

VISUOMENĖS SVEIKATOS SPECIALISTŲ POŽIŪRIS Į BENDRADARBIAVIMĄ SU PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SEKTORIUMI

Romualdas Gurevičius, Sandra Kutkaitė, Jolanta Valentienė.

Higienos institutas

Santrauka

Paskutiniiais metais praeities visuomenės sveikata vis dažniau lemia ateities gyventojų sveikatą, o praeities pirminė sveikatos priežiūra vis dažniau tampa klinikinė ir profilaktinė pirminė pagalba ir į bendruomenę orientuota ateities medicina. Lietuvoje visuomenės sveikatos specialistų požiūris į šį bendradarbiavimą tyrinėtus nebuvo.

Tyrimo tikslas – nustatyti visuomenės sveikatos specialistų nuomonę apie bendradarbiavimą su pirminė sveikatos priežiūros grandimi ir šio bendradarbiavimo trikdžius.

Medžiaga ir metodai. Buvo pritaikytas tiesioginis telefoninis interviu, naudojantis parengta anketa. Apklausas telefonu atliko 3 specialiai paruošti tyrėjai. Buvo apklausti 54 atsitiktinai atrinkti visuomenės sveikatos specialistai iš 610 dirbančių savivaldybių visuomenės sveikatos biuruose ir mokyklose.

Rezultatai. Tyrimas leido išsiaiškinti, kokie veiksniai turi įtakos bendradarbiauti sisteminiame, organizaciniame ir tarpasmeniniame lygmenyse. Atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad sisteminiame lygmenyje, visuomenės sveikatos specialistų nuomone, yra neaiškumų / trikdžių. Ketvirtadalis (25,9 proc.) visuomenės sveikatos specialistų visiškai sutinka, o daugiau nei pusė (57,4 proc.) iš dalies sutinka, kad nėra aiškiai apibrėžtų bendradarbiavimo taisyklių. Panaši dalis respondentų teigia, kad bendradarbiauti nėra aiškaus teisinio pagrindo. 31,5 proc. visuomenės sveikatos specialistų visiškai pritaria, kad Lietuvos sveikatos apsaugos sistema nesudaro sąlygų šiems sektoriams sėkmingai bendradarbiauti. Su teiginiais, kad neaiškiai apibrėžtos visuomenės sveikatos specialistų funkcijos, atsakomybės ir sėkmingai bendradarbiauti trukdo nepakankamas finansavimas, visiškai sutiko 44,4 proc. visuomenės sveikatos specialistų.

Išvada. Respondentų nuomone, sėkmingai bendradarbiauti su pirminės sveikatos grandies sektoriumi yra rimtų kliūčių sisteminiame ir organizaciniame lygmenyse, pradedant nesutvarkyta įstatymine baze, baigiant nepakankamai išspręstu finansavimu.

Reikšminiai žodžiai: pirminė asmens sveikatos priežiūra, šeimos gydytojai, visuomenės sveikata, bendradarbiavimas.

ĮVADAS

Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatyme yra reglamentuota įvairių visuomenės sveikatos specialistų (toliau – VSS) veiklos metodų ir priemonių, skirtų visuomenės sveikatai gerinti: sveikatos stiprinimo, ligų profilaktikos, sveikatos saugos užtikrinimo, poveikio visuomenės sveikatai vertinimas, kontrolė ir kt. [1]. VSS dirba su tikslinėmis žmonių grupėmis, su populiacija, tačiau individualaus darbo su pacientais šie specialistai pakeisti negali. Tokiam darbui yra paruošti tik šeimos gydytojai.

Įstatymiškai yra reglamentuota, kad asmens sveikatos priežiūros tikslas – laiku diagnozuoti asmens sveikatos sutrikimus ir užkirsti jiems kelią, padėti atgauti ir sustiprinti sveikatą, o visuomenės sveikatos priežiūros – organizacinėmis, teisinėmis, ekonominėmis, techninėmis, socialinėmis bei medicinos priemonėmis įgyvendinti ligų ir traumų profilaktiką, išsaugoti visuomenės sveikatą bei ją stiprinti [2].

Akivaizdu, kad asmens sveikatos ir visuomenės sveikatos sektoriai turi bendrą tikslą – užtikrinti gyventojų visapusę dvasinę, fizinę ir socialinę gerovę. Tačiau svarbu, kad šių sektorių veikla būtų tinkamai sukoordinuota, nepersiklotų ir leistų pasiekti kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų.

Tačiau Lietuvoje kol kas šių sektorių veikla nėra sukoordinuota bendradarbiauti. Medicinos normoje „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ yra reglamentuota šeimos gydytojams priskirtų, bet VSS būdingų, funkcijų, pvz.: prevencija,

Adresas susirašinėti: Romualdas Gurevičius,
Higienos institutas,
Didžioji g. 22, 01128 Vilnius.
El. p. guro@hi.lt

gyventojų informavimas, veiklų organizavimas, bendruomenės sveikatos priežiūros vykdymas, sveikos gyvensenos propagavimas, sveikatos ugdymas, ligų profilaktika ir pan. [3].

Savaime suprantama, kad asmens ir visuomenės sveikatos sektorių bendradarbiavimo nebuvimas ir sistemingas veiklų nepasidalijimas apsunkina siekti bendrą tikslą – kad gyventojai būtų sveikesni, nes viena kitą perdengiančios veiklos neduoda efektyvių rezultatų ir iššvaisto šeimos gydytojams brangų laiką.

