primary health care. Adopted 5 September 2007, No V-717; Vilnius, Lithuania.
24. Thomas L, Mac Millan J, McColl E, Hale C, Bond S. Comparison of focus group and individual interview methodology in examining patient satisfaction with nursing care. *Social Sciences in Health* 1995;1:206-19.
25. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006;3:77-101.
26. Lowe G, Plummer V, Paul O'Brien A, Boyd L. Time to clarify – the value of advanced practice nursing roles in health care. *J Adv Nurs* 2012;68:677-85.
27. Bailey P, Jones L, Way D. Family physician/nurse practitioner: stories of collaboration. *J Adv Nurs* 2006;53:381-91.
28. Canada, Toronto, ON. Health Professions Regulatory Advisory Council, 2008. [cited March 15, 2013]. Available from: URL: <http://www.hprac.org/en/projects/resources/HPRACExtendedClassNurseReportENGMar08.pdf>
29. Carryer J, Gardner G, Dunn S, Gardner A. The capability of

- nurse practitioners may be diminished by controlling protocols. *Aust Health Rev* 2007;31:108-15.
30. Woolf S, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ* 1999;318:527-30.
 31. Denis JL, Lamothe L, Langley A. [www.palgrave.com](http://www.palgrave.com/pdfs/1403947481.pdf). [cited March 15, 2013]. Available from: URL: <http://www.palgrave.com/pdfs/1403947481.pdf>
 32. Kilpatrick K, Lavoie-Tremblay M, Ritchie JA, Lamothe L, Doran D. Boundary work and the introduction of acute care nurse practitioners in healthcare teams. *J Adv Nurs* 2012;68:1504-15.
 33. Rogala-Pawelczyk G. Conditioning of community nurse duties towards the patient treated by family doctor – the opinion of family doctor staff members. *Wiad Lek* 2002;55: 570-6.
 34. Boon H, Verhoef M, O'Hara D, Findlay B. From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework. *BMC Health Serv Res* 2004;4:15.
 35. Finlayson M, Raymont A. Teamwork – general practitioners and practice nurses working together in New Zealand. *J Prim Health Care* 2012;4:150-5.
 36. Munding M, Kane R, Lenz E, Totten A, Tsai W, Cleary PD, et al. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: a randomized trial. *JAMA* 2000;283:59-68.
 37. Sullivan-Bentz M, Humbert J, Cragg B, Legault F, Laflamme C, Bailey P, et al. Supporting primary health care nurse practitioners' transition to practice. *Can Fam Physician* 2010;56:1176-82.
 38. The conference board of Canada. www.caslpa.ca. Toronto; 2006. [cited March 15, 2013]. Available from: URL: http://www.caslpa.ca/PDF/EICP_Principles_and_Framework_final.pdf

Received 1 April 2013, accepted 15 May 2013



Bendruomenės slaugytojų funkcijos pirminėje sveikatos priežiūroje: bendruomenės slaugytojų ir šeimos gydytojų požiūriu

COMMUNITY NURSES' ROLES IN PRIMARY HEALTH CARE: THE VIEW POINT OF COMMUNITY NURSES AND FAMILY DOCTORS

Aušrinė Kontrimienė, Lina Andriuskevičiūtė, Sandra Radzevičiūtė, Ida Liseckienė, Ieva Bumblytė, Leonas Valius, Lina Jaruševičienė
LSMU MA Šeimos medicinos klinika

Santrauka

Vykstant Lietuvos sveikatos reformą rajono slaugytojos tapo bendruomenės slaugytojomis, tačiau jų darbe įvyko tik paviršutiniai pokyčiai. Lietuvoje atlikti tyrimai atskleidžia bendruomenės slaugytojų įsitraukimo į pirminę sveikatos priežiūrą trūkumą. Šio tyrimo tikslas – analizuojant šeimos gydytojų ir bendruomenės slaugytojų patirtį Kauno miesto ir rajono pirminės sveikatos priežiūros įstaigose, identifikuoti bendruomenės slaugytojų atliekamas funkcijas. Atliktos trys fokus grupių diskusijos su 29 šeimos gydytojais ir trys fokus grupių diskusijos su 27 bendruomenės slaugytojomis iš privačių ir viešųjų pirminės sveikatos priežiūros centrų Kauno mieste ir rajone. Fokus grupių duomenys buvo analizuojami taikant teminės analizės metodą. Analizuojant fokus grupių diskusijų medžiagą, išskirtos trys temos, susijusios su slaugytojos funkcijomis pirminės sveikatos priežiūros (PSP) komandose: pagrindinės ir papildomos slaugytojos funkcijos bei psichologiškai sudėtinga veikla. Dominuojančių pagrindinių funkcijų spektras apima „procedūrinės“ ir administracines funkcijas, pradinį paciento parengimą konsultacijai, pacientų lankymą namuose, pacientų mokymą bei naujagimių priežiūrą, nors slaugytojos dažnai atlieka ir tas funkcijas, kurios įstatymiškai nepatvirtintos. Psichosocialinių poreikių tenkinimą bendruomenės slaugytojos suvokia kaip papildomą funkciją. Didelis slaugytojų funkcijų apibrėžtumas pacientų valdymo klausimais galėtų sumažinti darbe patiriamą psichologinę įtampą. Šis tyrimas atliktas įgyvendinant projektą „Tarpsektorinis bendradarbiavimas sprendžiant sveikatos problemas socialinės rizikos šeimose“, finansuojamą Lietuvos Mokslo Tarybos (Nr.SIN-13/2012).

Reikšminiai žodžiai: bendruomenės slaugytoja, funkcijos, pirminės sveikatos priežiūra.

Summary

During the Lithuanian health reform, the district nurses changed their titles to community nurse, but the content of their work experienced only superficial changes. Research performed in Lithuania reveal lack of community nurses involvement in primary care provision. The aim of this study was to identify the functions performed by community nurses analyzing the experience of family doctors and community nurses in primary health care centers of Kaunas city and Kaunas district. Three focus groups discussions were performed with 29 family physicians and three with 27 community nurses working in Kaunas and Kaunas region primary care institutions. Focus group data was transcribed verbatim and data was analyzed using a thematic analysis methodology. Three final themes, related to community nurses activities emerged from the analysis: „essential“ functions, „additional“ functions and psychologically difficult activity. The components of „essential“ community nurses activity: performance of procedures, administrative activities, „filtration“ of patients, patients' preparation for physicians' consultation, newborn care, home care and patients' education, they also often perform some functions that are not documented by the law. Serving the psychosocial needs of patient care nurses treat

as an additional feature. Increased certainty of community nurse roles, an unambiguous policy of the institution on sensitive questions could reduce work-related psychological stress. Study was performed in the frame of the Project „Intersectorial collaboration solving health care problems in social risk families”, financed by Lithuanian Council of Sciences (No. SIN-13/2012).

Key words: community nurse, functions, primary health care.

IVADAS

Komandinio bendravimo svarba pirminėje sveikatos priežiūroje buvo akcentuota jau Alma-Atos deklaracijoje [1]. Talino chartija [2] patvirtino, jog tarpprofesinis bendradarbiavimas yra viena esminių veiksmingose PSP prielaidų. Komandinis darbas pirminėje sveikatos priežiūroje leidžia pasiekti geresnių gydymo rezultatų [3, 4, 5], geriau atsižvelgti į pacientų poreikius [6, 7], užtikrinti sveikatos priežiūros tęstinumą [8]. Tyrimai rodo, kad gydytojų funkcijas skyrus kitiems PSP komandos nariams, galima pagerinti gydymo procesą ir jo rezultatus. Todėl sėkmingai dirbančiose PSP komandose bendruomenės slaugytojos vaidmuo yra itin reikšmingas.

Užsienio šalyse pirminėje sveikatos priežiūroje dirbančių slaugytojų vaidmuo ir funkcijos per paskutinius penkis dešimtmečius gerokai pakito. Siekiant kuo geriau panaudoti slaugytojų potencialą pirminėje sveikatos priežiūroje, pirmiausia buvo akcentuojama jų atliekamų funkcijų tikslinimo ir savarankiškumo didinimo svarba [9]. Paskutiniame dešimtmetyje Vakarų šalyse populiarėja praktikuojančios slaugytojos (angl. *nurse practitioner*) vaidmuo. Pavyzdžiui, Naujoje Zelandijoje slaugytojos praktikės savo veiklą pradėjo 2001 m., o Kanadoje jos rengiamos nuo 1995 m. [10, 11]. Šios slaugytojos daugiau dirba savarankiškai, turi daugiau atsakomybių bei labiau dalyvauja pacientų priežiūroje namuose [12]. Atlikti tyrimai rodo, kad pacientai linkę pasitikėti savarankiškai dirbančiomis slaugytojomis ir kreiptis į jas dėl nesunkių ligų, lėtinių ligų priežiūros, žaizdų perrišimų ir kt [13].

Tarpprofesinio bendradarbiavimo stiprinimas buvo vienas kertinių Lietuvoje planuojamos PSP reformos aspektų [14], tačiau iš esmės PSP reforma buvo supaprastinta apylinkės terapeutus, pediatrus bei ginekologus pakeičiant šeimos gydytojais. Nors apylinkės medicinos seserys tapo bendruomenės slaugytojomis, jų darbo pobūdis PSP iš esmės nepakito. Tačiau kitose buvusiose sovietinėse šalyse, pavyzdžiui, Estijoje, didelė šeimos gydytojų funkcijų dalis buvo priskirta bendruomenės slaugytojoms [15]. Lietuvoje bendruomenės slaugytojos pacientų savarankiškai nekonsultuoja, didelę jų dalis dirba viename kabinete su šeimos gydytoju [16]. Šio tyrimo tikslas – analizuojant šeimos gydytojų ir bendruomenės slaugytojų patirtį, identifikuoti

bendruomenės slaugytojų atliekamas funkcijas Kauno miesto ir rajono PSP įstaigose.

METODIKA

Sis tyrimas atliktas įgyvendinant projektą „Tarpsektorinis bendradarbiavimas sprendžiant sveikatos problemas socialinės rizikos šeimose“, kurio tikslas – struktūrinių ir funkcinių galimybių paieška stiprinant multidisciplinį ir tarpsektorinį bendradarbiavimą. Viena iš vykdomo projekto potemių – pirminės sveikatos priežiūros specialistų, t. y. šeimos gydytojų ir bendruomenės slaugytojų komandinio darbo patirtis, funkcijų bei atsakomybių komandoje pasiskirstymas. Siekiant geriau suprasti PSP darbuotojų požiūrį į komandinį darbą atliktos fokus grupių diskusijos su šeimos gydytojais ir bendruomenės slaugytojomis Kauno mieste ir rajone. Tyrimui atlikti buvo gautas LSMU Bioetikos centro leidimas.

Fokus grupių tyrime dalyvavo 29 šeimos gydytojai ir 27 bendruomenės slaugytojos iš privačių bei viešųjų pirminės sveikatos priežiūros centrų. Šeimos gydytojai ir bendruomenės slaugytojos buvo kviečiami dalyvauti tyrime profesinių kvalifikacijos kėlimo renginių metu. Susidomėjusieji buvo informuoti apie tikslią fokus grupių atlikimo vietą ir laiką. Atvykę į fokus grupes, dalyviai buvo informuoti apie



Aušrinė Kontrimienė, asistentė. 2012 m. baigė LSMU Šeimos medicinos rezidentūrą. Mokslinių tyrimų sritys: tarpsektorinis bendradarbiavimas pirminėje sveikatos priežiūroje ir komandinis darbas. El. paštas: ausrine@kontrimas.net

Lina Andriuskevičiūtė, gydytoja rezidentė. 2010 m. baigė Vilniaus universiteto Medicinos fakultetą. El. paštas: linospost@gmail.com

Sandra Radzevičiūtė, gydytoja rezidentė, 2009 m. baigė LSMU Medicinos fakultetą. El. paštas: radzeviciutesandra@yahoo.com

Ida Liseckienė, lektorė. Mokslinių tyrimų sritys: pirminė sveikatos priežiūra: komandinis darbas, kokybės vertinimas; polisergamumas ir su juo susijusios problemos, galimi sprendimo būdai. El. paštas: ida.liseckiene@gmail.com

Ieva Bumblytė, LSMU MA Odontologijos fakultetą 5 kurso studentė. Domisi šiuolaikinėmis naujovėmis ir aktualijomis ne tik odontologijos, bet ir kitose medicinos srityse. Savo mokslinius darbus yra pristčiusi Studentų mokslines draugijos organizuojamose ir tarptautinėse konferencijose.

Prof. Leonas Valius, LSMU MA Šeimos medicinos klinikos vadovas, profesorius. 1987 m. baigė Kauno medicinos institutą (universitetą). 1992 m. apgynė daktaro disertaciją. Yra paskelbęs daugiau kaip 110 mokslinių straipsnių. Mokslų tyrinėjimų sritys: šeimos gydytojo veiklą įtakojantys veiksniai, profilaktikos įgyvendinimo pirminėje sveikatos priežiūroje galimybės, ūminės viršutinių kvėpavimo takų ligos. El. paštas: valius@bpg.lt

Doc. Lina Jaruševičienė. Mokslinių tyrimų sritys: pirminė sveikatos priežiūra, paauuglių sveikatos priežiūra, lytinė ir reprodukcinė sveikata. Publikavusi daugiau nei 80 straipsnių. El. paštas: ljarusveciene@gmail.com

tyrimo tikslą, paaiškinta, kaip bus užtikrintas duomenų konfidencialumas, tiriamieji pasirašė informuotą sutikimą. Siekiant užtikrinti didesnį komfortą, prieš atliekant tyrimą dalyviams buvo paaiškintos jų teisės: nekalbėti jiems nepriimtinomis temomis, neatsakinėti į nemalonius klausimus, bet kuriuo metu pasitraukti iš tyrimo.

Buvo atliktos šešios fokus grupių diskusijos (trys su bendruomenės slaugytojomis, ir trys su šeimos gydytojais). Vienoje fokus grupėje dalyvavo po 8–12 tiriamųjų. Bendruomenės slaugytojos bei šeimos gydytojai buvo apklausiami atskirose grupėse, nes homogeniškesnėse grupėse dalyviai gali atviriau išsakyti savo nuomonę aptariama tema. Gavus tyrimo dalyvių sutikimą, pokalbiai buvo įrašyti į diktofoną. Kiekviena fokus grupių diskusija vyko apie 1,5 val. Fokus grupių diskusijos vyko pusiau struktūrizuoti. Buvo paruošti penki atviro tipo klausimai, pagal kuriuos vyko diskusijos (1 lentelė). Dalyviai buvo skatinami išsakyti savo asmenines patirtis.

Apklausus šešias fokus grupes, pradėta gauti duomenų teminė analizė. Du nepriklausomi tyrėjai kodavo visus duomenis. Kodavimo metu išryškėję nesutapimai buvo aptariami ir įvardijami bendro sutarimo būdu. Panašūs kodai buvo grupuojami ir taip sudaromos pagrindinės kategorijos, kurios kitame etape buvo grupuojamos į pagrindines temas. Analizės metu išskirta daug aspektų, susijusių su komandinio darbo samprata, bendruomenės slaugytojos tapatybe, šeimos gydytojo ir slaugytojos veiklos bei atsakomybės „ribomis“, tačiau šiame straipsnyje pristatoma tik ta tyrimo medžiaga, kuri susijusi su slaugytojų funkcijomis.

Fokus grupių dalyvių pasisakymai neredaguoti. Tekstą patikslinanti informacija citatose žymima [komanda], praleista informacija žymima [...]. Siekiant užtikrinti tyrimo dalyvių anonimiškumą, nepateikiami jokie sociologiniai ir demografiniai duomenys, nurodoma tik tai, kokio pobūdžio įstaigoje jis dirba (V – viešoji pirminės sveikatos priežiūros įs-

taiga, P – privati pirminės sveikatos priežiūros įstaiga). Citatos iš bendruomenių slaugytojų grupių žymimos S raide, iš šeimos gydytojų grupių – G. Kadangi iš viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų buvo organizuotos keturios fokus grupės: dvi slaugytojų ir dvi gydytojų, tai citatos iš šių diskusijų žymimos skaičiais, pavyzdžiui, VG2 (antroji gydytojų, dirbančių viešosiose įstaigose, diskusija).

REZULTATAI

Analizuojant fokus grupių diskusijų medžiagą, išskirtos trys temos, susijusios su slaugytojos funkcijomis pirminės sveikatos priežiūros komandoje: pagrindinės ir papildomos slaugytojos funkcijos bei psichologiškai sudėtinga veikla.

Pagrindinės slaugytojų funkcijos

[vairius praktinius slaugytojų veiklos PSP aspektus suskirstėme į grupes:

Procedūrinių funkcijų segmentas. Į šią grupę pateko ši slaugytojų veikla: tyrimų paėmimas, žaizdų perrišimas, siūlių po operacijų pašalinimas, skiepai ir kt.

Kraujų ėmimas, lašėlinės, žaizdų rišimai ir tai gi viską mes darom, siūlių ėmimas, viską, ką reikia, viską mes darom [...] [VS1]

Administracinių funkcijų segmentas. Į šią grupę įtraukta veikla, kuri susijusi su medicininių kortelių tvarkymu (tyrimų rezultatų registravimu, siuntimų pildymu, tyrimų išrašymu, tyrimų bei siuntimų lapelių pažymėjimu įstaigos štampu ir kt.), asmens ambulatorinio gydymo apskaitos kortelės – epizodo – registracija, registracija pas specialistus, paciento apsilankymo žurnalo pildymu, finansinių operacijų atlikimu bei jų registravimu (pacientų papildomų apmokėjimų už specialias paslaugas). Dalis tyrime dalyvavusių gydytojų ir slaugytojų teigė, kad slaugytojos dažnai išrašo kompensuojamųjų vaistų receptus bei įrašo pacientų duomenis į kompiuterį, kai išduodamas nedarbingumo lapelis.

