

ADMINISTRACINIAI GEBĖJIMAI SVEIKATOS NETOLYGUMAMS NUSTATYTI IR MAŽINTI LIETUVOS SAVIVALDYBĖSE: KOKYBINIS POŽIŪRIS

Faustas Stepukonis¹, Rūta Butkevičienė², Aušra Beržanskytė³, Marija Jakubauskienė³,
Ramunė Kalėdienė², Jurgita Vladičkienė², Mindaugas Stankūnas²

¹Klaipėdos universitetas, ²Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, ³Vilniaus universitetas

Raktažodžiai: administraciniai gebėjimai, sveikatos netolygumai, įvertinimas.

Santrauka

Lietuva išsiskiria ženkliais sveikatos netolygumais, pasireiškiančiais nevienodu gyventojų sveikatingumu atsižvelgiant į lytį, amžių, išsilavinimą, materialinę padėtį, gyvenamąją vietą, galimybę naudotis medicinos paslaugomis. Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plane nurodoma, kad viena iš esminių prielaidų šiems netolygumams mažinti yra jų tinkama stebėseną ir vertinimas. Siekiant numatytų veiklų mokslinio pagrindimo, atliktas administracinių gebėjimų sveikatos netolygumams nustatyti ir mažinti nacionaliniame ir savivaldybės lygmenyje įvertinimas.

Šiame darbe pateikiami savivaldybių lygmens įvertinimo rezultatai, gauti kokybiniu tyrimu. Tyrimo duomenys buvo renkami taikant grupių diskusijų (*focus group*) metodą, tyrimo dalyviams (informantams) pateikiant atviro tipo diskusinius klausimus. Tyrimo dalyvavo 6 heterogeninės diskusijų grupės: Vilniaus m., Kauno m., Klaipėdos m. ir raj., Utenos raj. ir Vilkaviškio raj. Iš viso grupių diskusijose dalyvavo 58 asmenys, atstovaujantys visuomenės sveikatos, sveikatos priežiūros, švietimo, socialinių paslaugų sektoriams ir organizacijoms. Didesnę informantų dalį sudarė vadovaujantys pareigas užimantys darbuotojai (38 asmenys).

Tyrimo rezultatai atskleidė, jog (1) trūksta realios vieningos sistemos ir metodikos, kuri užtikrintų tikslinę sveikatos netolygumų savivaldybėje stebėseną sveikatos bei kitų sektorių lygmenyje; (2) tikslinis sveikatos netolygumų mažinimas nėra tiesiogiai aiškiai suprantamas/suvoktas ir įvardijamas sveikatos politikos prioritetą savivaldybės lygme-

nyje; (3) trūksta realaus tarpsektorinio bendradarbiavimo sveikatos netolygumų tema ir stokoja geros vadybos praktikos sprendžiant sveikatos klausimus su kitais sektoriais; (4) savivaldybės lygmenyje trūksta informacijos apie moksliniais įrodymais pagrįstas efektyvias sveikatos netolygumų mažinimo savivaldybės lygmenyje intervencijas ir jų įgyvendinimo metodologinius reikalavimus.

Įvadas

Sveikatos netolygumai apibrėžiami kaip diferenciacija tarp žmonių pagal sveikatos būklės (mirtingumo, vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės rodikliai) skirtumus ir (ar) nevienodą sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kuri sąlygoja gyvenamoji vieta, pajamos ir kitos priežastys [1]. Lietuva išsiskiria ženkliais sveikatos netolygumais, pasireiškiančiais nevienodu gyventojų sveikatingumu atsižvelgiant į lytį, amžių, išsilavinimą, materialinę padėtį, gyvenamąją vietą, galimybę naudotis medicinos paslaugomis ir kt. Naujausi moksliniai tyrimai atskleidžia, kad šie netolygumai yra vieni didžiausių Europos Sąjungoje. Lietuva tarp kitų ES šalių išsiskiria ypač dideliu vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės (VGT) skirtumu atsižvelgiant į lytį: mūsų šalyje moterų VGT (78,5 metų) 10,6 metais viršija vyrų (67,9 metų) [2]. Be to, Lietuvos gyventojų mirtingumo rodikliai visose gyventojų amžiaus grupėse viršija ES šalių vidurkį, standartizuotu mirtingumo rodikliu 1,7 karto viršijame ES šalių vidurkį [3]. Tiesa, mokslinėje literatūroje sveikatos netolygumai atsižvelgiant į lytį bei amžių tradiciškai laikomi „neišvengiamais“, „dėsniniais“ arba „nepasirenkamais“, daugiausia gamtos, biologinių veiksnių nulemtais „sveikatos skirtumais“ (angl. *health differences*) [4], taigi jų mažinimui neskiriama ypatingo dėmesio. Visgi dalies gyventojų sveikatos netolygumai pagal lytį ir amžių yra nulemti skirtingos gyvensenos ir kitų rizikos veiksnių paplitimo tarp vyrų ir moterų. Daugiausia

