

PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IR VISUOMENĖS SVEIKATOS PASLAUGŲ INTEGRAVIMAS IR ŠALIŲ PATIRTIS

Gintarė Petronytė, Virginija Kanapeckienė
Higienos institutas

Santrauka

Straipsnio tikslas – apžvelgti integracijos sveikatos sektoriuje sampratą ir šalių patirtį integruojant pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos paslaugas. Straipsnyje pateikiama integracijos sveikatos sektoriuje samprata, pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos priežiūros integracijos principai. Plačiau analizuojama viena iš integracijos formų – bendradarbiavimas ir jo modeliai. Nagrinėjami kitose šalyse taikomi lėtinių neinfekcinių ligų valdymo modeliai, integruojantys pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos paslaugas.

Reikšminiai žodžiai: pirminė sveikatos priežiūra, visuomenės sveikatos priežiūra, paslaugų integracija, lėtinės neinfekcinės ligos.

ĮVADAS

Didėjantis lėtinių neinfekcinių ligų paplitimas keičia iššūki sveikatos priežiūros sistemoms daugelyje šalių. Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) lėtinių neinfekcinių ligų valdymui rekomenduoja ieškoti efektyvesnių sveikatos priežiūros modelių, kuriuos taikant vienas svarbiausių vaidmenų tektų pirminei sveikatos priežiūrai [1]. Ši sveikatos priežiūros grandis orientuota į asmens ir vietos bendruomenės sveikatos problemų sprendimą, teikiant sveikatos stiprinimo, ligų diagnostikos ir gydymo paslaugas.

Didėjant sveikatos priežiūros išlaidoms, sveikatos priežiūros integravimo modelių, atliepiančių asmens ir visuomenės poreikius, diegimas tampa vis aktualesnis. Sveikatos priežiūros paslaugų integravimas prisideda prie efektyvesnės ir veiksmingesnės sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimo. PSO integruotą sveikatos priežiūrą įvardijo viena iš sėkmingų lėtinių neinfekcinių ligų valdymo strategijų sveikatos sistemoje [2]. Be to, ši tarptautinė organizacija pabrėžė, kad sveikatos klausimai negali būti efektyviai sprendžiami esant izoliuotoms sveikatos sistemoms [2]. Siekiant teikiamų sveikatos priežiūros

paslaugų integravimo kai kuriose Europos šalyse (Suomijoje, Švedijoje, Nyderlanduose, Didžiojoje Britanijoje) taikomos priemonės ir mechanizmai dažniausiai orientuojami į lėtinėmis ligomis sergančius senyvo amžiaus žmones [3].

PSO dokumente dėl pirminės sveikatos priežiūros ateities strategijos rekomenduojama stiprinti visuomenės sveikatos funkcijas pirminėje sveikatos priežiūros grandyje [4]. Daugelyje šalių susiduriama su visuomenės sveikatos paslaugų integravimo pirminės sveikatos priežiūros grandyje iššūkiais [5], o praktikoje dažniausiai taikoma integracijos forma – sektorių bendradarbiavimas. Lietuvoje pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sektorių bendradarbiavimą galima priskirti nebendradarbiavimo ar simbolinio bendradarbiavimo, pavyzdžiui, įgyvendinant onkologinių bei širdies ir kraujagyslių ligų prevencines programas, lygiams. Pagrindinės kliūtys glūdi pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos priežiūros sektorių sisteminio, organizacinio ir tarpasmeninio bendradarbiavimo lygmenyse [6]. Šių dviejų sveikatos priežiūros sektorių bendradarbiavimas leistų kiekvienam jų pasiekti keliamus tikslus ir prisidėti prie sergamumo ir mirtingumo nuo lėtinių neinfekcinių ligų mažinimo. Šio straipsnio tikslas – apžvelgti integracijos sveikatos sektoriuje sampratą ir šalių patirtį integruojant pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos paslaugas.

Adresas susirašinėti: Gintarė Petronytė
Higienos institutas
Didžioji g. 22, 01128 Vilnius
El. p. gintare.petronyte@hi.lt

TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Literatūros paieška atlikta taikant *Pubmed* ir specializuotos informacijos (angl. *scholar google*) paieškos sistemas. Be to, literatūros buvo ieškoma tiksliai pasirinktų šalių vyriausybinių institucijų (angl. *New South Wales Government, Department of Health; Victoria Government, Department of Human Services (Australia), New Zealand Ministry of Health; England Department of Health*), tyrimų institucijų (angl. *Canadian health services research foundation; UK King's fund; Australian primary health care research institute*), asociacijų tinklalapiuose (angl. *UK Department of Health care networks; Public health agency of Canada*).

Literatūros paieškai buvo taikyti šie atrankos kriterijai: (i) teoriniai paslaugų integravimo modeliai; (ii) modeliai, integruojantys pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos paslaugas bendruomenės ar populiacijos lygiu, orientuoti į lėtinių ligų valdymą; (iii) šalys: Kanada, Jungtinės Amerikos Valstijos (JAV), Didžioji Britanija, Australija, Naujoji Zelandija ir (ar) Vakarų Europos valstybės, atsižvelgiant į tai, kad šiose šalyse daugiausia gerosios praktikos pavyzdžių [5, 7, 8]; (iv) anglų kalba.