Tai vis tiek, niekas už mūsų nieko nepadaro. [...] Vis tiek, mes turim viską padaryti, vis tiek turim suruošti visus tuos, nu, suštampuoti, suruošti, popierėlius sudėti. [VS1]

Pacientų srauto valdymas. Tyrimo duomenų analizė atskleidė, kad slaugytoja atlieka savotiško „barjero“ funkciją tiek konsultuojant pacientus telefonu, tiek jiems atvykus.

[...] Finai pradeda savo darbą, kaip aš vadinu, nuo „eismo reguliavimo koridoriuje“. Pokalbis su pacientais, kas atėjo ūmiai susirgęs, kas su talonu, kas su mažu vaiku, sakykim. [VG1]

1 lentelė.

Diskusijų fokus grupėse gairės

1. Kas, jūsų nuomone, yra pirminės sveikatos priežiūros komanda? Kaip galėtumėte ją apibūdinti?
2. Kaip galėtumėte apibūdinti, kas yra bendradarbiavimas tarp šeimos gydytojo ir bendruomenės slaugytojos? Papasakokite, kaip tai vyksta praktikoje.
3. Kokie veiksniai, jūsų nuomone, trukdo sėkmingam gydytojo ir slaugytojos bendradarbiavimui?
4. Kaip, jūsų nuomone, turėtų vykti bendradarbiavimas tarp gydytojo ir slaugytojos? Kokios esminės sėkmingo bendradarbiavimo prielaidos?
5. Koks slaugytojos vaidmuo sėkmingai bendradarbiaujančioje komandoje?

Pradinis paciento parengimas konsultacijai. Tyrimo dalyviai atskleidė, kad slaugytoja dažnai tampa pirmąja konsultante įstaigoje, ypač jei pacientas kreipiasi staiga susirgęs, be išankstinės registracijos. Tokiais atvejais slaugytojos identifikuoja problemą dėl kurios pacientas atvyko, ir atlieka įvairius veiksmus, parengdamos pacientą gydytojo konsultacijai.

Bet jeigu atėjo ekstrinis pacientas, ir jis atėjo, ir pas tave kreipėsi, kad jam blogai, tai padarai viską taip, kaip priklauso. Vediesi į procedūrinę, matuojį spaudimą, darai kardiogramą, jeigu karščiuoja, CRB padarai, jimišį į kasą, viską padarai. [PS]

Pacientų lankymas namuose. Viena iš slaugytojos veiklos sričių – vizitai į namus. Tyrimo duomenimis, slaugytojos teikia daug paslaugų namuose: nuo kraujo mėginio paėmimo iki socialinės pagalbos teikimo arba jos organizavimo. Tačiau dalis slaugytojų pacientų lankymą namuose vertino kaip papildomą darbo krūvį.

Darbas su tokiais pacientais, jįsai, nu, eikvoja ir paties darbuotojo tiek, va, tą fizinę būsena, jįsai turi nuolat kažkur važiuoti, laiką savo aukoti. Ir dažniausiai tie patys būtų viršvalandžiai [...] [VS1]

Pacientų mokymas. Tyrimo dalyviai pacientų mokymą (pvz., mitybos, diabeto kontrolės klausimais) identifikavo kaip vieną esminių slaugytojų veiklos aspektų, tačiau tyrimo dalyvių įsitraukimas į pacientų mokymą buvo vertinamas labai skirtingai.

[...] tai yra labai svarbu, reikišia, tas visas visa ir ligų prevencija ir mokymas, tai yra mūsų slaugytojų [veikla], čia jau ne gydytojas, čia jau yra mūsų pirminis toks [darbas] [VS2]

Naujų gimimų priežiūra. Diskusijų analizė parodė, kad slaugytojos dalyvauja naujų gimimų priežiūroje, stebi fizinę naujų gimimų raidą, suteikia patarimų naujų gimimų tėvams, moko naujų gimimų priežiūros įgūdžių.

Pradedant nuo naujų gimimų mano sesutė kiekvieną mėnesį, kai ateina, sumatuoja viską sužiūri ir jįsai ir mankštą parodo, ir masažus parodo, ir, nu, man kažkaip net nekyla tokių, kad čia man reikia kištis, tokių minčių nėra. [VG2]

Savarankiškos konsultantės funkcija. Diskusijų metu nemažai buvo kalbama apie tai, kad slaugytojos galėtų būti mažiau priklausomos nuo šeimos gydytojo ir savarankiškai konsultuoti pacientus tam tikrais klausimais (pvz., lėtinėmis ligomis sergančių pacientų priežiūra, ligų prevencija ir sveikos gyvensenos mokymas, žaizdų perrišimas ir kt.). Tokių

konsultacijų metu slaugytoja būtų atsakinga ne už pasirengimą konsultacijai, tačiau už visą konsultaciją ir už sprendimų priėmimą. Taip ji taptų savarankiška konsultante, konsultuojanti kitais klausimais nei gydytojas.

Bet aš pavyzdžiui jaučiuosi daug geriau ir aš atlieku savo daug, savo funkciją namuose, negu čia tarnaudama daktarui. Aš ten einu, aš pasikalbu aš galiu paimti kraują, aš jau atlieku, ką man priklauso [...] Geriau jaučiuosi, kadangi aš atlieku tiesioginį savo darbą, ar kraują paimu, ar lašelį pastatau, ar perrišu, nes pragulų tikrai yra ir aš jau esu labai reikalinga šeimos nariams [...] ir džiaugiasi ir šeimos nariai ir aš jaučiu pasitenkinimą, kad padėjau tiesiog gydyme, nu tokiam gydyme, kur man tiesiog priklauso jįsai. [VS2]

Ta prasme, tam sėkmingam mūsų bendradarbiavimui reikia, kad mus priimtų kaip specialistus, kad tai nebūtų, vat, tas suvokimas, kad tai yra žmogus, išrašantis lapelį, užrašantis tik kardiogramą ir jokių, nesprendžiantis nieko. Kad jis gali pateikti taip pat išvadas, duoti kaip ir tam mūsų, atsakymuose, mes ir apie konsultacijas nebeturėjom ką atsakyti, nes realiai nekonsultuojame pacientų. [PS]

Papildomos slaugytojos funkcijos

Be pagrindinių slaugytojos funkcijų jos dar užsiima veikla, kurią vertina kaip papildomą ir joms nepriklausančią. Šios veiklos dalis susijusi su bendruomenėje gyvenančių pacientų psichosocialinių poreikių užtikrinimu. Slaugytojų vizitai į namus neapsiriboja tik tam tikrų procedūrų atlikimu (pvz., kraujo mėginio paėmimu), tačiau apima ir socialines funkcijas: nunešti išrašytus kompensuojamųjų vaistų receptus, nupirkti vaistų ir (arba) maisto. Ši veikla, tyrimo dalyvių nuomone, yra socialinio darbuotojo funkcija, tačiau dėl įvairių priežasčių pacientams negaunant reikiamos socialinės pagalbos, ši veikla tampa bendruomenės slaugytojos darbo dalimi.

Reikia nueit į vaistinę, parnešti čekį ir dar turėt gražos, nes jeigu [...]. Tai, aš manau, čia tikrai socialinio darbuotojo darbas. [PS] Skaudžiausia tai, kaip būna, kai artimieji pasako: „Oj, mes valgyt tai sekmadieniais pridedam pilną šaldytuvą!“. Sakau: „bet tai jįsai iki to šaldytuvo nedaaina“. Tai iki tokio lygio, kad [...] [PS]

Lankant psichikos ligomis sergančiuosius namuose, bendruomenės slaugytojai iškyla sunkumų ir dėl kompetencijos stygiaus šioje srityje. Psichikos ligomis sergančiųjų visavertę priežiūrą turėtų užtikrinti pirminių psichikos sveikatos centrų komandos. Kadangi psichikos liga sergantis pacientas yra prižiūrimas

ir šeimos gydytojo, iškyla dilema – kurios komandos atstovai: pirminės sveikatos priežiūros ar pirminės psichikos sveikatos priežiūros turėtų užtikrinti jo sveikatos priežiūrą namuose.

Nes joms [psichikos sveikatos slaugytojoms] tai galima pagal savo, kompetencijos ribose ir tą patį kraują [tyrimams paimti], ir lašinę jos turėtų prižiūrėti. Bet tuomet buvo atsakymas toksai: „Mes eisim tik dėl savo krypties“. [...] Nes, nu, ten kol langų neišdaužo ir kažko neatsitinka irgi, ir tas, ta slaugytoja [bendruomenės slaugytoja] gaunasi visų galų meistras. Ir tu nežinai, ar tu čia dabar gerai padarei tą darbą, vat, su tokiais pacientu ar ne. [PS]

Psichologiškai sudėtingos funkcijos

Tyrime dalyvavusių slaugytojų patirties analizė atskleidė, kad anksčiau aptartų slaugytojų funkcijų atlikimas yra psichologiškai sudėtingas. Dažnai būdama pirmuoju sveikatos priežiūros darbuotoju, su kuriuo susitinka pacientas, slaugytoja tampa pirmuoju asmeniu, patiriančiu paciento nepasitenkinimą. Tokiais atvejais jos nerašyta užduotis – „nudrenuoti“ paciento emocijas ir parengti jį konstruktyviai konsultacijai su gydytoju.

Tai seselė jau ir ten glosto, glosto jį, paskui jau pas mane avinėlis jau toks ramus, tai [jį] ateina ir dar pasako, tai va – „jam to reikia, to reikia jįsai ten to“, kad vėl neuždegt jo ten. [VG2]

Ši tarpininko funkcija tarp paciento ir gydytojo slaugytojai tampa tikru psichologiniu iššūkiu, kai pacientų lūkesčiai ir gydytojų galimybės yra labai neadekvatūs. Pavyzdžiui, gydytojų konsultacijoms skirtas laikas yra ribotas, todėl gydytojai iš slaugytojų tikisi veiksmingos pagalbos. Jei slaugytoja neįvelgia, kad pacientui reikia skubios gydytojo konsultacijos, į gydytoją kreipiasi tiesiogiai, gydytojas dažniausiai juos priima. Taigi, stingant bendrųjų principinių nuostatų dėl pacientų srautų valdymo įstaigoje, ši veikla slaugytojoms kelia daug psichologinės įtampos tampa neefektyvi.

O dabar jau mes visus iš eilės leidžiam. Viskas. Nori – dvidešimt, nori – trisdėšimt, koks mūsų reikalas. Nes tu lieki tikrai durniaus vietoje, ateina dar tave ir iškolioja. [PS]

Beje, slaugytojoms neretai tenka „nudrenuoti“ ir gydytojo neigiamas emocijas.

[...] Kaip sugertukas, ane? Iš paciento pusės ir iš daktaro pusės reikia [...] [PS]

REZULTATŲ APTARIMAS

Atliktas tyrimas atskleidė įvairialypes funkcijas, kurias darbe atlieka PSP įstaigose dirbančios bendruomenės slaugytojos. Dažniausiai bendruomenės slaugytojos atliekamų pagrindinių funkcijų grupę apėmė įvairias veiklas: darbą procedūriniame kabinete, pacientų srauto valdymą, pacientų mokymą, naujagimių priežiūrą, administracinę veiklą ir kt. Šio tyrimo metu siekėme identifikuoti bendruomenės slaugytojų atliekamas funkcijas. Atlikus kiekybinę analizę būtų galima tiksliau nustatyti bendruomenės slaugytojos veiklą, tačiau ir šio tyrimo rezultatai rodo PSP dirbančių slaugytojų veiklos kitimą – nuo procedūrinio medicinos sesers iki savarankiškos bendruomenės slaugytojos. Mūsų tyrimas rodo, kad Lietuvos bendruomenės slaugytojos labai skiriasi nuo Vakarų šalyse populiarėjančios *praktikuojančios slaugytojos*, savarankiškai konsultuojančios pacientus [17, 18].

Diskusijos su šeimos gydytojais ir bendruomenės slaugytojomis atskleidė, kad bendruomenės slaugytojos norėtų tapti savarankiškomis konsultantėmis. Tikėtina, kad taip būtų galima pagerinti sveikatos priežiūros rezultatus, optimaliai panaudojant žmogiškuosius sveikatos priežiūros išteklius [17, 18]. Tokia bendruomenės slaugytojų transformacija leistų tikėtis didesnio jų pasitenkinimo savo darbu. Lietuvoje, tiriant slaugytojų pasitenkinimą darbu, nustatyta, kad savarankiškumas darbe yra svarbus aspektas, didinantis slaugytojų pasitenkinimą darbu [19]. Tačiau siūlomi pokyčiai nėra lengvi. Užsienio šalių patirtis rodo, kad dėl nepakankamo PSP centrų pasirengimo bei menko gydytojų informuotumo apie pakitusias slaugytojų funkcijas praktikuojančioms slaugytojoms nėra lengva integruotis į sveikatos sistemą [10].

Tyrimo metu buvo kalbama apie slaugytojų funkcijas, kurios įvardintos kaip papildomos, pavyzdžiui, psichikos ligomis sergančių pacientų priežiūra namuose, socialinių pacientų poreikių tenkinimas ir kt. Galiojantys teisiniai aktai numato, kad bendruomenės slaugytojos turėtų mokėti prižiūrėti psichikos sutrikimų turinčius pacientus, jų slaugos savitumus [20], tačiau mūsų tyrime dalyvavusios slaugytojos šių pacientų priežiūrą priskyrė prie papildomų funkcijų, kurias turėtų atlikti psichikos sveikatos centrų slaugytojos. Akivaizdu, kad bendruomenės slaugytojoms nėra lengva į savo profesinę veiklą integruoti naujas veiklos sritis. Tyrimu nustatyta, kad joms trūksta žinių prižiūrint tokius pacientus, todėl būtų tikslinga bendruomenės slaugytojoms sudaryti galimybę dalyvauti jų profesinius poreikius atitinkančiose profesinio tobulėjimo programose.

Dalis slaugytojų atliekamų funkcijų, pavyz-

džiui, vaistų pirkimas ir jų nunešimas pacientui arba kompensuojamųjų vaistų receptų rašymas kelia abejonių dėl bendruomenės slaugytojų veiklos. Akivaizdu, kad PSP komandos darbuotojų funkcijų ribos yra neaiškios ir atrodo, kad stinga aiškaus sveikatos ir socialinio sektoriaus darbuotojų funkcijų apibrėžtumo.

Užsienio šalių praktika rodo, kad, siekiant efektyvesnio slaugytojų darbo, būtina aiškiau apibrėžti slaugytojų funkcijas, patikslinti darbo instrukcijas, geriau supažindinti darbuotojus su įstatymine baze [10]. Kanadoje atlikti tyrimai parodė, kad sėkmingiausiai šiuos tikslus galima pasiekti turint kompleksinę strategiją, kuri apima sveikatos priežiūros centrų administracijos veiksmus, slaugytojų praktinius mokymus bei specifinę šeimos gydytojų paramą slaugytojoms integruotis į praktiką [10].

Tyrimas atskleidė, kad didelis bendruomenės slaugytojų funkcijų yra psichologiškai sunkios. Tyrimo dalyvių patirtis parodė, kad slaugytojai tenka „sugerti“ tiek pacientų, tiek gydytojų neigiamas emocijas. Darbas psichologiškai sunkiomis sąlygomis gali sukelti didesnę slaugytojų nepasitenkinimą darbu, nuovargį, taip pat skatinti perdegimo sindromą. Lietuvoje atlikto tyrimo metu nustatytos tendencijos, kad, didėjant psichologiniams reikalavimams darbe (pvz., konfliktai su gydytoju, paramos trūkumas), slaugytojoms pasireiškia emociniai, depresijos arba psichosomatiniai simptomai, atsiranda perdegimo sindromas [21]. Užsienio tyrimai rodo, kad geri gydytojo ir slaugytojos santykiai darbe turi įtakos slaugytojų pasitenkinimui darbu [22], o tai didina pacientų pasitenkinimą sveikatos priežiūra [23].

Tikėtina, kad didesnis slaugytojų funkcijų apibrėžtumas, nedviprasmiška įstaigos politika jautriais klausimais, pavyzdžiui, neregistruotų pacientų priėmimas galėtų sumažinti bendruomenės slaugytojų jaučiamą įtampą darbe. Kita vertus, būtų tikslinga įvertinti ir bendruomenės slaugytojų psichologinės paramos poreikį.

IŠVADOS

- Slaugytojų „pagrindines“ funkcijas spektras sudaro administraciniai, procedūrų atlikimo, naujagimių priežiūros, sveikatos mokymo ir kiti komponentai, tačiau jos dažnai atlieka ir tas funkcijas, kurios joms nepriklauso.
- Psichosocialinių pacientų priežiūros poreikių tenkinimą bendruomenės slaugytojos traktuoja kaip papildomą funkciją.
- Didėnis slaugytojų funkcijų apibrėžtumas, įtvirtinta nedviprasmiška įstaigos politika jautriais klausimais galėtų sumažinti bendruomenės slaugytojų darbe

patiriamą psichologinę įtampą.

