

# ŠEIMOS GYDYTOJŲ POŽIŪRIS Į BENDRADARBIAVIMĄ SU VISUOMENĖS SVEIKATOS SEKTORIUMI

Romualdas Gurevičius, Jolanta Valentienė, Sandra Kutkaitė

Higienos institutas

## Santrauka

Daugelyje pasaulio šalių sveikatos politikai daug dirba, norėdami pasiekti glaudesnę pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sektoriaus bendradarbiavimą bendruomenės sveikatos labui. Lietuvoje ši tema nebuvo analizuota.

**Tyrimo tikslas** – įvertinti šeimos gydytojų nuostatas bei požiūrį į esamą situaciją bendradarbiaujant su visuomenės sveikatos sektoriumi, nustatyti, kas trukdo šiam bendradarbiavimui tarpasmeniniame, organizaciniame ir sisteminiame lygmenyse.

**Medžiaga ir metodai.** Tyrime panaudota anoniminė anketinė apklausa, kuri buvo vykdoma tiesioginio interviu metodu (*face to face*) pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Iš viso buvo apklausta 61 atsitiktinai atrinktas gydytojas iš 32 pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų. Apklausa atliko 7 tyrėjai. Anoniminė anketa parengta remiantis kokybinio tyrimo, skirto atskleisti, koks poreikis ir kokios galimybės yra Lietuvoje bendradarbiauti tarp visuomenės sveikatos ir asmens sveikatos priežiūros sektorių, rezultatais ir kitais mokslinės literatūros šaltiniuose aprašytais tyrimais apie bendradarbiavimą bei tiesiai kontaktuojant su tyrimo autoriais *McMaster* universitete, Kanadoje.

**Rezultatai.** Tyrimas patvirtino, kad šeimos gydytojas atsakingas ne vien tik už gydomąją, bet ir profilaktinę veiklą, kuri yra glaudžiai susijusi su visuomenės sveikatos specialisto funkcijomis. Šeimos gydytojų profilaktinės darbo sritys yra galimos bendradarbiavimo sritys su visuomenės sveikatos specialistais. Tačiau remiantis šeimos gydytojų nuostata, bendradarbiavimas tarp šių sektorių būtų sėkmingesnis ir glaudesnis, jei būtų politikų ir valdžios institucijų tiek finansinis, tiek teisinis palaikymas. Teisinės bazės realiam bendradarbiavimui nėra. Šeimos gydytojų nuomone, bendradarbiauti organizaciniame lygmenyje svarbų vaidmenį atlieka sveikatos priežiūros institucijų vadovai, techniniai ir kiti išteklių bei profilaktikos programų efektyvumo vertinimas. Kalbėdami apie tarpasmeninį lygmenį, tyrimo dalyviai labiausiai pritarė, kad bendradarbiavimui trūksta lyderių ir profesionalios projektų koordinavimo. Taip pat pripažino, kad trūksta bendradarbiavimo žinių bei įgūdžių.

**Išvada.** Neatsižvelgiant į minėtas kliūtis, trukdančias bendradarbiauti, šeimos gydytojai mato jo naudą. Jų nuomone, bendradarbiavimas leistų daryti didesnę įtaką priimant svarbius visuomenės sveikatai sprendimus, sudarytų sąlygas labiau tenkinti pacientų poreikius ar teikti aukštesnės kokybės gydymo paslaugas.

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

## ĮVADAS

Daugelyje pasaulio šalių, taip pat ir Lietuvoje, yra įprasta, kad nuo pirminiame sveikatos priežiūros lygmenyje dirbančio šeimos gydytojo prasideda piliečio kontaktai su gana sudėtinga sveikatos apsaugos sistema. Nuo gydytojo stipriai priklausys ir paciento požiūris į savo sveikatą bei į visą šalies sveikatos apsaugos sistemą [1]. Norint užtikrinti tinkamą gyventojų sveikatą visuotiniu mastu, reikia ne tik gydyti sergančiuosius, bet ir veiksmingai vykdyti pirminę profilaktiką. Lietuvos medicinos normoje MN 14:2005

„Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ yra nurodyta, kad šeimos gydytojas turi propaguoti sveiką gyvenseną, sveikatos ugdymo ir ligų profilaktikos priemones, turi kompetencijos atlikti ir mokyti pacientus profilaktikos įgūdžių, atlikti ligų profilaktiką, mažinti bendruosius rizikos veiksnius, mokėti sveikos gyvensenos principus ir sveikatos mokymo metodikas [2]. Taigi, šeimos gydytojai greta paciento konsultacijos, skirto gydymo, vaistų išrašymo, siuntimo specialisto konsultacijai, *de jure* turi atlikti labai svarbų ir darbu labai imlų bei sudėtingą visuomenės sveikatos uždavinį – padėti formuoti aktyvią ir už savo sveikatą atsakingą bendruomenę tarp prie jo „prisirašiusių“ gyventojų.

Tačiau žinant, kad šiais laikais šeimos gydytojai yra užimti gydomąja veikla, be to, nemažą dalį laiko skiria ne su medicina susietiems darbams (nedarbingumo lapelių pildymas ir pan.), pristinga laiko

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

pirminei profilaktikai, sveikatos stiprinimo veiklai. Pirminės sveikatos priežiūros įstaigose kiekvienas gyventojas lankosi vidutiniškai kelis kartus per metus [1]. Valstybinės ligonių kasos informacijos sistemos SVEIDROS duomenimis, per 2010 m. pas šeimos gydytojus buvo 273,28 apsilankymų 100 gyventojų. Tais pačiais metais buvo 1849 aktyvūs šeimos gydytojai, t. y. 5,7 šeimos gydytojų teko 10 000 gyventojų [3]. Jei kiekvieno apsilankymo metu būtų skiriama laiko profilaktikai, pokalbiams apie rūkymą, alkoholio vartojimą, mitybos įpročius, fizinį aktyvumą ir kelios frazės būtų skirtos šiems įpročiams koreguoti – tai padėtų suformuoti neigiamą požiūrį į žalingus įpročius, paskatintų pacientus susimąstyti ir gal net pakeisti savo elgseną, padėtų suformuoti pozityvią sveikatos nuostatą.