Paieškos raktažodžiai ir jų kombinacijos: pirminė sveikatos priežiūra (angl. *primary health care*), visuomenės sveikatos priežiūra (angl. *public health*), bendruomenės sveikatos paslaugos (angl. *community health services*), pirminė sveikatos priežiūra bendruomenėje (angl. *community-oriented primary care*), integracija (angl. *integration*), integruota priežiūra (angl. *integrated care*), integruotos priežiūros modeliai (angl. *integrated care models*), lėtinių ligų priežiūra (angl. *chronic care*).

Taikant specializuotą informacijos paieškos sistemą rasti literatūros šaltiniai buvo vertinami pagal kriterijus: (i) institucija (informacija organizacijos tinklalapyje); (ii) autorius (autorius kontaktinė informacija, kitos jo publikacijos); (iii) patikimumas (taikyta metodologija, naudoti tyrimo, duomenų rinkimo ir interpretavimo metodai); (iv) publikavimo tikslas (pristatyto tyrimo rezultatai, atlikta apžvalga); (v) naudota literatūra (cituojamos kitų autorių publikacijos).

INTEGRACIJOS SAMPRATA

Literatūroje pateikiama įvairių integracijos termino apibrėžimų, dauguma jų panašūs ir taikomi sveikatos priežiūros tęstinumui užtikrinti [9]. Integracijai apibrėžti dažnai taikomi tokie terminai: priežiūros tęstinumas (angl. *continuity of care*), atvejo vadyba (angl. *case*

management), į pacientą orientuota priežiūra (angl. *patient-centred care*), skirtingų institucijų teikiamos paslaugos (angl. *shared care*) ir integruotos paslaugų teikimo sistemos (angl. *integrated delivery systems*) [9]. Autoriai dažnai taiko PSO suformuluotą integracijos apibrėžimą – „konceptija, apimanti diagnozavimo, gydymo, priežiūros, rehabilitacijos ir sveikatos stiprinimo paslaugų teikimą, valdymą ir organizavimą. Integracija yra priemonė gerinti paslaugų prieinamumą, kokybę, efektyvumą ir pacientų pasitenkinimą“ [10]. Integruotos priežiūros apibrėžimų įvairovę lemia šalių sveikatos ir kituose sektoriuose keliami tikslai. Pavyzdžiui, JAV integruotų paslaugų teikimo koncepcija skiriasi nuo integruotos priežiūros Europoje, kur ji tradiciškai apima skirtingų sektorių (pavyzdžiui, gydymo ir priežiūros) bei skirtingų funkcijų (pavyzdžiui, finansavimas ir teikimas) integraciją [11]. Literatūroje dažniausiai analizuojami tokie integracijos aspektai: integracijos tipas, apimtis, laipsnis ir procesas.

Integracijos procesas: skiriama struktūrinė integracija (organizacijos ir sveikatos priežiūros specialistų funkcijų, užduočių ir veiklos suderinimas), kultūrinė integracija (suinteresuotų institucijų vertybių, normų ir darbo metodų konvergencija), socialinė integracija (suinteresuotų institucijų socialinių ryšių sustiprinimas) ir suinteresuotų institucijų tikslų, interesų ir išteklių integracija.

Integracijos tipas: funkcinis (pagrindinių funkcijų, tokių kaip finansinis valdymas, žmoniškųjų išteklių ir strateginis planavimas, informacijos valdymas ir kokybės gerinimas, koordinavimas organizacijoje), organizacinis (bendradarbiavimo tinklų, susivienijimų, sutarčių ar strateginių aljansų tarp sveikatos priežiūros institucijų kūrimas), profesinis (bendra veikla, praktika, sutartys ar strateginiai aljansai organizacijos viduje ir su kitomis organizacijomis), paslaugų ar klinikinės integracijos (įvairių specialistų ar padalinių teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų koordinavimas) [11], normatyvinis (bendra misija, veiklos vertybės ir organizacinė ar profesinė kultūra) ir sistemos integracijos tipas (politikos suderinimas organizacijos lygiu) [9].

Integracijos mastas apima paslaugų teikimą. Horizontali integracija vyksta tarp organizacijos ar padalinių, teikiančių to paties lygmens sveikatos priežiūros paslaugas (pavyzdžiui, dvi ligoninės), o vertikali integracija vienija skirtingo lygmens organizacijas (pavyzdžiui, ligoninė, bendruomenės sveikatos centras, paslaugų teikimo namuose institucija).

Integracijos laipsnis: nuo visiškos integracijos, kai integruota organizacija yra atsakinga už paslaugų

teikimą (įskaitant ir finansavimą), iki bendradarbiavimo, kai organizacijos yra atsakingos už atskirai teikiamas paslaugas [11].

