

LIETUVOS SAVIVALDYBIŲ VISUOMENĖS SVEIKATOS PRIORITETAI: STEBĖSENOS DUOMENŲ SVARBOS, FORMUOJANT SAVIVALDOS SVEIKATOS STRATEGIJĄ, VERTINIMAS

Žilvinė Našlėnė, Aušra Želviene

Higienos institutas

Santrauka

Tikslas. Nustatyti Lietuvos savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos ataskaitose iškeltų prioritetinių sveikatos stebėsenos sričių ryšį su savivaldybės planuojamomis sveikatos strategijos veiklomis.

Tyrimo metodai. Tyrime buvo analizuojamos 30 savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos ataskaitos ir šių savivaldybių strateginio planavimo dokumentai – plėtros ir veiklos planai. Naudojantis šių dokumentų tekstine informacija apie savivaldybėje išskirtas prioritetingas sveikatos stebėsenos sritys ir strateginiuose savivaldybės planavimo dokumentuose numatytas priemones sveikatos problemoms spręsti, sudaryta duomenų bazė. Tyrimo kintamieji priskirti tam tikrai kategorijai, sudarytai remiantis Lietuvos sveikatos strategijoje naudojamais vertinimo rodikliais. Užkoduotiems duomenims vaizduoti taikytas *Mosaic plot* metodas. Duomenys vertinti ir analizuoti remiantis *chi* kvadrato testu ir neatitikties koeficientu *C* (angl. *Contingency coefficient*).

Rezultatai ir išvados. 2014–2016 m. savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos ataskaitų duomenimis, pagrindinės analizuotose savivaldybėse vyraujančios prioritetingos sveikatos stebėsenos sritys buvo šios: neinfekcinių ligų prevencija ir kontrolė (23,3 proc.), skurdo lygis ir nedarbas (11,9 proc.), motinos ir vaiko sveikata (11,5 proc.). Didžioji dalis strateginiuose savivaldybių planavimo dokumentuose numatytų priemonių buvo skirtos sveikatos infrastruktūrai gerinti (41,3 proc.), visuomenės sveikatos biuro darbui užtikrinti (29,2 proc.), socialinei ir ekonominei atskirčiai mažinti (11,9 proc.). Išanalizavus, kaip strateginiuose planavimo dokumentuose ir numatant tolesnes priemones, padėsiančias gerinti gyventojų sveikatą, naudojami visuomenės sveikatos stebėsenos duomenys apie gyventojų sveikatą, didžiojoje dalyje analizuotų savivaldybių (21 iš 30) nustatytas silpnas ar vidutinis priklausomumas tarp stebėsenos ataskaitose ir savivaldybių strateginio planavimo dokumentuose išskirtų prioritetinių sveikatos sričių.

Reikšminiai žodžiai: savivaldybės, strateginis planavimas, visuomenės sveikatos stebėsenos ataskaita.

ĮVADAS

Siekiant gerinti visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą šalyje ir efektyviau vykdyti visuomenės sveikatos stiprinimo priemones, savivaldybėse 2006 m. pradėtas kurti visuomenės sveikatos biurų (toliau – VSB) tinklas. Nuo 2014 m. sausio 1 d. Lietuvos savivaldybės vykdo joms valstybės perduotas funkcijas – visuomenės sveikatos stebėseną. VSB, atsiskaitydami už savivaldybėje vykdomą stebėseną, kasmet rengia savivaldybės visuomenės sveikatos stebėsenos ataskaitą, kurioje pateikiama informacija apie savivaldybės gyventojų visuomenės

sveikatos būklę, sveikatos rizikos veiksnius. Visuomenės sveikatos stebėsenos ataskaita nėra savivaldybės planavimo dokumentas ar strateginio planavimo atsiskaitymo įrankis, tačiau joje atsispindi konkrečios savivaldybės gyventojų sveikatos būklė. Šioje ataskaitoje pateikiama informacijos apie opiausias sveikatos problemas savivaldybėje, nustatoma tikslinė savivaldybės gyventojų grupė, kuriai labiausiai reikia dėmesio. Pasinaudojant šia informacija rekomenduojama planuoti tolesnius veiksmus, kaip gerinti gyventojų sveikatos būklę.

2014 m. pradėjus įgyvendinti savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos modelį, stebėsenos ataskaitose analizuojamos 3 prioritetingos sveikatos stebėsenos sritys. Įgyvendinant šį savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos modelį, 2014 m. savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos

Adresas susirašinėti: Žilvinė Našlėnė
Higienos institutas
Didžioji g. 22, 01128 Vilnius
El. p. zilvine.naslene@hi.lt

organizavimo, vykdymo, informacijos teikimo tvarka ir rodiklių sąrašas patvirtinti sveikatos apsaugos ministro įsakymu [1]. Šiuo metu rodiklių sąrašą sudaro 51 unifikuotas visuomenės sveikatos stebėsenos rodiklis. Rodiklių sąrašas sudarytas remiantis Lietuvos sveikatos strategijoje, Lietuvos strateginiuose sveikatos dokumentuose pateikiamais rodikliais, Europos pagrindinių sveikatos rodiklių (ECHI) sąrašu, taip pat atsižvelgiant į Lietuvos patirtį vykdant visuomenės sveikatos stebėseną (Higienos instituto patirtis, duomenų bazėse pateikiama informacija, sveikatos apsaugos ministro įsakymai) bei 4 Anglijos savivaldos lygiu renkamų rodiklių rinkinius. Rodiklio reikšmė leidžia kasmet vertinti jo pokyčių kryptį ir aprėptį savivaldybėje bei atitekti išsikeltam savivaldybės siekiniui, palyginti savivaldybės rodiklio reikšmę su Lietuvos ir (ar) ES vidurkiu. Analizuojant rodiklius atskirų teritorinių vienetų mastu siekiama suprasti, kokias problemas smulkiausiuose savivaldos teises turinčiuose teritoriniuose vienetuose reikia spręsti siekiant pagerinti sveikatos rodiklius savivaldybės (kartu ir valstybės) mastu [2]. Svarbu, kad visuomenės sveikatos stiprinimo veikla būtų vykdoma kryptingai, naudojant įrodymais ir analizėmis paremtus sveikatos duomenis [3], bei orientuota į tikslines gyventojų grupes, kurioms jos labiausiai reikia.