Šiuo metu šeimos medicina yra gerokai medikalizuota. Todėl trūksta laiko, kuris būtų skirtas pirminei profilaktikai, stebėsenai, sveikatos stiprinimo priemonėms [1]. Šioje vietoje yra svarbus pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sektorių bendradarbiavimas. Nors nėra sukurta efektyviausių ir geriausių būdų, kaip šiems sektoriams bendradarbiauti, tačiau yra bandoma juos sujungti bendram tikslui – geresnei gyventojų sveikatai [4]. Tokie bendradarbiavimo modeliai kaip „Šeimos sveikatos komandos“ Ontario mieste arba „Pirminės priežiūros tinklai“ Albertoje yra verti dėmesio, nes juos taikant įgyvendinama daugiadalykiniu ir tarpsektoriniu principu sudarytų komandų praktika, įskaitant visuomenės sveikatos priežiūros ir pirminės sveikatos priežiūros specialistus. Racionalioje sveikatos priežiūros sistemoje visuomenės sveikatos įstaigos turėtų veikti išvien su pirminės priežiūros paslaugų tiekėjais sprendžiant visų gyventojų sveikatos priežiūros poreikius, o integruotų paslaugų teikimas turėtų būti įprasta kasdieninė veikla [5]. Visuomenės sveikatos specialistai galėtų ateiti į pagalbą šeimos gydytojams. Siekiant išsiaiškinti šeimos gydytojų poreikį šiam bendradarbiavimui ir jų nuomonę apie esamą bendradarbiavimą, buvo atliktas tyrimas.

Tyrimo tikslas – įvertinti šeimos gydytojų (ŠG) nuostatas bei požiūrį į esamą situaciją bendradarbiaujant su visuomenės sveikatos sektoriumi, kas trukdo bendradarbiauti tarpasmeniniame, organizaciniame ir sisteminiame lygmenyse.

## TYRIMO OBJEKTAS IR METODAI

**Tyrimo objektas** – ŠG požiūris į bendradarbiavimą. Tyrimo populiacija – tai šeimos gydytojai, kurie buvo atrinkti iš 10 Lietuvos apskričių centrų pirminės

asmens sveikatos priežiūros įstaigų atsitiktinės atrankos būdu, naudojantis *SoftDent (Software development)* gydytojų duomenų bazėmis. Kiekviename mieste buvo apklausti ne mažiau kaip 5 atsitiktinai atrinkti šeimos gydytojai. Iš viso buvo apklausta 61 gydytojas iš 32 pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų.

**Tyrimo metodas** – anoniminė anketinė apklausa, kuri buvo vykdoma tiesioginio interviu metodu (*face to face*) pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigoje. Apklausa atliko 7 tyrėjai. Anoniminė 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 [4] bei tiesiai kontaktuojant su tyrimo autoriais *McMaster* universitete, Kanadoje. Sukurto klausimyno pradžioje buvo pateikiamas klausimas kaip bendrai ŠG 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“). Anketoje buvo pateikiamas ir atviras klausimas, skirtas ŠG išsakyti, jų nuomone, esančias pagrindines priežastis, dėl ko bendradarbiavimas nėra idealus. Kitoje anketos dalyje buvo pateikiamos 8 galimos bendradarbiavimo tarp visuomenės sveikatos ir asmens sveikatos priežiūros sektorių sritys, kur ŠG 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 anketos teiginiai buvo suskirstyti į 4 grupes:

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

Anketoje taip pat buvo prašoma nurodyti darbo stažą ir miestą, kuriame dirba. Pasiskirstymas ŠG, atsižvelgiant į pastaruosius aspektus, pateiktas 1 lentelėje. Šiame tyrime didžiausias ŠG darbo stažas buvo 43 metai.

**1 lentelė.** ŠG pasiskirstymas pagal darbo stažą ir miestus (n = 61)

Respondentų proc. (abs. skč.)	
Miestai	
Alytus	9,8 (6)
Marijampolė	11,5 (7)
Klaipėda	9,8 (6)
Vilnius	9,8 (6)
Kaunas	9,8 (6)
Utena	11,5 (7)
Panevėžys	8,2 (5)
Šiauliai	9,8 (6)
Tauragė	9,8 (6)
Telšiai	9,8 (6)
Darbo stažo grupės	
≥ 25 metai	50,8 (31)
< 25 metai	49,2 (30)

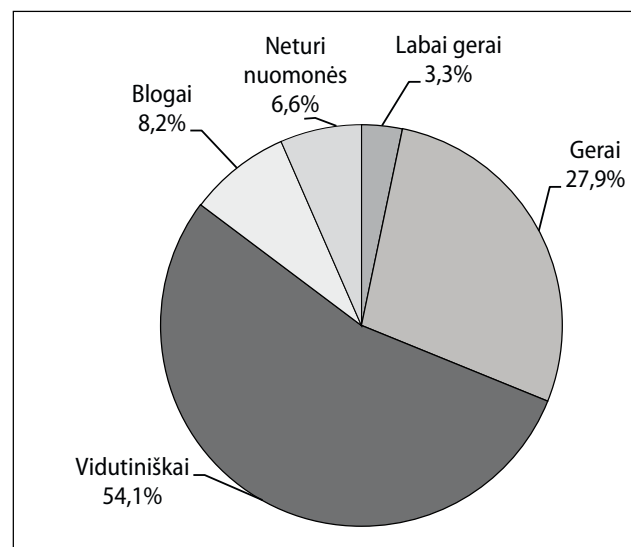
**Statistinė duomenų analizė.** Atsakymai į klausimus analizuoti apskaičiuojant atsakymų į klausimus dažnius, skirtumai tarp grupių vertinti  $\chi^2$  testu. Skirtumas laikytas statistiškai reikšmingu, kai  $p < 0,05$ . Vertinant teiginius apie bendradarbiavimą sisteminiame, organizaciniame ir tarpasmeniniame lygmenyse, buvo sukurtas imitacinis kintamasis, kurio išraiška buvo balas, turintis tolydų pasiskirstymą. Šie balai pasiskirstė pagal normalųjį skirstinį, todėl atsižvelgiant į vidurkį buvo padalyti į dvi grupes ( $\leq 0,56$  – labiau nepritariantys teiginiui;  $> 0,56$  – labiau pritariantys teiginiui). Siekiant nustatyti, kaip priklausomąjį kintamąjį – pritarimą teiginiui ar nepritarimą veikia respondento stažas bei teiginių grupės sisteminiame, organizaciniame ir tarpasmeniniame lygmenyse, buvo pritaikyta binarinė logistinė regresija. Modeliavimo kokybė buvo įvertinta remiantis Nagelkerkės determinacijos koeficientu ( $R^2$ ). Respondentų tyrimo duomenys buvo tvarkomi naudojant *Microsoft Excell*, o statistinė analizė atlikta pasitelkiant statistinę programą *SPSS for Windows 19,0*.

## REZULTATAI

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad daugiau nei pusė (54,1 proc.) ŠG dabartinį bendradarbiavimą tarp asmens sveikatos ir visuomenės sveikatos sektorių vertina vidutiniškai, o labai gerai ir blogai atitinkamai tik 3,3 proc. ir 8,2 proc. (1 pav.). ŠG nuomone, vis susiduriama su bendradarbiavimo sunkumais arba esamą bendradarbiavimą tarp sektorių vertino kaip teorinį.

