

## E. SVEIKATOS DALYVIŲ FUNKCIJŲ PASISKIRSTYMO SVARBA: DALYVIŲ VAIDMENŲ RINKINYS

### **Birutė Mikulskienė**

Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto  
Vadybos institutas  
Valakupių g. 5, LT-10101 Vilnius, Lietuva  
Telefonas (+ 370 5) 274 0610  
Elektroninis paštas birute.mikulskiene@mruni.eu

### **Birutė Pitrenaitė-Žilėnienė**

Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto  
Vadybos institutas  
Valakupių g. 5, LT-10101 Vilnius, Lietuva  
Telefonas (+370 5) 274 0610  
Elektroninis paštas birute.pitrenaite@mruni.eu

### **Danguolė Jankauskienė**

Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto  
Politikos mokslų institutas  
Valakupių g. 5, LT-10101 Vilnius, Lietuva  
Telefonas (+370 5) 274 0611

Pateikta 2014 m. rugsėjo 9 d., parengta spausdinti 2014 m. spalio 1 d.

doi:10.13165/SPV-14-2-7-01

### **Santrauka**

*Šio tyrimo tikslas – sukurti e. sveikatos suinteresuotųjų funkcijų pasiskirstymo ir bendradarbiavimo modelį ir jį patikrinti realioje sveikatos sistemoje, tai yra kaip multidisciplininių žinių valdymo cikle Lietuvos e. sveikatos suinteresuotieji pasiskirsto vaidmenis ir funkcijas dirbdami drauge ir kurdami e. sveikatos sistemos elementus. Minėtas modelis suformuotas remiantis pagrindine prielaida: sveikatos priežiūros įstaiga ir jos darbuotojai yra pagrindiniai e. sveikatos produkto vartotojai ir savininkai, todėl jie prisiima lyderio vaidmenį. Remtasi dviem valdymo teorijomis: žinių valdymo proceso ir suinteresuotųjų vaidmenų pasiskirstymo bendradarbiavimo ciklo metu. Teorinio modelio esmė yra atsakyti į klausimą,*

*kokiose žinių generavimo fazėse kuris iš suinteresuotųjų turėtų prisiimti koordinatoriaus, formuotojo, stebėtojo, įgyvendintojo ar specialisto vaidmenis.*

*Praktiškai tikrinant modelį, empirinis tyrimas parodė, kad teorinis vaidmenų pasiskirstymo modelis tik iš dalies yra realizuojamas praktikoje. Per daug funkcijų vykdo Sveikatos apsaugos ministerija (SAM) ir per mažai jų tenka pačiai sveikatos priežiūros institucijai. Taip pat beveik visiškai yra ignoruojamas paciento dalyvavimas. Taip pat stebima tendencija, kad nepriklausomai nuo žinių ciklo etapo e. sveikatos dalyviai kiekviename etape pageidautų stipraus koordinatoriaus. Jie šias funkcijas linkę perleisti SAM, taip tikėdamiesi perduoti ir atsakomybę už sprendimus dėl finansų bei galutinio rezultato kokybę. Perdavus lyderio vaidmenį sveikatos priežiūros įstaigoms (SPI), funkcijų paskirstymo problemos nebūtų visiškai išspręstos dėl IT įmonių, kaip produkto kūrėjo, indėlio sureikšminimo arba kito kraštutinumo – ignoravimo ir izoliavimo. Tad IT įmonių kaip formuotojo vaidmuo galimas tik vienoje iš žinių valdymo fazėse, o kitose fazėse jų indėlis dalinamas tarp įgyvendintojo ir stebėtojo.*

**Reikšminiai žodžiai:** *e. sveikata, suinteresuotieji, žinių vadyba, vaidmenų teorija.*

## Įvadas

E. sveikatos sistemos kūrimas reikalauja multifunkcinių gebėjimų bei kelių, neretai labai skirtingų mokslo sričių žinių. E. sveikata kuriama naudojant sveikatos mokslų, informacinių technologijų, valdymo, ekonomikos bei politikos mokslų pasiekimus. Nors atrodo jau nemažai padaryta, kad šių mokslų žinios būtų integruotos e. sveikatos sistemai kurti, vis dėlto Lietuvoje nuo 2002 m. ne visi e. sveikatos kūrimo bandymai buvo sėkmingi. Kai kurie e. sveikatos moduliai taip ir nepradėjo veikti, o vėliau jiems kurti buvo ieškoma jau visai kitų sprendimų. Realizuoti naujus sprendimus buvo ieškomos kitos institucijos, neretai iš pirmo žvilgsnio nutolusios nuo sveikatos sistemos ir atrodytų neturinčios tiesioginio ryšio su sveikatos sistema, bet turinčios papildomų kompetencijų. Taip suinteresuotųjų e. sveikata ratas išaugo. Dabar, be gydytojų, IT (informacinių technologijų) specialistų, viešojo administravimo specialistų (pvz., Sveikatos apsaugos ministerijos), prie e. sveikatos projektų prisijungė konsultacinės įmonės ar Registrų centras, dalyvaujantys kuriant vaizdų apsikeitimo sistemą bei e. receptą, ir kitos institucijos.

E. sveikatos vystymas apima šias pagrindines veiklas<sup>1</sup>:

- Strategijų ir vizijų kūrimas (nacionalinį kontekstą atitinkanti strategija, ją lydintys planai).

<sup>1</sup> WHO-ITU. 2012. National eHealth Strategy Toolkit [interaktyvus]. [žiūrėta 2014-08-10]. <[http://www.searo.who.int/entity/health\\_situation\\_trends/documents/full\\_version\\_national\\_ehealth\\_toolkit.pdf](http://www.searo.who.int/entity/health_situation_trends/documents/full_version_national_ehealth_toolkit.pdf)>.

- Investicijos (strategijos prioritetų palaikymas adekvačiais investavimo planais).
- Valdymas ir suinteresuotųjų įtrauktis (tiesioginis e. sveikatos koordinavimas – proceso kūrimas, tikslų derinimas su sveikatos prioritetais, politinio palaikymo kūrimas, pasiekimų sklaida ir bendradarbiavimas su suinteresuotaisiais.)
- Teisinis reglamentavimo ir politikos suderinamumas. Nacionalinių strategijų derinimas, teisinės bazės kūrimas, atitikties prioritetams vertinimas).
- Personalo valdymas (tinklų būrimas, kooperavimasis, e. sveikatos pasiekimų sklaida, mokymų programos).
- Standartizacija (sveikatos informacijos pasidalinimo standartizacija, suteikiant ilgalaikį informacijos kaupimą ir naudojimąsi).
- Infrastruktūra (sveikatos įstaigų geografinis susiejimas naudojantis IT infrastruktūra).
- Paslaugų pritaikomumas (pasiekiamumo valdymas, informacijos kaupimas, turinio funkcionalumas).

Daugelis išvardintų veiklų yra gan sėkmingai vykdomos (periodiškai atnaujinamos strategijos, skiriamos gan didelės finansavimo lėšos, sukurta išsami teisinė bazė e. sveikatos produktams standartizuoti, investicijos padalinamos tiek tarp infrastruktūros, tiek tarp personalo kompetencijų tobulinimo). Vis dėlto kai kurie valdymo elementai kol kas lieka problemiški, nes yra nedokumentuoti ir nereglamentuoti. Tai yra proceso turinys ir suinteresuotųjų įtraukties metodai.

Šiuo tyrimu yra siekiama ištirti šias e. sveikatos Lietuvoje vystymo veiklas ir nustatyti, kokios veiklos neveikia arba turi daugiausiai problemų ir kaip jos galėtų viena kitą papildyti. Tuo tikslu buvo pasirinktos dvi valdymo teorijos. Viena iš jų yra žinių valdymo procesas, kita – suinteresuotųjų vaidmenų pasiskirstymo teorija bendradarbiavimo ciklo metu. Tikėtina, kad šiuos teorinius konstruktus sujungę, galėtume užčiuopti e. sveikatos tobulinimo kryptis.

**Tikslas** – sukurti e. sveikatos suinteresuotųjų funkcijų pasiskirstymo ir bendradarbiavimo modelį ir jį patikrinti realioje sistemoje, tai yra patikrinti empiriniais duomenimis, kaip Lietuvos e. sveikatos suinteresuotieji pasiskirsto vaidmenis ir funkcijas dirbdami drauge ir kurdami e. sveikatos sistemos elementus.