mokslininkų analizės bei politikų pastangų sutelkiami vadinamųjų „išvengiamų“ ir „socialiniu požiūriu neteisingų“ sveikatos netolygumų (angl. *Health inequalities, health disparities*) priežastims nustatyti ir mažinti. Laikoma, kad tam tikrų gyventojų grupių sveikata skiriasi dėl socialinių ar ekonominių priežasčių, kurių dažniausiai būtų galima išvengti – juos patiria labiau pažeidžiamos socialinės gyventojų grupės.

Todėl tiek Europos direktyvose, tiek Lietuvos sveikatos strategijos 2014-2025 strateginiame tikslu yra akcentuojama būtinybė socialiniu požiūriu neteisingus sveikatos netolygumus sumažinti. Pažymėtina, jog Lietuva yra viena iš ES valstybių narių, kurioje yra didžiausi pajamų nelygybės rodikliai ir jie toliau didėja. Šiai problemai spręsti patvirtintas Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014-2023 m. veiksmų planas. Nuo 2014 m. iki 2017 metų buvo vykdomas projektas „Sveikatos netolygumų nustatymo ir mažinimo gebėjimų stiprinimo modelio sukūrimas“ (Nr. NOR-LT11-SAM-01-TF-02-001). Jį įgyvendinant dalyvavo Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Vilniaus universitetas, Klaipėdos universitetas ir Higienos institutas, projektas buvo finansuojamas 2009–2014 m. Norvegijos finansinio mechanizmo programos „Visuomenės sveikatai skirtos iniciatyvos“ lėšomis. Kadangi viena iš esminių prielaidų sveikatos netolygumams mažinti yra jų tinkama stebėseną ir vertinimas, projekto vykdymo metu buvo siekiama sukurti instrumentus, kurie padėtų užtikrinti kokybiškesnę sveikatos netolygumų stebėseną ir efektyvų mažinimą. Šiais sukurtais instrumentais nuolat naudotusi sveikatos politikai bei visuomenės sveikatos srityje dirbantys specialistai ir tokiu būdu būtų gerinama visuomenės sveikata bei mažinami sveikatos netolygumai Lietuvoje. Todėl prieš kuriant ir pristatant sveikatos netolygumų stebėsenos ir mažinimo priemones buvo labai svarbu atskleisti savivaldybių lygmenyse dirbančių specialistų galimybes stebėti ir mažinti sveikatos netolygumus bei mokymų sveikatos netolygumų mažinimo srityje poreikį.

Tyrimo tikslas – išsiaiškinti administracinius gebėjimus sveikatos netolygumams nustatyti (stebėti) ir mažinti savivaldybių lygmenyje.

Tyrimo medžiaga ir metodas

Tyrimo strategija. Atliktas kokybinis tyrimas, kurio metu duomenys buvo renkami taikant grupių diskusijų (*focus group*) metodą, tyrimo dalyviams (informantams) pateikiant atviro tipo diskusinius klausimus. Grupių diskusijos leidžia atskleisti žmonių žinias ir jų patirtį, suprasti ne tik ką žmonės mano, bet ir kodėl jie galvoja būtent taip. Diskutuodami žmonės gali atskleisti daugiau nei kalbėdami individualiai su tyrėju-moderatoriumi [5]. Grupės diskusija gali būti taikoma kaip preliminarus tyrimas, siekiant

išsiaiškinti klausimus, kurie vėliau bus naudojami klausimynui (anketai) sudaryti, taip pat metodas, kuriuo galime pagilinti informaciją, gautą anketine apklausa [5, 6]. Šiame projekte grupės diskusijomis buvo siekiama atskleisti sritis/klausimus, kurie vėliau buvo taikomi kiekybinio tyrimo klausimynui parengti. Kiekybinio tyrimo metu gauti rezultatai yra aptarti kitose publikacijose [7,8].