Norint išsiaiškinti bendradarbiavimo sąlyčio taškus tarp asmens ir visuomenės sveikatos sektorių, ŠG buvo pateikiamos galimos bendradarbiavimo sritys

su visuomenės sveikatos specialistais (2 pav.). Daugiausiai ŠG atsakė, kad nuolat tenka dalyvauti: sveikatos stiprinimo programose (62,3 proc.), skirtose tikslinėms gyventojų, priklausančių padidėjusios rizikos susirgti tam tikromis ligomis, grupėms (pvz.: gimdos kaklelio, prostatos, krūties vėžio ir kt.); pirminės profilaktikos programose (50,8 proc.), įgyvendinamose pirminės sveikatos priežiūros įstaigose (PASPI); ir kampanijose (34,4 proc.) apie sveiką gyvenseną bei sveikatos priežiūrą.

**1 pav.** Dabartinio bendradarbiavimo tarp asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sektorių pirminės sveikatos priežiūros grandyje vertinimas

Didžiajai daliai ŠG neteko dalyvauti sveikatos ugdymo programose, skirtose tikslinėms gyventojų grupėms, vaikų ir jaunimo švietimo apie sveiką gyvenseną programose ir antrinės profilaktikos programų, įgyvendinamų PASPI, veiksmingumo analizėje. Tai atitinkamai sudarė 44,3 proc., 41,0 proc. ir 32,8 proc. Tačiau iš 2 pav. pateiktų duomenų matyti, kad ŠG yra tekę dalyvauti vaikų ir jaunimo švietimo apie sveiką gyvenseną programose (47,5 proc.), gyventojų sveikatos rodiklių analizėje (44,3 proc.), antrinės profilaktikos programų, įgyvendinamų PASPI, veiksmingumo analizėje (41,0 proc.) bei yra tekę rinkti ir sisteminti informaciją apie tam tikras gyventojų ligas ir simptomus (41,0 proc.).

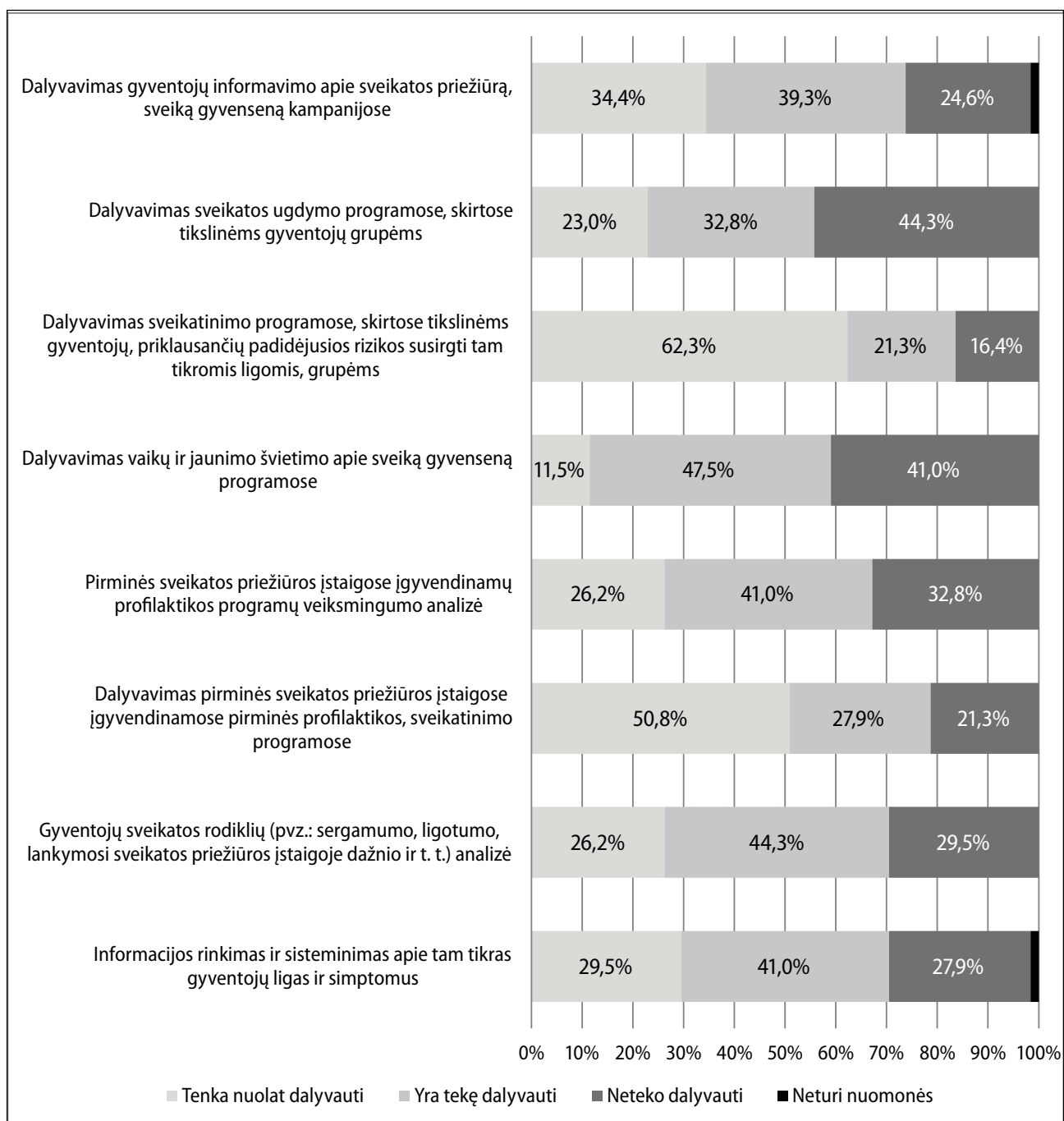
Šiuo tyrimu buvo norima išsiaiškinti vyraujančias ŠG nuostatas apie bendradarbiavimą su visuomenės sveikatos sektoriumi. Rezultatai parodė, kad dauguma visiškai pritaria, jog bendradarbiavimas tarp šių sektorių turėtų būti geresnis (65,6 proc.), o jis taptų sėkmingesnis ir glaudesnis, jei būtų palaikymas iš

politikų ir valdžios institucijų (67,2 proc.). ŠG nuomone, glaudesnis bendradarbiavimas leistų daryti didesnę įtaką priimant visuomenės sveikatai svarbius sprendimus (39,3 proc.) ir sudarytų sąlygas labiau tenkinti klientų poreikius, suteikti aukštesnės kokybės gydymo paslaugas (50,8 proc.).