Todėl yra tikslinga šiems sektoriams bendradarbiauti, nes tai leistų teikti kokybiškesnes sveikatos priežiūros paslaugas ir taip užtikrinti geresnę gyventojų sveikatą. Juk gyvename globalioje visuomenėje, kur veikti kiekvienai organizacijai atskirai nėra efektyvu [4, 5]. Partnerystė turi būti užtikrinama visuose sveikatos priežiūros lygiuose: tarpasmeniniame, organizaciniame ir sisteminame. Tarpasmeniniame lygmenyje yra labai svarbu dėmesį kreipti į kokybę, bendradarbiavimą daryti prieinamesnį formuojant atitinkamus įgūdžius ir organizuoti susitikimus [6]. Vienodai svarbi yra tarporganizacinė partnerystė, kuri padėtų pasiekti bendrų išteklių, būtų dalijamasi patirtimi, o visa tai leistų užtikrinti gyventojų sveikatą [7]. Pasak C. Sindall, visas vyriausybės požiūris turi būti bendras, ypač sveikatos klausimais, ir paremtas integruoto planavimo ir pirkimo modeliais [6]. Pagrindiniai Pasaulio sveikatos organizacijos visuomenės sveikatos priežiūros principai, pateikti „Sveikata visiems XXI amžiuje“, taip pat iškelia partnerystės svarbą ir būtinybę sveikatos tikslams pasiekti [8].

Norėdami užtikrinti sveikatos priežiūros kokybę, teisingumą ir prieinamumą, turėtume taikyti vieną iš efektyviausių strategijų – siekti visuomenės sveikatos ir pirminės sveikatos priežiūros sektorių bendradarbiavimo [9, 10]. Tačiau labai svarbu suprasti, kad partnerystei sukurti reikia laiko, partnerystė privalo būti reali ir jos bendras tikslas turi būti pasiekiamas. Partnerystė gali sudaryti sąlygas pasiekti daugiau nei atskirų organizacijų darbas, tačiau norint ją sukurti reikia pripažinti poreikį bendrai vizijai [4]. Suprasdami šiuos partnerystės aspektus, norime išsiaiškinti, ar visuomenės sveikatos specialistai mato bendrą tikslą, viziją dirbdami su šeimos gydytojais.

Tyrimo tikslas – įvertinti VSS nuostatas bei požiūrį į tai, kokios struktūros ir procesai būtini sukurti sėkmingą asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros sektorių bendradarbiavimą asmeniniame, organizaciniame ir sisteminame lygmenyse ir kokie galimi bendradarbiavimo rodikliai bei išeitys.

TYRIMO OBJEKTAS IR METODAI

Tyrimo objektas – VSS požiūris į bendradarbiavimą su pirminės sveikatos priežiūros specialistais.

Tyrimo populiacija – VSS, kurie, bendradarbiaujant su savivaldybių visuomenės sveikatos biurais, buvo atrinkti atsitiktinės atrankos būdu iš specialiai tam tikslui sudaryto Lietuvos visuomenės sveikatos specialistų sąrašo. Duomenys apie VSS buvo renkami, remiantis 2011 m. rugpjūčio mėn. visuomenės sveikatos biurų sąrašais, pateiktais Sveikatos apsaugos ministerijos tinklalapyje. Iš viso buvo apklausta 54 VSS iš 610 VSS, dirbančių biuruose ir mokyklose.

Tyrimo metodas – tiesioginis interviu telefonu, naudojantis parengta anketa. Apklausas telefonu atliko 3 tyrėjai. Anketa parengta remiantis kokybinio tyrimo, skirto atskleisti, koks poreikis ir kokios galimybės yra Lietuvoje bendradarbiauti tarp visuomenės sveikatos ir asmens sveikatos priežiūros sektorių, rezultatais bei kitais mokslinės literatūros šaltiniuose aprašytais tyrimais apie bendradarbiavimą [11]. Klausimyno pradžioje buvo pateikiamas klausimas, kaip bendrai VSS vertina dabartinį bendradarbiavimą tarp visuomenės sveikatos ir asmens sveikatos priežiūros sektorių pirminės sveikatos priežiūros grandyje (pateikti atsakymai: „labai gerai“, „gerai“, „vidutiniškai“, „blogai“, „labai blogai“, „neturiu nuomonės“). Specialistų nuomonei apie esančias pagrindines priežastis, dėl ko bendradarbiavimas nėra idealus, anketoje buvo skirta vieta atviram klausimui. Kitoje anketos dalyje buvo pateikiamos 8 galimos bendradarbiavimo tarp visuomenės sveikatos ir asmens sveikatos priežiūros sektorių sritys, kur VSS galėjo pasirinkti vieną iš atsakymo variantų: „tenka nuolat dalyvauti / susidurti“, „yra tekę dalyvauti / susidurti“, „neteko“ ir „neturiu nuomonės“. Likusioje anketos dalyje respondentams buvo pateikti 28 teiginiai apie dabartinį bendradarbiavimą. Prie kiekvieno teiginio respondentai galėjo išsakyti savo nuomonę: „visiškai sutinku“, „sutinku iš dalies“, „nesutinku“ arba „neturiu nuomonės“. Visi antroje anketos dalyje esantys teiginiai buvo suskirstyti į grupes:

- 1) požiūris į bendradarbiavimą tarp šių sektorių;
- 2) bendradarbiavimo **sisteminame** lygmenyje įvertinimas;
- 3) bendradarbiavimo **organizaciniame** lygmenyje įvertinimas;
- 4) bendradarbiavimo **tarpasmeniniame** lygmenyje įvertinimas.