**Metodologija** grindžiama kokybiniu tyrimu taikant pusiau struktūruotą interviu metodą empiriniams duomenims surinkti. Siekiant užtikrinti kokybinio tyrimo patikimumą, respondentai buvo atrenkami užtikrinant geografinį pasiskirstymą, įvairių lygių ir tipų institucijų atstovavimo ir užimamų pareigų įvairovę. Atitinkamoje vaidmenų kategorijoje interviu atrinkti respondentai, einantys įvairias pareigas (ligoninių vyr. gydytojai, vyr. gydytojų pavaduotojai, poliklinikų direktoriai, jų patarėjai, gydytojai, slaugytojai, SPĮ IT specialistai, SPĮ IT padalinių vadovai, IT firmų vadovai ir darbuotojai, ministerijos padalinių vadovai ir kt.).

**Tyrimo originalumą** nulėmė siekis įvertinti įvairius vaidmenis atliekančių e. sveikatos dalyvių požiūrius į savo ir kitų veikėjų funkcijas kuriant, diegiant ir naudojant sveikatos IT sistemas. Sukurtas e. sveikatos suinteresuotųjų funkcijų pasiskirstymo modelis gan vaizdžiai gali paaiškinti neatitikimus tarp susiformavusios praktikos ir teorinės siekiamybės.

## 1. E. sveikatos žinių valdymo ciklas

Sveikatos paslaugų kokybei išlaikyti ir nuolat kelti IT siūlomi sprendimai tapo ta inovatyvia priemone, kuri pakeitė požiūrį į sveikatos paslaugų kokybės turinį. Tuo pat metu atskleidė ir sudėtingą egzistuojančių vadybinių praktikų suderinamumo bei žinių valdymo problemą. Dažniais e. sveikatos plėtos trukdžiais yra įvardijami skirtingi personalo požiūriai į informacijos poreikį, informacijos apskaitimo būdus ir dažnumą<sup>2</sup>. Papildomos sumaišties atsiranda, kai žinių valdymo ciklus yra įtraukiamas didesnis ratas suinteresuotųjų, kurie drauge bando ieškoti geriausių e. sveikatos sistemų realizavimo formų. Šiems procesams aiškumo gali suteikti suvokimas, kokius žinių valdymo ciklus išgyvena idėjos, kol tampa suinteresuotiesiems priimtiniu sprendimu.

Kiekvienas naujo sprendimo procesas išgyvena kelis žinių kaupimo, generavimo ir verbalizavimo etapus. Šie etapai darosi gan sudėtingi, kai kalbama apie įtrauktį, platų suinteresuotųjų dalyvavimą. Integravus dalyvavimo politikos paradigmos turinį<sup>3</sup> su žinių valdymo paradigma<sup>4</sup>, galima suformuoti e. sveikatos žinių valdymo ciklą (1 pav.). Ciklas apima visus žinių kūrimo ir panaudojimo etapus, dalyvaujant plačiam suinteresuotųjų ratui.

- **Išankstinės žinios** (angl. *pre-knowledge*). Suinteresuotieji dalyviai valdymo sprendimo erdvėje vadovaujasi anksčiau turėta informacija, savu problemas supratimu, mąstymo būdu ir savais puoselėtais prioritetais bei poreikiais.

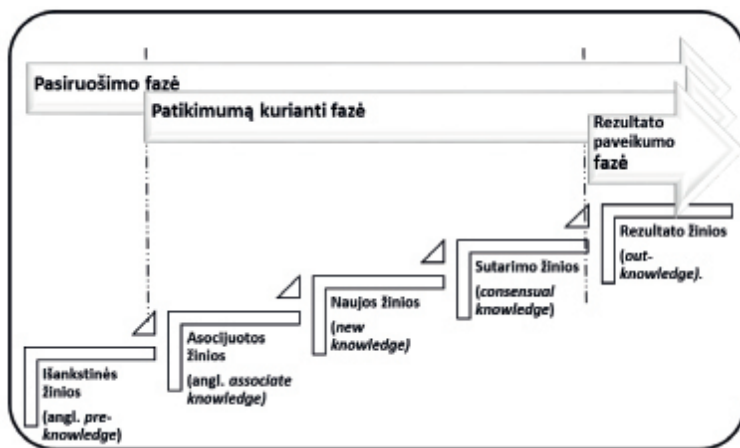
- **Asocijuotos žinios** (angl. *associate knowledge*). Suinteresuotieji, veikdami kartu su kitais suinteresuotaisiais, bendrame tinkle išryškina ir asocijuoja turėtas individualias žinias apie dabartinę būseną į vieną visumą, akcentuodami pageidaujamų ir aktualių alternatyvų analizę.

- **Naujos žinios** (angl. *new knowledge*). Dalyviai drauge ieško visiškai naujų sprendimų, generuoja pageidaujamas alternatyvas, nagrinėja jų priimtinumą ir galimą poveikį, tikrina jų išsamumą.

<sup>2</sup> King, G., et al. Boundaries and e-health implementation in health and social care. *BMC Medical Informatics and Decision Making* [interaktyvus]. 2012,12(100): 1–11 [žiūrėta 2014-08-10]. <<http://www.biomedcentral.com/1472-6947/12/100>>.

<sup>3</sup> Prager, K.; Nagel, U. J. Participatory decision making on agri-environmental programmes: a case study from Sachsen-Anhalt (Germany). *Land Use Policy*. 2008, 25: 106–115.

<sup>4</sup> Nonaka, I.; Nishiguchi, T. *Knowledge Emergence. Social, Technical, and Evolutionary Dimensions of Knowledge Creation*. New York: Oxford University Press, 2001.



1 pav. Plataus dalyvavimo koncepcinis modelis

• **Sutarimo žinios** (angl. *consensual knowledge*). Susitarimo siekis padeda suderinti politikos dalyvių siekius tarpusavyje, susikuria erdvė atsirasti bendram supratimui. Susitarimas susijęs tiek su pačios problemos suvokimu, tiek ir galimos problemos sprendimo būdais. Taip mažinama konfliktų tikimybė ir nesuskalbėjimas tolesnėse politikos formavimo fazėse.

• **Rezultato žinios** (angl. *out-knowledge*). Žinios, kurias dalyviai gauna veikdami drauge, tampa nuolatinio mokymosi proceso šaltiniu. Suinteresuotųjų mokymosi procesas lemia ateities veiksmus, sėkmę įgyvendinant pasirinktą alternatyvą bei pasiruošiama kitų problemų sprendimui.

Šio žinių ciklo metu svarbus funkcinis dalyvavimas. Nors siekiama, kad visuose etapuose dalyvautų visi suinteresuotieji, tačiau jų vaidmuo, funkcijos, atsakomybė neturėtų būti vienoda. Funkcijų sklaida nėra statinė, atvirkščiai, jai būdinga nuolatinė dinamika. Jei viename etape vieni suinteresuotieji prisiima inicijavimo vaidmenį, o kiti – įgyvendintojo vaidmenį, tai kitame etape šiais vaidmenimis gali tapti apsikeisti. Toliau žvilgtelsime į vaidmenų grupėje teoriją.

## 2. Vaidmenų pasiskirstymo grupėje teorija

Bendradarbiavimas grupėje ir jos rezultatyvumas priklauso nuo keturių dalykų: aiškios ir įtraukios instrukcijos, įgalinančios grupės sudėties, organizacinės struktūros paramos, ekspertinių žinių pasiekiamumo<sup>5</sup>. Kalbant apie e. sveikatos

<sup>5</sup> Hackman, J. R.; Wageman, R.; Ruddy, T. M.; Ray, C. R. *Team effectiveness in theory and practice*. In: Cooper, C. and Locke, E. A. *Industrial and organizational psychology: Theory and practice*. Oxford, UK: Blackwell, 2000.

problematiką, aiškių instrukcijų kuriant IT sistemas būtų nerealu tikėtis, nes tai labai kūrybinis, pirmą kartą atliekamas procesas. Tuo tarpu įgalinančios grupės, kuri gali pasiekti tinkamų rezultatų, sudėti ir struktūrą galima suformuoti.