Daugiau nei pusė ŠG (52,5 proc.) teigia, kad jie yra suinteresuoti bendradarbiauti. Lygiai tokia pati dalis ŠG tik iš dalies sutinka, kad bendradarbiavimas Lietuvoje tampa vis glaudesnis tarp visuomenės

sveikatos ir PASPI sektorių, o 29,5 proc. nesutinka su šiuo teiginiu (3 pav.). Tad akivaizdu, kad bendradarbiauti poreikis yra.

Šio tyrimo respondentų buvo klausama, kas trukdo bendradarbiauti asmens sveikatos ir visuomenės sveikatos specialistams (VSS), atsižvelgiant į veiksnius sisteminiame, organizaciniame ir tarpasmeniniame lygmenyse. Išvardytus galimus sisteminio lygmens veiksnius, turinčius įtakos bendradarbiavimui, didžioji dalis ŠG visiškai sutiko, kad sėkmingam



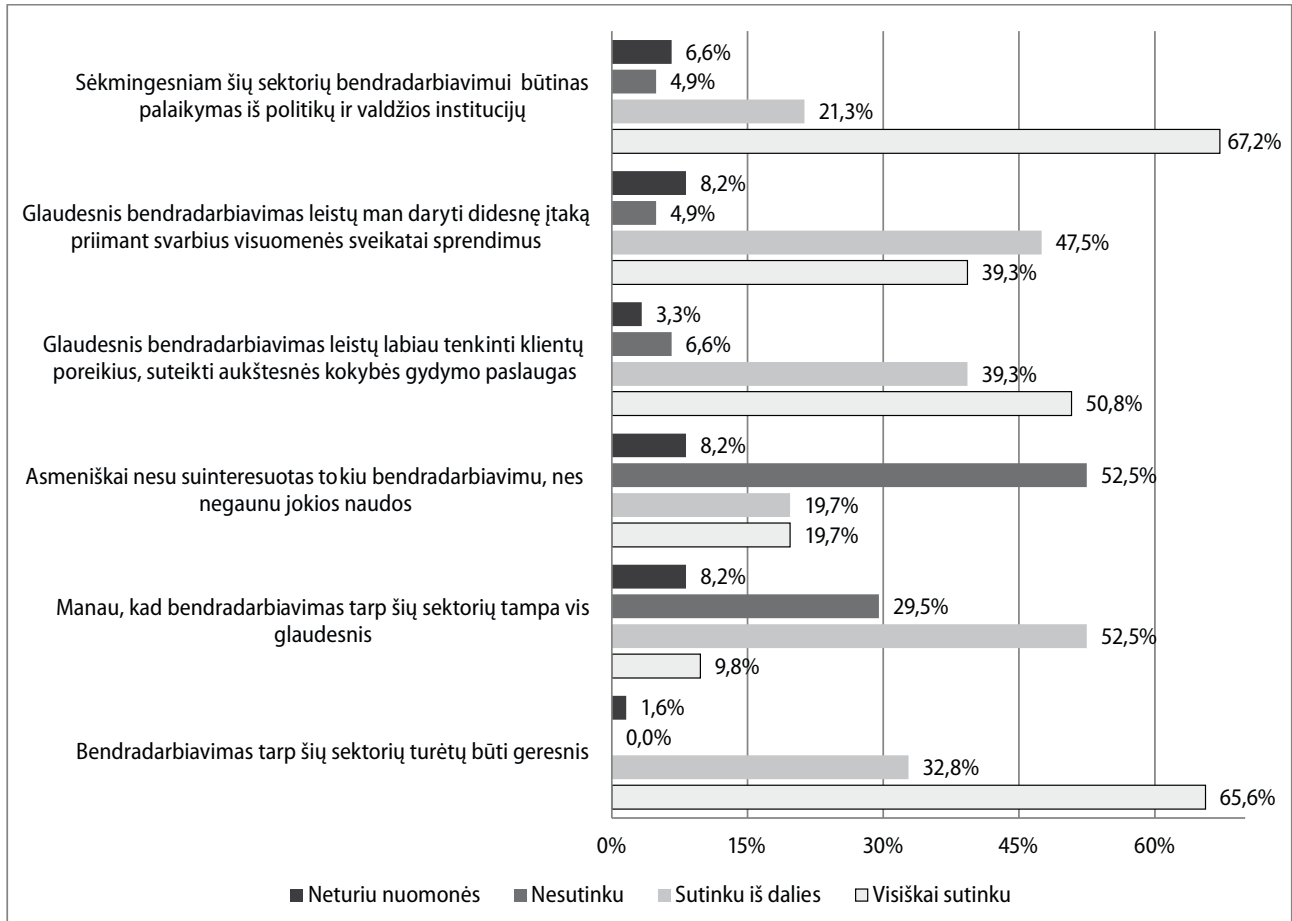
2 pav. ŠG dalyvavimo pasiskirstymas srityse, kuriose bendradarbiavimas tarp visuomenės sveikatos ir asmens sveikatos priežiūros sektorių yra galimas

bendradarbiavimui trukdo nepakankamas finansavimas (59,0 proc.; iš dalies su tuo sutiko 29,5 proc.) ir neaiškiai apibrėžtos bendradarbiavimo taisyklės (57,4 proc.; iš dalies su tuo sutiko 31,1 proc.). Daugiau nei 80 proc. visų ŠG sutinka, kad bendradarbiavimas stringa dėl neaiškiai apibrėžtų visuomenės sveikatos specialistų funkcijų, atsakomybių (85,2 proc.), kad Lietuvos sveikatos apsaugos sistema nesudaro prielaidų sėkmingai bendradarbiauti (91,8 proc.) ir yra neaiškus tokio bendradarbiavimo teisinis pagrindas (83,6 proc.). Įdomu tai, kad į pateiktus teiginius apie trukdančius veiksnius sisteminiame lygmenyje respondentai atsakė labai panašiai, nes tarp lentelės eilutėse ir stulpeliuose esančių atsakymų nėra statistiškai reikšmingo skirtumo (2 lentelė,  $p = 0,49$ ). Taigi, sisteminiame lygmenyje yra nemažai kliūčių bendradarbiauti asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sektoriams. Tai pažymi visi respondentai, o tai yra nepaprastai svarbu, siekiant šio tikslo.