Tyrimo dalyviai ir jų atranka. Tyrime dalyvavo 6 savivaldybių lygmens grupės (Vilniaus m., Kauno m., Klaipėdos m. ir raj., Utenos raj., Vilkaviškio raj. ir Klaipėdos raj.) Grupių dydis svyravo nuo 7 iki 14 asmenų, vidutinis grupės skaičius – 10 asmenų. Iš viso grupių diskusijose dalyvavo 58 asmenys, atstovaujantys visuomenės sveikatos, sveikatos priežiūros, švietimo, socialinių paslaugų sektorių darbuotojams. Didesnę informantų dalį sudarė vadovaujantys pareigas užimantys darbuotojai (38 asmenys iš 58 dalyvavusių), 3 asmenys atstovavo nevyriausybinėms organizacijoms. Panašaus pobūdžio tyrimas buvo atliktas ir su nacionalinio lygmens įstaigų atstovais, o jo metu gauti rezultatai pristatyti kitoje publikacijoje [9].

Tyrimo instrumentas. Visos grupių diskusijos buvo vedamos vadovaujantis specialiai šiam tyrimui parengtu interviu protokolu (vedamaisiais klausimais):

1-as klausimų blokas. Sveikatos netolygumų stebėjimas:

1. Kokie sveikatos netolygumai (rodikliai) yra stebimi?
2. Su kokiais sunkumais susiduria specialistai atlikdami sveikatos netolygumų stebėjimą?
 - a) asmeniniame lygmenyje,
 - b) organizacijos lygmenyje,
 - c) makrolygmenyje,
3. Ko reikėtų siekiant užtikrinti sveikatos netolygumų stebėjimą?
 - e) asmeniniame lygmenyje,
 - f) organizacijos lygmenyje,
 - g) makrolygmenyje.

2-as klausimų blokas. Sveikatos netolygumų mažinimas

1. Kokios sveikatos netolygumų mažinimo priemonės/veiklos/metodai yra taikomi?
2. Su kokiais sunkumais susiduria specialistai, mažindami sveikatos netolygumus?
 - a) asmeniniame lygmenyje,
 - b) organizacijos lygmenyje,
 - c) makrolygmenyje,
3. Ko reikėtų siekiant užtikrinti sveikatos netolygumų mažinimą?
 - a) asmeniniame lygmenyje,
 - b) organizacijos lygmenyje,
 - c) makrolygmenyje.

Tyrimo duomenų rinkimo procesas. Grupių diskusijas moderavo trys tyrėjai, atstovaujantys Vilniaus, Lietuvos sveikatos mokslų ir Klaipėdos universitetams. Kiekvienas tyrėjas surengė po dvi grupių diskusijas. Grupių diskusijos, atliktos Vilniaus ir Lietuvos sveikatos mokslų universitetų tyrėjų, buvo įrašinėjamos į diktofoną, Klaipėdos universiteto – į videoįrašą, prieš tai su informantais aptarus ir suderinus tyrimo etikos – konfidencialumo ir dalyvavimo anonimiškumo - klausimus. Vidutinė grupės diskusijos trukmė – 1,5 val. Grupių diskusijos vyko miestų savivaldybėse, visuomenės sveikatos biuruose, universitetuose.

Tyrimo duomenų analizė. Interviu medžiaga buvo transkribuojama į tekstinį MS Word dokumentą, naudojant pažodinę transkripcijos strategiją. Duomenų analizei buvo taikomas kokybinės turinio analizės indukcinis metodas, leidžiantis atskleisti, kaip tyrimo dalyviai, reflektuodami savo patirtį, supranta fenomeną ar situaciją [10-12]. Duomenų analizė buvo atliekama keliais etapais:

1. Daugkartinis transkribuotų įrašų skaitymas. Šio etapo metu kelis kartus skaitant tą patį tekstą ieškota interviu akcentų.

2. Duomenų segmentų išskyrimas. Siekiant struktūruoti turimus duomenis išskirti duomenų segmentai. Siekiant priartėti prie tiriamųjų pasaulėžiūros, segmentų santraukos parašytos *in vivo* (naudojamos originalios informanto frazės).