Autoriai, atlikę literatūros apie integracijos modelius sveikatos sistemoje apžvalgą, juos suskirstė į tris pagrindines grupes: sistemos lygio modeliai (angl. *system level*), kai orientuojamasi į organizacinius pokyčius; programos ar paslaugų lygio (angl. *program/service level*) modeliai, kuriais siekiama paciento sveikatos rezultatų, diegiant atvejo vadybą, sveikatos priežiūros komandas, visuomenės sveikatos strategijas ar stiprinant šeimos gydytojų vaidmenį; pažangūs modeliai (angl. *progressive*), prisidedantys prie geresnio sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimo, turinčio poveikį visuomenei, pacientams, paslaugų teikėjams. Autoriai pažymi, kad trūksta tyrimų apie integracijos poveikį, dažniau nurodoma gauta nauda nei įvertinti rezultatai [8].

Visuomenės sveikatos koncepcija apima ne tik ligų prevenciją, sveikatos stiprinimą, bet ir asmens sveikatos priežiūros organizavimą, prisidedant prie populiacijos sveikatos gerinimo [12]. Atsižvelgiant į tai, kad įvairios organizacijos įsitraukia į visuomenės sveikatos stiprinimo veiklą, horizontalios integracijos formos, tokios kaip kooperacija ar bendradarbiavimas, leistų siekti numatytų tikslų [13]. Tarpinstitucinis bendradarbiavimas yra rezultatyvus, kai sukuriama skirtingų sričių specialistų komandos, teikiančios įvairias paslaugas, pavyzdžiui, širdies ligų priežiūros, apimančios mitybą, fizinius pratimus, streso valdymą, rūkymo metimą ir pagalbą keičiant gyvenimą [13]. Apibendrinant galima sakyti, kad integruota priežiūra suvienija ir skatina „priežiūros“ ir „gydymo“ paslaugas teikiančių sektorių bendradarbiavimą bei užtikrina pirminio, antrinio ir tretinio lygio, taip pat ambulatorinių ir namuose teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumą bei į bendruomenę orientuotą priežiūrą [9].

JAV Medicinos instituto suformuotas komitetas pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos priežiūros integraciją apibrėžė kaip „programų ir veiklos ryšį siekiant efektyvumo, veiksmingumo ir geresnės visuomenės sveikatos“ [14]. Šis komitetas išskyrė tokius integracijos aspektus: integracijos lygis, partneriai, veiksmai ir laipsnis. Nors integracija gali būti vykdoma įvairiais lygiais, tačiau komitetas apibrėžė institucijos ir vietos bendruomenės lygius. Institucijos lygmeniu, pavyzdžiui, Ligų prevencijos ir kontrolės centras ir kitos federalinės institucijos, integracija apima institucijų ir jose dirbančių specialistų bendradarbiavimą bei bendrą veiklą

siekiant numatytų tikslų. Vietos lygmeniu integracija siekiama gerinti vietos bendruomenės sveikatą, įtraukiant partnerius ir panaudojant vietos išteklius. Šio lygmens partneriai yra pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos institucijos, bendruomenė, taip pat sprendimų priėmėjai. Partnerių dalyvavimas integracijos procese gali apimti veiklos planavimą, finansinius ar žmogiškuosius išteklius, priemones ar fizinę aplinką, tačiau kiekvieno partnerio indėlis gali būti skirtingas. Integracijos laipsnis svyruoja nuo izoliacijos iki susivienijimo, apimant bendrą susirūpinimą, kooperavimąsi, bendradarbiavimą ir partnerystę [14]. Be to, komitetas išskyrė pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos priežiūros integravimo principus: bendras geresnės visuomenės sveikatos siekis, bendruomenės įtraukimas nustatant jos sveikatos poreikius, suderinta lyderystė (aiškūs vaidmenys ir atsakomybė, iniciatyvų kūrimas, gebėjimas valdyti pokyčius), tvarumas (bendros infrastruktūros sukūrimas, ilgalaikio poveikio užtikrinimas), keitimasis duomenimis ir jų analizė [14].

PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IR BENDRUOMENĖS SVEIKATOS PASLAUGŲ INTEGRAVIMO MODELIAI

M. S. Rowan su bendraautorais atliko literatūros apžvalgą ir išskyrė praktiškai taikytus visuomenės sveikatos paslaugų integravimo į pirminės sveikatos priežiūrą modelius [5]. Daugelyje modelių yra integruojamos visuomenės sveikatos funkcijos pirminės sveikatos priežiūros grandyje, ypač lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos srityje. Visuomenės sveikatos paslaugų integravimo į pirminę sveikatos priežiūrą modeliai dažniausiai įgyvendinti bendruomenių lygiu, keli modeliai – pacientų ir paslaugų teikėjų lygiu.

Autoriai, atlikę Australijos, Jungtinės Karalystės ir Naujosios Zelandijos pirminės sveikatos priežiūros modelių, apimančių bendradarbiavimą tarp įvairių pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, apžvalgą, nurodo, kad organizacinių modelių diegimas sąlygoja pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo pokyčius, tačiau turima mažai įrodymų apie jų taikymo poveikį kokybei ir pacientų sveikatos rezultatams [15]. Autoriai pažymi, kad siekiant geresnės integruotos pirminės sveikatos priežiūros integraciją būtina vykdyti dviem lygiais: tarp skirtingų mezo lygio institucijų, pavyzdžiui, Naujosios Zelandijos pirminės sveikatos priežiūros organizacijų ir regiono sveikatos tarybos bendradarbiavimas planuojant

ir koordinuojant teikiamas paslaugas, ir vietos paslaugų teikėjų lygiu, pavyzdžiui, tarp pirminės sveikatos priežiūros teikėjų ir bendruomenės sveikatos komandų.