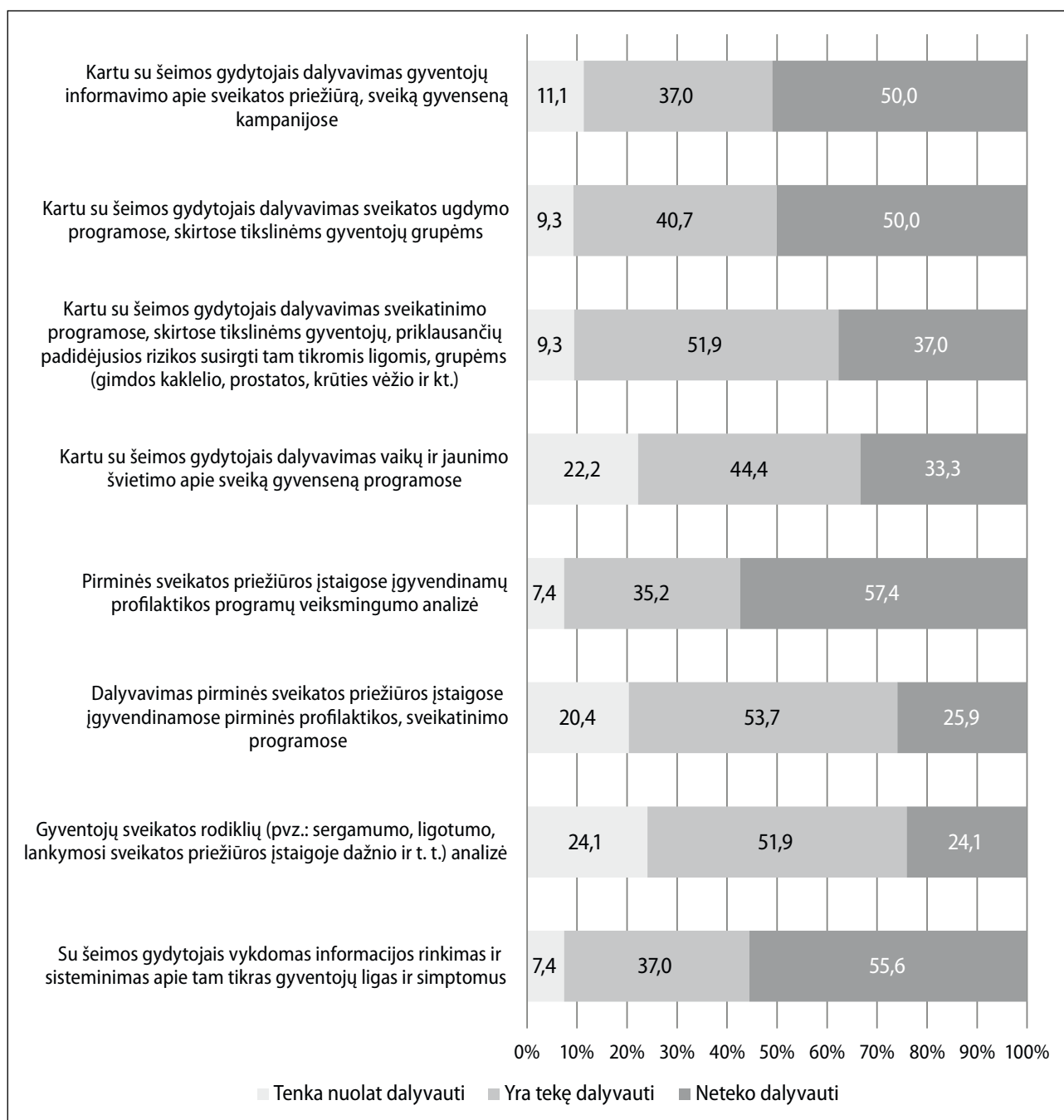
Anketoje taip pat buvo prašoma nurodyti darbo stažą ir miestą, kuriame dirba. Apklausoje dalyvavo VSS iš 23 miestų: Kauno (n = 11), Vilniaus (n = 6),

Šilutės (n = 6), po 3 respondentus iš Garliavos ir Panevėžio, po 2 – iš Jonavos, Kaišiadorių, Kelmės, Pakruojo, Plungės, Radviliškio, Utenos ir po 1 respondentą iš Alytaus, Biržų, Ignalinos, Joniškio, Lazdijų, Marijampolės, Matuizų, Pagėgių, Šiaulių, Šilalės, Varėnos. Atsižvelgiant į stažą, daugiausiai tyrime dalyvavo respondentai, turintys 3–5 metų darbo stažą. Mažiausias darbo stažas buvo 1 metai, o didžiausias – 48 metai. Statistinei analizei darbo stažas buvo suskirstytas į 4 grupes (1 lentelė).

1 lentelė. VSS pasiskirstymas pagal darbo stažą (n = 54)

Darbo stažas	Abs. skč.	Proc.
iki 2 metų	15	27,8
nuo 3 iki 4 metų	16	29,6
nuo 5 iki 15 metų	12	22,2
16 ir daugiau metų	11	20,4

Statistinė duomenų analizė. Pateikiamos nuomonių pasiskirstymo lentelės. Siekiant nustatyti