Padėka

Dėkojame visiems šeimos gydytojams ir bendruomenės slaugytojoms, dalyvavusiems tyrime. Tyrimas atliktas įgyvendinant projektą „Tarpsektorinis bendradarbiavimas sprendžiant sveikatos problemas socialinės rizikos šeimose“, finansuojamą Lietuvos Mokslo Tarybos (Nr. SIN-13/2012).

LITERATŪRA

1. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR; 1978. Available from: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf. [Visited 30 10 2012].
2. The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. WHO European Ministerial Conference on Health Systems: 'Health systems, health and wealth'. Tallin, Estonia; 2008. Available from: http://www.ms.gov.md/_files/2264-7e%2520Tallinn%2520Charter%2520Health%2520Systems%2520for%2520Health%2520and%2520Wealth.pdf. [Visited 30 10 2012].
3. Trivedi D, Goodman C, Gage H, Baron N, Scheiff F, Illife S, et al. The effectiveness of inter-professional working for older people living in the community: a systematic review. *Health Soc Care Community*. 2013;21(2):113-28.
4. Page GA, Hunt JS, Butler RL, Siemieniack J, LeBlanc JH, Gillanders W, et al. Team-based care approach to cholesterol management in diabetes mellitus: two-year cluster randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2011;171(16):1480-6.
5. Thoto AB, Sipe TA, Byard GJ, Zometta CS, Hahn RA, McKnight-Eily LR, et al. Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. *Am J Prev Med*. 2012;42(5):525-38.
6. Curry N, Hans G. Clinical and service integration: the route to improved outcomes. *The King's Fund*. 2010. Available from: <https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/4f/Clinical-and-service-integration-Natasha-Curry-Chris-Ham-22-November-2010.pdf>
7. Ghorob A, Bodenheimer T. Sharing the care to improve access to primary care. *N Engl J Med*. 2012;366(21):1955-7.
8. Belling R, Whitlock M, McLaren S, Burns T, Catty J, Jones IR, et al. Achieving continuity of care: facilitators and barriers in community mental health teams. *Implement Sci*. 2011;6:23.
9. Hoizer JC, Hemphill PM, Stewart T, Boyle N, Harris A, Palmer E. Development of the nursing section of the community health team 2. *Nurs Times*. 1969;65(8):Suppl:32.
10. Sullivan-Bentz M, Humbert J, Cragg B, Legault F, Laflamme C, Bailey PH, et al. Supporting primary health care nurse practitioners' transition to practice. *Can Fam Physician*. 2010;56(11):1176-82.
11. Gardner G, Carryer J, Gardner A, Durrn S. Nurse practitioner competency standards: findings from collaborative Australian and New Zealand research. *Int J Nurs Stud*. 2006;43(5):601-10.
12. Carryer J, Gardner G, Durrn S, Gardner A. The core role of the nurse practitioner: practice, professionalism and clinical leadership. *J Clin Nurs*. 2007;16(10):1818-25.
13. Fortin M, Hudon C, Gallagher F, Nietu AL, Maltais D, Soubhi H. Nurses joining family doctors in primary care practices: perceptions of patients with multimorbidity. *BMC Fam Pract*. 2010;11:84.
14. Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija: patvirtinta Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos 1991 m. spalio 30 nutarimu Nr. I-1939. Prieiga per internetą: http://galia/uploads/studijos/1991_30_30_LR_AT_Nutarimas_I_1939_Nacionaline.pdf. [žiūrėta 2012 30 10].
15. [General practitioners and health professionals working together with terms of reference] Põhiseaduse koostöötaotavate teravõhulitõotajate tööjuhend. Adopted 1/6/2010 No 2. [In Estonian]. Available at: <https://www.rigiteataja.ee/akt/13263878>. [Visited 2012 06 12].
16. Jursėvičienė L, Volkos L, Boudiniemė A, Burmbylytė A, Abarbotos J, Sivaditis V. Šeimos gydytojo vaidmuo prižiūrint paaušalinį lytinę ir reprodukcinę sveikatą pirminiais sveikatos priežiūros įstaigose. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*. 2006;10(3):174-9.
17. Lenz ER, Munding M, Kane RL, Hopkins SC, Lin SX. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: two-year follow-up. *Med Care Res Rev*. 2004;61(3):332-51.
18. Munding M, Kane RL, Lenz ER, Totten AM, Tsai WY, Cleary PD, et al. Primary care outcomes in patients treated by

- nurse practitioners or physicians: a randomized trial. *JAMA*. 2000;283(1):59-68.
19. Gerškienė V. Lietuvos bendruomenės slaugytojų pasitenkinimas darbu profesinę veiklą veikiančių veiksnių kontekste. *Medicinos teorija ir praktika*. 2011;17(2):175-80.
 20. Dėl Lietuvos medicinos normos MN28:2011 "Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė". Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 8 d. įsakymas Nr. V-591. *Valstybės žinios*. 2011; Nr.: 72 -3490.
 21. Glumbakaitė E, Kalibatas J, Kanapeckienė V, Mikutienė D. Pirminės sveikatos priežiūros centruose dirbančių slaugytojų streso ir psichologinių reikalavimų darbe sąsajos su streso pasekmėmis. *Gerontologija*. 2007;8(1):31-8.
 22. Kim Bogner P, Clarke S, Robling E, Meulemans H, Vandenberg P. Impacts of unit-level nurse practice environment and burnout on nurse-reported outcomes: a multilevel modelling approach. *J Clin Nurs*. 2010;19(11-12):1664-74.
 23. Vorhey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D. Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care*. 2004;42(2 Suppl):B57-66.

Gauta: 2013 01 21
Priimta spausdinti: 2013 03 12

SUMMARY

Introduction

The first international declaration highlighting the importance of primary health care (PHC) was adopted more than forty years ago in Kazakhstan at the Alma-Ata Conference [1]. The main idea was to urge world governments, health development institutions and global communities to take action to ensure, promote and protect all human health. This declaration has been endorsed by the World Health Organization member states and has been guided by the principles so far.

The World Health Organization Declaration, adopted more than twenty years ago, “Health for All in the 21st Century” highlights the need for integrated primary care oriented health care [2]. The family doctor and a qualified community nurse are identified as the most important patient healthcare team members who care for the health of the patient and his/her family. Indeed, PHC is referred to as the cornerstone of the entire health system, as it has been found to help solving up to 80% of health problems [1, 2]. Therefore, the effective functioning of primary health care is one of the key health policy challenges in both Lithuania and other countries [3].

In Lithuania, primary health care is one of the priority areas of healthcare development, where more and more functions and competences are delegated to the personnel working there [69]. The Lithuanian National Health Concept, adopted in 1991 emphasizes that the primary area of development and financing is primary health care [4]. The medical reform implemented in the direction of PHC development and the centralized health care (“Semashko”) model prevailing until 1991 are becoming a distant echo in the constantly improving modern health system.

In recent decades, PHC has undergone a number of changes in the world, where workload and range of services have begun to expand rapidly, various preventive programs have been introduced, diagnostic methods have expanded significantly, and the number of procedures performed by a family physician has also increased [5–7]. Involvement of additional personnel, delegation of functions and distribution of new functions is becoming more and more relevant in Lithuanian PHC [8]. The number of responsibilities and workloads for PHC employees is constantly increasing as well. It is also necessary to make the most of all opportunities to improve service delivery and quality. Therefore, one of the elements that can help to achieve these goals is the strengthening of primary health care teams, communication and collaboration between professions [9]. Research has shown that teamwork in PHC is not only helpful for the ease of the workload, but also for the

achievement of better outcomes in patient care [10,11] and economic health care solutions [12], for example: a lower number of hospital admissions [13], more satisfying patient needs and the continuity of health care, better health workforce satisfaction and more efficient use of human health system resources [15, 16].

Improving collaboration and teamwork in PHC is one of Europe's priority areas [3, 46, 47]. However, in order to promote change in PHC, the current cooperation practices need to be carefully assessed. The American Health Care Research and Quality Agency (AHRQ) has developed the atlas of instruments to evaluate teamwork and its elements in the PHC [80]. The atlas includes forty-eight instruments that can potentially measure teamwork in PHC. It should be noted that most of these instruments have been developed for intensive care units or for surgery context process monitoring and only later were adapted to PHC environment [80]. Based on the conceptual teamwork development framework developed by Boon and colleagues [84], teamwork processes and their integration are significantly different in health care contexts, so teamwork in an intensive care unit or teamwork of inpatient work can be fundamentally different from the PHC teamwork environment.

Another important component is that most of the existing instruments that measure teamwork have been developed in North America and Western Europe – countries with long-standing teamwork traditions and may not reflect the essential elements of developing teamwork contexts [80,84]. Research shows that the same elements of teamwork in different contexts can have even the opposite effect. For example, though the rigorous establishment of team members' functions is considered to be one of the key prerequisites for team functionality in the initial stages, it may become a limiting factor in activities and processes in higher levels of teams integration.

Scientific novelty

In-depth studies of collaborative teamwork among both family doctors and nurses in primary health care have not been performed in Lithuania before. Teamwork was analyzed in more homogeneous groups, for doctors and for nurses separately [17–19]. The cultural and historical context of our country determines the current health system, where strong (hierarchical) traditions between general practitioners and community nurses are deeply rooted [20, 21] thus it is necessary to evaluate teamwork between family physicians and nurses according to the cultural context for better understanding of the potential areas for improvement and development.

The presented study has identified key elements of PHC teamwork from the viewpoint of family doctors and nurses. The newly developed and validated original scale “Collaboration between Physicians and Nurses in Primary Health Care Teams” is a reliable tool for the assessment of family doctors and nurses’ teamwork in PHC. Short versions (COPAN-2 and COPAN-3) have good psychometric qualities to be applied in practice. The scale has the potential to become an easy-to-use tool for initial teamwork assessment of low integration teamwork contexts in rapidly developing countries.

The identified potential of professional development in PHC teams between family physicians and nurses reveals the promising opportunities for primary healthcare development.

Practical meaning of the work

Focus group interviews assessed the attitude of family doctors and community nurses towards teamwork, identified elements of teamwork and areas for improvement. The newly developed tool for the assessment of collaboration between physicians and nurses may potentially improve teamwork research and monitoring capabilities in a specific country context. Furthermore, it can be applied extensively in PHC institutions for diagnosing current teamwork situation and for monitoring implementation of the new teamwork models. It will be useful in academic research to identify team development potential, and will also complement to global teamwork concept in PHC development with insights from inter-professional collaboration developed in the post-Soviet region.

The tool will be used to quantify the teamwork experience of family doctors and community nurses in PHC, which will help to better understand the direction of interprofessional development and improvement.

Aim and objectives of the study

To identify the professional collaboration of family physicians and community nurses in order to identify the main components of teamwork in primary health care and their development possibilities.

The objectives of the study

1. To analyze the experience of teamwork of family doctors and community nurses, identifying the main elements of PHC teamwork and their groups.

2. To create and validate a tool for collaboration assessment in PHC team. By means of the developed instrument, quantify the professional collaboration of family doctors and community nurses.
3. Identify the potential of professional development in PHC teams.

Material and methods

Assessment of teamwork between family physicians and nurses was carried out while following the triangulation based research methodology, where different methodological approaches are used to study the same scientific object [98]: qualitative and quantitative methods was used to evaluate the peculiarities of teamwork between family doctors and nurses.

Experiences of teamwork of family doctors and nurses: focused group discussions

Focus group discussions were held with family physicians and community nurses in Kaunas city and county in order to gain a better understanding of the teamwork experience of family doctors and community nurses, their attitudes towards teamwork, the distribution of their functions and responsibilities within the team.

Information was sent to the administration of every PHC institution in Kaunas and Kaunas region about the research with a request to distribute information to family physicians and community nurses. The research participants were informed about the purpose and course of the study and how the confidentiality of the data would be ensured, informed consent forms were signed.

Six focus group discussions with family doctors and nurses have been conducted. Each discussion took place in a semi-structured interview manner with the pre-prepared five open-ended questions (Table 1) and lasted about 1.5 hours. Participants were encouraged to share their personal experiences. The participants' talkings were recorded on the dictaphone. Later the recording was transcribed verbatim into the computer. The data obtained were analyzed on the basis of thematic analysis methodology [101]. Quatations are marked with two letters and a number, first letter meaning: P – private institution or V – public institution; second letter meaning: G – family physician or S – nurse; the focus group discussion number is marked at the end (e.g. VG1 – physician from public institution, focus group discussion No. 1).

Table 1. *Open-ended questions used in semi-structured discussions*

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. How would you describe a PHC team?2. How do the family physicians and nurses collaborate in practice?3. Could you tell us from your experience, how do you engage in teamwork on a daily basis?4. What negatively affects might collaboration bring between family physicians and nurses?5. What favourably affects might collaboration bring between family physicians and nurses?6. How do you see your role in an effective PHC team?7. Do you have any other comments? |
|---|

Quantitative assessment of the attitude of family doctors and community nurses to the teamwork in PHC: the instrument

The research instrument for assessing the attitude of family doctors and community nurses to PHC was composed of 108 questions related to:

- Socio-demographic indicators (11 questions)
- Newly created instrument „Collaboration between Physicians and Nurses in Primary Health Care Teams“ (COPAN) (27 questions)
- Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaboration (15 questions)
- Nurses' readiness to carry out the functions of health care (12 questions) and approach to the functions performed (8 questions)
- Assessment of PHC cooperation with the social sector (7 questions)
- Maslach Burnout Inventory (16 questions)
- The *Areas of Worklife Survey* (28 questions)

Creation of a scale „Collaboration between Physicians and Nurses in Primary Health Care Teams“

A scale „*Collaboration between Physicians and Nurses in Primary Health Care Teams*“ (COPAN) was developed in four stages (Table 13.2), while the content of the questionnaire was evaluated using a content indexing tool [104].

1. In the first stage, the 42 categories identified during focus group discussions were divided into six main topics (discussed in the qualitative research results).
2. During the second stage, out of 42 categories, six categories were removed from the questionnaire due to their close meaning with other categories or difficult transformation into a closed question.

3. In the third stage, these themes and categories were used as the basis for creating a set of 36 questions. The instrument used a five-point Likert scale: 1 – indicating “strongly disagree”, 2 – “disagree”, 3 – “difficult to consider”, 4 – “agree”, and 5 – “strongly agree”. The questionnaire was submitted to nine experts for review. According to expert judgment, nine questions that scored the lowest were removed from the questionnaire.
4. A set of 27 questions were finalised in the fourth stage. The improved questionnaire was distributed to twenty PHC physicians and nurses (ten family physicians and ten community nurses). Respondents did not indicate difficulties or ambiguities in answering questions. Questionnaire estimates have also been established: Higher scores of factors reflect better individual and relational attitudes towards collaboration, better organizational conditions for teamwork and higher competence.

Research participants

There were 49 institutions in 2012 in Kaunas region that had a contract with the sickness funds, of which 36 were selected and offered to participate in the study. 33 institutions agreed to participate in the study (8 large, 2 medium and 23 small). Questionnaires were distributed personally to each physician and community nurse. For family physicians, 216 questionnaires were distributed, and for nurses 237. A total of 344 completed questionnaires were collected (164 and 180 questionnaires, respectively). The response rate was 76 percent.

Statistical data analysis

The data were analysed using the Statistical Package for the Social Sciences (*IBM SPSS*) (v. 21.0; Chicago, IL) supplemented with Amos™ [106]. Estimated frequency or relative frequency was presented for evaluation of qualitative parameters; Mean and standard deviation was presented for evaluation of quantitative parameters. (χ^2) criterion was used to test the hypothesis about independency of two nominal variables or goodness to fit. Pair wise comparison using [χ^2] and [z] criteria were used in groups when parameters can have more than two values. Significance level for evaluation of relations between parameters and/or differences in values was 0.05.

- Psychometric properties of the scale (feasibility, internal consistency reliability and factorial validity) were tested using predefined quality criteria [107].

- The feasibility analysis of the scale included the calculation of the mean and standard deviation (SD) of each item and sum score of the total scale, estimation of the item-total correlations (Pearson) and investigation of changes in quality criteria if an item was deleted from the scale.
- The Cronbach's alpha was computed to establish the internal consistency reliability of the whole scale and its subscales. The Spearman-Brown prediction formula [108] was used to adjust the reliability of the subscales that combined small numbers to the reliability of the 12-item scale (the largest subscale).
- The main statistical analysis included an exploration of the factorial models to develop a scale measuring collaboration between CNs and GPs. The only theoretical rationale of the factor models was their simplicity and fit to the data. This was achieved by sequential steps to find the optimum combination of items employing Exploratory Factor Analysis (EFA) and Confirmatory Factor Analysis (CFA). In order to understand the interrelations between measures and to confirm the inherent structure of the scale, an EFA was performed of the full set of 27 items. A principal component factor analysis with a Varimax rotation method was employed. Factors were extracted based on the break point of successive eigenvalues (>1), item factor loadings (>0.4) and interpretability. The appropriateness of data for EFA was measured by Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure of sampling adequacy (>0.5) and Bartlett's test of Sphericity ($p < 0.001$).
- In order to confirm the findings of the EFA and to demonstrate goodness-of-fit to the data, a CFA was performed. Standardized Regression Weight (SRW) and Squared Multiple Correlation (SMC) were assessed to estimate item weight in the model. Indices of good fit such as the Comparative Fit Index (CFI), Tucker-Lewis Fit Index (TLI) and the Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) were assessed (adequate cut-off levels for model fit were set at >0.95 for the TLI and CFI and <0.08 , respectively, for the RMSEA) [106].
- The options of *Heuristic Specification Search* and *Modification Indices* in AMOS were employed to find the optimum combination of simplicity and fit. This approach was used on 3- and 2-Factor models only. The rationale for this analysis was to develop shortened versions of COPAN scale.