3. Subkategorijų sudarymas. Segmentuose išskirti akcentai, į kuriuos buvo sutelktas dėmesys.

4. Kategorizavimas. Šiame tyrime kategorijos buvo suplanuotos iš anksto – pagal interviu protokolo vedamuosius klausimus.

5. Duomenų interpretavimas ir įžvalgos.

Tyrimo duomenų patikimumas ir validumas. Kiekvienas tyrėjas pradžioje atliko abiejų savo grupių diskusijų analizę, duomenis apibendrino ir pateikė savąias interpretacijas. Vėliau vienas iš tyrėjų sujungė visų grupių diskusijų rezultatus. Subkategorijų priskyrimas kategorijoms, interpretacijos ir įžvalgos buvo aptariamoms ir diskutuojamos bendradarbiaujant visiems tyrėjams (tyrėjų trianuliacija) [5].

Rezultatai

Sveikatos netolygumų stebėseną. Grupių diskusijos atskleidė, kad sąvoka sveikatos netolygumai yra daugiau naudojama ir suprantama sveikatos (visuomenės sveikatos centrų, biurų, savivaldybės skyrių darbuotojų) nei kitų sektorių specialistams. Švietimo, socialinės ir kitas paslaugas teikiančių institucijų specialistai ir vadovai apie sveikatos netolygumus kalbėjo kaip apie “tas problemas”, “tuos dalykus”. Minėti informantai pasakojo ne ką stebi, o ką pastebi savo praktikoje.

Neaišku, ar ir kaip socialinės globos, sveikatos priežiūros ir ugdymo įstaigose sveikatos netolygumai yra stebimi ir fiksuojami. Vieno iš sveikatos sektoriaus informanto teigimu stebima: „Demografinė situacija, mirtingumas, sergamumas..., taip pat aplinka, oro tarša, maudyklės, kas dar ten, vanduo...“ Tyrimas atskleidė, kad paslaugas teikiančių įstaigų darbuotojų turima informacija apie sveikatos netolygumus yra fragmentiška arba apytikslė. Pvz., padalinio vadovas žino žmonių skaičių, kurie laukia eilėje nustatyti specialiuosius poreikius, tačiau nežino, kokiais savivaldybės gyventojų daliai iš tikrųjų reikalinga tokia paslauga. Galbūt grupės diskusijose dalyvavę žmonės nedisponavo šia informacija, gal nežinojo, kas tiksliai stebima jų įstaigoje, o gal įstaigos sveikatos netolygumų rodiklių apskritai nefiksuoja.

Informantai pasigenda vieningos sistemos ir metodikos tiek stebėsenai, tiek ypač poveikio sveikatai vertinti išsakydami tokius teiginius: „Aš manyčiau, kad turėtų būti valstybės mastu vieninga sistema... jinai turėtų eiti į apačią, visi vieningai renkame duomenis, kad vieningai suprastume, apie ką kalbame, kokius duomenis renkame“, „Šiomet kriterijai ir rodikliai ten turėjo būti centralizuotai patvirtinti, jų nebuvo...“ Neaiški yra ir stebėsenos specialistų atsakomybės bei stebėsenos rezultatų sklaida. Tačiau kai kurių įstaigų/sektorių vadovai ir specialistai imasi asmeninės iniciatyvos atlikdami jiems aktualių rodiklių stebėjimą. Tokią iniciatyvą patvirtinantys teiginiai: „2010 metais bendrai su biuru sukūrėme tą stebėseną..., iš nieko kūrėme, sukūrėme. Ji, aišku, netobula“, „mes pasitariame skyriuje, tada tvirtiname..., biuro dar prašome jų nuomonės...tvirtiname bendrose komisijose..., rytoj mes jau patalpinsime žinias-klaidoje“.

Sveikatos netolygumų analizė ir vertinimai atliekami savivaldybei pavaldžiose įstaigose, tačiau dėl bendradarbiavimo stokos informacija nepasiekiamą ar sunkiai pasiekiamą tų pačių sektorių viduje, o ypač – kitiems sektoriams. Buvo teigiama, kad „oficialių duomenų kažkokiais kitais aspektais nelabai daug galima gauti... Lietuvos duomenys daug kur analizuojami platesniu aspektu dėl netolygumo, bet dar galbūt pagal apskritis jie yra irgi paanalizuojami, bet kas yra miestuose, kas yra rajonuose, to surasti negalima“. Tyrimas parodė, kad informacijos nepasiekiamumo priežastis yra netinkamas/klaidingas asmens privatumo ir konfidencialumo supratimas bei bioetikos norminių reikalavimų laikymasis. Pavyzdžiui, nepaisant to, kad specialistai tiesiogiai dirba su psichosocialinių poreikių turinčiais žmonėmis, darbuotojų manymu, jie negali vieni kitiems atskleisti asmeninio pobūdžio informacijos apie proto, psichikos negalią ar priklausomybę turinčius asmenis dėl darbo tikslų. Dirbančios sveikatos sektoriuje informantės teigimu „Čia asmeninė informacija, čia niekad jos negau-