Pagal Bendruosius savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos nuostatus, Higienos institutas (toliau – HI) yra įsipareigojęs surinkti visų 60 savivaldybių stebėsenos ataskaitas. Atlikęs stebėsenos ataskaitų kokybės analizę HI parengia suvestinę savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos ataskaitą ir teikia ją Sveikatos apsaugos ministerijai (toliau – SAM). Panaudojant visuomenės sveikatos stebėsenos rezultatus turėtų būti formuojama sveikatos politika ir planuojamos priemonės, siekiant pagerinti visuomenės sveikatą. Kryptingai naudoti sveikatos informaciją nėra paprasta, tai reikalauja papildomų žinių, bendradarbiavimo, tačiau neabejojama, kad tai svarbu ir reikalinga [4, 5].

Kitose užsienio šalyse (Anglija, Norvegija ir kt.) rengiamos strategijos, kuriose pabrėžiama sveikatos informacijos bei žinių perdavimo svarba [6], taip pat rengiamos sveikatos ataskaitos – sveikatos profiliai vietiniu lygiu (savivaldybėse). Šie sveikatos profiliai rengiami siekiant padėti vietos valdžios institucijoms ir sveikatos priežiūros tarnyboms mažinti sveikatos netolygumus [7, 8].

Strateginio planavimo savivaldybėse rekomendacijose [9] nurodyta, kad savivaldybės strateginio

planavimo sistemą sudaro strateginio planavimo dokumentai ir savivaldybės institucijos bei įstaigos, atsakingos už strateginio planavimo dokumentų parengimą, tvirtinimą, įgyvendinimą, vertinimą ir atsiskaitymą už šių dokumentų įgyvendinimo rezultatus ir jų viešinimą. Savivaldybės strateginio planavimo dokumentai: savivaldybės strateginis plėtros planas, savivaldybės atskirų sektorių plėtros programa, savivaldybės strateginis veiklos planas, metiniai veiklos planai. Dalis šių dokumentų ir yra tarp vertinamų objektų.

Už visuomenės sveikatos priežiūros funkcijų įgyvendinimą savivaldybės atsiskaito ataskaitas siųsdamos Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centrui, kuris teikia ataskaitą SAM. Taigi, tiek savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos, tiek sveikatos priežiūros funkcijų įgyvendinimo suvestinės ataskaitos teikiamos SAM, tačiau **nevertinamas stebėsenos duomenų ir savivaldybės sveikatos strateginio planavimo ryšys**. Todėl savivaldybių visuomenės sveikatos stebėseną turi būti vykdoma siekiant gauti išsamią informaciją apie visuomenės sveikatos būklę ir, remiantis objektyvia informacija, planuoti ir įgyvendinti bendruomenės sveikatos stiprinimo priemones. Stebėseną turi būti siejama su veiksmais, gerinančiais gyventojų sveikatą. Šiuo tyrimu siekiama nustatyti, ar savivaldybės, planuojamos sveikatos stiprinimo veiklą, naudojami visuomenės sveikatos stebėsenos duomenimis.

Šio tyrimo **tikslas** yra nustatyti Lietuvos savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos ataskaitose iškeltų prioritetinių sveikatos stebėsenos sričių ryšį su savivaldybės planuojamomis sveikatos strategijos veiklomis. Šiam tikslui įgyvendinti iškelti trys **uždaviniai**: 1. Įvertinti Lietuvos savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos 2014–2016 m. ataskaitose keliamas prioritetines sveikatos stebėsenos sritis; 2. Įvertinti priemones, skirtas savivaldybės gyventojų sveikatos problemoms spręsti, savivaldybių 2011–2028 m. strateginiuose planavimo dokumentuose; 3. Nustatyti priklausomybę tarp savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos ataskaitose numatytų prioritetinių sveikatos stebėsenos sričių ir planuojamų vykdyti sveikatos gerinimo veiksmų.

TYRIMO METODIKA

Tyrimo objektas yra visuomenės sveikatos stebėsenos 2014–2016 m. ataskaitos – analizuojamos jose nustatytos prioritetinės sveikatos stebėsenos sritys; savivaldybių strateginiai planavimo dokumentai

2011–2028 m.: strateginiai plėtros planai, strateginiai veiklos planai – analizei naudojama tik sveikatai skirta sritis.

Pagrindinis **savivaldybių atrankos** kriterijus – gyventojų skaičius. Naudotas 2016 m. vidutinis metinis gyventojų skaičius Lietuvos savivaldybėse, gautas iš Lietuvos statistikos departamento duomenų bazių. 60 Lietuvos savivaldybių suskirstytos į 5 grupes pagal gyventojų skaičių. Naudojant tikimybinės paprastosios atsitiktinės imties sudarymo metodą nustatyta, kad su 99 proc. patikimumu reprezentatyvi imtis šiame tyrime yra 30 savivaldybių. Iš kiekvienos grupės tyrimo analizei pasirinktos savivaldybės vienoda proporcija.