Explicitness of team member functions. In order to identify the clarity of the professional functions of the team members, five questions have been

used that best reflected the opinion of the research participants regarding explicit functions. Answers to these questions were rated from one to five. The higher score reflected better understanding of one's functions. The participants in the study, who scored between 18 and 25, were considered to have explicit functions in the team, and those who scored 4 to 17 were considered to have non-explicit functions in the team. Criteria of Independence were used to evaluate responses and respondents' groups. If the attribute would have more than two values, we compared the ratios of these values between the groups using the twin comparison of criterion χ^2 (z-criterion).

Results

The concept of primary health care teamwork from the viewpoint of family physicians and nurses from the qualitative study

A total of six focus group discussions were conducted with 56 participants (29 family doctors and 27 community nurses) from private and public primary health care centers (Table 2).

Table 2. Sociodemographic data of focus group participants

Sociodemographic data		Number of participants (n)
Sex	Men	4
	Women	52
Profession	Family physicians	29
	Community nurses	27
Age	Min – 22 years; Max – 65 years	
	50 years and younger	32
	Over 50 years old	24
Place of work	Urban	45
	Rural	11
Size of the institution	Large (20,000 and over registered patients)	22
	Average (5,000 to 20,000 subscribers)	21
	Small (up to 5,000 patients)	13
Type of the institution	Private	20
	State	36
Total number of study participants		56

Thematic analysis of the focus group discussions highlighted the key elements of the primary health care team from the point of view of family doctors and nurses, and formed the basis for six main topics. Topics, categories, and quotes from research participants are provided in Table 3.

Structure of the primary health care team. The participants identified family doctors and nurses as the primary members of the primary health care team structure. Administrative staff and social workers were mentioned as potential team members. The participants of the study shared their experiences on the efforts of some PHC centers to expand PHC teams to include new members such as secretaries and social workers. Community nurses mentioned that family doctors traditionally had a higher formal status than nurses, but both family doctors and nurses pointed out that relationships in a team should not be based on a hierarchy. The team leadership discussion emerged only in nurses' groups, and they talked about the need for better coordination of the PHC team. They emphasized that the PHC team did not

have a clear leader. The family doctor is the leader of the team only under “unwritten rules” and this is simply because historically, doctors have a higher status in health care.

Synergy between PSP team members. In the opinion of the research participants, it is an element that unites the team and helps it, which team members develop over time as they learn to work together. This team element has been described in various ways – like “*fist*” (PG3), “*family*” (VG1), “*automation*” (PS2)), but unanimously understood as a feature of an effective team. The key components of synergy were team members' trust, respect and individual commitment to teamwork. Some family doctors have expressed another element of synergy - the obedience of nurses to the instructions of the physician and the performance of the tasks delegated to them, and the nurses did not say the same.

Clearly defined roles and responsibilities of team members. The participants of the study emphasized the need to establish clear team members' functions and responsibilities among family doctors and nurses for effective teamwork. There was a lack of formal roles and a lack of well-described and organized procedures for different activities (especially if a physician and a nurse work in one office). These problems were identified as the main causes of tension and conflict. Also, unmatched team members' expectations of each other and the functions performed were mentioned as an impediment to effective work. On the one hand, the nurses mentioned that when they received instructions from family doctors, they felt like “*servicing a doctor*” (PS4). On the other hand, nurses would tend to wait for clear doctors' expectations, “*the doctor should say what he wants from a nurse*” (VS2). Doctors expect the nurses to be more active in carrying out the functions delegated to them.

Competence of PHC team members. The importance of team members' competence during the study was emphasized by both doctors and nurses (Table 3). “*Professionalism*” (PG3) emerged as one of the cornerstones of teamwork in discussions. Sharing experiences both nurses and doctors highlighted the lack of competences, with a particular focus on the lack of nurses' competencies. The participants of the study discussed that it is necessary to take into account the competencies of the members in the organization and emphasized the importance of the training of the team members. Nurses' discussions focused on the need for continuous learning and professional development.

Communication of PHC members. Research participants, especially nurses, emphasized that communication, both formal and informal, is an essential element of the team. Difficulties in formal communication do not arise from the object itself (what to say), but about the form of information (how to say). It is often difficult for both caregivers and doctors to express their expectations, assign tasks and / or share negative experiences to another team member. Nurses talked about the differences between generations, when they thought that younger doctors created a less hierarchical and more friendly atmosphere of communication, more willing to cooperate than the older generation doctors.

Organizational aspects of teamwork. At the organizational level, the research participants identified several aspects related to teamwork: financial motivation, optimal working conditions, better work organization and team building initiatives. Remuneration calculation systems vary from institution to institution. Different payment calculations for PSP team members may seem to negatively affect team synergy. For example, in some PSP institutions, the salary of a doctor may depend on the number of patients enrolled (capital charge), but the salary of nurses is fixed. In such circumstances, it may be important for the doctor to maintain and increase the number of prescribed patients while there is no financial difference for the nurse. In this case, the work intensity increases for both, and the salary can be increased only for the doctor. Discussion participants have also talked about working conditions when internal bureaucratic procedures put in place excessive bureaucratic procedures, insufficiently regulated patient flows, and insufficient time to carry out health care activities.

Table 3. Themes and categories emerging from a thematic analysis of a primary health care teamwork perception from the viewpoint of family physicians and nurses.

Themes	Categories	Quotations
Structure of the PHC team	Main members of a PHC team	<i>"The team probably consists of a nurse and family physician, which is the most common primary care team model." (VS6)</i>
	Main members of a PHC team	<i>"Then I would count the receptionists..." (VG5)</i>
	Optional members of a PHC team Hierarchy in PHC teams	<i>"Our duties are different, but we should all be on a line, more horizontal." (PG3)</i>
	Leadership in a team	<i>"Somebody should manage this team." (PS4)</i>
Synergy of PHC team members	"Intangible" team unity	<i>"...nurse and physician [...] – everything is operating automatically between them." (VS6)</i>
	Common goals of team members Individual motivation to work in a team	<i>"The goal is common – that patient should be stroked around from all sides; he should be happy..." (VG1)</i>
	Individual motivation to work in a team	<i>"This depends on the person. One would do everything, another would say: 'I was told to do that and I will not do anything more.' There are such people in a team too..." (PS4)</i>
	Trust between teammates	<i>"A physician should trust the nurse. If there is no trust, there is not any team." (VS6)</i>
	Respect between teammates	<i>"Good relationships are most important, when you are working together and do not humiliate each other." (VS6)</i>
	Executing commands of physician	<i>"And afterwards, in the office, she [the nurse] is doing what I am telling her to do." (VG5)</i>
Roles and responsibilities of team members	Well-described, known roles of team members	<i>Everybody should know what he must to do..." (VG1)</i>
	Confusion of roles	<i>"I do not know what her [CN] functions are. In fact, we do not know what her duties are." (VG5)</i>
	Overlap of responsibilities	<i>"If you take physician and nurse job descriptions, you see that many roles between them are overlapping." (VG1)</i>
	Explicit boundaries of the roles and responsibilities of team members	<i>"The most important is not to intervene in treatment, since treatment belongs to the physician [...]; the most important is to work within our own framework." (VS2)</i>
	Delegation of tasks	<i>"Physician should say [...] what he wants from the nurse." (VS6)</i>
	Assumed individual responsibility	<i>"The nurse should know the boundaries of her work and take responsibility for their own actions." (PG3)</i>
	Overlapping activities	<i>"It might they [nurses] are performing some tasks that belongs to us, but they are not fulfilling their own tasks." (VG1)</i>

Table 3. Continued

Themes	Categories	Quotations
Roles and responsibilities of team members	Autonomous performance of one's own duties	<i>"You should not say to a nurse, 'You should do this or this.' She should do this herself on the spot." (VG6)</i>
	Sanctions for CN's for overstepping boundaries	<i>"And during the meeting it was said that [name] is commenting on exam results. [...] They made mud out of me so badly! [...]" (VS6)</i>
	Differentiation of activities	<i>"For example, all certifications in our institution are written by the informational office." (VG1)</i>
Competency of primary care team members	Appropriate knowledge and skills	<i>"Sometimes I hear [...] our nurses who are consulting patients by phone [...]. Once in a while [...] such a consultation makes me cover my ears and not listen anymore. Really, the knowledge is outdated or inaccurate..." (PS4)</i>
	Supervision of competence	<i>"She [the CN] simply sometimes does not know [...]. The administration should somehow control these things." (VG1)</i>
	Necessity of training	<i>"I only would like to say that training is very much needed for nurses..." (VS2)</i>
	Training quality	<i>"We are going to the training as we would like to improve our competence, but we should officially question what we are receiving during this training." (PS4)</i>
Communications between PHC team members	Communication as a tool to transmit work-related information	<i>"Since we [GPs and CNs] are working in separate offices, communication is very important [...]. We are referring all the information to the physician [...]. It's time saving for the physician and his consultation." (VS2)</i>
	Communication as friendliness in the working environment	<i>I worked in a private [health centre], but I didn't like working there [...]. There wasn't enough communication..." (VS2)</i>
	Means to optimize communications in a team	<i>"We even have such a local telephone connection [between GP and CN offices]. If there is some question, we press a button and get in contact." (VS2)</i>
	Inner language of team members	<i>"We understand one another in a glance." (PS4)</i>
	Difficulties in mutual communication	<i>"They [CNs] react very sensitively [...], even when you are talking very amiably [...]. You see that she feels offended... somehow offended." (VG1)</i>
	Communication strategies	<i>"I have heard about, when a physician who was close to the patient snapped out to the nurse everything he is thinking and... and had done this so awfully." (VS5)</i>

Table 3. Continued

Themes	Categories	Quotations
Organisa- tional back- ground for teamwork	Synchronization of compensation policies for team members	<i>Our nurses have a fixed salary, so, the less patients I have, the happier she is, since she can sit and look through a window.” (VG1)</i>
	Workplace of team members	<i>“We do not have where to let them [CNs] sit down normally so we cannot ask them to perform tasks independently. It’s really so – there is no place to sit down.” (VG5)</i>
	Appropriate time for handling procedures	<i>“There should be some regulation on how many patients a physician can consult each day. Not how much he is consulting, but how much he should consult not losing quality.” (VG1)</i>
	Regulation of patient flows	<i>“When, instead of 12 patients with an appointment, 30 or even more come, this simply puts out of kilter all work in a team.” (VG1)</i>
	Work in stable districts	<i>“You feel pleased when you are going to your own district; you know all the tasks [...]. It’s very important those many years to work in one place.” (PS4)</i>
	Introduction of innovations	<i>“Everything is on an electronic record system – if you had it, you wouldn’t need to rewrite information in referrals, recipes, etc...” (PG3)</i>
	Response to the needs of personnel	<i>- “We do not have an official time for lunch...” - “We have 15 minutes but, during this time, we take patients without appointments.” (PG3)</i>
	Training of personnel	<i>We have training in our institution, lectures on how to communicate with patients [...]. This is needed very much.” (VG1)</i>
	Team building initiatives	<i>“In the beginning [of institution’s activity] we had a lot of training on team work... at that time this seemed stupid and incomprehensible, but now it seems that it was worthy, this turned our heads in other direction. I mean, some understanding emerges...” (VG1)</i>
	Involvement of all personnel in non-clinical activity	<i>“All of us – doctors and nurses – were involved in preparation of office rules [...] We had to go through the legal acts and prepare internal policies. We were not happy about that, but after that we knew each other better.” (PS4)</i>
	Best practice exchanges with other institutions	<i>“The heads of health care institutions should sit together and decide [...] how to improve things [...]. Now they are only competing with each other.” (VS2)</i>

***Experiences of teamwork of family physicians and nurses:
relation of sociodemographic indicators to quantitative study
questions***

The study included 164 family doctors and 180 community nurses (a total of 344 participants) (Table 4). The average age was 49 years (standard deviation (SD) 11.4), where the youngest participant was 24 years old and the oldest was 76 years old. The average length of service was 18.8 years (SD 11.4; Min 0.9 – Max 57 years). More than half (60.2%) of the study participants were from public health care institutions, 33.4% were from private, and 6.4% respondents indicated they were working in private and public institutions at the same time.

Table 4. Socio-demographic data of study participants

		Total, n (%)	Participants		p-value*
			Family physician, n (%)	Nurse, n (%)	
Study participants		344 (100)	164 (47.7)	180 (52.3)	–
Sex	Women	331 (96.2)	151 (92.1)	180 (100)	<0.001
	Men	13 (3.8)	13 (7.9)	0 (0.0)	
Age	50 years and less	173 (52.7)	76 (49)	97 (56.1)	0.202
	More than 50 years	155 (47.3)	79 (51)	76 (43.9)	
Workload	Part time	89 (26.2)	56 (34.4)	33 (18.6)	0.004
	Full time	200 (58.8)	85 (52.1)	115 (65)	
	More than full time	51 (15)	22 (13.5)	29 (16.4)	
Work experience	15 years and less	175 (52.7)	127 (79.9)	48 (27.7)	<0.001
	More than 15 years	157 (47.3)	32 (20.1)	125 (72.3)	
Type of institution	Public	207 (60.2)	98 (59.8)	109 (60.6)	0.242
	Private	115 (33.4)	59 (36.0)	56 (31.1)	
	Public and private	22 (6.4)	7 (4.3)	15 (8.3)	
A nurse is working in a cabinet with a doctor	Yes	119 (35.5)	60 (37.0)	59 (34.1)	0.575
	No	216 (64.5)	102 (63.0)	114 (65.9)	
Nurse is working with a particular doctor (Only nurses answered this question)	Yes	108 (60.7)	–	108 (60.7)	–
	No	70 (39.3)	–	70 (39.3)	
Number of subscribed patients	Up to 1200	117 (43.8)	74 (48.1)	43 (38.1)	0.104
	1201 and more	150 (56.2)	80 (51.9)	70 (61.9)	

*Statistically significant differences when $p < 0.05$

Separate question groups were analyzed to find links to sociodemographic indicators. There are the following links between socio-demographic indicators and the groups of questions: structure and leadership of the primary health care team; competence of team members; team members synergy and communication; organizational peculiarities of teamwork; functions and responsibilities.

Structure and leadership of the primary health care team. This segment was evaluated positively, although statistically significant is the response that the doctors less often than nurses agreed that the team had their own leader (71% and 84.9% respectively; $p = 0.007$). Half of the survey participants (50.3%) said that their teams were dominated by hierarchical relationships. It is also statistically significant that the nurses were more likely to agree that the team had their own leader in comparison to family doctors (84.9% and 71% respectively; $p = 0.007$).

Competencies of team members. The participants of the study agreed that the team members are competent to perform their own functions (78.5%). However, only less than half of the participants indicated that the team competencies are controlled (46.1%). It is statistically significant that doctors less often than nurses agreed with the latter statement (36.9% vs 54.6%; $p = 0.005$). It is statistically significant that the respondents with more than 15 years of work experience more often agreed with the team's control over team members' competencies when compared to those with a lower length of work experience (55% vs 39.7%, respectively). Older participants (50 years of age and older) less often supported the assertion that team members are competent to perform their functions in comparison to the participants who were younger than 50 years (74% and 83.8% respectively; $p = 0.021$).

Team members synergy and communication. The study participants indicated that team members were united (64.8%), and three-quarters of respondents indicated that team members were united by a common goal and a common approach to work (78.5%). The latter statement was more statistically significant among nurses than family doctors (83.2% vs 73.5%; $p = 0.02$). More than half of the participants (64.8%) indicated motivation to work, but there was a statistically significant difference between the views of nurses and family doctors on this issue: the majority of nurses agreed with this statement compared to doctors (69.3% vs 53.7% respectively; $p = 0.002$). Three-quarters of the survey participants agreed that team members respect each other (74.8%). However, part of the participants disagreed with this statement: the study participants who worked in private institutions when compared to participants working in public institutions and at the same time private and public institution workers (81.4% vs 69.6% vs 90%; $p = 0.018$); participants under 50 years of age compared to older ones (80.6% and 70.2%;

$p = 0.021$); nurses who do not work with a particular physician when compared to ones that work with a particular doctor (86.8% vs 67%; $p = 0.002$).

Organizational peculiarities of teamwork. A quarter (26%) of the survey participants agreed with the statement that the salary of team members depends on the intensity of their activities. Doctors were more statistically significant than nurses to support this statement (31.5% and 20.8%, respectively, $p = 0.018$). Less than half of the participants (42.9%) agreed with the statement that the institution considers the needs of the team members. The more favorable position of the research participants on this issue was related to: younger age (51.9% 50 years and under vs 36.3% over 50 years old; $p < 0.01$); shorter work experience (47.7% working 15 years and less vs 36.2% working for more than 15 years; $p < 0.05$); with a smaller number of registered patients (47.4% with up to 1200 patients vs 34.5% having 1201 or more; $p < 0.05$); Work in a private institution (63.4% working in a private institution vs 31.3% working in a public institution vs 45% working in both public and private institutions; $p < 0.001$).