sime“, kita to paties sektoriaus darbuotoja patvirtino, jog „Duomenys apie psichikos sutrikimus neteikiami ir nebus teikiami, nes tai konfidenciali informacija. Taip pat ir apie alkoholizmu sergančius žmones“. Laikantis minėtų įsitikinimų, informacija apie tam tikrus netolygumus niekada nebus prieinama ir skleidžiama. Metodologinės abejonės dėl sveikatos netolygumo stebėjimo prasmingumo atsiskleidė kaip demotyvuojantis veiksnys. Informantai pastebėjo, kad į turimus duomenis „niekas nekreipia dėmesio“, arba nėra aišku, ką su gautais rodikliais daryti toliau. Dar daugiau, kai kurių rodiklių pateikimas ministerijoms, „bumerangu“ atsisuka prieš pačią įstaigą. Kitų sektorių atstovai išsakė jų atliekamo darbo ir sąsajų su visuomenės sveikata stoką. Nematant tiesioginės renkamos informacijos naudos, tai menkina atliekamo darbo prasmę. Kai kurių informantų nuomone, „Nėra galutinės prasmės..., politikai neturi intereso susipažinti“, „Miesto situaciją (stebėsenos rodikliai) apibendrina, pristato savivaldybės tarybai, kuri tvirtina – niekas neskaito, tik tvirtina. Nėra galutinės prasmės“.

Sveikatos netolygumų mažinimas. Tyrimas atskleidė įvairių bendruomenėse vykdomų veiklų spektrą siekiant sumažinti sveikatos netolygumus. Informantai paminėjo duomenų viešinimą: „Mes kaupiame (stebėsenos) duomenis, juos apdorojame, yra mūsų tinklapis..., visus kviečiame prisijungti... įtraukti bendruomenes, aktyvesnių žmonių grupes, kurios kaip savanoriai stengiasi kažką tai padaryti, kad tam rajone būtų įdomiau, sveikiau, saugiau...“ Veikla organizuojama tiek pagal valstybės numatytas strategijas, tiek pagal lokalius rodiklius, įvertinant konkrečios bendruomenės ir atskirų asmenų poreikius. Bendruomenės narių, ypač vaikų, sveikatos problemų prevencija, pvz., „veiklos ir mažiems vaikams ir didesniems, kartais tikrai įvairios akcijos organizuojamos „būk matomas“, „būk saugus“, pagalba socialinės rizikos šeimoms ir sveikatos paslaugų prieinamumas kaimo bei rajono gyventojams išryškėjo kaip pagrindinės netolygumų mažinimo kryptys. Tikėtina, kad šios kryptys atsiskleidė dėl informantų veiklos specifikos – dauguma informantų atstovavo minėtoms sritims.

Savivaldybės lygmeniu sveikatos netolygumų mažinimas nėra įvardijamas kaip vienas pagrindinių tikslų, tačiau atliekami darbai, galima manyti, prisideda prie problemos mažinimo (pvz. dirbant su pažeidžiamomis tikslinėmis visuomenės grupėmis).

Tarpsektorinio bendradarbiavimo reikšmė tyrime atsiskleidė kaip sveikatos netolygumų mažinimą užtikrinantis veiksnys, kurį informantai siūlo stiprinti visuose organizaciniuose lygmenyse. Buvo teigiamai: „Jeigu kalbėsime apie sveikatinimą, tai tikrai čia reikia ne tik mūsų vieno skyriaus, bet... įvairių institucijų partnerių, visų ir čia aš turiu omeny ir paslaugų centro darbuotojus, ir socialinius pedagogus mokyklose“.