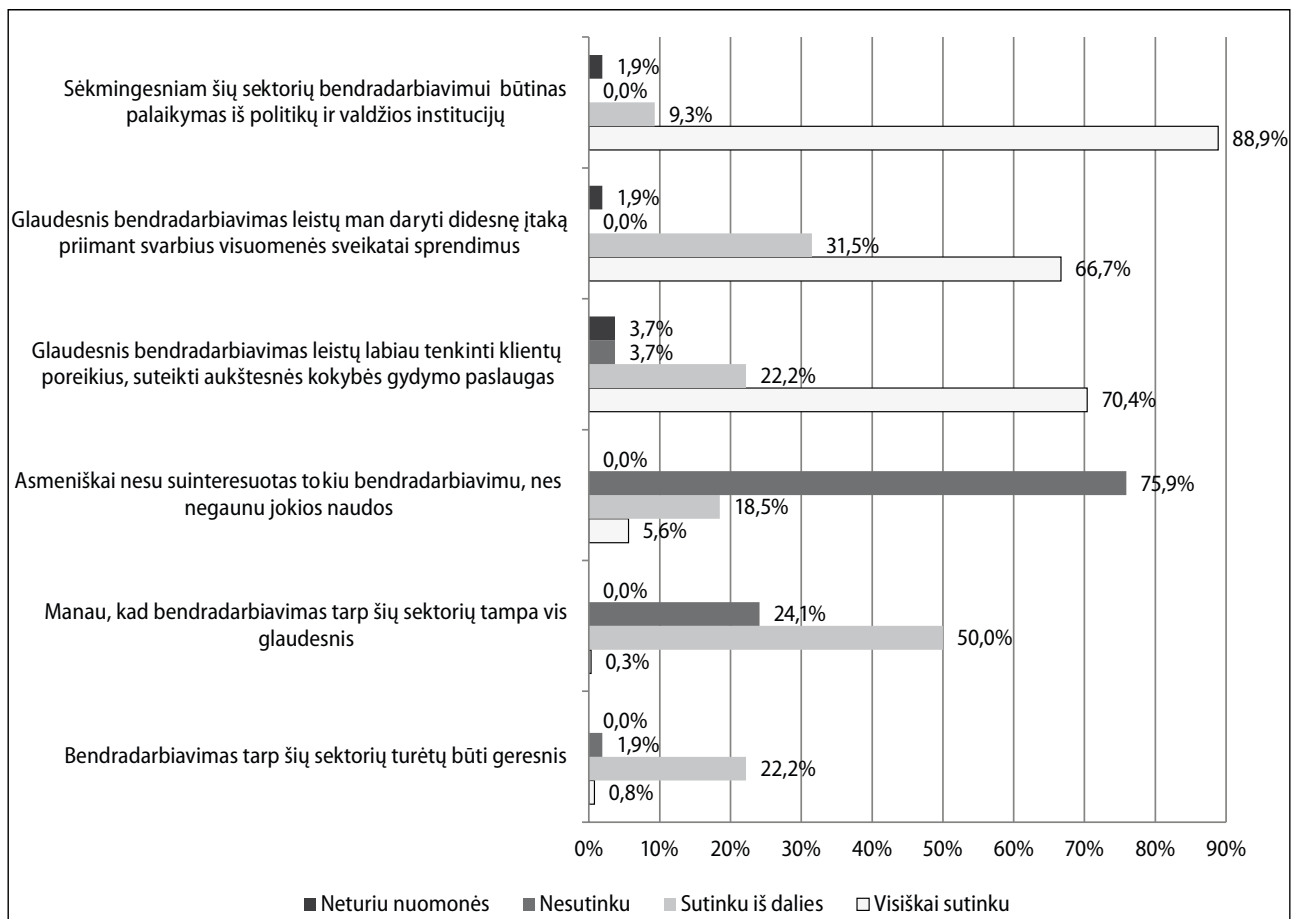
1 pav. VSS dalyvavimo pasiskirstymas srityse, kuriose bendradarbiavimas kartu su šeimos gydytoju yra galimas

tikėtinus skirtumus tarp teiginių ir atsakymų, taikytas χ^2 testas. Vertinant tiriamųjų atsakymus apie bendradarbiavimą sisteminiame, organizaciniame ir tarpasmeniniame lygmenyse, buvo sukurti balai (imitaciniai kintamieji), kurie priskirti tolydžių kintamųjų kategorijai. Pastarieji atitiko normalųjį skirstinį, todėl atsižvelgiant į vidurkį buvo padalyti į dvi grupes ($\leq 0,67$ – labiau nepritariantys teiginiui; $> 0,67$ – labiau pritariantys teiginiui). Siekiant nustatyti, kurie iš kitų žinomų klausimyno parametrų gali daryti įtaką teigiamiems teiginiams, buvo taikyta binarinė logistinė regresija, kur priklausomas kintamasis buvo anksčiau minėtas binarinis atsakas – pritariantys ar nepritariantys, o nepriklausomais kintamaisiais buvo pasirinktas respondentų darbo stažas (1 lentelė) ir vertinami bendradarbiavimo lygmenys (sistemini, organizacinis ir tarpasmeninis). Modelio „išlyginimo“ kokybė buvo vertinta Nagelkerkės determinacijos koeficientu (R^2). Skirtumas tarp lyginamų grupių buvo laikytas statistiškai reikšmingu, kai $p < 0,05$. Respondentų tyrimo duomenų bazė buvo sudaryta naudojantis statistine programa *SPSS for Windows 19.0*.

REZULTATAI

Apklausus VSS, išaiškėjo, kad beveik pusė jų dabartinį bendradarbiavimą tarp visuomenės sveikatos ir asmens sveikatos sektorių vertina labai gerai ir gerai (atitinkamai 4 proc. ir 43 proc.). Kita didžioji respondentų dalis (46 proc.) bendradarbiavimą vertino vidutiniškai, o likusieji – blogai (5 proc.) ir labai blogai (2 proc.). Tokie rezultatai patvirtina, jog, respondentų nuomone, bendradarbiavimas Lietuvoje nėra pakankamas.