**Vaidmenys grupėje.** Vaidmenų grupėje pasiskirstymo teorija pradėjo formotis nuo mažų grupių tyrimų. Tirta, kaip grupėje dalyviai bendradarbiauja tarpusavyje, kokius ryšius mezga, kaip elgiasi ir kaip atlieka užduotis. Taip pat buvo gilinamasi į dalyvių socialinę-emocinę elgseną<sup>6</sup>, <sup>7</sup>. Vėliau tyrimai peraugo į sėkmingų darbo kolektyvų ir komandų tyrimus, kurie atskleidė, kad komandos sėkmė ir rezultatyvumas priklauso nuo komandos narių gebėjimo pasiskirstyti vaidmenis, nuo pasireiškiančių vaidmenų pobūdžio ir jų skaičiaus. Tokių tyrimų pradininku reiktų laikyti Belbiną<sup>8</sup>, <sup>9</sup>. Belbinas iš pradžių išskyrė aštuonis grupės vaidmenis, vėliau sąrašą praplėtė dar viena, iki devynių. Jis teigė, kad šie vaidmenys susiformuoja natūraliai ir didina komandos produktyvumą. Štai svarbiausi:

- Koordinatorius (vadovas). Tai pasitikėjimą keliantis, puikiai vadovaujantis, numatantis tikslus, pavedantis ir perskirstantis atsakomybes bei priimančias (angl. *promotes*) sprendimus komandos narys.
- Puoselėtojas / inovatorius (angl. *plant*). Tai kūrybiškas, pasižymintis fantazija ir gebantis spręsti sudėtingas problemas narys.
- Resursų planuotojas (angl. *resource investigator*). Entuziastas ir visuomenininkas, kurio pagrindinė funkcija yra tirti galimybes bei vystyti kontaktus.
- Formuotojas (angl. *shaper*). Ieškantis iššūkių, dinamiškas, gerai atlaikantis laiko spaudimą, kitus skatina įveikti nesklaidumus.
- Stebėtojas / vertintojas (angl. *monitor evaluator*). Narys, kuriam pavedama nagrinėti alternatyvas ir tiksliai vertinti sprendimus, jam būdingas blavius mąstymas ir racionalus vertinimas
- Komandos narys (angl. *team worker*). Besikooperuojantis, diplomatiškas ir įsiklausantis į kitų komandos narių nuomonę. Jis dažniausiai atsakingas už įtampų komandoje mažinimą.
- Įgyvendintojas (angl. *implementer*). Disciplinuotas, patikimas, karais konservatyvus ir efektyvus, kuriam patikima idėjas paversti realybe.
- Finišuotojas (angl. *completer-finisher*). Uolus, smalsus ir pastebintis detales, linkęs ieškoti klaidų, kad darbai būtų atlikti laiku ir be priekaištų.
- Specialistas (angl. *specialist*). Atsidavęs ir įsigilinęs į konkrečią sritį, galintis dirbti savarankiškai.

<sup>6</sup> Benne, K. D.; Sheats, P. Functional roles of group members. *Journal of Social Issues*. 1948, 4: 41–49.

<sup>7</sup> Bales, R. F. A set of categories for the analysis of small group interaction. *American Sociological Review*. 1950, 15: 257–263.

<sup>8</sup> Belbin, R. M. *Management Teams: Why They Succeed or Fail*. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1981.

<sup>9</sup> Belbin, R. M. *Team Roles at Work*. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1993.

**Vaidmenų pasiskirstymo pusiausvyra.** Viena svarbiausių Belbino teorijos pridėtinių verčių buvo pagrįsta vėlesniais tyrimais, kad egzistuoja tarpusavio priklausomybė tarp vaidmenų komandoje pasiskirstymo pusiausvyros ir komandos darbingumo / rezultatyvumo<sup>10</sup>. Vaidmenų pusiausvyra komandoje tampa svarbiu komandos suderinamumo uždaviniu. Belbinas savo tyrimus apibendrino, padarydamas išvadą, kad šešių narių komanda yra optimali dirbant su kompleksinėmis problemomis. Vadinasi, jei pripažįstame 9 galimus vaidmenis, tai keli komandos nariai gali realizuoti daugiau nei vieną vaidmenį. Dažniausiai kiekvienas komandos narys atstovauja kuriam nors konkrečiam vaidmeniui, dominuoja vienas iš vaidmenų, tačiau antrasis vaidmuo taip pat gali pasireikšti gan reikšmingai. Kadangi vadybai svarbu matuoti vaidmenų pasiskirstymo balansą, Paringtonas ir Harris pasiūlė matuoti grupės suderinamumo indeksą (angl. *Team Balance Indices*)<sup>11</sup>, kuris leido empiriškai vertinti, kaip keičiasi grupės rezultatyvumas, keičiantis vaidmenų pasireiškimo laipsniui. Taip buvo nustatyta, pavyzdžiui, kad stiprus koordinatorius dažnai mažina grupės rezultatyvumą. Tai susiję su kitų komandos narių funkcijų raiškos slopinimu. Dažniausiai slopinama iniciatyva, kūrybiškumas ir kuriama didesnė priklausomybė nuo centralizuoto sprendimo. Komandos, kuriose nėra inovatoriaus, dažnai turi problemų pradėti naujus projektus, vystyti naujas idėjas. Tačiau kai inovatorių yra per daug, idėjos ima konkuruoti ir tampa sudėtinga išsirinkti vieną, ties kuria reiktų dirbti. Taip veiklos vėluoja.

**Grupių dinamika.** Darbo grupėse rezultatas, be abejo, yra nulemiamas ir komandos vystymosi stadijos. Perimti konkrečias funkcijas, pasiskirstyti atitinkamus vaidmenis vienas kitą papildant reikia laiko. Literatūroje galime rasti penkių lygių komandos vystymosi modelį<sup>12</sup>, kuris susieja grupės rezultatyvumą sprendimų priėmimo metu. Skiriami šie lygiai: užduočių akcentavimas, procesas, grupės struktūra, grupės dinamika ir grupės pasitikėjimas. Šis modelis, nors ir nenurodo tiesioginių priklausomybių prognozuojant grupės rezultatyvumą, tačiau akcentuoja galimų nesėkmių sritis. Tyrimais yra įrodyta, kad geresnių rezultatų pasiekia tos komandos, kurios yra penktoje vystymosi stadijoje (komandų nariai pasitiki vienas kitu ir savo lyderiais), yra perėję dinamikos fazę (nariai įtraukiami ir dalyvauja bei prisiima įsipareigojimus veikti). Pasirodo, tokios komandos yra kūrybiškesnės ir efektyviau pasinaudoja savo specifinėmis žiniomis, t. y. geriau pasinaudoja specialistų grupėje žiniomis<sup>13</sup>.

<sup>10</sup> Senior, B. Team roles and team performance: Is there 'really' a link? *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 1997, 70(3): 241–258.

<sup>11</sup> Partington, D.; Harris, H. Team balance and team performance: an empirical study. *The Journal of Management Development*. 1999, 18(8): 694–701.

<sup>12</sup> McFadzean, E. Developing and supporting creative problem-solving teams: Part 1 – a conceptual model. *Management Decision*. 2002, 40(5/6): 46–476.

<sup>13</sup> Chong, E. Role Balance and Team Development: A Study of Team Role Characteristics Underlying High and Low Performing Teams. *Journal of Behavioral and Applied Management*, 2007, May 1.

**E. sveikata ir vaidmenų grupėje teorija.** Belbino vaidmenų pasiskirstymo grupėje teorijos pritaikymas e. sveikatos reikalų sprendimui ir suinteresuotųjų veikimo drauge strategijoms kurti nėra jau toks savaime suprantamas dalykas. E. sveikatos sistemos nuolat reikalauja naujų, novatoriškų sprendimų, o tai verčia burti vis naujas komandas, ieškoti vis naujų sąveikos būdų, taip lyg ir nebelieka vienos iš pagrindinių Belbino teorijai pasireikšti reikalingų prielaidų: komandų formavimosi laiko ir vaidmenų pasiskirstymo pusiausvyros nusistovėjimo. Vis dėlto negalima ignoruoti to fakto, kad suinteresuotieji gali pasiekti visoms pusėms priimtinių rezultatų ir produktyvumo veikiant drauge tik tuomet, kai visos funkcijos yra vykdomos, tai yra kai kuriamam produktui yra vartotojas, yra koordinatorius, atsakingas už visus kūrimo etapus, yra savininkas (formuotojas), kuris prisiima atsakomybę už produkto kūrimo ir jo tolesnės plėtros sąlygas, yra specialistas, suteikiantis reikiamą ekspertinių žinių ir pan. Tad taikant šią teoriją e. sveikatos bendradarbiavimo klausimams spręsti, reikia turėti omenyje ir kitas rezultatyvumo sąlygas, tokias kaip organizacinės struktūros palaikymą, gairių ir instrukcijų rengimą bei ekspertinių žinių pasiekiamumą.