Ministerijų prioritetai, požiūris, deleguotos strategijos yra įvardijami kaip sveikatos netolygumų mažinimą apsunkinantys veiksniai. Vieno iš informantų teigimu: „Socialinės apsaugos ministerija ir Sveikatos apsaugos ministerija absoliučiai nenori bendrauti ir ieškoti bendrų sprendimo būdų“. Iš vienos pusės, informantai mato savo atsakomybę suteikiant grįžtamąjį ryšį ministerijoms apie „nuleistas“ direktyvas, įvairiais būdais sprendžia su netolygumų mažinimu susijusius sunkumus. Grupių diskusijos atskleidė informantų nusivylimą dėl to, kad į jų siūlymus nėra įsiklausoma. Šiuo klausimu informantai diskusijų metu gana aktyviai palaikė vienas kitą.

Sveikatos paslaugų (specialistų) neprieinamumas kaimo ir rajono gyventojams, paslaugų trūkumas, prastos žmonių gyvenimo sąlygos yra priežastys ir aplinkybės, turinčios įtakos sveikatos netolygumams. Diskusijų metu informantai dalijosi savo patirtimi ir įžvalgomis, kaip reikėtų minėtas problemas spręsti. Daugiausia kritikos dėl esamų problemų, taip pat ir sveikatos specialistų darbo krūvio skaičiavimo teko ministerijoms, priimančioms atitinkamus sprendimus.

Grupių diskusijos atskleidė gana įdomią ir svarbią specialistų įžvalgą apie pačių gyventojų, kuriems teikiamos paslaugos ir skirtos prevencinės programos, vaidmenį ir atsakomybę. Žmonių „nemotyvuotumas“ ir klausimas, ką su tuo daryti buvo dažnai girdimas diskusijose. Iš kitos pusės, esama sveikatos paslaugų organizavimo sistema kartais pati nušalina žmones nuo galimybės patiems priimti sprendimus. Daugelio tyrimo dalyvių nuomone, sveikatos netolygumams mažinti trūksta informacijos apie savivaldybės lygmenyje efektyvias intervencijas ir jų įgyvendinimo metodologinius reikalavimus.

Dalyvavimas grupės diskusijose daugumos dalyvių buvo įvardinta kaip svarbi galimybė pasidalinti savo patirtimi, problemomis ir siūlymais, pažinti kitų bendruomenės specialistų veiklos specifiką. Dalyviai pastebėjo, kad tarpusavio diskusijų labai trūksta.

Išvados

1. Trūksta nuoseklaus sveikatos netolygumų problematikos suvokimo savivaldybės lygmenyje. Trūksta realios vieningos sveikatos netolygumų stebėsenos sistemos ir metodikos, kuri užtikrintų tikslinę sveikatos netolygumų savivaldybėje stebėseną sveikatos ir kitų sektorių lygmenyje. Pastebėtina, kad net ir šiuo metu tiek sveikatos, tiek ir kitų sektorių stebimi rodikliai bei taikomos intervencijos nėra sistemingai vertinamos poveikio sveikatai ir sveikatos netolygumų aspektais. Asmeninis profesinių žinių poreikis sveikatos netolygumų klausimu nebuvo išsakytas kaip svarbus.

2. Tikslinis sveikatos netolygumų mažinimas nėra

tiesiogiai aiškiai įvardijamas sveikatos politikos prioritetas savivaldybės lygmenyje, tačiau nemažai savivaldybės ir jos institucijų vykdomų veiklų tikėtinai prisideda prie gyventojų sveikatos skirtumų mažinimo. Jei įgyvendinant kasdienes funkcijas sumažėja gyventojų sveikatos netolygumai, tai laikoma daugiau pridėtine verte, bet ne siekiniu savaime net ir sveikatos sektoriaus institucijoms.

3. Trūksta realaus tarpsektorinio bendradarbiavimo sveikatos netolygumų tema (kitiems sektoriams sveikatos netolygumai nėra prioritetinga darbo tema) ir stokojama geros vadybos praktikos sprendžiant sveikatos klausimus su kitais sektoriais.

4. Savivaldybės lygmenyje trūksta informacijos apie moksliniais įrodymais pagrįstas efektyvias sveikatos netolygumų mažinimo intervencijas ir jų įgyvendinimo metodologinius reikalavimus.