Tyrimas atskleidė, kad VSS kartu su šeimos gydytojais retai dalyvauja bendroje veiklose (1 pav.). 55,6 proc. VSS nėra tekę kartu su šeimos gydytojais rinkti ir sisteminti informaciją apie tam tikras gyventojų ligas ir simptomus, pusė respondentų kartu su šeimos gydytojais nedalyvauja sveikatos ugdymo programose, skirtose tikslinėms gyventojų grupėms, taip pat pusė apklaustųjų teigė, kad nedalyvauja gyventojų informavimo apie sveikatos priežiūrą, sveiką gyvenimą kampanijose kartu su šeimos gydytojais.



2 pav. VSS požiūris į bendradarbiavimą tarp pirminio asmens sveikatos ir visuomenės sveikatos sektorių

Dauguma (57,4 proc.) VSS nedalyvauja atliekant pirminės sveikatos priežiūros įstaigose įgyvendinamų antrinės profilaktikos programų veiksmingumo analizę. Tik 24,1 proc. VSS atlieka gyventojų sveikatos rodiklių (pvz.: sergamumo, ligotumo, lankymosi sveikatos priežiūros įstaigoje dažnio ir t. t.) analizę (1 pav.).

Dalis tyrimo buvo skirta nustatyti esamas VSS nuostatas, kurios, be abejonės, yra nepaprastai svarbus aspektas bendradarbiaujant. 75,9 proc. VSS visiškai sutinka, kad bendradarbiavimas tarp šių sektorių turėtų būti geresnis. Didžioji dauguma visiškai pritarė, kad tam būtinas palaikymas iš politikų ir valdžios institucijų, o glaudesnis bendradarbiavimas leistų labiau tenkinti pacientų poreikius, suteikti aukštesnės kokybės gydymo paslaugas ir daryti didesnę įtaką priimant visuomenės sveikatai svarbius sprendimus (atitinkamai 88,9 proc., 70,4 proc. ir 66,7 proc.). Tačiau pusė tyrimo dalyvių sutinka tik iš dalies ir 24,1 proc. nesutinka, kad bendradarbiavimas tarp šių sektorių tampa vis glaudesnis. 75,9 proc. VSS pritaria, kad asmeniškai jie yra suinteresuoti tokiu bendradarbiavimu, nes, jų nuomone, jie gautų iš to naudos (2 pav.). Tad akivaizdu, kad esamo bendradarbiavimo nepakanka ir VSS yra suinteresuoti bendradarbiauti.

Tyrimas leido išsiaiškinti, kokie veiksniai turi įtakos bendradarbiaujant sisteminiame, organizaciniame ir tarpasmeniniame lygmenyse. Lietuvoje atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad sisteminiame lygmenyje, VSS nuomone, yra neaiškumų / trikdžių. Ketvirtadalis (25,9 proc.) VSS visiškai sutinka, o daugiau nei pusė (57,4 proc.) iš dalies sutinka, kad nėra aiškiai apibrėžtų bendradarbiavimo taisyklių. Panaši dalis respondentų teigia, kad bendradarbiauti nėra aiškaus teisinio pagrindo. 31,5 proc. VSS visiškai pritaria, kad

Lietuvos sveikatos apsaugos sistema nesudaro sąlygų šiems sektoriams sėkmingai bendradarbiauti. Su teiginiais, kad neaiškiai apibrėžtos VSS funkcijos, atsakomybės ir kad sėkmingam bendradarbiavimui trukdo nepakankamas finansavimas, visiškai sutiko 44,4 proc. VSS. Atsakymai į sisteminio lygmens trukdžius statistiškai reikšmingai skyrėsi (2 lentelė, $p = 0,012$)

Vertinant organizacinį lygmenį, daugiausiai buvo visiškai pritarė (57,4 proc.) teiginiui, kad glaudesnis bendradarbiavimui reikalingas abiejų institucijų vadovų įsitraukimas į šį bendradarbiavimą. Daugiau nei pusė respondentų visiškai sutiko, kad bendradarbiavimą skatintų glaudesni ryšiai su tikslinių grupių atstovais, pacientų organizacijomis ir, jų nuomone, yra nenumatyta laiko ir kitų resursų vykdyti bendras sveikatos stiprinimo programas (atitinkamai 55,6 proc. ir 53,7 proc.). Kad profilaktikos programų efektyvumo vertinimas bendradarbiavimą padarytų veiksmingesnį visiškai sutiko 38,9 proc. VSS, o iš dalies sutiko – 57,4 proc. tyrimo dalyvių. Į daugelį teiginių VSS atsakė iš dalies sutikdami: 46,3 proc. VSS iš dalies sutiko, kad bendradarbiauti trukdo nesutvarkyti techniniai, organizaciniai dalykai, 55,6 proc. – nepakankama komunikacija ir grįžtamasis ryšys tarp partnerių, 55,6 proc. – sėkmingam bendradarbiavimui stinga aktyvesnio naujų socialinių partnerių ir bendruomenės narių įtraukimo, 59,3 proc. – nėra aišku, kodėl ir kaip pasirenkamos tam tikros profilaktinės programos (3 lentelė). Tokie rezultatai parodė, kad VSS neturi tvirtos nuomonės, kas organizaciniame lygmenyje labiausiai trukdo bendradarbiauti, nes atsakymai į pateiktus teiginius, charakterizuojančius organizacinio lygmens trukdžius, statistiškai reikšmingai skyrėsi (3 lentelė, $p < 0,001$).