Remiantis LSS strateginiu tikslu ir uždaviniais, kurie numatyti jam įgyvendinti, bei analizuotais savivaldybių stebėsenos ir strateginiais planavimo dokumentais, sudaryta 17 kategorijų, kurioms buvo priskirtos stebėsenos ataskaitose išskirtos prioritetingos sveikatos stebėsenos sritys bei savivaldybių strateginiuose dokumentuose išskirtos sveikatos sričiai skirtos priemonės:

0. Neišskirta prioritetinga sritis / nenumatytos sveikatos sričiai skirtos priemonės;
 1. Geresnė sveikata ir ilgesnė gyvenimo trukmė;
 2. Skurdo lygis ir nedarbas, sveikatos netolygumai;
 3. Socialinė ir ekonominė gyventojų diferenciacija šalies ir bendruomenių lygmeniu;
 4. Saugios darbo ir sveikos buities sąlygos, prekių ir paslaugų vartotojų saugumas;
 5. Palankios sąlygos saugiai leisti laisvalaikį;
 6. Avaringumas ir traumų kelių eismo įvykiuose skaičius;
 7. Oro, vandens ir dirvožemio užterštumas, triukšmas;
 8. Alkoholinių gėrimų, tabako vartojimas, neteisėtas narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimas ir prieinamumas;
 9. Sveikos mitybos įpročiai;
 10. Optimalūs fizinio aktyvumo įpročiai;
 11. Sveikatos sistemos tvarumas ir kokybė, plėtojant sveikatos technologijas, kurių efektyvumas pagrįstas mokslo įrodymais;
 12. Sveikatos infrastruktūra ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, sauga, prieinamumas ir į pacientą orientuota sveikatos priežiūra;
 13. Motinos ir vaiko sveikata;
 14. Neinfekcinių ligų prevencija ir kontrolė;
 15. VSB darbo užtikrinimas;
 16. Visuomenės nuostatų ir gyvenimo įgūdžių formavimas;
 17. Kita.

Prioritetingos sveikatos stebėsenos sritys savivaldybėse išskirtos atsižvelgus į šviesoforo principu suskirstytus visų Lietuvos savivaldybių rodiklius. Raudonoje zonoje atsidūrė tų savivaldybių rodikliai, kurių reikšmės, lyginant su Lietuvos vidurkiu, reikė blogesnę situaciją [10].

Tyrime analizei naudoti 30-ies savivaldybių strateginiai plėtros ir veiklos planai (programos). Pastarieji remiantis strateginio planavimo savivaldybėse rekomendacijomis tarpusavyje susiejami aiškiais loginiais ryšiais – ilgesnės trukmės strateginio planavimo dokumentus įgyvendinti planuojama per trumpesnės trukmės strateginio planavimo dokumentus, tai yra juose suplanuojamas atitinkamų tikslų ir uždavinių įgyvendinimas: priemonės, projektai, veiksmai, numatomos vertinimo kriterijų sąsajos (atsižvelgiant į tai, kokį poveikį trumpesnės trukmės strateginio planavimo dokumentų įgyvendinimo rezultatai turės ilgesnės trukmės strateginio planavimo dokumentų tikslų pasiekimui).

Savivaldybių *strateginiuose plėtros planuose* išskiriamos prioritetingos sritys, kurių plėtra numatoma tam tikru plano laikotarpiu. Dažniausiai rengiamas 10 metų plėtros planas. Numatomi kiekvieno prioriteto tikslai, kurie turi tam tikrą temą. Pavyzdžiui, išplėtotą socialinių paslaugų sistema; kokybiška ir prieinama sveikatos priežiūra. Tikslų skaičius įgyvendinant prioritetingą sritį gali būti įvairus, priklausomai nuo savivaldybės. Tyrime naudoti tik tie tikslai, kurie buvo skirti sveikatos tematikai. Atitinkamai vertinti tik sveikatos temai skirti tikslo uždaviniai ir priemonės. Uždaviniai, skirti sveikatos temai įgyvendinti, buvo priskiriami konkrečiai kategorijai ir vertinami.

Analogiškai tyrime naudoti *strateginių veiklos planų* tikslai sveikatos tema ir vertinti visi uždaviniai, numatyti tam tikslui pasiekti. Taip pat buvo vertinami sveikatos temai skirti tikslo uždaviniai, apimantys socialinius, sporto ar kitus aspektus. Tačiau jei sveikatos programoje buvo nurodyti keli tikslai ir vienas iš jų skirtas socialinei ar kitai tematikai, tokio tikslo uždaviniai nebuvo vertinami.

Duomenims vaizduoti naudotas grafinis dviejų ar daugiau kokybinių kintamųjų duomenų vaizdavimo metodas – mozaika (angl. *Mosaic plot*, taip pat žinomas kaip *Marimekko diagrama*) [11]. Tai daugialypis plotelių išsidėstymas, kuris leidžia apžvelgti bendrą duomenų vaizdą ir atpažinti ryšius tarp skirtingų kintamųjų. Nepriklausomumą rodo visų langelių (plotelių) išsidėstymas tokiu pačiu

pločiu ir aukščiū. Mozaikų plotai proporcingi stebėjimū skaičiūi toje sveikatos srityje [12]. Duomenims vaizduoti šiuo metodu naudotas JMP statistinis duomenų paketas (14.3 versija). Tyrimo rezultatams pristatyti sudaryti *Mosaic plot* metodu parengti grafikai. Šiuose grafikuose atskleidžiamas sveikatos srities išskyrimo dažnis: *x ašyje* pateikiamas sveikatos srities išskyrimo santykis tarp dviejū kintamųjų (tarp stebėsenos ataskaitū ir strateginiū planavimo dokumentū); *y ašyje* plotelio aukštis atspindi, kaip dažnai sveikatos sritis buvo išskirta savivaldybiū stebėsenos ataskaitose ar strateginiuose dokumentuose.