Functions and responsibilities. More than a half of family doctors and nurses positively evaluated the function distribution segment: noted that the functions are differentiated (71.8%) and performed according to their respective positions (69.5%), and also stated that team member's functions are clear (70.5%) and documented (66%). More than half of family doctors and nurses have indicated that they have to carry out the functions of other team members (54.5%) or some team members tell others what they have to do (56.7%). The latter statement was more favorably statistically significant among study participants with less than 1,200 patients prescribed, compared to those with more than 1200 prescribed patients (64.3% vs 51.7%; $p < 0.027$) and family doctors and nurses working together in the room (64.9% vs 53.5% respectively; $p = 0.03$).

***Collaboration between family physicians and nurses:
meaning of explicit functions in a team***

Family physicians and community nurses answered questions regarding explicit functions very similarly, except for the question “team members’ activities are differentiated” (77.2% physicians vs 66.7% nurses, $p < 0.05$) (Table 5). More than two-thirds (70.5%) of the survey participants said there was a clear role for PHC team members and their compliance in practice. A similar number of participants indicated that the functions of the team members were documented (66%). More than half of the respondents indicated that the team members’ functions overlapped (54.6%). Following the application of data analysis on these issues, the research participants'

answers were divided into two groups: study participants with explicit functions (EF respondents) (n = 183; 54.6%) and non-explicit functions (NF respondents) (n = 152, 45.4%).

In the next step of the analysis the relations were identified between the explicitness of functions and: the perception of a team environment; compliance of organization and individual goals; organizational environment; professional autonomy; professional recognition; perception of burnout.

Table 5. Study participants positive agreements to the statements related to the explicitness of team members' roles ("agree" and "totally agree" counted together)

Statement	Family physician, n (%)	Community nurse, n (%)	Total, n (%)
The activities of team members are differentiated	125 (77.2)	114 (66.7)	239 (71.8)
Each member of the team has his/her own clear functions	112 (69.1)	125 (71.8)	237 (70.5)
All members of a team accomplish their functions according to their job descriptions	109 (67.3)	126 (71.6)	235 (69.5)
Team members often have to perform the functions of other team members	87 (53.7)	96 (55.2)	183 (54.6)
The performed activity of all team members is recorded	102 (63.0)	121 (68.8)	223 (66.0)

Perception of a team environment. The functions of the clear team members were related to a more positive perception of the team environment (Table 6). Compared to the NF group, the EF respondents were statistically significant more likely to agree that their team is united by common goals and a common approach to work (93.4% vs 60.5%, respectively; $p < 0.001$). EF respondents more often than NF respondents indicated that their team members communicated effectively with each other (81.6% vs 48.1%; $p < 0.001$), respect each other (91.8% vs 54.2%; $p < 0.001$) and trust each other (65.3% vs 46.4%; $p < 0.05$). Associations between explicitness of functions and perception of the team environment were similar in the groups of doctors and nurses.

Compliance of organization and individual goals. Compliance between the organizations' and the individual goals was more frequently observed in groups of participants with EF functions (Table 6.). EF respondents more often agreed that the organization is committed to quality (68.0% vs 43.7%; $p < 0.05$), more often noted individual values (51.1% vs 35.1%; $p < 0.05$) and career goals (47.5% vs 27.3%; $p < 0.05$) for organizational values and goals compared to NF respondents.

Organizational environment. EF respondents more positively evaluated aspects of the organizational environment than NF respondents (Table 6). Although trends were similar in the groups of family doctors and community nurses, statistically significant differences emerged only in the group of nurses while evaluating the fairness of resource allocation, the influence of administration decisions and the possibility of using an effective appeal procedure. It was statistically significant that EF participants more often agreed that the administration assessed all employees fairly when comparing to NF respondents (32.4% vs 21.6%; $p < 0.05$).

Professional autonomy. The clarity of the functions in the team was directly related to the more pronounced professional autonomy, but the statistically significant differences were revealed only in the group of nurses (Table 6). A group of EF nurses more often than their NF colleagues agreed that they control their own work (74.4% and 50.6%; $p < 0.001$), influence decisions related to their work (39.1% and 22.8%; $p < 0.05$) and had enough time to do what is important for their work (63.4% and 43.9%; $p < 0.05$).

Professional recognition. The explicitness of the functions was related to the positive attitude of the research participants towards professional recognition. It is statistically significant that the EF respondents in comparison to NF respondents less frequently agreed that they were not evaluated for all the works they had contributed (29.9% and 46.0%; $p < 0.05$) and that their efforts often remained unnoticed (21.9% vs 40.4%; $p < 0.05$) (Table 6).

Perception of burnout. The clarity of the functions was statistically significant when related to the perception of burnout of the study participants. Although the tendencies in the group of family doctors and community nurses were similar (except for the attribute “I feel burnt out of my work”), statistically significant differences only emerged in the group of nurses. EF respondents compared with NF respondents statistically significantly were less likely to feel a decrease in enthusiasm (8.8% vs 30.8%; $p < 0.001$), morning fatigue before work (17.4% vs 42.9%; $p < 0.05$) or burnout from work (12.2% and 32.9%; $p < 0.05$) (Table 6).

Table 6. Study of participants' positive agreement to statements according to their perception of explicit or non-explicit functions („agree“ and „totally agree“ counted together)

Statement	Family physician (%)		Community nurse (%)		Total (%)	
	Explicit functions	Non-explicit functions	Explicit functions	Non-explicit functions	Explicit functions	Non-explicit functions
Perception of team environment						
Team is united by common goals and common approach to work	92.2	50***	94.6	70***	93.4	60.5***
Team members respect each other	88.9	56.3***	94.7	52.4***	91.8	54.2***
Team members communicate successfully between each other	80.22	40.85***	82.98	54.22***	81.6	48.1***
Members of my work group cooperate with one another	70.9	50**	78.9	61*	75	56***
People trust one another to fulfill their roles	60.5	44.3	70.0*	48.1*	65.3*	46.4*
Compliance of organizational and individual orientations						
My values and the Organization's values are alike	59.1*	35.2*	43.3	35.0	51.1*	35.1*
My personal career goals are consistent with the Organization's stated goals	47.2	32.9	47.8*	22.5*	47.5*	27.3*
The Organization is committed to quality	67.0*	45.1*	68.9*	42.5*	68.0*	43.7*
Perception of organizational environment						
Resources are allocated fairly here	29.1	18.8	31.1*	10.0*	30.1*	14.1*
Management treats all employees fairly	32.6	23.9	32.2	19.5	32.4*	21.6*
I can influence management to obtain the equipment and space I need for my work.	25.3	24.3	23.7*	11.3*	24.4	17.3
There are effective appeal procedures available when I question the fairness of a decision	27.3	17.1	27.4*	9.1*	27.3*	12.9*

Table 6. Continued

Statement	Family physician (%)		Community nurse (%)		Total (%)	
	Explicit functions	Non-explicit functions	Explicit functions	Non-explicit functions	Explicit functions	Non-explicit functions
Perception of professional autonomy						
I have enough time to do what's important in my job.	38.2	32.9	63.4	43.9*	51.1	38.8*
I have control over how I do my work	72.4	60	74.4**	50.6	73.4	55***
I have influence in the decisions affecting my work.	60.2	54.3	39.1	22.8*	49.4	37.6*
Perception of professional recognition						
I do not get recognized for all the things I contribute	26.4*	44.3*	33.3	47.5	29.9*	46.0*
My efforts usually go unnoticed	18.2*	39.1*	25.6*	41.5*	21.9*	40.4*
Burnout perception						
I have become less enthusiastic about my work.	19.1	20.3	8.8	30.8***	13.9	25.9**
I feel tired when I get up in the morning and have to face another day on the job	34.8	38.6	17.4*	42.9*	26.0*	40.9*
I feel burned out from my work.	28.9	28.6	12.2*	32.9*	20.6*	30.9*

Statistically significant differences when *p<0.05, ** p<0.01, ***p<0.001.

Creation of a scale for evaluating family physicians and community nurses collaboration in primary health care

Feasibility of COPAN scale. In the first step of assessing the reliability of the survey instrument, a preliminary analysis of the distribution of each item and total score was conducted (Table 7). Of the 337 responses, all statements were assessed by 288 (85.5%) respondents. All but one statement were answered by 29 (8.6%) respondents and 20 (5.9%) did not answer 2 to 8 items. Those missing values were replaced by the average values calculated from the answered statements. For the whole scale, the mean score of the items was 3.47 and ranged from 2.56 (SD 0.97) to 4.08 (SD 0.77), indicating that more respondents were likely to agree than disagree with the statements of the scale. The total score of respondents' answers ranged from 50 to 132. No floor or ceiling effects were identified for the whole scale. For each item, Item-total correlation and Cronbach's alpha were calculated with the item deleted from the scale. Of the 27 items, only three (items 3, 11 and 15) were found to have poor characteristics (minimal correlation and minimal decrease

of alpha if the item was deleted). Given that the removal of these three items would minimally change reliability, all 27 items in the instrument were retained for the EFA.

Exploratory Factor Analysis. The EFA, which was applied for the initial COPAN scale with 27 items, revealed five factors with an eigenvalue greater than 1 (9.60, 2.41, 1.754, 1.26 and 1.141). The appropriateness of data for this model of factors (COPAN-5) evaluated by KMO measure of sampling adequacy (0.918) and Bartlett's test of sphericity ($p < 0.001$) may be characterized as excellent. The COPAN-5 accounted for 59.8% of the total variance. Table 13.7 presents the factor structure of the COPAN-5 scale. The estimated loadings indicated that the first component combined 12 items and accounted for at least 35.55% of the total variance. The maximal loading (0.81) was found for the item 6 "Team members are unanimous". The remaining 11 items had also high loadings of the first component; there were no items which had factor loadings greater than 0.30 on more than one factor. We interpreted this group of items as a factor of "Goal Oriented Team Synergy" (Factor S). The second component combined 6 items distinguished by high loadings (from 0.77 to 0.52) of the second component. Except the item 27 "*Team members have the opportunity to share their experiences with colleagues from different institutions*", there were no items which had factor loadings greater than 0.30 on more than one factor. These items were related with the organizational aspects at the institution. Therefore, this component was named as a factor of "Organizational Background for Teamwork" (Factor O). The third component combined 4 items with loadings ranged from 0.81 to 0.57. These items were related to competence building and assessment within organization. Eventually this component was named as a factor of "Competence" (Factor C). The fourth component combined 3 items: 3, 4 and 1 with loadings 0.72, 0.68 and 0.62 respectively. The items 1 and 4 had relatively high factor loadings (0.36) on Factor S, but these values did not reach the critical value of 0.4. The identified component was named as a factor of "Team Structure and Leadership" (Factor L). The last fifth component combined only 2 items (15 and 11, both reverse-scored in analysis) with loadings above 0.6. The statements were related with delegation and diffusion of functions in a team, thus it was named as a factor of "Diffusion of Functions" (Factor D). Among all selected components, the rotated sum of squared loadings (Eigen value) of this component was the smallest (1.14) that indicated the potential of removal of this component (items 11 and 15) in further analyses.

Table 7. Factor loadings of the Explanatory Factor Analysis (Principal Component Analysis with Varimax Rotation) with all 27 items of COPAN-5^a

Factor name and items		Loadings of Component				
		1	2	3	4	5
Goal Oriented Team Synergy (Factor S)						
6	Team members are unanimous	0.81	0.11	0.13	0.08	0.15
5	Team is united by common goals and common approach to work	0.79	0.12	0.13	0.22	0.16
7	Team members respect each other	0.79	0.18	-0.03	-0.02	0.10
8	All members of a team feel the motivation to work	0.73	0.18	0.17	-0.03	-0.08
10	Each member of the team has his own clear functions	0.73	0.19	0.17	0.14	0.01
2	Team is based on partnership relations	0.70	0.10	0.16	0.34	0.19
13	Each member of a team knows the professional boundaries of his responsibility	0.69	0.17	0.28	0.14	-0.10
12	Each member of a team is responsible for his own work	0.68	0.26	0.18	0.15	-0.20
14	All members of a team accomplish their functions according to their job descriptions	0.68	0.27	0.18	-0.03	-0.07
9	The activities of team members are differentiated	0.68	0.15	0.01	0.20	-0.05
21	Team members communicate successfully between each other	0.67	0.26	0.09	0.04	-0.03
16	Each member of a team is competent to accomplish his functions	0.64	0.06	0.24	-0.02	-0.19
Organizational Background for Teamwork (Factor O)						
24	Institution considers the needs of team members	0.25	0.77	0.12	0.12	0.16
23	The patient flows are managed in the institution	0.14	0.74	0.10	0.09	-0.05
22	Innovations are being implemented at the institution that have positive effects on teamwork	0.23	0.67	0.24	0.14	0.15
20	Team members have enough time to assure the quality when performing the procedures	0.21	0.67	0.11	-0.03	-0.01
27	Team members have the opportunity to share their experiences with colleagues from different institutions	0.18	0.52	0.49	0.08	0.11
18	The salary of each team member depends on the intensity of his particular activity	0.17	0.52	0.21	-0.19	-0.14

Table 7. Continued

Factor name and items		Loadings of Component				
		1	2	3	4	5
Competence (Factor C)						
26	The institution provides trainings that are attended by all of the team members	0.10	0.23	0.81	0.07	0.09
25	Institution provides the training of teamwork	0.15	0.35	0.77	0.07	0.09
17	Institution continuously controls competency of team members	0.24	0.20	0.64	0.02	-0.27
19	The performed activity of all team members is being recorded	0.36	-0.00	0.57	0.13	-0.18
Team Structure and Leadership (Factor L)						
3	Team has a clear structure of hierarchy	-0.07	0.01	-0.03	0.72	-0.34
4	Team has its own leader	0.36	0.14	0.16	0.68	-0.11
1	It is clear known which employees form a team	0.36	0.01	0.16	0.62	0.18
Diffusion of Functions (Factor D)						
11	Some team members indicate to others what activities they have to perform	-0.20	-0.08	-0.05	-0.09	0.69
15	Team members often have to perform the functions of other team members	0.17	0.20	-0.02	-0.08	0.64
Rotation Sums of Squared Loadings		25.81%	12.04%	10.16%	6.5%	5.3%

^a KMO 0.918; BTS $p < 0.001$; Total Variance Explained 59.9%; Loadings from the Rotated Component Matrix are sorted in descending order of absolute values. The terms in bold indicate the main loadings for corresponding factors.

Confirmatory Factor Analysis (CFA). In order to assess the dimensionality (construct validity) of the COPAN-5 scale we conducted CFA on the models with different number of factors checking them for model fit. In addition, several models were optimized by removal of items from the subscales. Standardized estimates for the CFA models and their model fit estimations are provided in Table 8. Here Standardized Regression Weights (SRW) can be regarded as factor loadings and Squared Multiple Correlations represent item reliabilities (the proportion of item variance explained by the factor or latent variable).

Table 8. *Confirmatory Factor Analysis Results for Different Number of Factors and Item Structures: Estimations and Model Fit*

Factor (Latent variable)	Item ^a (Observed Variable)	5-Factor 27-Item (COPAN-5)		4-Factor 24-Item (COPAN-4)		3-Factor 13-Item (Optimized COPAN-3)		2-Factor 13-Item (Optimized COPAN-2)	
		SRW	SMC	SRW	SMC	SRW	SMC	SRW	SMC
Goal Oriented Team Synergy (Factor S)	2	0.88	0.77	0.76	0.58	0.75	0.57	0.76	0.57
	5	0.92	0.85	0.83	0.69	0.86	0.75	0.86	0.74
	6	0.91	0.83	0.81	0.66	0.88	0.77	0.86	0.75
	7	0.88	0.77	0.75	0.57	0.81	0.66	0.81	0.65
	8	0.87	0.75	0.73	0.54	0.73	0.53	0.74	0.54
	9	0.82	0.67	0.67	0.45				
	10	0.88	0.78	0.76	0.58	0.69	0.48	0.71	0.50
	12	0.87	0.75	0.73	0.54			0.66	0.43
	13	0.87	0.76	0.74	0.55				
	14	0.84	0.71	0.70	0.49				
	16	0.78	0.61	0.61	0.38				
21	0.85	0.73	0.68	0.46	0.66	0.43	0.67	0.45	
Organizational Background for Teamwork (Factor O)	18	0.69	0.47	0.48	0.23				
	20	0.75	0.56	0.60	0.35	0.59	0.35	0.58	0.34
	22	0.86	0.74	0.74	0.55	0.76	0.57	0.75	0.56
	23	0.78	0.61	0.64	0.41	0.64	0.41	0.64	0.41
	24	0.89	0.79	0.79	0.62	0.82	0.67	0.83	0.69
27	0.81	0.66	0.68	0.46			0.63	0.40	
Competence (Factor C)	17	0.83	0.68	0.61	0.37				
	19	0.69	0.47	0.51	0.26				
	25	0.91	0.82	0.84	0.71	0.90	0.82		
	26	0.87	0.76	0.79	0.62	0.77	0.59		
Team Structure and Leadership (Factor L)	1	0.71	0.50	0.60	0.37				
	3	0.51	0.26						
	4	0.94	0.88	0.66	0.43				
Diffusion of Functions (Factor D)	11	0.73	0.54						
	15	0.69	0.47						
Model Fit Indices	TLI	0.75		0.84		0.96*		0.95*	
	CFI	0.78		0.86		0.97*		0.96*	
	RMSEA	0.10		0.09		0.06*		0.06*	
	(90% CI)	(0.09–0.10)		(0.08–0.09)		(0.05–0.07)		(0.05–0.08)	

Abbreviations: SRW – Standardized Regression Weight; SMC – Squared Multiple Correlation; TLI – Tucker-Lewis Fit Index; CFI – Comparative Fit Index; RMSEA – Root Mean Square Error of Approximation; CI – Confidence Interval. ^a Item description is provided in Table 2; * Value that meets Model Fit criterion.