### 3. Tyrimo metodologija

Tyrimo metodologija yra pagrįsta teorinio konstrukto kūrimu ir jo tikrinimu empiriniais metodais.

**Teorinis tyrimas.** Teoriniam tyrimo konstruktui sukurti buvo pasiremta dvimačiu statiniu modeliu. Vienas matmuo atitinka suinteresuotųjų vaidmenų raišką, pasiremiant suinteresuotųjų valdymo teorija, nusakančia darbo grupėse patirtį<sup>14</sup>. Antrasis matmuo yra žinių valdymo etapai. Teoriškai suliejant šias teorijas buvo ieškomas atsakymas į klausimą, kaip keičiasi suinteresuotųjų vaidmenys keičiantis žinių valdymo etapams. Įrodymus apie susiklosčiusias vaidmenų pasiskirstymo praktikas pasaulyje gan išsamiai yra atskleidusi Pasaulio sveikatos organizacija (PSO). Jos suformuluoti sveikatos priežiūros principai leidžia gan nesunkiai rekonstruoti hipotetinius vaidmenų pokyčius, vadovaujantis pagrindine prielaida – sveikatos priežiūros įstaiga ir jos darbuotojai yra pagrindiniai e. sveikatos produkto vartotojai ir savininkai, todėl jie prisiima lyderio vaidmenį. Kad teorinis tyrimo konstruktas būtų lengviau suvokiamas, buvo ignoruojamas tas faktas, kad kiekviena iš suinteresuotųjų pusių gali prisiimti daugiau nei vieną vaidmenį, tad konstruktas atitinka tik pagrindinį hipotetinį suinteresuotųjų vaidmenį vieno žinių valdymo ciklo metu.

**Empirinis tyrimas.** Tyrimas atliktas taikant pusiau struktūrizuoto interviu metodiką. Interviu atlikti 2013 m. gegužę–liepą ir rugsėjį–gruodį. Kokybiniame tyrime dalyvavo 59 respondentai.

---

<sup>14</sup> Belbin, R. M., *supra* note 9.



*Tyrimo įrankis.* Kokybinio tyrimo strategija ir tyrimo įrankiai suformuoti taip, kad leistų susipažinti su e. sveikatos dalyvių požiūriu, patirtimi ir vertinimais kuriant, diegiant ir naudojant e. sveikatos informacines sistemas. Klausimyną sudarė penki diagnostiniai blokai: e. sveikatos elementai, bendradarbiavimas, reguliavimas, vaidmuo e. sveikatos sistemoje, problemos. Šiame straipsnyje analizuojami interviu duomenys, gauti respondentams pasisakant vaidmenų e. sveikatos sistemoje klausimais. Respondentams dėl vaidmenų buvo pateikti keli pagrindiniai klausimai: SAM vaidmuo ir įtaka e. sveikatos projektų sėkmei; respondento institucijos vaidmuo e. sveikatos sistemos integralumui; IT firmos (diegėjo) vaidmuo e. sveikatos projektų sėkmei; kitų e. sveikatos dalyvių vaidmuo. Atviri klausimai leido respondentams išsakyti savo požiūrį į savo ir kitų e. sveikatos dalyvių esamus ir / ar turinčius būti atliekamus vaidmenis įvairiuose nacionalinės e. sveikatos sistemos kūrimo procesuose.

*Respondentų atranka.* Siekiant užtikrinti kokybinio tyrimo patikimumą, respondentai buvo atrenkami užtikrinant geografinį pasiskirstymą, įvairių lygių ir tipų institucijų atstovavimo ir užimamų pareigų įvairovę:

- geografinis respondentų pasiskirstymas. Interviu dalyvavo respondentai, atstovaujantys sveikatos sistemos organizacijoms iš 10 Lietuvos miestų (Vilnius, Kaunas, Klaipėda, Šiauliai, Panevėžys, Tauragė, Utena, Kupiškis, Rokiškis, Pasvalys);
- pasiskirstymas pagal organizacijos tipą. Respondentai atstovavo 8 tipų organizacijoms (ligoninė, poliklinika ir priminės sveikatos priežiūros centras, privati SPĮ, universitetinės klinikos ir klinikų padalinys (toliau – klinikų ligoninė), ministerija, ministerijai pavaldi institucija, IT firma (1 lentelė). Be to, atrenkant respondentus pagal atstovaujamas organizacijas, siekta apklausti ir labiausiai pažengusiųjų e. sveikatos srityje (Centro poliklinika Vilniuje, Vilniaus universiteto Santariškių klinikos), ir iš tų SPĮ, kurios įdiegė tik centralizuotas IS (rajonų SPĮ);
- respondentų pasiskirstymas pagal vaidmenis ir pareigas. Tiriamas įvairius vaidmenis atliekančių e. sveikatos dalyvių požiūris į savo ir kitų veikėjų funkcijas kuriant, diegiant ir naudojant sveikatos IT sistemas (2 lentelė). Atitinkamoje vaidmenų kategorijoje interviu atrinkti respondentai, einantys įvairias pareigas (ligonių direktoriai, vyr. gydytojai, jų pavaduotojai, poliklinikų direktoriai, jų patarėjai, gydytojai, slaugytojai, SPĮ IT specialistai, SPĮ IT padalinių vadovai, IT firmų vadovai ir darbuotojai, ministerijos padalinių vadovai ir kt.).

**1 lentelė.** Respondentų sąrašas pagal organizacijas

SPI tipas / organizacija	Respondentų skaičius
SAM ir kt. reguliuojančios institucijos	4
Klinikos, klinikų ligoninė	5
Ligoninė	18
Poliklinika, PSPC	16
Privati SPI	10
IT firma, konsultacinė firma	6
Iš viso:	59

**2 lentelė.** Respondentų sąrašas pagal vaidmenis

Respondentų kategorija	Respondentų pareigos	Respondentų skaičius
IT (išoriniai)	Direktorius, e. sveikatos projektų koordinato- rius, priežiūros direktorius	6
Medicinos personalas	Gydytojas, vyr. slaugytojas, slaugytojas	11
SAM ir kt. reguliuo- jančios institucijos	Skyriaus vedėjas, vyr. specialistas	4
SPI specialistai	IT padalinio vadovas, IT specialistas, e. svei- katos projekto koordinato-rius, finansininkas, ekonomistas, laboratorijos vedėjas, vidaus au- dito tarnybos vadovas, vyr. slaugos administ- ratorius	20
SPI vadovai	Direktorius, vyr. gydytojas, jo pavaduotojas	18
Iš viso:		59

*Interviu atlikimas.* Interviu buvo atliekami užtikrinant respondentų anonimiškumą tam, kad būtų gauti atviri atsakymai į interviu klausimus. Todėl apdorojant interviu duomenis kiekvienam respondentui suteiktas unikalus kodas. Kodas suteikia informaciją apie respondento atstovaujamą instituciją ir jo einamas pareigas.

Kiekvienas interviu buvo organizuotas respondento darbo vietoje, pokalbius įrašant į diktofoną. Pokalbio metu taip pat buvo užsirašomos pagrindinės respondentų mintys ir idėjos, kas vėliau tyrėjams leido geriau struktūrizuoti gautus duomenis. Kiekviename interviu dalyvavo bent 2 tyrėjai, užtikrinant, kad ne-  
likts neatsakytų svarbių klausimų ar nebus atkreiptas dėmesys į svarbias detales.

Interviu trukmė – ne mažiau kaip 1 val. Pusiau struktūruoto interviu klausimai suformuluoti ir užduodami taip, kad paliktų erdvės respondentui išryškinti jam svarbiausius e. sveikatos sistemos kūrimo aspektus.