TYRIMO REZULTATAI

Analizuojant 30-ies savivaldybiū visuomenės sveikatos stebėsenos ataskaitas išskirta 270 kintamųjų, kurie buvo suskirstyti į prioritelines sveikatos stebėsenos sritis, iš jų dažniausios:

- neinfekcinių ligū prevencija ir kontrolė – 23,3 proc.;
- skurdo lygis ir nedarbas – 11,9 proc.;
- motinos ir vaiko sveikata – 11,5 proc.;
- socialinė ir ekonominė gyventojū diferenciacija šalies ir bendruomeniū lygmeniu – 10,7 proc.;
- alkoholiniū gėrimū, tabako vartojimas, neteisėtas narkotiniū ir psichotropiniū medžiagū vartojimas ir prieinamumas – 10,7 proc. (1 pav.).

Kitos prioritelinės sveikatos stebėsenos sritys tarp analizuotū savivaldybiū retesnės: 7,8 proc. sudarė saugios darbo ir sveikos buities sąlygos, prekiū ir paslaugū vartotojū saugumas; 5,2 proc. – avaringumas ir traumū keliū eismo įvykiuose skaičius; 4,4 proc. – sveikatos infrastruktūra ir sveikatos priežiūros paslaugū kokybė, sauga, prieinamumas ir į pacientą orientuota sveikatos priežiūra; 4,1 proc. – palankios sąlygos saugiai leisti laisvalaikį; 1,9 proc. – sveikatos sistemos tvarumas ir

kokybė, išplėtos sveikatos technologijos, kuriū efektyvumas pagrįstas mokslo įrodymais.

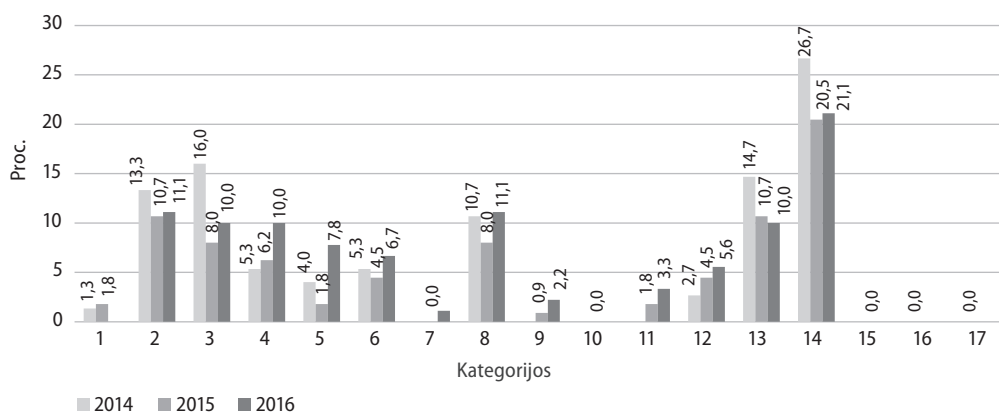
2014 m. savivaldybės, kuriū prioritelinės sveikatos stebėsenos sritys buvo priskirtos neinfekcinių ligū prevencijos ir kontrolės stiprinimo kategorijai (14), dažniausiai kaip probleminius rodiklius išskyrė sergamumą ar mirtingumą dėl širdies ir kraujagysliū ligū. 2014 m. daugiau nei pusė analizuotū savivaldybiū (17) buvo priskirtos neinfekcinių ligū prevencijos ir kontrolės stiprinimo kategorijai (14). 2015 m. situacija dėl neinfekcinių ligū šiek tiek pakito – 18 savivaldybiū bent vieną iš sveikatos stebėsenos sričių kaip prioritetinę išskyrė būtent šią. 2016 m. neinfekcinių ligū problema savivaldybėse išliko – 15 savivaldybiū kaip bent vieną prioritetinę sveikatos stebėsenos sritį išskyrė neinfekcines ligas. Į šią kategoriją taip pat įtraukiamas dalyvavimas prevencinėse patikros programose.

Taip pat nustatyta, kad 18 savivaldybiū (iš 30) ta pati neinfekcinių ligū problematika kartojasi bent 2 metus iš eilės. Kai kuriose savivaldybėse ta pati prioritelinė sveikatos stebėsenos sritis kartojasi ir visus 3 analizuojamus metus: 2014, 2015 ir 2016 m. Kitos sveikatos sritys, tokios kaip skurdas, socialinė ir ekonominė atskirtis, saugus laisvalaikis, taip pat buvo išskiriamos ir akcentuojamos stebėsenos ataskaitose ne vienus metus (2 pav.).

Išanalizavus 30-ies savivaldybiū strateginius plėtros ir veiklos planus, išrinktos ir suskirstytos į kategorijas 387 priemonės (uždaviniai), kurios buvo numatytos siekiant įgyvendinti sveikatos plėtros ar programos tikslus. 160 priemoniū (41,3 proc.) skirta sveikatos infrastruktūrai gerinti. Taip pat viena dažniausių strateginiuose savivaldybiū dokumentuose numatytū priemoniū buvo visuomenės sveikatos biuro darbo užtikrinimas. Ši kategorija išskirta išanalizavus 113 uždavinių. Trečioje vietoje pagal

Nėra 5,6 proc.	Sveikesni gyventojai 1,1 proc.	Sveikatos infrastruktūra 4,4 proc.	Skurdas 11,9 proc.	Socialinė ir ekonominė atskirtis 10,7 proc.
	Sveikatos sistemos tvarumas 1,9 proc.			
Motinos ir vaiko sveikata 11,5 proc.			Saugios darbo sąlygos 7,8 proc.	Avaringumas ir traumas 5,2 proc.
Neinfekcinės ligos 23,3 proc.				Saugus laisvalaikis 4,1 proc.