JAV įgyvendinant pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos paslaugų integravimo iniciatyvas buvo pradėti diegti į bendruomenę orientuoti pirminės priežiūros modeliai (angl. *community-oriented primary care model*, COPC). Šiuose modeliuose pirminės sveikatos priežiūros komandos teikia paslaugas bendruomenėms, atsižvelgdamos į jų sveikatos poreikius [16]. Į bendruomenę orientuotame pirminės sveikatos priežiūros modelyje pirminės sveikatos priežiūros komanda identifikuoja vietos bendruomenės sveikatos problemas ir nustato prioritetus. Po to pirminės sveikatos priežiūros komanda nustato pagrindinę sveikatos problemą ir parengia jos sprendimo planą. Šie modeliai apėmė pirminės sveikatos priežiūros, sveikatos stiprinimo ir ligų prevencijos bendruomenėje planavimą, įgyvendinimą ir vertinimą. Modeliai ypač taikyti riboto sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo teritorijose [17]. Pavyzdžiui, Karolinos valstijoje (JAV) į bendruomenę orientuotas pirminės sveikatos priežiūros modelis buvo įgyvendintas žemo socialinio ir ekonominio lygio bendruomenėje, kurioje paplitusios širdies ir kraujagyslių ligos bei diabetas. Patarėjai iš bendruomenės buvo apmokyti įvertinti bendruomenės pasirengimą keisti elgseną ir valdyti ligas, o atvejo vadybininkui diabeto klausimais teko atsakomybė už pirminės sveikatos priežiūros ir bendruomenės programų įgyvendinimą [18]. Šie modeliai buvo sėkmingai įgyvendinti ir kitose šalyse [19]. Autoriai, analizavę Kanadoje taikomus pirminės sveikatos priežiūros organizavimo modelius, nurodo, kad į bendruomenę orientuotas modelis laikytinas vienu iš modelių, prisidedančių prie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo. Šio modelio veikimo pagrindas – sveikatos priežiūros centrų bendradarbiavimas su bendruomene [20].

Siekiant gerinti lėtinių ligų valdymą pirminės sveikatos priežiūros grandyje buvo sukurtas lėtinių ligų priežiūros modelis (angl. *chronic care model*). Šis modelis apima tarpusavyje susijusius komponentus, kurie laikomi svarbiais teikiant aukštos kokybės paslaugas (1 lentelė). Efektyviam lėtinių ligų valdymui būtinas tinkamai organizuotas paslaugų teikimas, susijęs su visuomeniniais ištekliais už organizacijos ribų. Veiksminga individualios vadybos parama ir į pacientą orientuoti visuomeniniai ištekliai leidžia informuoti pacientus ir jų artimuosius apie iššūkius, kylančius valdant lėtines ligas [21]. Lėtinių ligų

priežiūros modelis buvo plačiai įgyvendintas JAV sveikatos sektoriuje, taip pat turėjo įtakos formuojant lėtinių ligų valdymo politiką Australijoje, Kanadoje, Anglijoje ir Vokietijoje [11]. Lėtinių ligų priežiūros modelis buvo išplėstas atsižvelgiant į sveikatos stiprinimo integravimo galimybes lėtinių ligų prevencijos ir valdymo srityse. Išplėstinis lėtinių ligų priežiūros modelis (angl. *expanded chronic care model*) plačiau įgyvendintas JAV, į jį įtraukiamas sveikatos stiprinimas, bendruomenės dalyvavimas ir sveikatai įtaką darantys socialiniai veiksniai (1 lentelė) [22]. Šis modelis orientuotas į visuomenės, o ne į asmens sveikatos rezultatus, be to, į jį integruojamas sveikatos stiprinimas.

Lėtinių ligų priežiūros modelyje individo sveikatos rezultatas priklauso nuo sveikatos priežiūros specialistų komandos ir paciento tarpusavio sąveikos, o išplėstiniame lėtinių ligų priežiūros modelyje geresnę visuomenės sveikatą lemia bendruomenės narių, sveikatos priežiūros sektoriaus specialistų, organizacijų, individų ir bendruomenės grupių bendradarbiavimas. Lėtinių ligų priežiūros modelis plačiau praktiškai įgyvendintas. Jo komponentų vertinimas rodo, kad intervencijos, integruojančios bent vieną šio modelio komponentą, prisideda prie geresnio sveikatos rezultato ir priežiūros proceso, ypač sergant astma, diabetu, depresija ar esant širdies sutrikimams [23], tačiau lieka neaišku, ar šio modelio taikymas yra efektyvesnis, palyginti su kitais modeliais.