*Interviu duomenų analizė.* Visi interviu įrašai buvo transkribuoti. Naudojant kokybinių duomenų analizės programą NVivo, respondentų pasisakymai buvo grupuojami į kategorijas ir subkategorijas įvairiais pjūviais. Interviu duomenys, susiję su e. sveikatos dalyvių vaidmenimis, buvo kategorizuojami taip, kad tyrėjams suteiktų informacijos: kas pasakė apie vaidmenį; apie kieno vaidmenį kalbėta, kokiam e. sveikatos sistemos kūrimo procesui vaidmuo priskiriamas. Būtent tokiais pjūviais šiame straipsnyje pateikiami apibendrinti interviu rezultatai apie e. sveikatos dalyvių vaidmenis.

#### **4. E. sveikatos suinteresuotųjų vaidmenų pasireiškimo hipotetinis modelis**

- Dėl poreikio įtraukti suinteresuotuosius jau nebediskutuojama. Pasaulio sveikatos organizacija teigia, kad įtraukus į bendras veiklas suinteresuotuosius ir plačią visuomenę, veikimas drauge sukuria ilgalaikio bendradarbiavimo ryšius, susikuria mokymosi procesas. O kartu tai leidžia numatyti, kokių e. sveikatos paslaugų gali prireikti ateityje<sup>15</sup>. Pasaulio sveikatos organizacija gan vienareikšmiškai apibrėžia, kokių vaidmenų iš kiekvienos interesų grupės galima tikėtis e. sveikatos sistemos kūrimo metu:

- Sveikatos paslaugų teikėjams siekiama suteikti vadovavimą, krypties nustatymą, resursų valdymą, patikima spręsti projektinių veiklų nesklaidumus (spręsti iškilusias problemas, konfliktus).

- Geriausia, jei sveikatos apsaugos ministerijoms teks atsakomybė ne tik užtikrinti, kad pacientų sveikatos paslaugų poreikiai būtų pasiekti, bet taip pat ir planuoti e. sveikatos sistemų plėtrą ateityje. Taip pat yra rekomenduotina atskirti finansuotojo vaidmenį nuo koordinuotojo. Ir tai jau daroma Lietuvoje.

- Už komunikacijas ir IT plėtrą atsakingų ministerijų funkcija yra suteikti turimą kompetenciją ir resursus, integruojant sveikatos paslaugas į elektronines sistemas.

- Ekspertams pavedama teikti plėtros ir vystymo kryptių rekomendacijas, padėti planuoti, prognozuoti būsimus poreikius, nukreipti suinteresuotuosius, atlikti tarpinių ir galutinių produktų periodines patikras ir analizes.

- Iš visuomenės ar pacientų yra laukiama labiau grįžtamojo ryšio vertinant jau galutinį produktą nei tiesioginio dalyvavimo prie užduočių formavimo.

Apibendrinant ryškėja pagrindinės e. sveikatos produktų kūrimo tendencijos – kuriant e. sveikatos sistemas lyderio vaidmenį rekomenduojama suteikti

<sup>15</sup> WHO-ITU. 2012. National eHealth Strategy Toolkit, *supra* note 1.

pačioms sveikatos įstaigoms. Tuo tarpu ministerijoms rekomenduojama pavesti būti atsakingoms dirbti su suinteresuotaisiais ir net rūpintis, kad suinteresuotieji taptų motyvuoti prisiišti jiems visai naujus vaidmenis. Iš IT įmonių tikimasi aktyvumo dalyvaujant ir taikant savo sukauptą verslo ir IT patirtį, vengiant bet kokios didesnės jų lyderystės.

Taigi, kuriant hipotetinį suinteresuotųjų vaidmenų pasiskirstymo modelį svarbu nustatyti visą suinteresuotųjų sąrašą ir iš jų suformuoti svarbiausias suinteresuotųjų grupes. Galima skirti dvi pagrindines tokias grupes:

*Sveikatos sektoriaus suinteresuotieji:*

- Sveikatos specialistų asociacijos.
  - Gydyimo įstaigų asociacijos.
  - Akademinių ir mokslinių institucijų atstovai.
  - Sveikatos draudimo paslaugų įstaigos.
  - Pacientų organizacijos.
  - Visuomenė.
  - Įvairių pavaldumo lygių (nacionalinės, regioninės, savivaldos) valdžios sveikatos priežiūros institucijos.
  - Privачios sveikatos priežiūros įstaigos, tarp jų ir nevyriausybinės ar labdaros organizacijos.
  - Sveikatos IT produktų įmonės (nacionalinės ar tarptautinės).
2. *Žiniasklaida* (nacionalinė, regioninė, specializuota).
3. *Kiti, netiesiogiai su sveikatos sektoriumi susiję suinteresuotieji:*
- Viešasis administravimas (registracinės sistemos, statistikos departamentas, susisiekimo ministerija).
  - Privatus IT sektorius (infrastruktūra ir paslaugos).
  - Ugdymo, socialinių reikalų ir bendruomenių paslaugų sektorius.
  - Saugumas ir civilinė sauga.
  - Inovacijos, pramonė, mokslinio tyrimo sektorius.
  - Biudžetas ir finansai.
  - Tarptautinės organizacijos (pvz., Europos Komisija).

E. sveikatos sektoriaus reikalams spręsti yra gausus būrys suinteresuotųjų, kurių indėlis racionalizuojasi per bendrą veikimą grupėje. Pritaikius vaidmenų teoriją e. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo grupėje, galime nustatyti, kurie vaidmenys realizuojami, o kurių yra vengiama, kurie savo potencialo neišnaudoja arba savo funkcijomis piktnaudžiauja.

Tolesniam modeliavimui suformuotos šešios suinteresuotųjų grupės:

• *Sveikatos apsaugos ministerija ir kitos su sveikatos apsaugos reguliavimu susijusios viešojo administravimo institucijos.* Tai Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa, Registrų centras.

• *IT įmonė.* Programavimo ar konsultacines paslaugas teikianti privataus kapitalo įmonė.

- *SPĮ ir jų vadovai*. Sveikatos priežiūros įstaigos, kurioms atstovauja jų vadovai. Tai suinteresuotasis, kurio sprendimai dažniausiai yra strateginės reikšmės.

- *Medicinos personalas*. Tai gydytojai ir slaugytojai, kurie tiesiogiai teikia medicinos paslaugas.

- *SPĮ specialistai*. Tai sveikatos priežiūros įstaigų specialistai, kurie patys tiesiogiai nedalyvauja teikiant medicinos paslaugas – IT specialistai, finansininkai, vidutinės grandies vadybininkai.

- *Pacientai*. Tai medicinos paslaugų vartotojai.

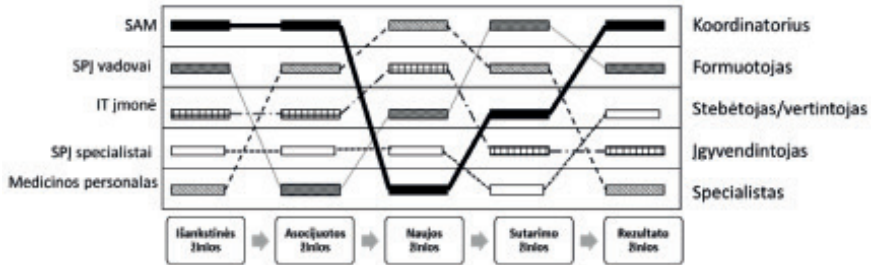
Šių šešių grupių užtenka atskleisti svarbiausias funkcijų pasidalinimo tendencijas. Tiesa, reikia turėti omenyje, kad kiekviena iš suinteresuotųjų pusių gali prisiimti daugiau nei vieną funkciją, vis dėlto modelis apima būdingiausių funkcijų pasiskirstymą. Toliau modelyje kol kas neaptarsime pacientų vaidmens, kuris yra beveik nepriklausantis nuo žinių generavimo ciklo. Pagal Sveikatos pasaulio organizacijos rekomendacijas, pacientas yra arba užsakovas, arba stebėtojas, arba vertintojas. Lietuvoje paciento vaidmuo dar mažiau matomas.