1 pav. Prioritetinių sveikatos stebėsenos sričių savivaldybiū 2014–2016 m. stebėsenos ataskaitose pasiskirstymas (proc.) taikant *Mosaic plot* metodą



2 pav. Prioritetinių sveikatos stebėsenos sričių (kategorijų) savivaldybių stebėsenos ataskaitose pasiskirstymas (proc.) 2014 m., 2015 m. ir 2016 m.

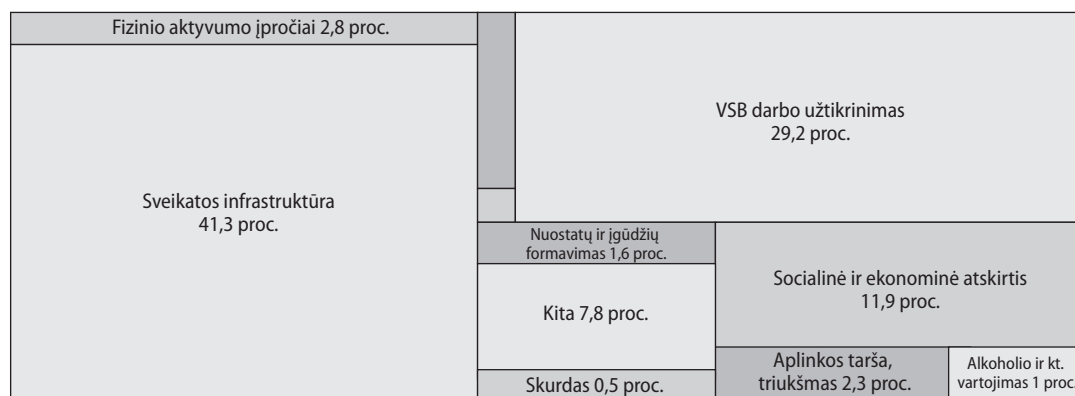
(Kategorijų reikšmės: nėra – 0, sveikesni gyventojai – 1, skurdas – 2, socialinė ir ekonominė atskirtis – 3, saugios darbo sąlygos – 4, saugus laisvalaikis – 5, avaringumas ir traumos – 6, aplinkos tarša, triukšmas – 7, alkoholio ir kt. vartojimas – 8, mitybos įpročiai – 9, fizinio aktyvumo įpročiai – 10, sveikatos sistemos tvarumas – 11, sveikatos infrastruktūra – 12, motinos ir vaiko sveikata – 13, neinfekcinės ligos – 14, VSB darbas – 15, nuostatų ir įgūdžių formavimas – 16, kita – 17)

dažnumą strateginių dokumentų uždaviniuose buvo išskirtos priemonės, skirtos socialinei ir ekonominei atskirčiai mažinti. Savivaldybių strateginiuose planuose visai dėmesio neskirta saugioms darbo sąlygoms, saugiam laisvalaikiui, avaringumui mažinti, mitybos įpročiams gerinti bei sveikatos sistemos tvarumui ir kokybei, plėtojant sveikatos technologijas. Šių prioritetinių sveikatos sričių pasiskirstymas planavimo dokumentuose vaizduojamas *Mosaic plot* metodu 3 pav.

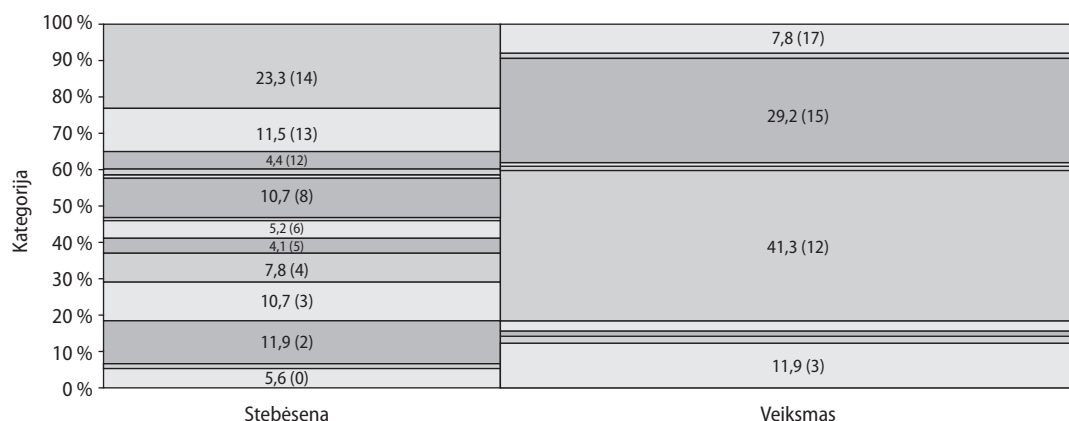
Lyginant ir ieškant sąsajų, kaip prioritetinės sveikatos stebėsenos sritys pasiskirstė savivaldybių dokumentuose (stebėsenos ataskaitos – stebėsenos ir strateginiai dokumentai – veiksmas), nustatyta, kad dažniausiai savivaldybių dokumentuose išskirtos prioritetinės sveikatos sritys skyrėsi. Stebėsenos ataskaitose vyraujanti neinfekcinių ligų profilaktikos ir kontrolės sritys strateginiuose planavimo

dokumentuose buvo priskirta tik 0,3 proc. dažnumu. Grafike vaizdžiai matyti, kad dažniausiai išskirtų sveikatos sričių stulpeliai aukštesni (4 pav.).