5. Tikimės, kad projekto „Sveikatos netolygumų nustatymo ir mažinimo gebėjimų stiprinimo modelio sukūrimas“ metu parengtos priemonės ir vykdyti administracinių gebėjimų sveikatos netolygumų srityje mokymai bus ta prielaida, kuri leis tikėtis efektyvesnio šiaame straipsnyje įvardintų problemų sprendimo.

Literatūra

1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymas Nr. V-815 „Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014-2023 m. veiksmų planas“.
2. Lietuvos statistikos departamentas: Oficialiosios statistikos portalas. Prieiga internete: <http://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?portletFormName=visualization&hash=e6729112-922a-475f-b90c-716dab8a2f26>. [Žiūrėta 2017 03 25].
3. Eurostato duomenys: Kai kurų Europos šalių standartizuoti mirtingumo rodikliai 2013 m. 100000 gyv. pagal Europos standartą [Žiūrėta 2017 03 27]. Prieiga internete: http://sic.hi.lt/php/essr1.php?dat_file=essr1.txt.
4. Andersen E, De Fries Bouldin E. Public health foundations. concepts and practices. Jossey-Bass A Wiley Imprint, 2010.
5. Liamputtong P. Qualitative research methods. Oxford University Press, 2009.
6. Davies M.B. Doing a successful research project. Palgrave Macmillan, 2007.
7. Vladičienė J., Jasiukaitienė V., Kaselienė S., Kalėdienė R., Stankūnas M. Savivaldybių atstovų ir visuomenės sveikatos biurų specialistų veiklos nustatant ir mažinant sveikatos netolygumus. Visuomenės sveikata, 2017; 76:45-51.
8. Kaselienė S, Mesceriakova-Veliulienė O, Vladickienė J, Kalėdienė R SNSM. Monitoring health inequalities at the municipal level: Lithuanian experience. Open Medicine (priimtas spaudai).
9. Petronyte G., Aguonytė V., Valintėlienė R., Kalėdienė R., Stankūnas M. Tarpsektorinis bendradarbiavimas sveikatos

netolygumų srityje suinteresuotųjų požiūriu. Sveikatos politika ir valdymas, 2016; 9:27-41.

10. Cropley A. Qualitative research methods: An introduction for students of psychology and education. Riga: Zinatne, 2002.
11. Elo S, & Kyngas H. The quantitative content analysis process. Journal of Advanced Nursing 2008; 62(1):107-111. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
12. Guthrie, G. Basic research methods: an entry to social science research. New Delhi, India: Sage Publications Pvt. Ltd., 2010. <https://doi.org/10.4135/9788132105961>

ADMINISTRATIVE CAPACITIES TO IDENTIFY AND REDUCE HEALTH INEQUALITIES IN LITHUANIAN MUNICIPALITIES: QUALITATIVE APPROACH

F. Stepukonis, R. Butkevičienė, A. Beržanskytė,
M. Jakubauskienė, R. Kalėdienė, J. Vladičienė,
M. Stankūnas

Key words: administrative capacities, health inequalities, assessment.

Summary

Health inequalities in Lithuania are exceptionally high according to gender, age, education, income, residence, access to health care. The Plan of actions for reduction of health inequalities 2014-2023 indicates the appropriate monitoring and assessment of inequalities as the main prerequisite for their decrease. Different functions are delegated to various specialists in national and municipality institutions in health and related areas.

In order to have the evidence based approach to identify and reduce health inequalities, administrative capacities on a national and municipal levels were assessed applying qualitative and quantitative methods.

The results from qualitative study are presented in this article. The data were collected from focus group discussions giving open questions to informants. Heterogenic groups were arranged – from six municipalities (cities - Vilnius, Kaunas, Klaipėda, districts - Utena, Vilkaviškis, Klaipėda). The number of participants in total was 58 from public health, health care, education, social and other sectors. More participants were in administrative positions (38 persons).

The results revealed (1) the lack of consistent understanding of health inequalities, as well as absence of unified system / methods to ensure monitoring of health inequalities in municipality; (2) reduction of health inequalities is not a health policy priority on municipality level, although many activities most likely contribute to the reduction of population health inequalities; (3) real intersectorial collaboration on health inequalities is lacking, as well as good managerial practice tackling health issues together with other sectors; (4) there is a lack of evidence based effective interventions to reduce health inequalities and methods for their implementation on municipality level.

Correspondence to: faustas.stepukonis@gmail.com

Gauta 2017-04-06