Keletas šalių ėmėsi priemonių siekdamas įgyvendinti pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos priežiūros integraciją sveikatos sektoriuje nacionaliniu lygiu. Jungtinėje Karalystėje vykdamas sveikatos priežiūros reformą visuomenės sveikatos specialistai buvo perkelti į pirminės sveikatos priežiūros trestus (angl. *Primary Care Trust*, PCT), kuriuose, kaip vienoje organizacinėje struktūroje, bendruomenės sveikatos paslaugos buvo integruotos į asmens sveikatos priežiūrą [24]. Šiame nacionaliniu lygiu įgyvendinamame modelyje sveikatos priežiūros specialistai, teikdami asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kartu atlieka ir visuomenės sveikatos priežiūros funkcijas, pavyzdžiui, teikia paslaugas sveikatos švietimo ar stiprinimo srityse. Visuomenės sveikatos specialistai, dirbantys trestuose, sukūrė bendradarbiavimo tinklus, bendradarbiauja su vietos valdžios institucijomis, švietimo ir bendruomenės organizacijomis [25].

Diegiant integraciją Škotijos nacionalinėje sveikatos sistemoje buvo įkurtos sveikatos tarybos, atsakingos už visuomenės sveikatą ir nacionalinės sveikatos sistemos trestų (angl. *NHS trusts*) teikiamas

1 lentelė. Lėtinių ligų priežiūros ir išplėstinio lėtinių ligų modelių komponentų palyginimas [22]

Lėtinių ligų priežiūros modelis	Išplėstinis lėtinių ligų priežiūros modelis
<p>Individualios vadybos parama Aktyvus paties paciento įsitraukimas į sveikatos priežiūrą:</p> <ul style="list-style-type: none"> • švietimas, mokymai; • pacientams teikiama psichosocialinė parama, siekiant juos paskatinti daugiau dėmesio skirti savo sveikatos priežiūrai. 	<p>Savęs vadyba ir individualių igūdžių ugdymas Sveikatos igūdžių ir gebėjimų stiprinimas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rūkymo prevencijos ir nutraukimo programos; • senyvo amžiaus žmonių vaikščiojimo programos.
<p>Sprendimų palaikymas Įrodymais pagrįstų rekomendacijų integravimas į klinikinę praktiką:</p> <ul style="list-style-type: none"> • praktinių rekomendacijų sklaida; • švietimas ir parama, teikiama sveikatos priežiūros komandoms. 	<p>Sprendimų palaikymas Strategijų integravimas siekiant prisidėti prie sveikos bendruomenės kūrimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sveikatos stiprinimo ir prevencijos gerosios praktikos rekomendacijų rengimas.
<p>Paslaugų teikimo sistemos modelis Komandinis darbas ir komandos narių praktika lėtinių ligų priežiūros srityje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aiškiai apibrėžti vaidmenys sveikatos priežiūros komandoje; • planuojami vizitai ir ilgalaikis stebėjimas. 	<p>Paslaugų teikimo sistemos modelis Įgaliojimų didinimas siekiant paremti individus ir bendruomenes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • patarimai socialiai pažeidžiamoms grupėms; • sveikatos ir gyvenimo kokybės gerinimas.
<p>Klinikinės informacinės sistemos Informacinių sistemų, skirtų pacientų duomenims kaupti, plėtra:</p> <ul style="list-style-type: none"> • identifikuoti pacientų, kuriems reikalinga veiksminga priežiūra, grupes; • stebėsenos sistema, kuri atlieka perspėjimo ir priminimo funkciją ir kaupia stebėjimo duomenis. 	<p>Informacinės sistemos Informacinių sistemų, apimančių ne tik sveikatos sistemas, bet ir bendruomenės duomenis, kūrimas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • skurdo lygis; • nusikaltimų lygis.
<p>Visuomeniniai ištekčiai ir politika Skatinama partnerystė su visuomenės organizacijomis, kurios atstovauja pacientų interesams:</p> <ul style="list-style-type: none"> • efektyvių programų identifikavimas ir skatinimas jose dalyvauti; • orientacija į reikalingas bendruomenės paslaugas. 	<p>Sveikos visuomenės politikos kūrimas Politikos formavimas ir įgyvendinimas gerinant visuomenės sveikatą:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vaikščiojimo takų infrastruktūra, vietos valdžios sprendimai dėl rūkymo.
	<p>Sveikatą palaikančios aplinkos kūrimas Gyvenimo ir darbo sąlygų kūrimas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • senyvo amžiaus žmonių savarankiško gyvenimo savo namuose rėmimas.
	<p>Bendruomenės veiksmų stiprinimas Darbas su grupėmis bendruomenėje nustatant prioritetus ir sveikatos stiprinimo tikslus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • parama saugaus ir tinkamo gyvenamojo bendruomenės būsto srityje.

paslaugas. Vietos sveikatos priežiūros kooperatyvai (angl. *local health care co-operatives*) buvo įsteigti kaip vidinė pirminės sveikatos priežiūros trestų struktūros dalis. Kooperatyvų, kaip vietos lygiu paslaugas integruojančių organizacijų, paskirtis buvo koordinuoti pirminės sveikatos priežiūros ir bendruomenės sveikatos paslaugas namuose, orientuojantis į senyvo amžiaus, psichikos sutrikimų turinčius asmenis. Tai-gi Škotijoje orientuojamasi į visuomeninio sektoriaus organizacijų (sveikatos taryba, nacionalinės sveikatos sistemos trestai) partnerystę [26].