Skaičiuojant skirtumą tarp kintamųjų (šiuo atveju tarp kategorijų, priskirtų savivaldybių sveikatos stebėsenos duomenims, ir strateginių savivaldybių planavimo dokumentų) nustatyta, kad reikšmingai skyrėsi kategorijos tarp stebėsenos ataskaitų ir savivaldybių planavimo dokumentų ($p < 0,05$). Taip pat siekiant nustatyti kintamųjų priklausomumą vienas nuo kito apskaičiuotas kontingencijos koeficientas (angl. *Contingency coefficient C*). Pastarųjų reikšmės savivaldybėse svyravo nuo 0,419 (silpna priklausomybė) iki 0,853 (stipri priklausomybė). Silpna ar vidutinė priklausomybė tarp kintamųjų buvo nustatyta 21 savivaldybėje ($C = 0,419–0,749$), stipri priklausomybė – 9-iose savivaldybėse ($C = 0,756–0,853$).



3 pav. Lietuvos savivaldybių 2011–2028 m. strateginiuose planavimo dokumentuose numatomų sveikatos plėtros ir veiklos sričių dažnis (proc.) taikant *Mosaic plot* metodą



4 pav. Prioritetinių sveikatos sričių (kategorijų) pasiskirstymas savivaldybių dokumentuose (visuomenės sveikatos stebėsenos ataskaitose ir savivaldybių strateginiuose dokumentuose)

(Kategorijų reikšmės: nėra – 0, sveikesni gyventojai – 1, skurdas – 2, socialinė ir ekonominė atskirtis – 3, saugios darbo sąlygos – 4, saugus laisvalaikis – 5, avaringumas ir traumos – 6, aplinkos tarša, triukšmas – 7, alkoholio ir kt. vartojimas – 8, mitybos įpročiai – 9, fizinio aktyvumo įpročiai – 10, sveikatos sistemos tvarumas – 11, sveikatos infrastruktūra – 12, motinos ir vaiko sveikata – 13, neinfekcinės ligos – 14, VSB darbas – 15, nuostatų ir įgūdžių formavimas – 16, kita – 17)

REZULTATŲ APTARIMAS

Visuomenės sveikatos priežiūrą savivaldybėje vykdo visuomenės sveikatos biuras. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos duomenimis, Lietuvoje 2019 m. buvo 47 VSB, kurie aptarnavo visas Lietuvos savivaldybes. Juose dirbantys visuomenės sveikatos specialistai rengia savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos ataskaitas. Parengta stebėsenos ataskaita derinama su savivaldybės gydytoju. Savivaldybės administracijos direktorius organizuoja stebėsenos ataskaitos pristatymą savivaldybės taryboje, kurios sprendimu stebėsenos ataskaita tvirtinama. Patvirtinta stebėsenos ataskaita pateikiama Higienos institutui. Teisės aktų, reglamentuojančių sprendimo priėmimo procesą ir tolesnį stebėsenos ataskaitos panaudojimą, tyrimo metu nepavyko rasti, išskyrus Bendruosius savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos nuostatus, kurių 6.2 punkte minima, kad „savivaldybės administracijos direktorius naudoja savivaldybės visuomenės sveikatos stebėsenos duomenis valdymo sprendimams įvertinti, planuoti ir pagrįsti“.

Atliktame tyrime nustatyta, kad stebėsenos ataskaitoje nurodytos rekomendacijos dažnai netampa prioritetinėmis sveikatos gerinimo kryptimis savivaldybėje. Priežastims nustatyti reikalingi platesni ir išsamesni tyrimai, peržengiantys visuomenės sveikatos ribas. Savivaldybės tarybos posėdyje dalyvaujantis savivaldybės gydytojas yra vienintelė savivaldybės administracijos sąveika su sveikatos grandimi, kurios, akivaizdu, nepakanka tolesniam stebėsenos ataskaitose numatytų rekomendacijų įgyvendinimo planavimui.

Visuomenės sveikatos biuro specialistai, įvertinę savivaldybės visuomenės sveikatos būklę, kasmet turi išskirti bent po 3 prioritetines savivaldybės visuomenės sveikatos stebėsenos sritis ir jas išanalizuoti. Išskirti prioritetines sveikatos stebėsenos sritis galima keliais būdais: 1) vertinant, kurios savivaldybės reikšmės yra blogiausios Lietuvoje (t. y. raudonos); 2) vertinant kelerių metų pokytį; 3) vertinant, kokios priemonės buvo daromos ir kaip jos pakeitė situaciją. Optimalu, kai apžvelgiami visi aspektai, tačiau kiekvienais metais tai padaryti gali būti neįmanoma, todėl siūloma pirmiausia apžvelgti raudonąsias sritis. Taip pat rekomenduojama įvertinti vykdytų intervencijų rezultatų ir probleminių sričių ryšį. Todėl analizuojami ankstesnių metų nei stebėsenos ataskaitose pateikiami sveikatos rodikliai savivaldybių strateginiai dokumentai nėra tyrimui neigiamą įtaką darantis veiksnys, net atvirkščiai, situacija apžvelgiama tarsi iš kitos pusės nustatant, kokios priemonės buvo daromos ir kaip jos pakeitė situaciją.