Organizaciniame lygmenyje ŠG išskiria šiuos svarbiausius sėkmingesniai, efektyvesniai bendradarbiavimui pasiekti trukdančius aspektus:

- Nenumatyta laiko ir kitų resursų bendroms sveikatos stiprinimo programoms vykdyti (visiškai sutinka 67,2 proc. ŠG).
- Efektyvesniai bendradarbiavimui būtinas geresnis visuomenės informavimas (su šiuo teiginiu visiškai sutinka 65,6 proc.).
- Bendradarbiavimas būtų efektyvesnis, jei būtų vertinamas profilaktikos programų efektyvumas (visiškai sutinka 57,4 proc.).
- Abiejų institucijų vadovai turėtų labiau įsitraukti į bendradarbiavimą tarp asmens ir visuomenės sveikatos sektorių, siekdami glaudesnio bendradarbiavimo (visiškai sutinka 55,7 proc.).

Daugiausiai nesutikusių ŠG su teiginiu, kad bendradarbiauti trukdo nesutvarkyti techniniai, organizaciniai dalykai, buvo 34,4 proc. Daugiau nei



3 pav. ŠG požiūris į bendradarbiavimą tarp pirminio asmens sveikatos ir visuomenės sveikatos sektorių

**2 lentelė.** ŠG nuomonė apie trukdančius veiksnius bendradarbiauti 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	47,5 (29)	37,7 (23)	6,6 (4)	8,2 (5)
Lietuvos sveikatos apsaugos sistema nesudaro prielaidų šioms sritims sėkmingai bendradarbiauti	42,6 (26)	49,2 (30)	1,6 (1)	6,6 (4)
Bendradarbiavimas yra nepakankamas, nes nėra aiškiai apibrėžtos bendradarbiavimo taisyklės	57,4 (35)	31,1 (19)	6,6 (4)	4,9 (3)
Nėra aiškaus teisinio pagrindo tokiam bendradarbiavimui	41,0 (25)	42,6 (26)	6,6 (4)	9,8 (6)
Sėkmingai bendradarbiauti trukdo tai, kad nėra pakankamo finansavimo	59,0 (36)	29,5 (18)	3,3 (2)	8,2 (5)

$\chi^2 = 11,46$ ;  $df = 12$ ;  $p = 0,49$ .

**3 lentelė.** ŠG 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	55,7 (34)	36,1 (22)	1,6 (1)	6,6 (4)
Bendradarbiauti trukdo nesutvarkyti techniniai, organizaciniai dalykai (nėra patalpų, įrangos, darbui būtinų priemonių ir pan.)	27,9 (17)	24,6 (15)	34,4 (21)	13,1 (8)
Nėra aišku, kodėl ir kaip pasirenkamos tam tikros profilaktinės programos	26,2 (16)	37,7 (23)	26,2 (16)	9,8 (6)
Komunikacija ir grįžtamasis ryšys tarp partnerių yra nepakankami	32,8 (20)	52,5 (32)	9,8 (6)	4,9 (3)
Sėkmingam bendradarbiavimui stinga aktyvesnio naujų socialinių partnerių ir bendruomenės narių įtraukimo	21,3 (13)	54,1 (33)	19,7 (12)	4,9 (3)
Bendradarbiavimas būtų veiksmingesnis, jei vyktų profilaktikos programų efektyvumo įvertinimas	57,4 (35)	36,1 (22)	3,3 (2)	3,3 (2)
Bendradarbiavimas būtų veiksmingesnis, jei turėtume daugiau informacijos apie visuomenės vertybes, mąstymo ir elgesio stereotipus	37,7 (23)	42,6 (26)	14,8 (9)	4,9 (3)
Bendradarbiavimą tarp šių dviejų sektorių labiau skatintų glaudesni ryšiai su tikslinių grupių atstovais, pacientų organizacijomis	34,4 (21)	44,3 (27)	16,4 (10)	4,9 (3)
Bendradarbiavimas yra nepakankamas, nes nenumatyta laiko ir kitų resursų bendroms sveikatos stiprinimo programoms vykdyti	67,2 (41)	26,2 (16)	3,3 (2)	3,3 (2)
Glaudesniam bendradarbiavimui tiesiog stinga didesnio asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos atstovų aktyvumo	29,5 (18)	47,5 (29)	16,4 (10)	6,6 (4)
Veiksmingesniam bendradarbiavimui būtinas geresnis visuomenės informavimas	65,6 (40)	27,9 (17)	3,3 (2)	3,3 (2)

$\chi^2 = 117,55$ ;  $df = 30$ ;  $p = 0,001$ .

ketvirtadalis ŠG (26,2 proc.) nesutiko, kad jiems nėra aišku, kodėl ir kaip pasirenkamos tam tikros profilaktinės programos, tačiau lygiai tokia pati dalis teigė, kad jiems yra visiškai aišku, o 37,7 proc. respondentų tai aišku tik iš dalies. Rezultatai rodo, kad ŠG ši sritis, kaip yra rengiamos programos, kokiais principais remiantis yra sukuriami gyventojų atrankos kriterijai, lieka neaiški ir nesuprantama. Teiginių apie

trukdančius veiksnius bendradarbiauti organizaciniame lygmenyje vertinimas buvo gana skirtingas, nes tarp atsakymų buvo aptiktas statistiškai reikšmingas skirtumas (3 lentelė,  $p < 0,001$ ).

Iš tarpasmeniniame lygmenyje esančių veiksmų daugiausiai ŠG visiškai pritarė (32,8 proc.), kad bendradarbiauti trukdo asmeninių kontaktų nebuvimas, o 23,0 proc. visiškai sutiko, kad glaudesniam

**4 lentelė.** ŠG nuomonė apie veiksnius, trukdančius bendradarbiauti tarpasmeniniame lygmenyje

Teiginiai	Atsakymai			
	Visiškai sutinku	Sutinku iš dalies	Nesutinku	Neturiu nuomonės
	Proc. (abs. skč.)	Proc. (abs. skč.)	Proc. (abs. skč.)	Proc. (abs.skč.)
Bendradarbiavimui trukdo asmeninių kontaktų nebuvimas (asmeniškai nepažįstami su partneriais)	32,8 (20)	31,1 (19)	34,4 (21)	1,6 (1)
Asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sektorių specialistams trūksta abipusio pasitikėjimo	18,0 (11)	32,8 (20)	41,0 (25)	8,2 (5)
Asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sektorių specialistams trūksta tinkamų kvalifikacijų ir profesinių žinių	8,2 (5)	23,0 (14)	49,2 (30)	19,7 (12)
Bendradarbiavimas stringa dėl patirties ir įgūdžių šioje srityje trūkumo	11,5 (7)	44,3 (27)	39,3 (24)	4,9 (3)
Glaudesniam bendradarbiavimui stinga lyderių ir profesionalnesnio vykdomų projektų koordinavimo	23,0 (14)	52,5 (32)	18,0 (11)	6,6 (4)
Asmeniškai nesu suinteresuotas tokiu bendradarbiavimu, nes iš jo negaunu jokių naujų įgūdžių, žinių ar informacijos, kurią panaudočiau kasdieniniame darbe	18,0 (11)	24,6 (15)	52,5 (32)	4,9 (3)