Naujoji Zelandija, įgyvendindama sveikatos priežiūros sektoriaus reformas, įkūrė pirminės sveikatos priežiūros institucijas ir regionų sveikatos tarybas, atsakingas už pirminės sveikatos ir visuomenės sveikatos priežiūrą [27]. Visuomenės sveikatos priežiūros reforma pradėta ir Kanadoje, siekiant sustiprinti pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos institucijų bendradarbiavimą [28].

Įvairiose šalyse ypatingas dėmesys skiriamas pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos institucijų bendradarbiavimo klausimams. Autoriai, analizavę šių institucijų bendradarbiavimą Kanadoje, JAV, Jungtinėje Karalystėje, Australijoje ir Vakarų Europoje, nurodo bendradarbiavimo modelių įgyvendinimo skirtumus [29]. Jie išskyrė pagrindines pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos institucijų bendradarbiavimo sritis, tarp jų – veikla bendruomenėje, sveikatos paslaugos, prevencija, įrodymais grįsta praktika, sveikatos stiprinimas, mokymai ir kt. Autoriai nurodo, kad sėkmingas bendradarbiavimas prisidėjo prie geresnio sveikatos paslaugų teikimo, finansavimo ir išteklių paskirstymo bei poveikio visuomenės sveikatai. Kiti autoriai išskyrė sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos institucijų bendradarbiavimo modelius [30]: paslaugų koordinavimas, apimantis klinikinės priežiūros, sveikatos švietimo, socialinių paslaugų ir atvejo vadybos integravimą; finansinė parama, skirta sveikatos priežiūros specialistų grupėms, siekiant gerinti specifinių populiacijos grupių sveikatos priežiūrą; sveikatos priežiūros praktikos iniciatyvos gerinant priežiūros kokybę ir efektyvumą, integruojant visuomenės sveikatos priežiūrą; klinikinės praktikos taikymas bendruomenės sveikatos problemoms identifikuoti ir spręsti; sveikatos stiprinimas vykdant kampanijas bendruomenėje ir bendradarbiavimas politikos formavimo, tyrimų ir mokymų klausimais. Šie bendradarbiavimo modeliai buvo sugrupuoti į kategorijas: koalicijos, sutartys, valdymo sistemos, patariamiosios institucijos (patariamieji komitetai) ir

vidinės organizacinės struktūros. Autoriai nurodo, kad bendradarbiavimo naudą patyrė gydytojai praktiškai, nes visuomenei buvo teikiama su jų praktika susijusi informacija, taip pat sustiprinti jų gyvensenos ir ligų rizikos veiksnių valdymo gebėjimai diegiant paslaugų teikimo kokybės užtikrinimo standartus ir veiklos priemones. Visuomenės sveikatos institucijos sustiprino savo vaidmenį stebėsenos srityje, rinkdamos duomenis individo lygmeniu, skleisdamos sveikatos švietimo ir sveikatos stiprinimo informaciją ir užtikrindamos sveikatos priežiūros paslaugų kokybę bendruomenės nariams [30].

APIBENDRINIMAS

Daugelyje šalių pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos paslaugų integravimas yra aktuali sritis. Remiantis atlikta literatūros apžvalga galima teigti, kad daugelį pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos integracijos pavyzdžių lėmė specifinis sveikatos klausimas, kuris bendruomenėje kėlė didelį susirūpinimą, pavyzdžiui, lėtinės neinfekcinės ligos, prevencija ar specifinės grupės sveikatos poreikiai. Pažymėtina, kad į integracijos procesus įsitraukia ne tik pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos institucijos, bet ir mokslo įstaigos, ligoninės bei nevyriausybines organizacijos. Pavyzdžiui, Naujosios Anglijos regione (JAV) nepelno siekianti organizacija, atsižvelgdama į žemus vakcinacijos ir vėžio patikros rodiklius, sukūrė pirminės sveikatos priežiūros, visuomenės sveikatos ir kitų institucijų (socialines paslaugas teikiančios organizacijos, bendruomenių grupės) koaliciją, siekdama išplėsti teikiamas prevencines paslaugas [31]. Šios organizacijos sukurtas bendradarbiaujančių institucijų tinklas leido įgyvendinti bendruomenės poreikius atitinkančias priemones, kurios padėjo gerinti vakcinacijos ir vėžio patikros rodiklius. Taigi integracijos procese lyderystė tampa vienu pagrindinių veiksnių, kuris suvienija skirtingas organizacijas ir nukreipia veiklą bendram tikslui siekti. Išanalizavus pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos institucijų partnerystę ir jos formavimo veiksnius pažymima, kad dažniausiai visuomenės sveikatos specialistų iniciatyva buvo plėtojama partnerystė siekiant didinti socialiai pažeidžiamų individų ir populiacijos pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą, stiprinti prevenciją ir gerinti lėtinėmis ligomis sergančių asmenų priežiūrą [32]. Pažymėtina, kad pirminės sveikatos ir visuomenės sveikatos priežiūros institucijų bendradarbiavimas gali apimti įvairias veiklos sritis: veiklą bendruomenėje, jungtines sveikatos stiprinimo, sveikatos švietimo ir

prevencijos iniciatyvas, paslaugų teikimą, dalijimąsi informacinėmis sistemomis, patariamųjų komitetų steigimą, paslaugų kokybės užtikrinimo ir programų vertinimą, komandinį specialistų darbą ir bendrą veiklą, specialistų rengimo iniciatyvas [7].