Internal consistency reliability. For the whole 27-item scale, both indicators (average inter-item correlation and Cronbach's alpha) were found providing an adequate level of internal consistency. Composite reliabilities for each of the factors (subscales) were derived too. The subscale of the “Goal Oriented Team Synergy” (Factor S), which consisted of 12 items, had excellent reliability evaluated both by Cronbach's alpha (0.93) and average inter-item correlation (0.54). The alpha and average inter correlation for “Organizational Background for Teamwork” (Factor O) 6-item subscale was also good (0.82 and 0.42, respectively). The values of internal consistency reliability for “Competence” factor were also acceptable. For the 2 remaining factors that were associated with only 2 or 3 items expanding the number of items might have enhanced internal consistency reliability as it was demonstrated by Cronbach's alpha corrected.

Synergy, Organizational and Competence Factors relation with Understanding of work Environmental and Professional Burnout

The short versions COPAN-3 and COPAN-2 showed good psychometric features, so a more detailed analysis of the relations between the factors in the work environment organization and the burnout perception features was completed. COPAN-3 instrument with three factors was selected due to its' higher factor count.

The relations between COPAN scale factors and questions reflecting the work environment in the organization and burnout were identified (Table 9). Higher estimates of the organizational component (Factor O), Team Synergy (Factor S) and Competencies (Factor C) were statistically significantly related to a more favorable assessment of the teamwork environment and organizational (administrative) work environment, more expressed professional autonomy, professional recognition and compliance of organization and individual goals, time constraint and professional burnout. The data are presented in Table 9.

Teamwork environment. Study participants who rated the organizational component more positively expressed a more favorable attitude towards team perception (Table 9). The participants of the study who collected high organizational component estimates compared with their colleagues who received lower estimates were statistically significantly more likely to cooperate with each other (72.7% vs 60.1% respectively; $p = 0.016$) and openly communicate in teams (respectively 52.7% vs 39.9%; $p = 0.021$). Better assessment of competence factor was statistically significantly related with more positive team communication assessment (52.1%). The research participants with a high competence rating more often agreed that the team

communicated openly comparing to their colleagues with a lower rating of competence (52.1% vs 40.4% $p = 0.035$). The higher synergy factor estimates were also statistically significant for the organizational work component of the institution. The more pronounced synergy had a statistically significant link with better team confidence: the participants who had better synergy in the team were more likely to trust their colleagues when comparing to their team members who had lower synergy (68.6% vs 42.7% respectively; $p < 0.001$).

Compliance of organization and individual goals. Factor O and Factor S had a statistically significant relationship with all questions in this segment (Table 9). The participants of the study thought that the organization was more committed to quality (69.9% vs 44.1% respectively; $p < 0.001$), and agreed that their values coincide with the values of the organization (58.1% vs 29.4% respectively; $p < 0.001$) compared to colleagues lower rate of organizational component. Higher synergy estimates were also statistically significantly related to a more positive view of the survey participants in all of the segment's questions. The participants of the study favored the assessment of the organisation's commitment to quality in comparison with their colleagues with poorer competence assessment (50.3% vs 63.5% respectively; $p = 0.016$).

Organizational (administrative) work environment. The participants of the study were more likely to influence the administration of the institution in terms of equipment or workspace decisions (30.8% vs 11.3%, respectively; $p < 0.001$), more often supported the assertion that the allocation of resources in the institution is correct (30.7% vs 14.6%; $p < 0.001$) and the evaluation of employees in the institution is correct (38.7% vs 15.7% respectively; $p < 0.001$) (Table 9). A favorable opinion on the correct assessment of employees and a fair allocation of resources within the institution was statistically significant with higher estimates of the synergy factor. High competency factor estimates were statistically significantly related to a more positive attitude on the possibility to influence the administration when in need for equipment or space work when compared to lower competency estimates (respectively 25.6% vs 16.7%; $p < 0.05$).

Professional autonomy. The higher estimates of all three factors – O, S and C – were statistically significant for the more favorable opinion of the study participants on the control of their performance. The participants with higher evaluation of factor O more often supported the statement that they have professional autonomy compared to colleagues with lower factor O evaluation (41.1% vs 28.8% respectively; $p = 0.019$). Analogous tendency also emerged with factor S – better synergy was related with more positive team value perception (42% vs 27% respectively; $p = 0.004$) (Table 9).

Time constraint. The questions in this segment were related to factor O and factor S (Table 9). It is statistically significant that the participants more often stated that they did not have enough time to do their job in lower S and lower O factor groups (factor O: 33.1% vs 22.4%; $p = 0.029$; factor S: 33.1% vs 22.7%; $p = 0.035$), as well as having their work and personal interests left behind (factor O: 59.6% vs 46.7% respectively; $p = 0.019$, factor S: 58.8% vs 48%, $p = 0.05$) (Table 9).

Professional recognition. Factor S and Factor O were statistically significant for both questions in this segment. The participants statistically significantly more often agreed that their efforts remained unnoticed in lower S and lower O groups (respectively factor O: 36.3% vs 24.7%; 20.5%; $p = 0.001$) as well as being not evaluated for all the work they contributed (respectively factor O: 54.1% vs 21.7%; $p=0.001$; factor S: 45% vs 31%; $p=0.009$) (Table 9).

Perception of burnout. This segment had statistically significant relations with all three factors (Table 9). The lower rating of all three factors were statistically significantly related with the perception of professional burnout. Lower ratings in factor O and S were related to morning fatigue when comparing to higher S and O ratings related to this question (respectively factor O: 40.5% vs 24.9%; $p = 0.002$; factor S: 42.2% vs 24.3%; $p = 0.001$). Participants with lower rates in factor S and C statistically significantly more often agreed with the statement that their enthusiasm for work had decreased compared to their peers who had scored better in factor S and C (respectively factor S: 25% vs 14.7%; $p = 0.019$; factor C: 25% vs 14.2%; $p = 0.014$).

Table 9. Positive study participants' responses (together counted "agree" and "totally agree") of questions about team environment and their distribution in factor O, factor S and factor C groups

	Factor O		Factor S		Factor C	
	Organisational component	Goal oriented team synergy	Competencies	Competencies	p-value	p-value
	<i>The organizational basis for teamwork is less appreciated</i>	<i>The organizational basis for teamwork is better appreciated</i>	<i>Synergy between team members is less appreciated</i>	<i>Synergy between team members is better appreciated</i>	<i>Competencies are less appreciated</i>	<i>Competencies are more appreciated</i>
Teamwork environment						
People trust one another to fulfil their roles	82 (51.6)	102 (61.4)	64 (42.7)	120 (68.6)	85 (54.1)	99 (58.9)
The members of my working group communicate openly with each other	63 (39.9)	88 (52.7)	51 (33.8)	100 (57.5)	63 (40.4)	88 (52.1)
I am a member of a peer support team	61 (39.4)	81 (50.6)	50 (34)	92 (54.8)	63 (41.2)	79 (48.8)
The members of my working group cooperate with each other	95 (60.1)	120 (72.7)	82 (55)	133 (76.4)	103 (66.5)	112 (66.7)
Compliance of organization and individual goals						
My values and the values of the organization are similar	47 (29.4)	97 (58.1)	58 (38.2)	86 (49.1)	64 (41)	80 (46.8)
My personal career goals are in line with the goals of the organization	44 (27.5)	82 (49.1)	47 (31.1)	79 (44.9)	55 (35.3)	71 (41.5)
The organization is committed to quality	71 (44.1)	116 (69.9)	71 (47)	116 (65.9)	79 (50.3)	108 (63.5)
Organizational (administrative) work environment						
I can influence the administration of the institution, if necessary, for work on equipment or space	18 (11.3)	52 (30.8)	27 (17.9)	43 (24.3)	26 (16.7)	44 (25.6)
In my organization, resources are distributed correctly	23 (14.6)	51 (30.7)	22 (14.8)	52 (29.9)	32 (20.6)	42 (25)
If I have doubts about the correctness of the decision made, I can use an effective appeal procedure	22 (13.8)	44 (27.8)	19 (13)	47 (27.5)	33 (21.3)	33 (20.4)

Table 9. Continued

	Factor O		Factor S		Factor C				
	Organisational component	Goal oriented team synergy	Competencies	Competencies	p-value	p-value			
	<i>The organizational basis for teamwork is less appreciated</i>	<i>The organizational basis for teamwork is better appreciated</i>	<i>Competencies are less appreciated</i>	<i>Competencies are more appreciated</i>					
Administration evaluates all employees correctly	24 (14.9)	65 (38.7)	0.001	24 (15.7)	65 (36.9)	0.001	41 (25.9)	48 (28.1)	0.665
Professional autonomy									
I have professional autonomy in my work	46 (28.8)	69 (41.1)	0.019	41 (27)	74 (42)	0.004	55 (35)	60 (35.1)	0.992
I control how to do my job	95 (59.7)	118 (70.7)	0.039	88 (57.9)	125 (71.8)	0.008	91 (58)	122 (72.2)	0.007
I influence decisions related to my work	63 (39.4)	82 (49.1)	0.077	52 (34.4)	93 (52.8)	0.001	69 (43.9)	76 (44.7)	0.891
Time constraints									
I have no time for the work I have to do	53 (33.1)	38 (22.4)	0.029	51 (33.1)	40 (22.7)	0.035	47 (29.6)	44 (25.7)	0.437
I have so many jobs that keep my personal interests away	96 (59.6)	79 (46.7)	0.019	90 (58.8)	85 (48)	0.05	80 (50.3)	95 (55.6)	0.340
Professional recognition									
My efforts often go unnoticed	58 (36.3)	41 (24.7)	0.023	63 (42)	36 (20.5)	0.001	47 (29.9)	52 (30.8)	0.870
I am not appreciated for all the work I contribute to	86 (54.1)	36 (21.7)	0.001	68 (45)	54 (31)	0.009	63 (40.4)	59 (34.9)	0.309
Burnout perception									
My enthusiasm at work has decreased	35 (22)	28 (16.9)	0.241	37 (25)	26 (14.7)	0.019	39 (25)	24 (14.2)	0.014
I feel tired when I got up in the morning before work	66 (40.5)	42 (24.9)	0.002	65 (42.2)	43 (24.2)	0.001	57 (35.8)	51 (29.5)	0.216
I feel burned out of my work	52 (32.7)	31 (18.5)	0.003	48 (31.8)	35 (19.9)	0.014	48 (30.4)	35 (20.7)	0.045

Differences are statistically significant when $p < 0.05$. Data presented n (%).

Conclusions

1. The study identified key elements of PHC teamwork from the viewpoint of family doctors and nurses: internal factors (team synergy; team communication; competencies of team members) and external factors (clearly defined functions and responsibilities of team members; organisational component).
2. This study has shown that the newly developed scale „*Collaboration between Physicians and Nurses in Primary Health Care Teams*“ is a reliable tool for the assessment of family doctors and nurses teamwork in PHC. Short versions (COPAN-2 and COPAN-3) have good psychometric qualities to be applied in practice. Five key factors have been identified: Goal-oriented team synergy (Factor S); Organizational component for teamwork (Factor O); Competencies (Factor C); Team structure and leadership (Factor L); Diffusion of Functions (Factor D). This scale has the potential to become an for PHC teamwork assessment. These scales can be used as simple and easy-to-use tools for the evaluation of teamwork in PHC context.
3. The results of the research show that the potential for teamwork improvement in primary health care lies in the development of internal and external elements of teamwork, with a specific focus on improving synergy, organizational component and competencies. Officially determined explicit team members functions, competencies, guidelines (in particular for community nurses) and teamwork training for team members could ensure a smoother process of teamwork in PHC development by potentially increasing teamwork efficiency and improvement of the healthcare delivery processes.

PRIEDAI

1 priedas

Šeimos gydytojo nuomonė

apie komandinį darbą, bendradarbiavimą ir patiriamą nuovargį

Gerbiamas gydytojau,

Šeimos medicinos institucija Lietuvoje gyvuoja jau dvidešimt metų. Sveikatos priežiūros reforma, organizaciniai pokyčiai, didėjantys pacientų lūkesčiai, darbo krūviai kelia naujus iššūkius pirminės sveikatos priežiūros komandų nariams, nors jų pačių poreikiai neretai ignoruojami.

Šio tyrimo tikslas – ištirti pirminės sveikatos priežiūros komandos narių – šeimos gydytojų ir bendruomenės slaugytojų nuomonę apie jų darbą komandoje, bendradarbiavimą su socialinės paslaugas teikiančiomis institucijomis, apie jų darbo sąlygas bei patiriamą nuovargį darbe.

Maloniai prašome Jūsų atsakyti į žemiau pateiktus anoniminės anketos klausimus. Tyrimo rezultatai bus analizuojami tik apibendrintai ir pagal juos bus rengiami pasiūlymai teisinės bazės tobulinimui dėl darbo pasidalijimo, atsakomybės ir apmokėjimo už teikiamas paslaugas sveikatos ir socialinių paslaugų sektoriuose. Pasiūlymai turės teigiamos įtakos Jūsų kasdieninio darbo organizavimo gerinimui.

Nuoširdžiai dėkojame už bendradarbiavimą ir dalyvavimą tyrime!

1. Kokio pobūdžio įstaigoje dirbate:
 viešojoje sveikatos priežiūros įstaigoje
 privačioje sveikatos priežiūros įstaigoje
 viešojoje ir privačioje sveikatos priežiūros įstaigoje
2. Kokia Jūsų lytis? moteris vyras
3. Jūsų gimimo metai
4. Kiek metų dirbate šeimos gydytoju (prašau įrašykite)
5. Kiek turite prisirašiusių pacientų (prašau įrašykite)
6. Kiek vidutiniškai pacientų Jūs konsultuojate per dieną kabinete (prašau įrašykite)
7. Kiek vidutiniškai pacientų Jūs konsultuojate namuose per savaitę (prašau įrašykite)

8. Koks Jūsų darbo krūvis? iki 1 etato 1 etatas daugiau kaip 1 etatas
9. Ar Jūsų ir bendruomenės slaugytojos darbo vieta yra tame pačiame kabinete? Taip Ne

10. DARBAS KOMANDOJE

Darbas komandoje – pirminės sveikatos priežiūros darbuotojų kasdienybė. Prašytume pagalvoti apie komandą, kuriai jaučiatės priklausantys savo darbovietėje ir, perskaitę žemiau išvardintus teiginius, pasirinkti labiausiai Jums tinkančius atsakymus. Pasirinkite tą atsakymą, kuris dažniausiai atspindi pasitaikančias situacijas.

(Prašytume naudoti žemiau pateiktą skalę pasirenkant atsakymą į pateiktus teiginius)

	Visiškai nesutinku [1]	Nesutinku [2]	Sunkiuspřęsti [3]	Sutinku [4]	Visiškai sutinku [5]
1. Yra aiškiai žinoma, kurie darbuotojai sudaro komandą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Komandoje vyrauja partnerystė grįsti santykiai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Komandoje yra aiški hierarchinė struktūra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Komanda turi savo vadovą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Komandos narius vienija bendri tikslai ir bendras požiūris į darbą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Komandos nariai yra vieningi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Komandos nariai gerbia vienas kitą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Visi komandos nariai jaučia motyvaciją dirbti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Komandos narių veiklos yra diferencijuotos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Kiekvienas komandos narys turi savo aiškias funkcijas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Visiškai nesutinku [1]	Nesutinku [2]	Sunku nuspręsti [3]	Sutinku [4]	Visiškai sutinku [5]
11. Vieni komandos nariai nurodo kitiems komandos nariams ką jie turi atlikti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Kiekvienas komandos narys atsakingas už savo atliekamą veiklą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Kiekvienas komandos narys žino savo atsakomybės ribas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Visi komandos nariai vykdo jiems pagal pareigybes priklausančias funkcijas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Komandos nariams dažnai tenka atlikti kitiems komandos nariams priklausančias funkcijas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Kiekvienas komandos narys yra kompetetingas atlikti jam priklausančias funkcijas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Įstaigoje vykdoma nuolatinė komandos narių kompetencijos kontrolė	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Komandos narių atlyginimas priklauso nuo jų vykdomos veiklos intensyvumo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Visų komandos narių atliekamos funkcijos yra dokumentuojamos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Komandos nariai turi pakankamai laiko kokybiškam procedūrų atlikimui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Komandos nariai efektyviai (sėkmingai, puikiai) bendrauja tarpusavyje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Visiškai nesutinku [1]	Nesutinku [2]	Sunku nuspręsti [3]	Sutinku [4]	Visiškai sutinku [5]
22. Įstaigoje diegiamos inovacijos, palankiai veikiančios darbą komandoje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Įstaigoje valdomi pacientų srautai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Įstaiga atsižvelgia į komandos narių poreikius	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Įstaigoje vykdomi darbo komandoje mokymai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Įstaigoje vykdomi mokymai, kuriuose dalyvauja visi komandos nariai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Komandos nariai turi galimybę pasidalinti savo patirtimi su kolegomis iš kitų įstaigų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. ŠEIMOS GYDYTOJO – BENDRUOMENĖS SLAUGYTOJOS BENDRADARBIAVIMAS¹

Prašome perskaityti žemiau pateiktus teiginius ir nurodyti ar Jūs sutinkate ar ne su pateiktu teiginiu.