Kiekvienas e. sveikatos sprendimas pereina tas pačias žinių valdymo fazes. Tiek, tarkime, kuriant e. sveikatos strategiją, tiek kuriant konkrečią e. sveikatos paslaugą, procesas nuo idėjos poreikio iki jos realizavimo pereina tas pačias fazes: išankstinių žinių surinkimą, asocijuotų žinių susisteminimą, naujų žinių kūrimą ir t. t. Suprantama, kad kiekvienos fazės trukmės gali skirtis, tačiau šiame modelyje laikysime, kad fazės yra vienodos trukmės.

Toliau modelis formuojamas remiantis pagrindine prielaida: sveikatos priežiūros įstaiga ir jos darbuotojai yra pagrindiniai e. sveikatos produkto vartotojai ir savininkai, todėl jie prisiima lyderio vaidmenį. Tai reiškia, kad tos funkcijos, kurios apima veiklų koordinavimą, idėjų formavimą arba reikalauja specifinių medicinos žinių, yra padalinamos tarp SPĮ darbuotojų (vadovų, medicinos personalo arba kitų specialistų). Teorinis suinteresuotųjų vaidmenų pasiskirstymo hipotetinis realizavimas pavaizduotas 2 pav.

Taigi, **išankstinių žinių kaupimo** fazėje svarbu surinkti visas šiuo metu egzistuojančias žinias tiek apie esamas technologijas, tiek apie suinteresuotuosius, tiek apie galimus besikeičiančius poreikius. Idealiu atveju tikėtina, kad SAM gali tapti šio etapo koordinatoriumi, nes dar ne visi suinteresuotieji gali būti žinomi arba supratę savo vaidmenį. Patį e. sveikatos detalų poreikį žinioms gali išmanyti SPĮ vadovai, jaučiantys, kad organizacijai reikalingi konkretūs elektroniniai sprendimai. Tai realizuojasi, jei SPĮ vadovai įgyja formuotojo vaidmenį. Medicinos personalas, išmanydamas sveikatos technologijas ir tiesiogiai bendraujantis su pacientu, turi sukaupęs specialistui būdingų žinių. SPĮ specialistai ruošiasi įgyvendinti e. sprendimus. Tuo tarpu IT įmonė gali būti stebėtoja, kuri ruošiasi būsimus sprendimus realizuoti. Tuo pat metu IT įmonė, gal būti vertinama ir kaip specialistai, kurie teikia savo ekspertinę nuomonę apie esamus IT sprendimus.

**Asocijuotų žinių kūrimo** fazėje yra analizuojama sukaupta informacija, ji personifikuojama, adaptuojama esamai situacijai, ja dalijamasi, kol sukauptos žinios yra interpretuojamos vienodai visų suinteresuotųjų. Koordinatoriaus vaidmenį išsaugo SAM, taip lyg ir pasidalindama savo vadovavimo resursais, tuo tarpu formuotoju šioje fazėje tampa medicinos personalas, taip tarsi pranešdamas, kad jo poreikis turi būti išgirstas, o SPĮ vadovai dalyvauja dalindamiesi vadybinėmis žiniomis kaip specialistai. Visų kitų grupių funkcijos išlieka nepačiusios.



**2 pav.** Teorinio suinteresuotųjų vaidmenų pasiskirstymo hipotetinis realizavimas: vaidmenų pasiskirstymas tarp e. sveikatos suinteresuotųjų žinių valdymo ciklą metu (sukurta sujungus Belbino vaidmenų grupėje teoriją<sup>16</sup> su Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijomis<sup>17</sup>)

**Naujų žinių kūrimo** etape idėjų formuotoju reikėtų laikyti IT įmonę, kuri kartu su SPĮ specialistais (šiuo atveju būsimais sprendimų įgyvendintojais) ieškotų sprendimų ir jų formų medicinos personalo suformuotiems tikslams pasiekti. Tad šioje fazėje medicinos personalui turėtų tekti koordinatoriaus vaidmuo. SAM taip pat turi savo reikšmingą vaidmenį – dalinasi savo specifinėmis politiką atspindinčiomis ir viešojo valdymo specifiką atitinkančiomis žiniomis. Šį kartą vadovams tenka gal ir pasyvus, bet projekto kokybei būtinas stebėtojo vertintojo vaidmuo.

**Sutarimo žinios** susijusios su derybomis tarp skirtingiems požiūriams atstovaujančių interesų dėl po analizės einančių pasirinkimų, alternatyvų atsisakymo ir konkrečios alternatyvos pasirinkimo. Šioje fazėje geriausia, kai SAM pasirenka vertintojo funkcijas ir nedarydama išorinio ar politinio sprendimo sudaro erdvę suinteresuotiesiems siekti susitarimo. Tuo tarpu medicinos personalas yra atsakingas už procesų koordinavimą

**Rezultato žinių** fazėje SAM gali vėl prisiimti koordinatoriaus vaidmenį, SPĮ vadovai tampa atsakingi už formuotojo vaidmenį. Iš tiesų, šiame etape tarsi grįž-

<sup>16</sup> Belbin, R. M., *supra* note 9.

<sup>17</sup> WHO-ITU. 2012. National eHealth Strategy Toolkit, *supra* note 1.

tama į pirmosios fazės vaidmenų būseną, išskyrus SPĮ specialistus, kurie dabar jau atsakingi už kuriamo produkto kokybę, todėl jiems suteikiama vertintojo funkcija.

Kitame skyrelyje sukurtas hipotetinis modelis buvo patikrintas empiriniu tyrimu.

## 5. Apibendrinta tyrimo analizė: e. sveikatos dalyvių požiūris į savo ir kitų dalyvių vaidmenis

Analizuojant interviu duomenis, būdingos citatos buvo atrinktos taip, kad būtų galima diagnozuoti, kaip kiekvienos e. sveikatos dalyvių grupės atstovai vertina savo ir kitos veikėjų grupės vaidmenis planuojant, kuriant ir diegiant IS. Apibendrinti analizės duomenys straipsnyje pateikiami pagal išorinių IT firmų, medicinos personalo, pacientų, SAM ir kitų reguliuojančių institucijų, SPĮ specialistų ir SPĮ vadovų vaidmenis – t. y. kokius vaidmenis jiems priskiria kiti e. sveikatos dalyviai ir jie patys bei lyginant su teoriniu vaidmenų pasiskirstymo žinių valdymo ciklų metu modeliu.

Pateikiant interviu citatas nurodomas respondento kodas, kur skaičius reiškia respondento Nr., pirmoji kodo raidė – atstovaujama organizaciją (P – poliklinika arba priminės priežiūros centras, L – ligoninė, R – SAM ar kita reguliuojanti institucija, IT – IT ar konsultacinė firma, Pr – privati SPĮ), antroji kodo raidė – respondento einamas pareigas (A – administracijos darbuotojas, įskaitant SPĮ vadovus, IT – informacinių technologijų, kompiuterinių sistemų padalinį darbuotojas ar vadovas, M – medicinos personalas – gydytojas, slaugytojas, VT – valstybės tarnautojas, P – e. sveikatos projekto vadovas, koordinatorius, D – IT firmos direktorius).

**SAM vaidmuo.** Pagal teorinį vaidmenų pasiskirstymo žinių valdymo ciklų metu hipotetinį modelį, SAM turėtų daugiausia realizuoti koordinatoriaus funkcijas, išskyrus, kai kuriamos naujos žinios (specialisto vaidmuo) ir formuojamos sutarimo žinios (kai veikia kaip vertintojas).

Visų grupių respondentai pripažįsta svarbų SAM vaidmenį ir didelę jos įtaką e. sveikatos projektų sėkmei. Anot SPĮ vadovų, *„galima projektus vykdyti labai gerai, tačiau jeigu nebus sureguliuota teisinė bazė, efektyvumas bus ribotas“* (22-P-A). Kalbant apie visus e. sveikatos sistemos kūrimo etapus, o ypač planavimą, akcentuojamas vadovavimo ir koordinavimo būtinumas: *„kažkas turi jaustis šeiminku. Ir jeigu e. sveikata yra tarsi pereinamoji raudonoji vėliava, <...> tai tada aš su savo šviesiomis ir patraukliomis idėjomis neužbaigsiu jokių projektų“* (42-P-A). Būtent šie vaidmenys siejami su ministerija: *„SAM turi koordinuoti ir lemti e. sveikatą. Sistemų integravimo prasme jos vaidmuo labai svarbus“* (24-L-IT).