Nagrinėjant 30-ies savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos ataskaitas ir stebint išskirtus sveikatos rodiklius savivaldybėse nustatyta vyraujanti neinfekcinių ligų problematika. Vadovaujantis visuomenės sveikatos stebėsenos modelio savivaldybėse tikslu – pagerinti visuomenės sveikatą naudojantis stebėsenos duomenimis ir jį siejant su veiksmu, t. y. savivaldybių strateginiuose planavimo dokumentuose turėtų būti numatytos priemonės, kaip savivaldybėje gerinti neinfekcinių ligų prevencijos ir kontrolės situaciją. Į šią sritį įeina kraujotakos ligų, navikų, cukrinio diabeto ir profilaktinių programų aspektai – mažinti sergamumą, mirtingumą bei didinti dalyvavimą profilaktinėse

programose. Tyrimo rezultatai parodė, kad neinfekcinių ligų temai strateginiuose planavimo dokumentuose numatytas tik vienas uždavinys visose analizuotose savivaldybėse. Vadinasi, nesprenžiamos pagrindinės savivaldybių sveikatos problemos, nenumatomos jokios priemonės, todėl tikėtina, kad tokių savivaldybių sveikatos rodikliai, taip pat ir gyventojų sveikata nepagerės – ilgalaikėje strategijoje nėra planų gerinti gyventojų sveikatą šiuo aspektu. Todėl nenuostabu, kad savivaldybių stebėsenos ataskaitose kasmet atsispindi tos pačios prioritetingos sveikatos stebėsenos sritys. Pastarąsias savivaldybių stebėsenos ataskaitose galima būtų vadinti probleminėmis sveikatos sritimis, nes pasirenkamos atsižvelgiant į raudonosios zonos rodiklius, tačiau strateginiuose planavimo dokumentuose, akivaizdu, ne visada probleminės sritys yra pasirenkamos prioritetingomis.

Kita vertus, sumažinti sergamumą ar mirtingumą dėl tokių lėtinių ligų, kaip kraujotakos sistemos ligos ar piktybiniai navikai, nėra paprasta užduotis, kadangi bet kokioms intervencijoms reikia laiko, o rezultatai gali išryškėti tik po kelerių ar keliolikos metų. Daugybėje užsienio literatūros šaltinių teigiama apie preventinių programų naudą ir įtaką mirtingumui nuo krūties vėžio, gimdos kaklelio, storosios žarnos piktybinių navikų [13–16]. Vis dėlto, kaip jau minėta, efektyvesnį rezultatą galima pasiekti tik bendradarbiaujant institucijoms ir skiriant lėšų toms sritims, kurias visuomenės sveikatos specialistai išskyrė kaip prioritetingas ir kurios savivaldybėje atrodo blogiausiai.

Pastebėta, kad socialinė ir ekonominė atskirtis savivaldybių stebėsenos ataskaitose ir savivaldybių veiksmų planuose atsispindėjo panašiu dažniu. Tokie rezultatai leidžia daryti prielaidą, kad ši sritis pastebima tiek stebėsenos ataskaitose (10,7 proc.), tiek strateginiuose dokumentuose (11,9 proc., iš jų 4,7 proc. plėtos planuose ir 7,2 proc. veiklos planuose). Vadinasi, socialinė ir ekonominė atskirtis stebėsenos ataskaitoje pasirinkta kaip prioritetinga sritis, o savivaldybių strateginiuose dokumentuose buvo planuojami uždaviniai ir priemonės, kaip sumažinti šią atskirtį. Vis dėlto tai tik bendras savivaldybių vertinimas, kurio metu neatsiskleidžia, ar tai ta pati savivaldybė. Reikėtų pastebėti, kad kategorijos nėra vienodos apimties, kai kurios susijusios, pvz., sveikos mitybos įpročiai ar optimalūs fizinio aktyvumo įpročiai gali būti susiję su neinfekcinių ligų prevencijos ir kontrolės kategorija. Todėl kategorijas reikėtų vertinti nevienareikšmiškai ir atsargiai.

Analizuojant ryšį tarp stebėsenos ataskaitose išskirtų prioritetingų sveikatos stebėsenos sričių ir strateginiuose dokumentuose numatytų priemonių joms gerinti

nustatyta, kad nors sveikatos sričių pasiskirstymas tarp analizuotų savivaldybių dokumentų reikšmingai skyrėsi, didžiojoje dalyje į tyrimą įtrauktų savivaldybių apskaičiuotas silpnas ar vidutinis priklausomumas vienas nuo kito. Nepaisant to, kad Bendruosiuose savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos nuostatuose numatyta, jog „savivaldybių visuomenės sveikatos stebėseną vykdoma joms priskirtose teritorijose, siekiant gauti išsamią informaciją apie savivaldybių teritorijų visuomenės sveikatos būklę ir remiantis objektyvia informacija planuoti bei įgyvendinti vietinės visuomenės sveikatos prevencijos priemones“, tyrime, išanalizavus strateginius savivaldybių dokumentus, matyti, kad sveikatos stebėsenos informacija menkai naudojama planuojant ir įgyvendinant vietinės sveikatos prevencijos priemones. Akivaizdu, kad Lietuvos savivaldybių ir visuomenės sveikatos biurų specialistams reikia daugiau informacijos apie stebėsenos ataskaitos rengimo tikslą, turinio kokybės svarbą ir apie tai, kodėl svarbu naudoti sveikatos stebėsenos duomenis planuojant ir formuojant savivaldos strategijas.

Stipri priklausomybė tarp kintamųjų atsispindėtu, jei savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos ataskaitose nustatytos prioritetingos sveikatos stebėsenos sritys taptų prioritetingomis ir savivaldybių strateginiuose planavimo dokumentuose.