(Prašytume naudoti žemiau pateiktą skalę pasirenkant atsakymą į pateiktus teiginius)

Apibraukite Jums tinkamą teiginį, kai:

	Visiškai nesutinku [1]	Nesutinku [2]	Sutinku [3]	Visiškai sutinku [4]
1. Slaugytoja turi būti gydytojo bendradarbė ir kolega, bet ne gydytojo asistentė	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Slaugytojos yra kompetentingos vertinti psichologinius pacientų poreikius ir į juos reaguoti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ © Jefferson Medical College, 2001. All rights reserved. Reprinted by permission from Mohammadreza Hojat.

Apibraukite Jums tinkamą teiginį, kai:

	Visiškai nesutinku [1]	Nesu- tinku [2]	Sutinku [3]	Visiškai sutinku [4]
3. Studijų eigoje medicinos ir slaugos studentai turi būti įtraukiami į komandinę veiklą, kad geriau suprastų savo funkcijas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Slaugytojos turi būti įtrauktos į sprendimų, įtakančių jų darbo sąlygas, priėmimą.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Slaugytojos turi atsiskaityti pacientams apie slaugos paslaugas, kurias jos suteikia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Gydytojo ir slaugytojo atsakomybė persidengia daugelyje sričių	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Slaugytojos yra išskirtinai kompetentingos pacientų mokyme ir konsultavime dėl psichologinių problemų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gydytojas turi būti dominuojantis autoritetas sprendžiant visus sveikatos priežiūros klausimus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Slaugytojos ir gydytojai turi bendradarbiauti priimant sprendimus dėl pacientų išrašymo iš ligoninės	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Pirmaeilė slaugytojos funkcija yra vykdyti gydytojo nurodymus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Slaugytojos turi būti įtraukiamos atliekant sprendimus susijusius su ligoninės „palaikymo, paramos“ paslaugomis, nuo kurių priklauso jų darbas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Slaugytojos taip pat turėtų būti atsakingos už medikamentinio gydymo poveikio stebėseną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Apibraukite Jums tinkamą teiginį, kai:

Visiškai nesutinku [1]	Nesu- tinku [2]	Sutinku [3]	Visiškai sutinku [4]
------------------------------	-----------------------	----------------	----------------------------

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Slaugytojos turėtų išsiaiškinti gydytojo paskyrimus, kai joms atrodo, kad jie gali būti potencialiai žalingi pacientui | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Gydytojai turi būti mokomi, kaip bendradarbiauti su slaugytojomis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Tarpprofesinio gydytojų ir slaugytojų bendravimo pagrindai turėtų būti įtraukti į jų mokymo programas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

BENDRADARBIAVIMAS SU SOCIALINIŲ SEKTORIUMI

Srendžiant pacientų sveikatos priežiūros problemas neretai iškyla socialinių paslaugų poreikis. Žemiau išvardinti klausimai siekia įvertinti sveikatos ir socialinio sektoriaus bendradarbiavimo ypatumus.

12. Ar Jūsų įstaigoje dirba socialinis darbuotojas? Taip
 Ne
 Nežinau
13. Ar įstaiga, kurioje dirbate yra sudariusi sutartį su socialines paslaugas teikiančiomis įstaigomis dėl slaugos ir socialinių paslaugų (ilgalaikės priežiūros paslaugų) bendro teikimo? Taip
 Ne
 Nežinau
14. Ilgalaikės pacientų priežiūros komandą jūsų įstaigoje sudaro (pažymėkite visus teisingus atsakymus)
- Šeimos gydytojas
 - Psichiatras
 - Psichologas
 - Bendruomenės slaugytoja (as)
 - Psichikos sveikatos slaugytoja (as)
 - Socialinis darbuotojas
 - Socialinio darbuotojo padėjėjas
 - Kiti (įrašykite) _____
 - Nežinau

15. Už suteiktų ilgalaikės klientų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę asmeniškai atsako (pažymėkite vieną, teisingiausią atsakymą)
- Gydytojas
 - Slaugytoja
 - Socialinis darbuotojas
 - Slaugytoja ir socialinis darbuotojas
 - Gydytojas ir slaugytoja
 - Gydytojas ir socialinis darbuotojas
 - Kiti (įrašykite) _____
 - Nežinau

16. Bendruomenės slaugytojas, turintis duomenų apie socialinių paslaugų asmeniui (šeimai) poreikį, privalo pirmiausia apie tai informuoti (pažymėkite visus teisingus atsakymus)
- Gydantį šeimos gydytoją
 - Įstaigos administraciją
 - Paciento artimuosius
 - Įstaigos socialinį darbuotoją
 - Gyvenamosios vietos savivaldybę
 - Kiti (įrašykite) _____
 - Nežinau

17. Kaip dažnai Jūsų praktikoje žemiau išvardintų grupių asmenims yra reikalingos socialinės paslaugos	Apibraukite Jums tinkamą teiginį, kai:				
	Niekada [1]	Kartais [2]	Retai [3]	Dažnai [4]	Labai dažnai [5]
Vaikai, likę be tėvų globos ir jų šeimos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialinės rizikos vaikai ir jų šeimos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaikai su negalia ir jų šeimos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senyvo amžiaus asmenys ir jų šeimos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suaugę asmenys su negalia ir jų šeimos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialinės rizikos suaugę asmenys ir jų šeimos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialinės rizikos šeimos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiti asmenys (įrašykite) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Prašytume nurodyti problemas, dėl kurių, Jūsų nuomone, dažniausiai kyla sunkumai bendradarbiaujant su pirminės sveikatos priežiūros darbuotojais.

19. Prašytume pateikti pasiūlymus, kurie, Jūsų nuomone, labiausiai galėtų pagerinti socialinio ir sveikatos priežiūros sektorių bendradarbiavimą.

20. DARBE PATIRIAMAS NUOVARGIS/IŠSEKIMAS²

Žemiau pateikti 16 teiginių atspindintys su darbu susijusias emocijas. Prašytume atidžiai perskaityti kiekvieną teiginį ir nuspręsti ar Jūs kada nors taip jautėtės dėl savo darbo. Jei niekada neturėjote tokių emocijų, savo atsakymą pažymėkite 0 (nulis). Jei kada nors esate taip jautęsi, skalėje nuo 1 iki 6 nurodykite kaip dažnai.

(Prašytume naudoti žemiau pateiktą skalę pasirenkant atsakymą į pateiktus teiginius)

	Nie- kada [0]	Kelis kartus per metus ar rečiau [1]	Kartą per mėnesį ar rečiau [2]	Kelis kartus per mėnesį [3]	Kartą per savaitę [4]	Kelis kartus per savaitę [5]	Kas- dien [6]
1. Aš jaučiuosi emociškai išsekintas savo darbo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Darbo dienos pabaigoje jaučiuosi išsekęs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ryte atsikėlęs jaučiuosi pavargęs prieš dar vieną darbo dieną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

² Ph. D. Maslach Burnout Inventory, Copyright © 1986 by CPP.

	Nie- kada	Kelis kartus per metus ar rečiau	Kartą per mėnesį ar rečiau	Kelis kartus per mėnesį	Kartą per savaitę	Kelis kartus per savaitę	Kas- dien
	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
4. Persitempiu dirbdamas visą dieną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Aš veiksmingai galiu spręsti problemas kylančias mano darbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jaučiuosi perdegęs nuo savo darbo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Aš jaučiu, kad esmingai prisidedu prie to, kas atliekama mano organizacijoje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Man darbas tapo mažiau įdomus nei buvo ką tik pradėjus dirbti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mano entuziazmas darbe sumažėjo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mano nuomone aš gerai atlieku savo darbą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Aš jaučiuosi pralinks-mėjęs kai ką nors įvykdau darbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Aš esu įvykdęs daug vertingų dalykų šiame darbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Aš tiesiog noriu dirbti savo darbą ir kad man „nesuktų“ galvos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nie- kada [0]	Kelis kartus per metus ar rečiau [1]	Kartą per mėnesį ar rečiau [2]	Kelis kartus per mėnesį [3]	Kartą per savaite [4]	Kelis kartus per savaite [5]	Kas- dien [6]
14. Aš tapau kur kas labiau ciniškas dėl to, ar mano darbas duoda bet kokį nors įnašą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Aš abejoju savo darbo reikšmingumu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Savo darbe aš pasitikiu savimi, kad galiu efektyviai vykdyti veiklą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. DARBO APLINKA ORGANIZACIJOJE³

(Prašytume naudoti žemiau pateiktą skalę pasirenkant atsakymą į pateiktus teiginius)

	Visiškai nesutinku [1]	Nesu- tinku [2]	Sunku nuspręsti [3]	Sutinku [4]	Visiškai sutinku [5]
1. Aš neturiu laiko darbui, kurį privalau atlikti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Aš intensyviai dirbu per pastarąjį laikotarpį	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Aš turiu tiek daug darbų, dėl ko mano asmeniniai interesai lieka nuošalyje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Aš turiu pakankamai laiko atlikti tai kas svarbu mano darbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Grįžus namo po darbo dienos, aš palieku savo darbą „už durų“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

³ Areas of Worklife Survey, Copyright © 2006, 2011 by Michael P Leiter & Christina Maslach.

	Visiškai nesutinku [1]	Nesu- tinku [2]	Sunku nuspręsti [3]	Sutinku [4]	Visiškai sutinku [5]
6. Kaip atlikti savo darbą kontroliuoju aš	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Aš galiu įtakoti įstaigos administraciją prireikus įrangos ar erdvės darbui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Savo darbe aš turiu profesinę autonomiją/nepriklausomybę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Aš įtakoju sprendimus susijusius su mano darbu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Kiti vertina mane už mano atliekamą darbą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mano darbas yra pripažįstamas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mano pastangos dažnai lieka nepastebėtos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Aš nebūnu įvertintas už visus darbus prie kurių prisidedu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Žmonės pasitiki vienas kitu, kad kiekvienas atliks savo funkcijas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Aš esu tarpusavio palaikymą teikiančios darbo grupės narys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Mano darbo grupės nariai bendradarbiauja vienas su kitu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Mano darbo grupės nariai tarpusavyje bendrauja atvirai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Aš nesijaučiu artimas savo kolegoms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Mano organizacijoje resursai yra paskirstomi teisingai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Galimybės priklauso tikrai nuo nuopelnų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Visiškai nesutinku [1]	Nesu- tinku [2]	Sunku nuspręsti [3]	Sutinku [4]	Visiškai sutinku [5]
21. Suabejojus priimto sprendimo teisingumu, galiu pasinaudoti veiksminga apeliacijos procedūra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Administracija visus darbuotojus vertina teisingai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Lojalumas nulemia sprendimų priėmimą darbovietėje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Karjerą organizacijoje lemia ne tavo žinios, bet pažintys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Mano vertybės ir organizacijos vertybės yra panašios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Organizacijos tikslai įtakoja mano kasdieninę veiklą darbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Mano asmenines karjeros tikslai sutampa su organizacijos tikslais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Organizacija yra atsidavusi kokybei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AČIŲ UŽ JŪSŲ ATSAKYMUS!
SĖKMĖS!

Slaugytojos nuomonė

apie komandinį darbą, bendradarbiavimą ir patiriamą nuovargį

Gerbiama slaugytoja,

Šeimos medicinos institucija Lietuvoje gyvuoja jau dvidešimt metų. Sveikatos priežiūros reforma, organizaciniai pokyčiai, didėjantys pacientų lūkesčiai kelia naujus iššūkius pirminės sveikatos priežiūros komandų nariams, nors jų pačių poreikiai neretai ignoruojami.

Šio tyrimo tikslas – ištirti pirminės sveikatos priežiūros komandos narių – šeimos gydytojų ir bendruomenės slaugytojų nuomonę apie jų darbą komandoje, bendradarbiavimą su socialinės paslaugas teikiančiomis institucijomis, apie jų darbo sąlygas bei patiriamą nuovargį darbe.

Maloniai prašome Jūsų atsakyti į žemiau pateiktus anoniminės anketos klausimus. Tyrimo rezultatai bus analizuojami tik apibendrintai ir pagal juos bus rengiami pasiūlymai teisinės bazės tobulinimui dėl darbo pasidalijimo, atsakomybės ir apmokėjimo už teikiamas paslaugas sveikatos ir socialinių paslaugų sektoriuose. Pasiūlymai turės teigiamos įtakos Jūsų kasdieninio darbo organizavimo gerinimui.

Nuoširdžiai dėkojame už bendradarbiavimą ir dalyvavimą tyrime!

- Kokio pobūdžio įstaigoje dirbate:
 - viešojoje sveikatos priežiūros įstaigoje
 - privačioje sveikatos priežiūros įstaigoje
 - viešojoje ir privačioje sveikatos priežiūros įstaigoje
2. Kokia Jūsų lytis?
 - moteris
 - vyras
3. Jūsų gimimo metai
4. Kiek metų dirbate slaugytoja (prašau įrašykite)
5. Ar Jūs dirbate bendruomenės slaugytoja su konkrečiu gydytoju?
 - Taip
 - Ne
6. Jei TAIP, kiek turite prirašytų pacientų apylinkėje (prašau įrašykite)
7. Ar Jūsų darbo vieta yra tame pačiame kabinete, kaip ir apylinkėje dirbančio gydytojo?
 - Taip
 - Ne

8. Ar Jūs savarankiškai, be gydytojo, įstaigoje konsultuojate pacientus? Taip Ne

9. Jei TAIP, kiek vidutiniškai pacientų Jūs savarankiškai konsultuojate įstaigoje per dieną (prašau įrašykite)

10. Kiek vidutiniškai pacientų Jūs savarankiškai konsultuojate namuose per savaitę (prašau įrašykite)

11. Koks Jūsų darbo krūvis? iki 1 etato 1 etatas daugiau kaip 1 etatas

12. DARBAS KOMANDOJE

Darbas komandoje – pirminės sveikatos priežiūros darbuotojų kasdienybė. Prašytume pagalvoti apie komandą, kuriai jaučiatės priklausantys savo darbovietėje ir, perskaitę žemiau išvardintus teiginius, pasirinkti labiausiai Jums tinkančius atsakymus. Jei situacijos būna įvairios, prašytume pasirinkti tą atsakymą, kuris atspindi dažniausiai pasitaikančias situacijas.

(Prašytume naudoti žemiau pateiktą skalę pasirenkant atsakymą į pateiktus teiginius)

	Visiškai nesutinku [1]	Nesutinku [2]	Sunku nuspręsti [3]	Sutinku [4]	Visiškai sutinku [5]
1. Yra aiškiai žinoma, kurie darbuotojai sudaro komandą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Komandoje vyrauja partneryste grįsti santykiai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Komandoje yra aiški hierarchinė struktūra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Komanda turi savo vadovą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Komandos narius vienija bendri tikslai ir bendras požiūris į darbą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Komandos nariai yra vieningi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Komandos nariai gerbia vienas kitą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Visi komandos nariai jaučia motyvaciją dirbti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Komandos narių veiklos yra diferencijuotos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Visiškai nesutin- ku [1]	Nesu- tinku [2]	Sunku nu- spręsti [3]	Sutinku [4]	Visiškai sutinku [5]
10. Kiekvienas komandos narys turi savo aiškias funkcijas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vieni komandos nariai nurodo kitiems komandos nariams ką jie turi atlikti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Kiekvienas komandos narys atsakingas už savo atliekamą veiklą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Kiekvienas komandos narys žino savo atsakomybės ribas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Visi komandos nariai vykdo jiems pagal pareigybes priklausančias funkcijas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Komandos nariams dažnai tenka atlikti kitiems komandos nariams priklausančias funkcijas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Kiekvienas komandos narys yra kompetetingas atlikti jam priklausančias funkcijas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Įstaigoje vykdoma nuolatinė komandos narių kompetencijos kontrolė	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Komandos narių atlyginimas priklauso nuo jų vykdomos veiklos intensyvumo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Visų komandos narių atliekamos funkcijos yra dokumentuojamos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Komandos nariai turi pakankamai laiko kokybiškam procedurų atlikimui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Komandos nariai efektyviai (sėkmingai, puikiai) bendrauja tarpusavyje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Visiškai nesutinku [1]	Nesutinku [2]	Sunku nuspręsti [3]	Sutinku [4]	Visiškai sutinku [5]
22. Įstaigoje diegiamos inovacijos, palankiai veikiančios darbą komandoje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Įstaigoje valdomi pacientų srautai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Įstaiga atsižvelgia į komandos narių poreikius	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Įstaigoje vykdomi darbo komandoje mokymai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Įstaigoje vykdomi mokymai, kuriuose dalyvauja visi komandos nariai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Komandos nariai turi galimybę pasidalinti savo patirtimi su kolegomis iš kitų įstaigų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. ŠEIMOS GYDYTOJO – BENDRUOMENĖS SLAUGYTOJOS BENDRADARBIAVIMAS¹

Prašome perskaityti žemiau pateiktus teiginius ir nurodyti ar Jūs sutinkate ar ne su pateiktu teiginiu.

(Prašytume naudoti žemiau pateiktą skalę pasirenkant atsakymą į pateiktus teiginius)

	Visiškai nesutinku [1]	Nesutinku [2]	Sutinku [3]	Visiškai sutinku [4]
1. Slaugytoja turi būti gydytojo bendradarbė ir kolega, bet ne gydytojo asistentė	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Slaugytojos yra kompetentingos vertinti psichologinius pacientų poreikius ir į juos reaguoti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ © Jefferson Medical College, 2001. All rights reserved. Reprinted by permission from Mohammadreza Hojat.