$\chi^2 = 51,55$ ;  $df = 15$ ;  $p = 0,001$ .

bendradarbiavimui stinga lyderių ir profesionalnesnio vykdomų projektų koordinavimo. Daugiau nei pusė ŠG (52,5 proc.) nesutiko su teiginiu, kad jie asmeniškai nėra suinteresuoti bendradarbiavimu, nes negautų iš jo jokių naujų įgūdžių, žinių ar informacijos, reikalingų kasdieniniame darbe, ir beveik pusė apklaustųjų (49,2 proc.) nesutiko, kad asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sektorių specialistams bendradarbiauti trūksta tinkamų kvalifikacijų ir profesinių žinių. Tai patvirtina, kad ŠG nori bendradarbiauti su visuomenės sveikatos sektoriumi, tačiau tam trūksta bendradarbiavimui reikalingų įgūdžių, žinių, sąlygų ir pan. Teiginių apie veiksnius, trukdančius bendradarbiauti tarpasmeniniame lygmenyje, vertinimas buvo gana skirtingas, nes tarp atsakymų taip pat buvo aptiktas statistiškai reikšmingas skirtumas (4 lentelė,  $p < 0,001$ ).

Panaudojant logistinės regresijos modelį nustatyta, jog nepriklausomieji kintamieji – stažas ir atsakymai į skirtingus bendradarbiavimo lygmenis paaiškino tik 14,9 proc. priklausomojo kintamojo variacijos ( $R^2 = 0,149$ ), kai atsižvelgiame į jų stratų reikšmes, kas rodo, jog turime 85 proc. veiksnų, kurie yra nežinomi. Daugiausiai pritariančių teiginių bendradarbiavimo problemoms buvo pateikta vertinant tarpasmeninį bendradarbiavimo lygmenį. Tam pritari ti buvo daugiau linkę mažesnį stažą turintys pirminės sveikatos priežiūros specialistai.

## REZULTATŲ APTARIMAS

Mūsų šalies mokslinėje literatūroje neteko aptikti tyrimų apie pirminės asmens sveikatos priežiūros

ir visuomenės sveikatos sektorių bendradarbiavimo ypatumus, poreikius, galimybes. Dėl šios priežasties buvo neaišku, ar apskritai šie sektoriai bendradarbiauja. Panašu, jog šalyje trūkstant sveikatos sistemos efektyvumo vertinimų, sveikatos politikai apie tai dar negalvoja. Tačiau, kad šiems sektoriams bendradarbiauti yra būtina, pasaulyje rašoma ne viename moksliniame literatūros šaltinyje [7–11]. Visame pasaulyje yra ieškoma optimalių būdų, kaip geriau galėtų bendradarbiauti pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sektoriai, nes daugelyje šalių jie veikia atskirai vienas nuo kito [4]. Ne išimtis ir mūsų šalis, kurioje šie sektoriai ne tik veikia atskirai, bet ir atskirti įstatymu.

Šis šeimos gydytojų nuomonių tyrimas parodė, kad tik 31,2 proc. šeimos gydytojų dabartinį bendradarbiavimą vertina gerai ir labai gerai, o 54,1 proc. vertina tik vidutiniškai. Likusi dalis arba vertino blogai, arba neturėjo nuomonės šiuo klausimu. Tad aki vaizdu, kad bendradarbiavimo srityje yra spragų ir jį vertina nepakankamai gerai. Tačiau tolimesni tyrimai parodė, kad šeimos gydytojų darbas, jų pačių nuomone, kai kuriose srityse yra glaudžiai susijęs su visuomenės sveikatos sektoriaus veikla [2, 6, 12].

Yra žinoma, kad visuomenės sveikatos priežiūros sektoriaus pagrindinės veiklos susijusios su pirmąp rade ir pirmine profilaktika, sveikos gyvensenos ugdy mu, epidemiologiniais tyrimais, stebėsena ir pan. [6, 12]. Remiantis atlikto tyrimo duomenimis, daugiau nei pusė šeimos gydytojų teigia, kad jiems nuolat tenka dalyvauti sveikatos stiprinimo programose, skir tose tikslinėms gyventojų grupėms (pvz.: turintiems

gimdos kaklelio, prostatos, krūties vėžį ir pan.) ir pirminės profilaktikos programose, įgyvendinamoje PASPĮ. Beveik trečdaliui apklausos dalyvių nuolat tenka dalyvauti kampanijose apie sveiką gyvenimą ir sveikatos priežiūrą, rinkti informaciją apie tam tikras gyventojų ligas ir simptomus ir ją sisteminti bei tenka atlikti gyventojų sveikatos rodiklių analizę. Gauti rezultatai tik patvirtina, kad yra sričių, kur VSS ir ŠG veiklos yra labai artimos viena kitai. Siekiant, kad abiejų sektorių atsakomybė už šias veiklas [2, 6, 12] būtų išsaugota ir būtų išvengtas veiklų dubliavimas, svarbu sustiprinti esamą bendradarbiavimą arba sukurti naujus, patvaresnius bendradarbiavimo ryšius. Bendradarbiavimo santykius tarp šių sektorių reikia tobulinti. Tai būtų labai tikslinga ir naudinga abiem sektoriams. Pastariesiems teiginiais pritaria tyrimo dalyviai.

ŠG neneigia, kad esamą bendradarbiavimą reikėtų stiprinti. Net 65,6 proc. jų visiškai pritaria, kad bendradarbiavimas tarp šių sektorių turėtų būti geresnis. Jų nuomone, glaudesnis bendradarbiavimas sudarytų sąlygas daryti didesnę įtaką priimant svarbius visuomenės sveikatai sprendimus, labiau tenkinti klientų poreikius bei teikti aukštesnės kokybės gydymo paslaugas. Tai rodo, kad ŠG mato galimo geresnio bendradarbiavimo naudą.