Remiantis šalių patirtimi sveikatos reformų metu diegiami inovatyvūs sveikatos priežiūros modeliai, integruojantys teikiamas pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos paslaugas. Skiriasi šių modelių diegimo tikslai ir jų įgyvendinimas, tačiau trūksta informacijos apie įdiegtų modelių vertinimą, pagrindžiantį jų efektyvumą, be to, riboti duomenys apie jų taikymo poveikį sveikatai, dažniau orientuojamasi į paslaugų teikimo organizavimą ir jų teikimo proceso gerinimą, įvairių specialistų komandų formavimą [33]. Šalyse dažniau diegiami modeliai, kurie įgyvendinami apibrėžtu laikotarpiu bendruomenėse sprendžiant aktualias sveikatos problemas. Lietuvoje sveikatos priežiūros modelių, orientuotų į bendruomenę, diegimas taip pat prisidėtų prie sveikatos klausimų sprendimo vietos lygiu, tačiau norint juos įgyvendinti reikia įveikti teisinės, planavimo, finansavimo, valdymo ir kitas kliūtis, su kuriomis susiduriama ir kitose šalyse.

Lietuvoje padėtas pagrindas integruotoms sveikatos priežiūros paslaugoms organizuoti: nacionaliniu lygiu parengti teisės aktai, reglamentuojantys integruotų slaugos ir socialinių paslaugų teikimą namuose [34], siekiant pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos paslaugų integravimo vykdytas projektas „Sveikatos sinergija“ [6]. Atsižvelgiant į asmens ir visuomenės sveikatos sektorių ypatumus ir atliktus pirmuosius tyrimus šių sektorių bendradarbiavimo srityje Lietuvoje [6], paslaugas integruojančių modelių diegimo procese aktualu įtraukti suinteresuotas institucijas ir pasirinkti priimtina pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos paslaugų integravimo formą – nuo paslaugų teikėjų bendradarbiavimo tinklų iki sujungtų organizacijų. Lėtinųjų neinfekcinių ligų valdymo srityje tampa aktualu nustatyti prioritetines ligas ir tikslines grupes, kurioms būtų kuriami ir diegiami integruotų pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos paslaugų modelių. Šių modelių įgyvendinimui vertinti būtina sukurti vertinimo įrankį ir rodiklius, kurie leistų sveikatos priežiūros sistemos, paslaugų teikėjų ir gavėjų lygiais nustatyti rezultatus, reikalingus tolesniam integracijos planavimui ir įgyvendinimui. Be to, tobulinti asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros specialistų kompetencijas, reikalingas organizuojant ir koordinuojant teikiamas integruotas paslaugas.

Nacionalinės sveikatos politikos įgyvendinimas turi įtakos integruotos priežiūros plėtrai ir paslaugų teikimui, o integruotos priežiūros politikos neformavimas siejamas su prastai išplėtotą pirmine sveikatos priežiūra ir ribotomis bendruomenės sveikatos paslaugomis [3]. Šalyje teisės aktai atskirai reglamentuoja pirminę sveikatos priežiūrą ir visuomenės sveikatos priežiūrą, tačiau sveikatos politikai ir sprendimų priėmėjai skiria mažai dėmesio jų integruoto įgyvendinimo klausimams. Vykdamas sveikatos priežiūros sistemos pertvarką

priimti politiniai sprendimai, susiję su pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos priežiūros institucijų reforma, prisidėtų prie paslaugų integravimo modelių diegimo ir sustiprintų pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos institucijų bendradarbiavimą. Lietuvoje didėjant sergamumui ir mirtingumui nuo lėtinių neinfekcinių ligų tokių modelių įgyvendinimas padėtų spręsti sveikatos sektoriaus problemas.