2 lentelė. VSS nuomonė apie bendradarbiauti trukdančius veiksnius sisteminiame lygmenyje

Teiginiai	Atsakymai			
	Visiškai sutinku	Sutinku iš dalies	Nesutinku	Neturiu nuomonės
	Proc. (abs. skč.)	Proc. (abs. skč.)	Proc. (abs. skč.)	Proc. (abs. skč.)
Bendradarbiavimas stringa, nes neaiškiai apibrėžtos visuomenės sveikatos specialistų funkcijos ir atsakomybės	44,4 (24)	40,7 (22)	14,8 (8)	–
Lietuvos sveikatos apsaugos sistema nesudaro prielaidų šiems sektoriams sėkmingai bendradarbiauti	31,5 (17)	48,1 (26)	16,7 (9)	3,7 (2)
Bendradarbiavimas yra nepakankamas, nes nėra aiškiai apibrėžtos bendradarbiavimo taisyklės	25,9 (14)	57,4 (31)	14,8 (8)	1,9 (1)
Tokiam bendradarbiavimui nėra aiškaus teisinio pagrindo	25,9 (14)	46,3 (25)	14,8 (8)	13,0 (7)
Sėkmingai bendradarbiauti trukdo tai, kad nėra pakankamo finansavimo	44,4 (24)	50,0 (27)	3,7 (2)	1,9 (1)

$\chi^2 = 25,753$; $df = 12$; $p = 0,012$.

3 lentelė. VSS nuomonė apie bendradarbiauti organizaciniame lygmenyje trukdančius veiksnius

Teiginiai	Atsakymai			
	Visiškai sutinku	Sutinku iš dalies	Nesutinku	Neturiu nuomonės
	Proc. (abs. skč.)	Proc. (abs. skč.)	Proc. (abs. skč.)	Proc. (abs. skč.)
Tam, kad bendradarbiavimas būtų glaudesnis, abiejų institucijų vadovai turėtų labiau įsitraukti į šį bendradarbiavimą	57,4 (31)	40,7 (22)	1,9 (1)	–
Bendradarbiauti trukdo nesutvarkyti techniniai, organizaciniai dalykai (nėra patalpų, įrangos, darbui būtinų priemonių ir pan.)	20,4 (11)	46,3 (25)	33,3 (18)	–
Nėra aišku, kodėl ir kaip pasirenkamos tam tikros profilaktinės programos	13,0 (7)	59,3 (32)	24,1 (13)	3,7 (2)
Komunikacija ir grįžtamasis ryšys tarp partnerių yra nepakankami	24,1 (13)	55,6 (30)	20,4 (11)	–
Sėkmingai bendradarbiauti stinga aktyvesnio naujų socialinių partnerių ir bendruomenės narių įtraukimo	38,9 (21)	55,6 (30)	3,7 (2)	1,9 (1)
Bendradarbiavimas būtų efektyvesnis, jei būtų įvertinamas profilaktikos programų efektyvumas	38,9 (21)	57,4 (31)	1,9 (1)	1,9 (1)
Bendradarbiavimas būtų efektyvesnis, jei turėtume daugiau informacijos apie visuomenės vertybes, mąstymo ir elgesio stereotipus	44,4 (24)	48,1 (26)	7,4 (4)	–
Bendradarbiavimą tarp šių dviejų sektorių labiau skatintų glaudesni ryšiai su tikslinių grupių atstovais, pacientų organizacijomis	55,6 (30)	40,7 (22)	–	3,7 (2)
Bendradarbiavimas yra nepakankamas, nes nenumatyta laiko ir kitų resursų vykdyti bendras sveikatos stiprinimo programas	53,7 (29)	38,9 (21)	7,4 (4)	–
Glaudesniam bendradarbiavimui tiesiog stinga didesnio asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos atstovų aktyvumo	37,0 (20)	50,0 (27)	13,0 (7)	–
Efektyvesniam bendradarbiavimui būtinas geresnis visuomenės informavimas	46,3 (25)	38,9 (21)	13,0 (7)	1,9 (1)

$\chi^2 = 100,304$; $df = 30$; $p = 0,001$.

4 lentelė. VSS nuomonė apie tarpasmeniniame lygmenyje bendradarbiauti trukdančius veiksnius

Teiginiai	Atsakymai			
	Visiškai sutinku	Sutinku iš dalies	Nesutinku	Neturiu nuomonės
	Proc. (abs. skč.)	Proc. (abs. skč.)	Proc. (abs. skč.)	Proc. (abs. skč.)
Bendradarbiauti trukdo asmeninių kontaktų nebuvimas (asmeniškai nepažįstami su partneriais)	14,8 (8)	42,6 (23)	42,6 (23)	–
Asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sektorių specialistams trūksta abipusio pasitikėjimo	14,8 (8)	48,1 (26)	35,2 (19)	1,9 (1)
Asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sektorių specialistams trūksta tinkamų kvalifikacijų ir profesinių žinių	1,9 (1)	50,0 (27)	48,1 (26)	–
Bendradarbiavimas stringa dėl patirties ir įgūdžių šioje srityje trūkumo	9,3 (5)	63,0 (34)	27,8 (15)	–
Glaudesniam bendradarbiavimui stinga lyderių ir profesionaliosios vykdomų projektų koordinavimo	24,1 (113)	55,6 (30)	16,7 (9)	3,7 (2)
Asmeniškai nesu suinteresuotas tokiu bendradarbiavimu, nes iš jo negaunu jokių naujų įgūdžių, žinių ar informacijos, kurią panaudočiau kasdieniniame darbe	–	22,2 (12)	77,8 (42)	–

$\chi^2 = 67,362$; $df = 15$; $p = 0,001$.