Tačiau tyrimo dalyviai išskiria keletą bendradarbiavimą trikdančių veiksnių sisteminiame, organizaciniame bei tarpasmeniniame lygmenyse. Vertindami sisteminių lygmenį daugiau kaip pusė (67,2 proc.) ŠG laikosi nuostatos, kad bendradarbiavimas būtų sėkmingesnis ir glaudesnis, jei būtų politikų ir valdžios institucijų palaikymas. Vyriausybės palaikymas yra vienas reikšmingiausių bendradarbiavimo skatinimo veiksnių [13–15]. Beveik 60 proc. ŠG visiškai pritarė, kad sėkmingai bendradarbiauti trukdo nepakankamas finansavimas ir neaiškiai apibrėžtos bendradarbiavimo taisyklės. R. Valaitis pateikia literatūros apžvalgą, kurioje šie veiksniai priskiriami prie didžiausių trikdančių veiksnių sisteminiame lygmenyje ir pabrėžiama veiksmingų strategijų rengimo svarba šių sektorių komunikacijai, tarpusavio supratimui, pasitikėjimui, tolerancijai ir pagarbai skatinti [4]. Kiti tyrėjai pabrėžia ilgalaikio finansavimo reikšmę bendradarbiavimui užtikrinti [16–19]. Daugiau kaip 80 proc. tyrimo dalyvių sutinka, kad bendradarbiavimas striniga dėl neaiškiai apibrėžtų VSS funkcijų, atsakomybių. Kad tai trukdo bendradarbiauti, patvirtina ir kitų šalių tyrimai [24, 25]. Lietuvos sveikatos apsaugos sistema nesudaro prielaidų sėkmingai bendradarbiau-

ti ir yra neaiškus tokio bendradarbiavimo teisinis pagrindas.

Daugiau kaip 65 proc. ŠG nuomone, organizaciniame (įstaigos) lygmenyje sėkmingesniai ir efektyvesniai bendradarbiavimui būtinas geresnis visuomenės informavimas ir nėra numatyta laiko bei kitų resursų bendroms sveikatos stiprinimo programoms vykdyti. Daugiau nei 55 proc. teigia, kad bendradarbiavimas būtų veiksmingesnis, jei būtų vertinamas profilaktikos programų efektyvumas ir į bendradarbiavimą įsitrauktų abiejų institucijų vadovai. Lyderystė ir tinkama vadyba gali skatinti bendradarbiavimą [20, 22], todėl svarbu ir vadovų institucijų įsitraukimas į bendradarbiavimą. Beveik 40 proc. mano, kad bendradarbiavimas būtų veiksmingesnis, jei turėtų daugiau informacijos apie visuomenės vertybes, mąstymo ir elgesio stereotipus. Svarbu suprasti bendruomenės poreikius ir remtis populiacijos grindžiamais duomenimis, įgyvendinant pirminę profilaktiką [21, 23].

Tarpasmeniniame bendradarbiavimo lygmenyje 32,8 proc. ŠG labiausiai išskyrė, t. y. daugiausiai visiškai pritarusių buvo, kad bendradarbiauti trukdo asmeninių kontaktų nebuvimas, 23,0 proc. respondentų visiškai sutiko, kad stinga lyderių ir profesionalnio vykdomų projektų koordinavimo, o 55,8 proc. apklaustųjų visiškai ir iš dalies sutiko, kad trūksta patirties ir įgūdžių bendradarbiavimo srityje. Apie pusę dalyvavusių ŠG nesutiko, kad jie asmeniškai nėra suinteresuoti bendradarbiavimu, nes negautų iš jo jokios naudos savo kasdieniniame darbe ir kad asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sektorių specialistams bendradarbiauti trūksta tinkamų kvalifikacijų ir profesinių žinių. Tokia gydytojų nuomonė patvirtina, kad naudos iš bendradarbiavimo yra, tačiau nežinant vienas kito kasdieninės veiklos ir vienas kito poreikių bendradarbiavimas nevyksta arba vyksta labai silpnai, nors tarpžinybinio bendradarbiavimo žinių pakanka.

Pasak H. Busby ir kt., bendradarbiauti šiems sektoriams trukdo ilgalaikės problemos tarp sektorių, mokslinių tyrimų kompetencijos trūkumas šeimos gydytojams, sąmoningumo ir užsispyrimo dirbti bei praplėsti savo darbotvarkę bendradarbiaujant su visuomenės sveikatos sektoriumi. Esminiu bendradarbiavimo trikdžiu įvardijami prastai sukurti pacientų ir visuomenės įtraukimo į pirminės asmens sveikatos priežiūros sektorių mechanizmai. Kaip mažiau reikšmingi veiksniai nurodomi organizaciniai ir tarpasmeniniai [7].



Įvertinus buvusios Lietuvos sveikatos programos tikslus ir uždavinius bei tai, kas trukdė juos pasiekti, galima aiškiai suprasti, kad būtinas visiškai kitoks požiūris į pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sektorių bendradarbiavimą. Vienas iš galimų modelių – į bendruomenę orientuota pirminė pagalba (BOPP). Kadangi jau kuris laikas esame dvidešimt pirmame amžiuje, integruotos visuomenės sveikatos ir asmens sveikatos priežiūros pastangos turėtų būti ne tik didesnė viltis pagerinti visų piliečių sveikatą, bet taip pat ir sumažinti sveikatos netolygumus tarp socioekonomiškai „nuskriaustų“ grupių ir kitos populiacijos. Absoliučios daugumos šių sritį tiriančių ekspertų nuomone, nauda gyventojų sveikatai iš šio bendradarbiavimo būtų milžiniška.

## IŠVADOS

1. Pusė apklaustų ŠG visiškai pritaria, kad bendradarbiavimas tarp šių sektorių turėtų būti geresnis, o jis taptų sėkmingesnis ir glaudesnis, jei būtų palaikymas iš politikų ir valdžios institucijų.
2. Didžioji dalis ŠG visiškai sutiko su teiginiais, kad sėkmingai bendradarbiauti trukdo atskirtas ir nepakankamas finansavimas bei neaiškiai apibrėžtos bendradarbiavimo taisyklės. Daugiau nei du trečdaliai visų ŠG sutinka, kad bendradarbiavimas stringa dėl šioje srityje neaiškiai apibrėžtų VSS funkcijų, kad dabartinė Lietuvos sveikatos apsaugos sistema nesudaro prielaidų sėkmingai bendradarbiauti ir yra neaiškus tokio bendradarbiavimo teisinis pagrindas.
3. Organizaciniame bendradarbiavimo lygmenyje išskiriama tai, kad nenumatyta laiko ir kitų resursų vykdyti bendras sveikatos stiprinimo programas,

bei akcentuojama, jog veiksmingesniam bendradarbiavimui būtinas geresnis visuomenės informavimas. Abiejų institucijų vadovai turėtų labiau įsitraukti į bendradarbiavimą tarp sektorių.

4. Iš tarpasmeniniame bendradarbiavimo lygmenyje esančių veiksnių trečdalis respondentų pritarė, kad bendradarbiauti trukdo asmeninių kontaktų nebuvimas, o ketvirtadalis visiškai sutiko, kad glaudesniam bendradarbiavimui stinga lyderių ir profesionalios vykdomų projektų koordinavimo. Pusė respondentų nesutiko su teiginiu, kad jie asmeniškai nėra suinteresuoti bendradarbiavimu, nes negautų iš jo jokios naudos savo kasdieniniame darbe. Taip pat pusė tyrimo dalyvių nesutiko, kad asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sektorių specialistams bendradarbiauti trūksta tinkamų kvalifikacijų ir profesinių žinių.