Straipsnis gautas 2014-03-14, priimtas 2014-05-30

Literatūra

1. WHO Report. Primary health care: now more than ever. WHO, 2008.
2. WHO. Innovative care for chronic conditions. Building blocks for action. Global Report. WHO, 2002.
3. Mur-Veeman I, Van Raak A, Paulus A. Comparing integrated care policy in Europe: does policy matter. *Health Policy*. 2008;85(2):172-183.
4. WHO. Primary health care: a framework for future strategic directions. WHO, 2003.
5. Rowan MS, Honsbosc WH, Huston P. Integrating public health and primary care. *Health Care Policy*. 2007;3(1):1-22.
6. Gurevičius R, Valentienė J, Kutkaitė S. Sveikatos sinergija – ateities sveikatos modelio sėkmės garantas. Vilnius, 2012.
7. Valaitis R et al. Strengthening primary health care through primary care and public health collaboration. Final Report. McMaster University, 2012.
8. Armitage GD, Suter E, Oelke ND, Adair CE. Health systems integration: state of evidence. *International Journal of Integrated Care*. 2009;9:1-11.
9. Kodner D. All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthcare Quarterly*. 2009;13:6-15.
10. Gröne O, Garcia-Barbero M. Integrated care: a position paper of the WHO European office for integrated health services. *International Journal of Integrated Care*. 2001;1:e21.
11. Nolte E, McKee M. Integration and chronic care: a review. In: *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. WHO/European Observatory on Health Systems and Policies. Berkshire Open University Press, 2008.
12. Saltman RB, Figueras J. European health care reform: analysis of current strategies. WHO, 1997.
13. Axelsson R, Axelsson SB. Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management*. 2006;21:75-88.
14. Institute of medicine. Primary care and public health: exploring integration to improve population health. National academies press, 2012.
15. McDonald J, Cumming J, Harris M, Powell DG, Burns P. Systematic review of comprehensive primary health care models. University of New South Wales and Australian National University, 2006.
16. Gillam S, Miller R. COPC – a public health experiment in primary care. King's fund, London, 1997.
17. Peckham S, Exworthy M. Primary care in the UK: policy, organization and management. Palgrave Macmillan, 2003.
18. Plecia M, Groblewski M. A community-oriented primary care demonstration project: refining interventions for cardiovascular disease and diabetes. *Annals of Family Medicine*. 2004;2(2):103-109.
19. Illife S, Lenihan P. Integrating primary care and public health: Learning from the community oriented primary care model. *International Journal of Health Services*. 2003;33(1):85-98.
20. Lamarche P, Beaulieu MD, Pineault R, Contandriopoulos AP, Denis JL, Haggerty J. Choices for change: the path for restructuring primary healthcare services in Canada. Canadian health services research foundation. Ottawa, 2003.
21. Wagner E, Austin B, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs*. 2001;20(6):64-78.
22. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The expanded chronic care model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. *Hospital Quarterly*. 2003;7(1):73-82.
23. Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *American journal of managed care*. 2005;11(8):478-88.
24. The NHS Confederation. Making a difference: how primary care trusts are transforming the NHS. London: NHS confederation, 2004.
25. Integrated care network. The role of public health in supporting development of integrated services. Report of care services improvement partnership, 2007.
26. Woods KJ. The development of integrated health care models in Scotland. *International Journal of Integrated Care*. 2001;1:e41.
27. New Zealand Ministry of Health. The New Zealand health strategy. New Zealand: Ministry of Health, 2000.
28. McDonald J. Overview of primary and community health service reforms in Canada, New Zealand and the United Kingdom. University of NSW, 2004. Prieiga per internetą: <[http://www.cphce.unsw.edu.au/sites/default/files/publication_related_files/McDonald_J_\(2004\)_Overview_of_PCH_Reforms.pdf](http://www.cphce.unsw.edu.au/sites/default/files/publication_related_files/McDonald_J_(2004)_Overview_of_PCH_Reforms.pdf)>.
29. Martin-Misener R, Valaitis R and the strengthening public health care through primary care and public health collaboration research team. A scoping literature review of collaboration between primary care and public health: a report to the Canadian Health services Research foundation. Hamilton, 2009.
30. Lasker R. Medicine and public health: The power of collaboration. New York: The New York Academy of Medicine, 1997.
31. Shenson D, Benson W, Harris AC. Expanding the delivery of clinical preventive services through community collaboration: the SPARC model. *Preventing Chronic Disease*. 2008;5(1):A20.
32. Sloane PD, Bates J, Gadon M, Irmiter C, Donahue K. Effective clinical partnerships between primary care medical practices and public health agencies. Chicago: American Medical Association, 2009.
33. Smith J, Ovenden C. Developing integrated primary and community health services: what can we learn from the research evidence. Victoria University of Wellington, 2007.
34. Gasperė-Kudukytė R, Jankauskienė D, Štaras K. Sveikatos ir socialinių paslaugų integracija. Atvejo analizė VŠĮ Centro poliklinikoje. Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai. 2013;1(5):127-146.

Primary care and public health services integration and experience of countries

Gintarė Petronytė, Virginija Kanapeckienė
Institute of Hygiene

Summary

The aim – to review the concept of integrated healthcare and experience of countries in integrating primary care and public health services. The article focus on the integrated healthcare concept, principles for integration of primary care and public health and the most common integration form – collaboration and its models. More emphasis is given to the chronic care management models of integrated primary care and public health services in different countries. The perspectives of primary care and public health services integration in the national health care system are discussed.

Keywords: primary health care, public health, services integration, chronic diseases.

Correspondence to Gintarė Petronytė
Institute of Hygiene
Didžioji 22, LT-01128 Vilnius, Lithuania
E-mail: gintare.petronyte@hi.lt

*Received 14 March 2014,
accepted 30 May 2014*