Tačiau respondentai išvelgia koordinavimo spragų, ypač jo buvo pasigesta pirmajame nacionalinės e. sveikatos sistemos kūrimo etape: *„reikalingas koor-*

*dinavimas. Kai valstybės institucija kuria kokią nors programą (kaip buvo VLK SveiDra atveju), ji turėtų susirinkti informaciją, kokia institucija ką turi, o tik tada pradėti kurti sistemą“ (23-L-A). Koordinavimo stoką respondentai įžvelgia kaip vieną iš pagrindinių priežasčių, kad buvo sukurta daug įvairių vidinių (organizacijos lygio) IS, kurias dabar sudėtinga susieti į vieną integralią sistemą. Vis dėlto ir antrajame nacionalinės e. sveikatos sistemos kūrimo etape respondentai iš SPI (ypač tų, kurios turi mažiau patirties kuriant e. sveikatos produktus) pasigenda informacijos, paramos ir glaudesnio ryšio su ministerijos specialistais: „žinokit, mes, vykdydami projektą, su SAM praktiškai neturim kažkokio artimesnio ryšio, ir jie mums nėra nei patarėjai, nei koordinatoriai“ (26-L-IT). Vadinasi, kaip ir numato teorinis modelis, kai kurie e. sveikatos veikėjai tikisi iš ministerijos ne tik koordinatoriaus, bet ir specialisto vaidmens atlikimo. Kita vertus, e. sveikatos kūrimu suinteresuoti respondentai suvokia, kad už e. sveikatos sistemos kūrimą atsakingiems ministerijos darbuotojams reikalingas politinis palaikymas bei atitinkami žmonių ištekliai: „reikėtų daugiau tokių žmonių, iš ministerijos, ir patyrusių, kad darbo grupė dirbtų centralizuotai. Man neatrodo, kad kol kas kam nors e. sveikata įdomi. Pažiūrėkit į ministerijos lankstinuką. Analizė lyg ir vyksta ... kažkas, bet nieko aiškaus. Paieškokim pagal e. sveikatos raktinį žodį...“ (11-P-A). Politinės galios ir valios trūkumą ministerijoje įžvelgė ir kai kurie išorinių IT įmonių vadovai, pastebėję nedarną tarp e. sveikatą reguliuojančių institucijų: „visos yra nuolatiniame konflikte (SAM, Registrų centas, VLK ir kiti). SAM pavaldžios institucijos stovi įtakos sferoj sprendimų priėmime gerokai aukščiau negu pati ministerija“ (60-IT-D).*

**SPI vadovų vaidmuo.** Skirtinguose žinių vadybos etapuose SPI vadovai pagal teorinį modelį turėtų atlikti vis skirtingus vaidmenis. Išankstinių žinių etape jie turėtų būti formuotojais, asocijuojant žinias – šis vaidmuo pereina medicinos personalui, o vadovai tampa savo srities specialistais. Kuriant naujas žinias, pastarieji turėtų tapti stebėtojais ir vertintojais, o ieškant sutarimo tarp suinteresuotųjų – koordinuoti šį procesą. Sugeneravus žinių rezultatą, SPI vadovams teorija numato formuotojo vaidmenį dėl būtinybės priimti IS kūrimo ir diegimo sprendimus.

Analizuojant respondentų požiūrius į SPI vadovų vaidmenis stebimi nuomonių ir patirčių skirtumai, priklausantys nuo vadovaujančiųjų asmenų nusiteikimo ir aktyvumo kuriant IS. Kai kurie iš vadovų e. sveikatos elementus vertina kaip svarbią SPI veiklos sritį, kuriai būtina skirti pakankamai dėmesio: „sistema – lyg ir vadovo rūpestis. Nuolat gaunam nurodymų, ką turim daryti kitaip“ (11-P-A). Kiti vadovai imasi iniciatyvos ir įsipareigoja patys valdyti e. sveikatos kūrimo SPI procesus: „skirtumas tarp manęs (SPI vadovybės – aut. pastaba) ir gydytojų todėl, kad aš „užvedu“ iniciatyvą“ (8-L-A). Tuo tarpu kitų grupių respondentai yra susidūrę su SPI vadovų nusišalinimu nuo sistemų kūrimo veiklos, t. y. šių respondentų patirtis rodo, kad vadovai atlieka tik pasyvaus stebėtojo



vaidmenį: „*vadovams šitos sistemos neįdomios. Jie nori ją turėti, bet kas ten bus, kaip ten ką reikės kurti – nerūpi*“ (36-IT-D). Respondentai akcentuoja būtinybę vadovams atlikti aktyvius vaidmenis: „*tas tylus vadovybės palaikymas – jis nepakankamas, turi būti aktyvus, turi būti domėjimasis, turi būti vis tik... na, toks – kolegialus*“ (26-L-IT). Jei vadovybė atitolusi ir neatlieka reikiamuose etapuose koordinuojančio vaidmens, e. sveikatos sprendimai gali būti realizuoti ne tokie, kokių reikia SPI kaip organizacijai, o geriausiai tinkantys tam tikroms grupėms. Todėl IS gali būti nesubalansuota organizacijai tinkamiausiu būdu.

**Išorinių IT įmonių vaidmuo.** Teoriškai, išankstinių ir asocijuotų žinių valdymo etapų metu IT įmonės turėtų atlikti stebėtojų vaidmenį, nes e. sveikatos sistemos esama situacija žinoma ir nauji poreikiai numatomi vidinių sveikatos apsaugos sistemos dalyvių. Tačiau naujų žinių kūrimo etape IT įmonės tampa formuotojais, nes jie geriausiai žino, kaip (ir ar įmanoma) tinkamai įvykdyti norimos sukurti IS sistemos reikalavimus. Kitiems e. sveikatos dalyviams ieškant sutarimo (sutarimo žinių etapas) ir sutarus dėl IS elementų (rezultato žinių etapas), IT įmonė atlieka įgyvendintojo vaidmenį realizuodama užsakovų poreikius.

Dėl išorinių IT įmonių vaidmens išsiskyrė požiūriai tarp to, kaip savo vaidmenį suvokia pačios IT įmonės, ir kokius vaidmenis jiems numato ir / ar kokią patirtį su jais turi kiti e. sveikatos suinteresuotieji. IT įmonių respondentai sau numato įvairias funkcijas. Jų nuomone, IT firmos atlieka formuotojo vaidmenį, nes „*čia jau yra šventa taisyklė – niekada vartotojas iki galo nežino, ko jis nori*“ (36-IT-D). Vis dėlto dažniausiai akcentuojamas įgyvendintojo vaidmuo: „*mūsų strategija ir yra tokia: jei yra poreikis – mes produktą kuriam*“ (37-IT-D). Taip pat interviu metu nuskambėjo neutralumo pozicijos požiūriai, kai neprisiimama atsakomybė už sukurto produkto gyvavimą: „*mes – ne ministerija, mes negalim sakyti, kad štai mes čia sukūrėm labai gerai ir jūs privalot tai naudoti. Mes parodom – yra va taip. Norit – naudojat*“ (36-IT-D).