Vertindami tarpasmeninį bendradarbiavimo lygmenį galime teigti, kad iš visų pateiktų teiginių daugiausiai buvo respondentų (24,1 proc.), visiškai pritarusių teiginiui, jog glaudesniam bendradarbiavimui

stinga lyderių ir profesionaliosios vykdomų projektų koordinavimo. Kad VSS trūksta patirties ir įgūdžių bendradarbiauti tarp šių sektorių, iš dalies sutiko 63,0 proc. VSS, o visiškai tam pritarė tik

9,3 proc. tyrimo dalyvių. VSS vienodai visiškai sutiko (14,8 proc.), kad bendradarbiauti trukdo asmeninių kontaktų nebuvimas ir specialistų abipusio pasitikėjimo trūkumas, o iš dalies su šiais teiginiais sutiko atitinkamai 42,6 proc. ir 48,1 proc. respondentų. Tačiau beveik vienareikšmiškai nesutiko (77,8 proc.), kad asmeniškai jie nėra suinteresuoti tokiu bendradarbiavimu, nes iš jo negautų jokių naujų įgūdžių, žinių ar informacijos, tinkamos panaudoti kasdieniniame darbe. Atsakymai į tarpasmeninio lygmens trukdžius taip pat labai plačiai variavo (4 lentelė, $p < 0,001$).

Modeliavimas, panaudojant logistinės regresijos modelį, parodė, jog darbo nepriklausomi kintamieji – stažas ir atsakymai į skirtingus bendradarbiavimo lygmenis paaiškino 30,8 proc. priklausomo kintamojo variacijos ($R^2 = 0,308$), kai atsižvelgiame į jų struktūrą reikšmes. Daugiausiai pritariančių teiginių bendradarbiavimo problemoms buvo pateikta vertinant sisteminį ir organizacinį bendradarbiavimo lygmenis. Jiems pritariama buvo daugiau linkę mažesni stažą turintys VSS.

REZULTATŲ APTARIMAS

Kad trūkumų bendradarbiaujant yra visuose šiuose lygiuose, patvirtina ir kitų šalių atlikti tyrimai [12]. Įvertinus publikuotus tyrimus galima daryti išvadą, kad žinoma nelabai daug aiškiai dokumentuotų pavyzdžių apie integruotą ir efektyvų bendradarbiavimą tarp visuomenės sveikatos ir pirminės sveikatos priežiūros specialistų vietinės bendruomenės lygmenyje. Manome, jog tai ir nestebina, kadangi a) istorinė patirtis rodo, jog šio bendradarbiavimo vertybės nebuvo kuriamos ir b) istorinė paradigma besąlygiškai ir dramatiškai judėjo prie sektoriaus, kuris valdo finansus už „prisirašiusių skaičių“, ir niekada neieškojo šioje populiacijoje išeičių, kas lėmė, jog pastarosios ne tik nematuojamos, bet ir nežinomos. Dar daugiau, tai paskatino atsirasti vieną sunkiausių sveikatos sistemos problemų, kai besikreipiančiam suteikiama paslauga nebesiorientuojant į baigtinę paslaugą – siekti, kad būtų kiek įmanoma daugiau sveikų asmenų arba kad jie mažiau sirgtų.

Tyrimai, atlikti daugelyje šalių apie visuomenės sveikatos ir pirminės sveikatos priežiūros grandies bendradarbiavimą, atskleidžia tam tikrų paradoksų [5]. Viena vertus, šių dviejų sektorių atstovai kalbėjo apie šiuos du sveikatos sektorius taip, lyg jie būtų glaudžiai susiję. Medicinos specialistai paprastai apibūdindavo visuomenės sveikatos priežiūrą, pavyzdžiui, kaip pagalbinę medicinos specialybę, o VSS kalbėdavo apie mediciną kaip apie visuomenės sveikatos

priežiūros atšaką. Vis dėlto abiejų sveikatos priežiūros sektorių atstovams buvo gana sunku aiškiai išreikšti šį santykį praktikoje [11]. Dauguma jų turėjo mažai arba neturėjo jokios darbo patirties su kito sektoriaus specialistais ar organizacijomis mokymų metu arba praktikoje. Jiems neatrodė, kad kito sektoriaus atstovams būtų įdomi jų perspektyva. Jie demonstravo didelį skepticizmą kito sektoriaus motyvacijos atžvilgiu. Ir tik labai nedaugelis galėjo apibūdinti, kaip kito sektoriaus veikla yra susijusi su jiems rūpimais dalykais arba jų darbu [1].

Šiame tyrime dėmesį sutelkėme į būdus, kuriais visuomenės sveikatos priežiūros specialistai bei organizacijos, o dažnai taip pat ir kiti partneriai bendruomenėje sujungia savo išteklius, įgūdžius ir naudą, kurios galima pasiekti tokiu būdu. Šiuos sustiprintus susijungimus mes vadinome „sinergijomis“. Šiais atvejais stebimos šešių tipų sinergijos apima platų spektrą [9] – beveik visus specialistų ir organizacijų tipus abiejuose sveikatos priežiūros sektoriuose, visas medicinos ir visuomenės sveikatos priežiūros sferas: praktiką, politiką, švietimą ir mokslinius tyrimus.

Į analizuojamą problemą galime žiūrėti remdamiesi trimis pagrindinėmis kategorijomis: kokia yra (1) visuomenės sveikatos funkcija, (2) abiejų sektorių bendra atsakomybė, (3) pirminės sveikatos priežiūros atsakomybė. Svarbu pažymėti, kad antrajai kategorijai priskirtina sveikatos stebėseną, sveikatos stiprinimą, ligų ir traumų profilaktiką – sritys, kur visuomenės sveikatos ir pirminės sveikatos priežiūros grandis glaudžiai susijusios ir turi patį didžiausią potencialą integracijai.

Atsakomybė už stebėseną yra viena svarbiausių visuomenės sveikatos funkcijų [1] ir sritis, kuri kartu yra pagrindinė priežastis, dėl kurios visuomenės sveikatos praktiką reikėtų jungti su pirmine pagalba.