IŠVADOS

- 2014–2016 m. savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos ataskaitų duomenimis, pagrindinės analizuotose savivaldybėse vyraujančios prioritetingos sveikatos stebėsenos sritys buvo šios: neinfekcinių ligų prevencija ir kontrolė (23,3 proc.), skurdo lygis ir nedarbas (11,9 proc.), motinos ir vaiko sveikata (11,5 proc.).
- Didžioji dalis strateginiuose savivaldybių planavimo dokumentuose numatytų priemonių buvo skirtos sveikatos infrastruktūrai gerinti (41,3 proc.), VSB darbui užtikrinti (29,2 proc.), socialinei ir ekonominei atskirčiai mažinti (11,9 proc.).
- Išanalizavus, kaip visuomenės sveikatos stebėsenos duomenys apie gyventojų sveikatą naudojami strateginiuose planavimo dokumentuose ir numatant tolesnes priemones, padėsiančias gerinti gyventojų sveikatą, didžiojoje dalyje analizuotų savivaldybių (21 iš 30) nustatytas silpnas ar vidutinis priklausomumas tarp stebėsenos ataskaitose ir savivaldybių strateginio planavimo dokumentuose išskirtų prioritetingų sveikatos stebėsenos sričių.

Straipsnis gautas 2020-01-20, priimtas 2020-02-17

Literatūra

1. Bendrieji savivaldybių visuomenės sveikatos nuostatai. Valsybės žinios. 2003;81(1)-3720. Prieiga per internetą: <<https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.1B7239FBDAB7/tmKmPMLtPq>>.
2. Želviene A, Mekšriūnaitė S, Liuima V. Sveikatos netolygumų indikatorių stebėsenos modelis. Vilnius, 2016.
3. Orton L, Lloyd-Williams F, Taylor-Robinson D, O'Flaherty M, Capewell S. The use of research evidence in public health decision making processes: systematic review. PLoS ONE. 2011;6(7):e21704. DOI: 10.1371/journal.pone.0021704.
4. Gentry S, Mildren L, Kelly MP. Why is translating research into policy so hard? How theory can help public health researchers achieve impact? Public Health. 2020;178:90-96.
5. Elliott H, Popay J. How are policy makers using evidence? Models of research utilisation and local NHS policy making. Epidemiol Community Health. 2000;54:461-468.
6. Public Health England, Knowledge strategy: Harnessing the power of information to improve the public's health, 2014.
7. Public Health England, Protecting and improving the nation's health, Darlington. Prieiga per internetą: <<https://www.darlington.gov.uk/media/8939/health-profile-2018.pdf>>.
8. Public Health profile 2019, Drammen. Prieiga per internetą: <https://www.fhi.no/contentassets/7d3ae60c6cb444d68e22a95d9baa5763/drammen-2019_engelsk.pdf>.
9. Strateginio planavimo savivaldybėse rekomendacijos. TAR. 2014; 20069. Prieiga per internetą: <<https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/c3e9282086d911e481c9c95e73113964>>.
10. Visuomenės sveikatos būklė Lietuvos savivaldybėse 2017 m. Vilnius, 2018. Prieiga per internetą: <http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/VS_bukle_savivaldybiu_%20leidinys%202017_ZN_final.pdf>.
11. Sandra D. Schlotzhauer (1 April 2007). Elementary Statistics Using JMP. SAS Institute. p. 407. ISBN 978-1-59994-428-9.
12. Prieiga per internetą: <<https://www.jmp.com/support/help/14-2/mosaic-plot.shtml>>.
13. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis (Fourth Edition), 2006.
14. Cervical Cancer Screening in Developing Countries, Report of a WHO consultation. World Health Organization, Geneva, 2002. Prieiga per internetą: <http://www.who.int/cancer/media/en/cancer_cervical_37321.pdf>.
15. Arbyn M, Anttila A, Jordan J, et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Second edition – summary document, annals of oncology. March 2010;21(3):448-458. Prieiga per internetą: <<https://academic.oup.com/annonc/article/21/3/448/167204/European-Guidelines-for-Quality-Assurance-in>>.
16. American Cancer Society, Colorectal Cancer, Facts & Figures 2017–2019, 2017. Prieiga per internetą: <<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/colorectal-cancer-facts-and-figures/colorectal-cancer-facts-and-figures-2017-2019.pdf>>.

Public health priorities in Lithuanian municipalities: assesing the importance of monitoring data for making a municipal health strategy

Žilvinė Našlėnė, Aušra Želviene
Institute of Hygiene

Summary

The aim of the study was to determine the relation between the health problems raised in the public health monitoring reports of Lithuanian municipalities and the activities planned in municipality's health strategies.

Material and methods. The study analyzed public health monitoring reports of 30 municipalities and strategic planning documents – development plans and action plans of these municipalities. The textual information from these documents about the priority health problems and actions was used in this study. A database was created by assigning variables to a certain category based on the evaluation indicators used in the Lithuanian Health Strategy. Mosaic plot method was used to represent the encoded data. Chi square test and Contingency coefficient (C) were used for data evaluation and analysis.

Results and conclusions. According to the public health monitoring reports of municipalities, the main priority areas of health in the analyzed municipalities were: prevention and control of non-communicable diseases – 23.3 %, poverty and unemployment – 11.9 %, maternal and child health – 11.5 %. Most of the measures provided

for in the strategic planning documents of municipalities were aimed at improving health infrastructure – 41.3 %, ensuring the work of the Public Health Bureau – 29.2 %, and reducing socio-economic exclusion – 11.9 %. After analyzing the use of public health monitoring data in the strategic planning documents and providing further measures to improve the health of the population, in the most of analyzed municipalities was found weak or moderate dependence between the monitoring reports and the priority health areas highlighted in the strategic planning documents of the municipalities.

Keywords: municipalities, strategic planning, public health monitoring report.

Correspondence to Žilvinė Našlėnė
Institute of Hygiene
Didžioji str. 22, LT-01128 Vilnius, Lithuania
E-mail: zilvine.naslene@hi.lt

Received 17 January 2020,
accepted 21 February 2020