Apibraukite Jums tinkamą teiginį, kai:

Visiškai nesutinku [1] Nesutinku [2] Sutinku [3] Visiškai sutinku [4]

- | | Visiškai nesutinku [1] | Nesutinku [2] | Sutinku [3] | Visiškai sutinku [4] |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3. Studijų eigoje medicinos ir slaugos studentai turi būti įtraukiami į komandinį veiklą, kad geriau suprastų savo funkcijas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Slaugytojos turi būti įtrauktos į sprendimų, įtakančių jų darbo sąlygas, priėmimą. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Slaugytojos turi atsiskaityti pacientams apie slaugos paslaugas, kurias jos suteikia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Gydytojo ir slaugytojo atsakomybė persidengia daugelyje sričių | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Slaugytojos yra išskirtinai kompetentingos pacientų mokyme ir konsultavime dėl psichologinių problemų | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Gydytojas turi būti dominuojantis autoritetas sprendžiant visus sveikatos priežiūros klausimus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Slaugytojos ir gydytojai turi bendradarbiauti priimant sprendimus dėl pacientų išrašymo iš ligoninės | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Pirmaeilė slaugytojos funkcija yra vykdyti gydytojo nurodymus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Slaugytojos turi būti įtraukiamos atliekant sprendimus susijusius su ligoninės „palaikymo, paramos“ paslaugomis, nuo kurių priklauso jų darbas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Slaugytojos taip pat turėtų būti atsakingos už medikamentinio gydymo poveikio stebėseną | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Apibraukite Jums tinkamą teiginį, kai:

Visiškai nesutinku [1] Nesutinku [2] Sutinku [3] Visiškai sutinku [4]

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Slaugytojos turėtų išsiaiškinti gydytojo paskyrimus, kai joms atrodo, kad jie gali būti potencialiai žalingi pacientui | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Gydytojai turi būti mokomi, kaip bendradarbiauti su slaugytojomis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Tarpprofesinio gydytojų ir slaugytojų bendravimo pagrindai turėtų būti įtraukti į jų mokymo programas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

BENDRADARBIAVIMAS SU SOCIALINIŲ SEKTORIUMI

Sprendžiant pacientų sveikatos priežiūros problemas neretai iškyla socialinių paslaugų poreikis. Pagal žemiau išvardintus klausimus siekiama įvertinti sveikatos ir socialinio sektoriaus bendradarbiavimo ypatumus.

14. Ar Jūsų įstaigoje dirba socialinis darbuotojas? Taip
 Ne
 Nežinau
15. Ar įstaiga, kurioje dirbate yra sudariusi sutartį su socialines paslaugas teikiančiomis įstaigomis dėl slaugos ir socialinių paslaugų (ilgalaikės priežiūros paslaugų) bendro teikimo? Taip
 Ne
 Nežinau
16. Ilgalaikės pacientų priežiūros komandą jūsų įstaigoje sudaro (pažymėkite visus teisingus atsakymus)
- Šeimos gydytojas
 - Psichiatras
 - Psichologas
 - Bendruomenės slaugytoja (as)
 - Psichikos sveikatos slaugytoja (as)
 - Socialinis darbuotojas
 - Socialinio darbuotojo padėjėjas
 - Kiti (įrašykite) _____
 - Nežinau

17. Už suteiktos ilgalaikės pacientų priežiūros paslaugų kokybę asmeniškai atsako (pažymėkite vieną, teisingiausią atsakymą)
- Gydytojas
 - Slaugytoja
 - Socialinis darbuotojas
 - Slaugytoja ir socialinis darbuotojas
 - Gydytojas ir slaugytoja
 - Gydytojas ir socialinis darbuotojas
 - Kiti (įrašykite) _____
 - Nežinau

18. Bendruomenės slaugytojas, turintis duomenų apie socialinių paslaugų poreikį, privalo pirmiausia apie tai informuoti (pažymėkite visus teisingus atsakymus)
- Gydantį šeimos gydytoją
 - Įstaigos administraciją
 - Paciento artimuosius
 - Įstaigos socialinį darbuotoją
 - Gyvenamosios vietos savivaldybę
 - Kiti (įrašykite) _____
 - Nežinau

19. Kaip dažnai Jūsų praktikoje žemiau išvardintų grupių asmenims yra reikalingos socialinės paslaugos	Apibraukite Jums tinkamą teiginį, kai:				
	Niekada [1]	Kartais [2]	Retai [3]	Dažnai [4]	Labai dažnai [5]
Vaikai, likę be tėvų globos ir jų šeimos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialinės rizikos vaikai ir jų šeimos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaikai su negalia ir jų šeimos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senyvo amžiaus asmenys ir jų šeimos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suaugę asmenys su negalia ir jų šeimos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialinės rizikos suaugę asmenys ir jų šeimos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialinės rizikos šeimos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiti asmenys (įrašykite) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Ar žinote kokios savivaldybės biudžetinės socialinės paslaugų įstaigos teikia socialines paslaugas žemiau išvardintų asmenų grupėms:	Žinau [1]	Nežinau [2]	Nesu tikra [3]
Vaikai, likę be tėvų globos, jų šeimos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialinės rizikos vaikai ir jų šeimos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaikai su negalia ir jų šeimos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senyvo amžiaus asmenys ir jų šeimos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suaugę asmenys su negalia ir jų šeimos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialinės rizikos suaugę asmenys ir jų šeimos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialinės rizikos šeimos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiti asmenys (įrašykite) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Prašytume nurodyti, kaip dažnai vykdate šias funkcijas teikiant pirminės sveikatos priežiūros paslaugas socialinės rizikos šeimoms

Apibraukite Jums tinkamą teiginį, kai:

	Niekada [1]	Kartais [2]	Retai [3]	Dažnai [4]	Labai dažnai [5]
1. Renkate ir analizuojate informaciją apie socialinės rizikos šeimų poreikius socialinėms paslaugoms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Informuojate ir konsultuojate socialinių problemų turinčias šeimas dėl socialinių paslaugų teikimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Informuojate socialines paslaugas teikiančias tarnybas apie socialinės rizikos šeimų poreikius socialinėms paslaugoms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Įvertinate ir nustatote socialinės rizikos šeimų (asmenų) socialinių paslaugų poreikį	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pildote slaugomo asmens anketą, kasdieninės veiklos lapus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Teikiate bendrąsias socialines paslaugas socialinės rizikos šeimoms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Apibraukite Jums tinkamą teiginį, kai:

	Niekada	Kartais	Retai	Dažnai	Labai dažnai
	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
7. Dalyvaujate bendruose pasitarimuose su socialiniais darbuotojais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sudarote individualų ilgalaikės priežiūros planą pacientui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Ar esate pasirengusi (ęs) ir turite pakankamai kompetencijos vykdyti šias funkcijas

Apibraukite Jums tinkamą teiginį, kai:

	Visiškai nepasirengusi (ęs)	Nepasirengusi (ęs)	Nesutik-ra (s)	Pasirengusi (ęs)	Pilnai pasirengusi (ęs)
	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
1. Asmens ar šeimos slaugos poreikių nustatymas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Priežiūros prioritetų nustatymas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Poreikių, kuriuos gali patenkinti slaugytojas, ir poreikių, kuriuos turi spręsti kiti specialistai diferencijavimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Šeimos narių, artimųjų įtraukimas į sveikatos priežiūrą ir palaikymą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Slaugos veiksmų planavimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Slaugos rezultatų nustatymas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Slaugos plano aptarimas su asmeniu bei kitais šeimos nariais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Slaugymas ir slaugos koordinavimas pagal sudarytą planą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Slaugos plano papildymas, atsiradus neplanuotų pokyčių	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Apibraukite Jums tinkamą teiginį, kai:

	Visiškai nepasiren- gusi (ęs) [1]	Nepasi- rengu- si (ęs) [2]	Nesu- tik- ra (s) [3]	Pasi- rengu- si (ęs) [4]	Pilnai pasiren- gusi (ęs) [5]
10. Pakitusios paciento situacijos fiksavimas dokumentuose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Slaugos rezultatų vertinimas pagal pasiektus tikslus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Planuotų slaugos priemonių efektyvumo nustatymas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Prašytume nurodyti problemas, dėl kurių, Jūsų nuomone, dažniausiai kyla sunkumai bendradarbiaujant su socialiniais darbuotojais.

24. Prašytume pateikti pasiūlymus, kurie, Jūsų nuomone, labiausiai galėtų pagerinti socialinio ir sveikatos priežiūros sektorių bendradarbiavimą

25. DARBE PATIRIAMAS NUOVARGIS/IŠSEKIMAS²

Žemiau pateikti 16 teiginių atspindintys su darbu susijusias emocijas. Prašytume atidžiai perskaityti kiekvieną teiginį ir nuspręsti ar Jūs kada nors taip jautėtės dėl savo darbo. Jei niekada neturėjote tokių emocijų, savo atsakymą pažymėkite 0 (nulis). Jei kada nors esate taip jautęsi, skalėje nuo 1 iki 6 nurodykite kaip dažnai.

(Prašytume naudoti žemiau pateiktą skalę pasirenkant atsakymą į pateiktus teiginius)

	Nie- kada	Kelis kartus per metus ar rečiau	Kartą per mėnesį ar rečiau	Kelis kartus per mėnesį	Kartą per savaitę	Kelis kartus per savaitę	Kas- dien
	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
1. Aš jaučiuosi emociškai išsekintas savo darbo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Darbo dienos pabaigoje jaučiuosi išsekęs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ryte atsikėlęs jaučiuosi pavargęs prieš dar vieną darbo dieną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Persitempiu dirbdamas visą dieną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Aš veiksmingai galiu spręsti problemas kylančias mano darbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jaučiuosi perdegęs nuo savo darbo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

² Ph. D. Maslach Burnout Inventory, Copyright © 1986 by CPP.

	Nie- kada [0]	Kelis kartus per metus ar rečiau [1]	Kartą per mėnesį ar rečiau [2]	Kelis kartus per mėnesį [3]	Kartą per savaitę [4]	Kelis kartus per savaitę [5]	Kas- dien [6]
7. Aš jaučiu, kad esmingai prisidedu prie to, kas atliekama mano organizacijoje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Man darbas tapo mažiau įdomus nei buvo ką tik pradėjus dirbti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mano entuziazmas darbe sumažėjo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mano nuomone aš gerai atlieku savo darbą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Aš jaučiuosi pralinks mėjęs kai ką nors įvykdau darbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Aš esu įvykdęs daug vertingų dalykų šiame darbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Aš tiesiog noriu dirbti savo darbą ir kad man „nesuktų“ galvos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Aš tapau kur kas labiau ciniškas dėl to, ar mano darbas duoda bet ką nors įnašą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nie- kada [0]	Kelis kartus per metus ar rečiau [1]	Kartą per mėnesį ar rečiau [2]	Kelis kartus per mėnesį [3]	Kartą per savaite [4]	Kelis kartus per savaite [5]	Kas- dien [6]
15. Aš abejoju savo darbo reikšmingumu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Savo darbe aš pasitikiu savimi, kad galiu efektyviai vykdyti veiklą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. DARBO APLINKA ORGANIZACIJOJE³

(Prašytume naudoti žemiau pateiktą skalę pasirenkant atsakymą į pateiktus teiginius)

	Visiškai nesutinku [1]	Nesu- tinku [2]	Sunku nuspręsti [3]	Sutinku [4]	Visiškai sutinku [5]
1. Aš neturiu laiko darbui, kurį privalau atlikti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Aš intensyviai dirbu per pastarąjį laikotarpį	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Aš turiu tiek daug darbų, dėl ko mano asmeniniai interesai lieka nuošalyje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Aš turiu pakankamai laiko atlikti tai kas svarbu mano darbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Grįžus namo po darbo dienos, aš palieku savo darbą „už durų“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kaip atlikti savo darbą kontroliuoju aš	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

³ Areas of Worklife Survey, Copyright © 2006, 2011 by Michael P Leiter & Christina Maslach.

	Visiškai nesutinku [1]	Nesu- tinku [2]	Sunku nuspręsti [3]	Sutinku [4]	Visiškai sutinku [5]
7. Aš galiu įtakoti įstaigos administraciją prireikus įrangos ar erdvės darbui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Savo darbe aš turiu profesinę autonomiją/nepriklausomybę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Aš įtakoju sprendimus susijusius su mano darbu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Kiti vertina mane už mano atliekamą darbą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mano darbas yra pripažįstamas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mano pastangos dažnai lieka nepastebėtos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Aš nebūnu įvertintas už visus darbus prie kurių prisidedu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Žmonės pasitiki vienas kitu, kad kiekvienas atliks savo funkcijas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Aš esu tarpusavio palaikymą teikiančios darbo grupės narys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Mano darbo grupės nariai bendradarbiauja vienas su kitu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Mano darbo grupės nariai tarpusavyje bendrauja atvirai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Aš nesijaučiu artimas savo kolegoms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Visiškai nesutinku [1]	Nesu- tinku [2]	Sunku nuspręsti [3]	Sutinku [4]	Visiškai sutinku [5]
19. Mano organizacijoje resursai yra paskirstomi teisingai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Galimybės priklauso tikrai nuo nuopelnų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Suabejojus priimto sprendimo teisingumu, galiu pasinaudoti veiksminga apeliacijos procedūra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Administracija visus darbuotojus vertina teisingai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Lojalumas nulemia sprendimų priėmimą darbovietėje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Karjerą organizacijoje lemia ne tavo žinios, bet pažintys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Mano vertybės ir organizacijos vertybės yra panašios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Organizacijos tikslai įtakoja mano kasdieninę veiklą darbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Mano asmenines karjeros tikslai sutampa su organizacijos tikslais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Organizacija yra atsidavusi kokybei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AČIŲ UŽ JŪSŲ ATSAKYMUS!

SĖKMĖS!

CURRICULUM VITAE

Name, Surname: Aušrinė Kontrimienė

Address: Department of Family Medicine, Hospital of Lithuanian University of Health Sciences Kauno klinikos, Eivenių 2, LT-50009 Kaunas, Lithuania

E-mail: ausrine.kontrimiene@lsmuni.lt

Work place:

- 2017–present Junior researcher, “Integrated Health Care for Senior’s Mental Health: Developing an Intersectorial Cooperation model” project financed by the Research Council of Lithuania
- 2017–present Family physician at The Hospital of Lithuanian University of Health Sciences Kauno klinikos Family medicine department
- 2012–present Assistant at the Lithuanian University of Health Sciences Family medicine department

Education:

- 2015–2019 PhD student, Lithuanian University of Health Sciences, Kaunas (Lithuania)
- 2009–2012 Family medicine residency at the Hospital of Lithuanian University of Health Sciences Kauno klinikos
- 2002–2008 Student at the Lithuanian University of Health Sciences, Faculty of Medicine

Work experience:

- 2016–2018 Lecturer, “Education courses for cardiovascular disease risk group patients” at Lithuanian University of Health Sciences Family medicine department
- 2013–2017 Family physician at Primary health care center “V. Rožukienės Ažuolyno šeimos sveikatos centras”
- 2012–2016 Family physician at Primary health care center „Vivat vita”.
- 2012–2013 Research assistant, “Intersectorial Collaboration in Solving Healthcare Problems in Social Risk Families” project financed by the Research Council of Lithuania
- 2012 Family physician at Blood center of Hospital of Lithuanian University of Health Sciences Kauno klinikos
- 2010 Medical doctor at emergency department of Republican Hospital of Kaunas

PADĖKA

Šioje disertacijoje aprašyti darbai buvo atliekami puikioje komandoje, todėl esu labai dėkinga daugeliui žmonių. Esu nuoširdžiai dėkinga savo darbo vadovei prof. dr. Linai Jaruševičienei už tai, kad ji man parodė mokslo grožį ir prasmę, už jos nuostabias idėjas, nuolatinį palaikymą, pasitikėjimą bei vertingus patarimus ir išvalgas, už didelę pagalbą ruošiant disertaciją ir galiausiai patį įkvėpimą būti mokslininke. Esu labai dėkinga doc. dr. Idai Liseckienei už jos draugiškus padaršinius, taiklias išvalgas, naudingus patarimus ir konstruktyvią kritiką. Dėkoju doc. dr. Renatai Paukštaitienei bei prof. dr. Apolinarui Zaborskiui už pagalbą ir patarimus atliekant statistinius skaičiavimus.

Dėkoju Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Šeimos medicinos klinikos vadovui prof. dr. Leonui Valiui už sudarytas galimybes atrasti savo kelią ne tik mokslo, bet ir akademinėje srityje. Esu dėkinga Šeimos medicinos klinikos kolektyvui už palaikymą ir draugiškumą, ypatingai doc. dr. Aukse Domeikienei bei doc. dr. Gediminui Urbonui.

Esu begaliniai dėkinga savo šeimai, be kurių šis darbas būtų neįmanomas. Dėkoju mamai ir tėčiui už nuolatinį skatinimą siekti mokslo ir didžiulį palaikymą, mano vyrui Andriui už supratingumą ir raginimą niekada nepasiduoti, o mano mylimam sūnui Bernardui už besąlyginę meilę.

Dėkoju visiems, kurie prisidėjo prie šios disertacijos rengimo.