Mūsų ateities sveikatos sistemos galimybes pagerinti savo piliečių sveikatą labai priklausys nuo išmincingos reformos ir efektyvios visuomenės sveikatos bei asmens sveikatos priežiūros elementų integracijos, kur „efektyvia“ suprantame sėkmingą sistemos funkcijų, kurioms siekti ir sukurta ši sistema, įgyvendinimą, taip pat ir nuo funkcinės integracijos – vienybė ir harmonija bendroje sistemoje, kurioje jos veikia kaip tarpusavyje priklausomos sudedamosios dalys.

IŠVADOS

1. VSS dabartinį bendradarbiavimą su pirminės sveikatos priežiūros sektoriumi vertina kaip nepakankamą, nes, respondentų nuomone, dabartiniu

metu jie kartu nedalyvauja beveik jokiose bendro-
se veiklose.

2. Pusė tyrimo dalyvių sutinka tik iš dalies ir ketvir-
tadalis nesutinka, kad bendradarbiavimas tarp šių
sektorių tampa vis glaudesnis.
3. Į daugelį pateiktų teiginių respondentai atsakė, jog
tik iš dalies sutinka, kas rodo, jog jie neturi tvir-
tos nuomonės, kas organizaciniame lygmenyje la-
biausiai trukdo bendradarbiauti.
4. Neatsižvelgiant į tai, respondentai pažymėjo, kad
jie yra suinteresuoti šiuo bendradarbiavimu, tik
tam trukdo nesutvarkyta teisinė bazė, netobula fi-
nansavimo sistema, tinkamų asmeninių kontaktų
nebuvimas ir abiejų specialistų abipusio pasitikėji-
mo trūkumas.

PADEKA

Tyrimas atliktas įgyvendinant Baltijos jūros regio-
no programos „ImPrim“ projekto „Visuomenės svei-
katos gerinimas skatinant tolygų aukštos kokybės
pirminės sveikatos priežiūros išdėstymą“ priemonę
„Sveikatos sinergija“. Straipsnio autoriai nuoširdžiai
dėkoja projekto dalyviams – Lietuvos visuomenės
sveikatos biurams.

Straipsnis gautas 2012-05-04, priimtas 2012-06-15

Literatūra

1. LR visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas. Valstybės žinios. 2002;56-2225.
2. LR sveikatos sistemos įstatymas. Valstybės žinios. 1994;63-1231.
3. Lietuvos medicinos norma MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“. Valstybės žinios. 2006;3-62.
4. Wildridge V, Childs S, Cawthra L, Madge B. How to create successful partnerships – a review of the literature. Health Information and Libraries Journal. 2004;21:3-19.
5. Wedel R, Kalischuk RG, Patterson E, Brown S. Turning vision into reality: Successful integration of primary healthcare in Taber, Canada. Healthcare Policy. 2007;3(1):80-95.
6. Sindall C. Intersectoral collaboration: the best of times, the worst of times. Health Promotion International. 1997;12(1):5-6.
7. Valente TW, Chou CP, Pentz MA. Community coalition networks as systems: effects of network change on adoption of evidence-based prevention. Am J Public Health. 2007;97(5):880-886.
8. Sveikata 21. 104:141-150.
9. Poliakovienė R, Gurevičius R. Sveikatos sinergija – visuomenės sveikatos komponento sustiprinimas pirminės sveikatos priežiūros srityje. Visuomenės sveikata. 2011;1(52):30-41.
10. Adeleye OA, Ofili AN. Strengthening Intersectoral Collaboration for Primary Health Care in Developing Countries: Can the Health Sector Play Broader Roles? Journal of Environmental and Public Health. 2010:1-6.
11. Martin-Misener R, Valaitis R, Wong ST, Macdonald M, Meagher-Stewart D, Kaczorowski J et al. A scoping literature review of collaboration between primary care and public health. Prim Health Care Res Dev. 2012 Feb;21;1-20.
12. van Avendonk MJ, Mensink PA, Drenthen AJ, van Binsbergen JJ. Primary care and public health a natural alliance? The introduction of the guidelines for obesity and undernutrition of the Dutch College of General Practitioners. Fam Pract. 2012 Apr;29 Suppl 1:i31-i35.

The public health specialist's attitude to collaboration with primary health care sector

Romualdas Gurevičius, Sandra Kutkaitė, Jolanta Valentienė

Institute of Hygiene

Summary

Currently the public health of the past will increasingly become the population health of the future and the primary care of the past will increasingly become the clinical and preventive primary care and community-based medicine of the future. In Lithuania, public health specialist's opinion on this collaboration was not investigated.

Aim. To evaluate opinion and attitude of public health specialist in relation of collaboration with primary health care sector.

Material and methods. The direct telephone interview method was applied. 3 specially prepared interviewers interviewed 54 randomly selected public health specialists from the municipality Public health departments.

Results. The investigation allowed clarifying which factors on systemic, organizational and personal level impact collaboration between with primary health care sector. The results showing, that on systemic level, the serious uncertainties and disturbances exist. One fourth of respondents fully agree, and more than half partly agree, that there are no clear rules for collaboration. Similar proportion of respondents maintained, that there is no legal basis for

it. One third of respondents agree, that countries health system not creating conditions for successful such collaboration. With the statement, that public health sectors functions, responsibilities in this collaboration not clearly defines, and also there is lack in financial support agreed 45 percent of the respondents.

Conclusion. According the respondents, serious barriers exist to collaboration with the primary health sectors on systemic and organizational level.

Keywords: public health, primary health care, collaboration.

Correspondence to Romualdas Gurevičius,
Institute of Hygiene,
Didžioji 22, LT-01128 Vilnius, Lithuania.
E-mail: guro@hi.lt

Received 4 May 2012, accepted 15 June 2012