## PADĖKA

Tyrimas atliktas įgyvendinant Baltijos jūros regiono programos „ImPrim“ projekto „Visuomenės sveikatos gerinimas skatinant tolygų aukštos kokybės pirminės sveikatos priežiūros išdėstymą“. Straipsnio autoriai nuoširdžiai dėkoja projekto dalyviams: Klaipėdos m. savivaldybės administracijos Socialinių reikalų departamento Sveikatos apsaugos skyriaus vedėjai Janinai Asadauskienei, Klaipėdos r. savivaldybės Sveikatos apsaugos skyriaus vedėjai Laimai Kaveckienei.

*Straipsnis gautas 2012-05-04, priimtas 2012-06-11*

## Literatūra

- Razgauskas E, Kalibatas J. Visuomenės sveikata ir šeimos gydytojas. *Visuomenės sveikata*. 2002;2 (17):50-51.
- Lietuvos medicinos norma MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“. *Valstybės žinios*. 2006;3-62.
- Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2010 m.
- 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;1:1-20.
- Poliakovienė R, Gurevičius R. Sveikatos sinergija – visuomenės sveikatos komponento sustiprinimas pirminės sveikatos priežiūros srityje. *Visuomenės sveikata*. 2011;1(52):30-41.
- LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas V-918 2007-11-15 „Dėl savivaldybės visuomenės sveikatos biure privalomų pareigybių sąrašo ir joms keliamų kvalifikacinių reikalavimų patvirtinimo“.
- Guest editorial: Public health and primary care: a necessary relationship. Helen Busby BSc, MSc, Heather Elliott BA, MA, Jennie Popay BA, MA and Gareth Williams BSc, PhD. National Primary Care R and D Centre team, Public Health, Research & Resource Centre, University of Salford, UK. *Health and Social Care in the Community* 7(4), 239–241, 1999 Blackwell Science Ltd.
- Integrating Public Health and Primary Care. [e160] healthcare policy Vol. 3 No. 1, 2007. Margo Stevenson Rowan, William Hogg, Patricia Huston.
- Public Health and Primary Care: A Framework for Proposed Linkages. Barbara Starfield, Johns Hopkins. *American Journal of Public Health* 1365 p. October 1996;86(10).
- The future shape of primary health care, a discussion document. Hon Annette King, March 2000. The ministry of health, PO Box 5013, Wellington, New Zealand. HP 3349.
- Promoting Collaborations that Improve Health. Roz D. Lasker, Elisa S. Weiss & R. Miller. *Education for Health*. 2001;2(14):163-172.
- Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas. *Valstybės žinios*. 2002;56-2225.
- Harrison S, Keen S. Public health practitioners in NHS hospital trusts: The impact of ‘medical care epidemiologists’. *Journal of Public Health Medicine*. 2002;24:16-20.
- Roff M. Levelling the playing fields of England: promoting health in deprived communities. *Journal of the Royal Society of Health*. 2003;123:20-2.
- Shandro, G. Primary Care Partnerships Project: the Crowfoot Project. Health Innovation Fund Project #81. Final Project Team Report. 2003. 8-29-2008.
- Kaufman A, Derksen D, Alfero C, DeFelice R, Sava S, Tomedi A et al. The Health Commons and care of New Mexico’s uninsured. *Ann Fam Med*. 2006;4:S22-S27.
- Lambrew JM, Ricketts TC, III, Morrissey JP. Case study of the integration of a local health department and a community health center. *Public Health Reports*. 1993;108:19-29.
- Oros M, Johantgen M, Antol S, Heller BR, Ravella P. Community-based nursing centers: a model for health care delivery in the 21st century. Community-based nursing centers: challenges and opportunities in implementation and sustainability. *Policy, Politics, and Nursing Practice*. 2001 Nov;2(4):277-87.
- Wedel R. KRPEBS. Turning vision into reality: Successful integration of primary healthcare in Taber, Canada. *Healthcare Policy / Politiques de Santé*. 2007;3:80-95.
- Cornell S. Public health and primary care collaboration – a case study. *J Public Health*. 1999;21:199-204.
- Meyrick J. View from the front: Three key challenges facing Public Health in one London Primary Care Trust. *Public Health Medicine*. Sep 2004. 2004;5(2):67-71.
- Shirin E, Scotten ES, Absher AC. Creating community-based access to primary healthcare for the uninsured through strategic alliances and restructuring local health department programs. *Journal of Public Health Management and Practice* 2006;12:446-51.
- Hopayian K, Harvey I, Howe A, Horrocks G. Perceived aids and barriers to clinical effectiveness in the work of primary care organizations in England: a qualitative study. *Quality in Primary Care*. 2005;13:17-24.
- Dion X. A multidisciplinary team approach to public health working. [Review] [33 refs]. *British Journal of Community Nursing*. 2004;9:149-54.
- Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2008;45:140-53.

# The family doctors attitude on collaboration with public health sector

Romualdas Gurevičius, Jolanta Valentienė, Sandra Kutkaitė

Institute of Hygiene

## Summary

Worldwide, health systems are struggling to determine the best ways for primary care (PC) and public health (PH) to collaborate. In Lithuania this is the first study in this field.

**Aim** of the study – evaluate attitudes and opinions of family doctors on the current situation in collaboration with public health sector, assess the main barrier for collaboration on systemic, organizational and personal level.

**Material and methods.** Anonymous face to face interview by 7 trained interviewers was carried out. 61 randomly selected family doctors from 32 primary health care institutions were interviewed. The main instrument (questionnaire) was constructed on the basis of information received during the qualitative study of this project, information received from similar published projects and during discussions with the experts in this area at McMaster University, Canada.

**Results.** Investigation confirmed, that family doctor is responsible not only for the curative but also for the preventional activity, which is very closely related to the duties of public health specialist. However, the collaboration between public health sectors would be much better and much closer if would be much stronger support from health policy makers in the form of financial support and creation of adequate legal basis. Unfortunately, there is no legal basis for such collaboration.

On the organizational level, according the respondents, there are very important that the top management staff,

technical and other resources and need for evaluation of the screening programs must play the main role. Also it was recognized, that still is a lack of knowledge and skills for successive collaboration.

On the interpersonal level it was mentioned the lack of successive leaders in the field of interest and also the need of more professional coordination of the common projects.

**Conclusion.** However, despite of those limiting attributes for collaboration, family doctors see the clear benefit. According them, collaboration would lead much more better impact on important health policy decisions, on fulfilling the patient's needs and supply health services of much better quality.

**Keywords:** primary health care, family doctor, public health, collaboration

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

*Received 4 May 2012, accepted 11 June 2012*