Kitų e. sveikatos dalyvių požiūriu, IT atlieka vienintelį vaidmenį – realizuoja jų poreikius: „*taigi konkursas... Tas, kas laimės, tas ir padarys, ką mums reikia*“ (8-L-A). Kai kurie respondentai, pavyzdžiui, medicinos personalo atstovai, dažnai net nejaucia sąlyčio taškų su IT firmomis: „*ne, negirdėjau, kas laimėjo konkursą, nes man tai nelabai aktualu*“ (7-P-M). Kiti iš kontaktų su IT įmonių atstovais išsiminė, kad jie dažnai nesuvokia sveikatos sistemos procesų sudėtingumo: „*IT firmų problema – jos ateina nežinodamos reikalavimų. Jos nežino, kiek daug ir įvairių duomenų reikia teikti sveikatos srityje. Mes papasakojam, ko reikia, bet jos ateina nesusipažinę, kokie reikalavimai, ką privalo daryti*“ (23-L-A). Tačiau daugelis e. sveikatos dalyvių pastebi, kad IT firmos, kaip įgyvendintojai, dėl didėjančios konkurencijos vis labiau stengiasi realizuoti užsakovo poreikius: „*jie stengiasi reikalavimus įvykdyti. Tenka juos vykdyti. IT firmos tapo lankstesnės, nes atsirado konkurencija. Tai ir yra variklis*“ (4-L-IT). Konkurencijos didė-

jimas, SAM atstovų požiūriu, yra puiki prielaida sustiprinti e. sveikatos produktų kokybę, suteikia užsakovams pasirinkimo laisvės ir nepriklausomumo nuo netinkamo IS kūrėjo, diegėjo ir / ar prižiūrėtojo. Be to, užtikrinti IS priežiūros ir tobulinimo tęstinumą: „*jeigu tas diegėjas neaptarnauja, tai kitas diegėjas gali tą patį daiktą aptarnauti. Masės tų diegėjų. Jų skaičius auga atsižvelgiant į mūsų programos didėjimą. Interesas atsirado, tai atėjo ir iš kaimyninių šalių kompanijos*“ (32-R-VT).

**SPĮ specialistų vaidmuo.** Pagal teorinį vaidmenų pasiskirstymo žinių valdymo ciklą metu modelį SPĮ specialistams išankstinių, asocijuotų ir naujų žinių etapuose tenka įgyvendintojo vaidmuo, nes idėjas reikia paversti realybe. Sutarus dėl sprendimų alternatyvų, jie savarankiškai atlieka užduotis, o sukūrus produktą, jiems tenka stebėtojo, ateinančio į pagalbą IS vartotojams, vaidmuo.

Lūkesčiai ir patirtys dėl SPĮ specialistų, o iš jų ypač dėl IT specialistų, vaidmenų jų pačių ir kitų e. sveikatos dalyvių požiūriu, yra įvairios. Jie pripažįstami kaip vieni iš pagrindinių veikėjų, lemiančių SPĮ IS projektų sėkmę: „*manau, mūsų pagrindinė sėkmė yra IT komanda, septyni žmonės, jauni entuziastai, kai kurie dirba nuo pat pradžių*“ (3-L-A). Išorinių IT įmonių atstovai jais pasitiki kaip specialistais, gebančiais atstovauti užsakovų interesams: „*mes stengiamės bendrauti su įstaigų IT specialistais – kai kurie ir periferijose turi labai kvalifikuotus asmenis ir randam bendrą kalbą. Man net lengviau su jais šnekėti, nei su vadovais*“ (36-IT-D). Kai kurių SPĮ vadovai IT specialistams patiki koordinatoriaus ir formuotojo vaidmenis: „*nuomonė informatiko turi būti svarbiausia. Visi siūlymus pateikia IT skyriaus vadovui. Jis ne tik surenka, bet ir pats po to apibendrina ir siūlo, ką reikia daryti*“ (8-L-A). Nepamiršamas ir IT specialistų kaip įgyvendintojų vaidmuo: „*labai dažnai informatikai ir paskatina su savo idėjomis, patys kuria be subrangovų, nes tęstinumui geriau dirbti be jų*“ (4-L-IT). Respondentai IT specialistai pastebi savo vaidmenų kaitą. Anksčiau iš jų buvo tikimasi tik savarankiškai kurti, prižiūrėti sistemas, tačiau šiuo metu jie papildė ir remia savo žiniomis kitų e. sveikatos dalyvių, ypač medicinos personalo, poreikius. Kaip ir teorinis modelis numato, SPĮ specialistų stebėtojo vaidmuo labai reikšmingas SPĮ administracijos ir medicinos darbuotojams. Respondentai dažnai minėjo, kad „*pamoko, padeda, kaip naudotis*“ (1-P-A), „*jeigu stringa, ateina ir pamoko. Pats eini pas juos ir mokaisi*“ (7-P-M).

**Medicinos personalo ir pacientų vaidmuo.** Skirtinguose žinių vadybos etapuose medicinos personalui pagal teorinį modelį tenka skirtingi vaidmenys. Jie atlieka specialistų vaidmenį pirmajame (išankstinių žinių) ir paskutiniame (rezultato žinių) etapuose. Proceso pradžioje jie geriausiai žino, kokia informacija turi būti kuriamoje IS, o pabaigoje jie tampa šios skaitmeninės informacijos pagrindiniais kūrėjais ir IS vartotojais. Asocijuotų ir sutarimo žinių etapuose medicinos personalas atlieka formuotojo vaidmenį, dalindamasis ir derindamas įvairių medicinos specialistų žinias. Naujų žinių etape gydytojai ir slaugytojai

tampa koordinatoriais, nes turi nuspręsti, kas žinių gausoje geriausiai atitinka jų poreikius.

Kalbėdami apie medicinos personalo vaidmenį kai kurie respondentai iškelė problemą, kuriam pagrindiniam e. sveikatos veikėjui ši sistema kuriama, t. y. kas pagrindinis naudos gavėjas – medicinos personalas ar pacientai. Kol nacionaliniu lygmeniu neišspręstas šis klausimas, medicinos personalui IS iki šiol nepalengvina darbo (jei nenuspręsta, kad medicinos personalas – pagrindinis vartotojas), o pacientai nepakankamai įtraukiami į sistemų kūrimo procesą ir / ar jų kokybės vertinimą (jei nenuspręsta, kad sistemos kuriamos pacientams). Bet kuriuo atveju respondentai neakcentuoja pacientų vaidmens, o tik mini kaip stebėtojus: „*pacientai nedalyvauja niekur, o jų ir nereikia – mes žinom, ko jiems reikia*“ (23-L-A). Kaip rodo Lietuvoje atliktų tyrimų rezultatai<sup>18</sup>, vartotojų (ir pacientų, ir medicinos personalo) įtraukimas į e. sveikatos paslaugų kūrimą dar pakankamai problemiškas: kuriant e. sveikatos sistemas dalyvauja tik 2,6 proc. gyventojų ir 7 proc. medicinos personalo, o tik 2 proc. besinaudojančių e. sveikatos paslaugomis gyventojų aktyviai prisideda prie e. sveikatos kūrimo teikdami siūlymus dėl jos tobulinimo. Tačiau negalima vienareikšmiškai teigti, kad būtina kuo daugiau pacientų įtraukti į visus e. sveikatos kūrimo ir diegimo žingsnius, nes kai kuriuose iš jų jie gali ir neturėti žinių, kurių tikimasi. Svarbiausia, kad būtų atsižvelgta į pacientų kaip būsimų vartotojų poreikius bent atitinkamo modulio kūrimo pradžioje ir būtų vertinama jų nuomonė dėl e. sveikatos paslaugų kokybės. Be to, bendras Lietuvos gyventojų ir asocijuotų pacientų organizacijų socialinio aktyvumo lygis, dažniausiai sveikatos paslaugas gaunančių pacientų kompiuterinio raštingumo lygis, e. sveikatos sistemos naujumas, e. paslaugų pasiekiamumo aprėptis ir kt. veiksniai gali apsunkinti pacientų įtraukties procesą. Vis dėlto paminėtina, kad kai kurios SPI randa aktyvių pacientų ir juos įtraukia į ankstesnius e. sveikatos IS kūrimo etapus, o ne tik į jau įdiegtų IS vertinimus. Tuo tarpu kai kurios SPI atlieka pacientų apklausas, vertindamos jų pasitenkinimą sistemomis: „*mes darom gi apklausas. Mes, pavyzdžiui, ir dabar 500 pacientų anketas surinkom*“ (5-P-A).

Interviu rezultatai rodo, kad medicinos personalas atlieka labai svarbų vaidmenį, bet kartu ši e. sveikatos dalyvių grupė – viena iš problemiškesnių. Jautriausia vieta – kaip įtraukti gydytojus į IS kūrimą, kartu netrukdant jiems atlikti pagrindinių darbų: „*kuriant sistemas reikia suprasti, ką gydytojai turi veikti – gydyti ar užsiimti pašaliniais darbais. <...> Gydytojas neturi atitrūkti nuo paciento*“ (30-L-M). Tačiau neretai medicinos personalas yra mažai motyvuotas dalyvauti kuriant ir diegiant IS, nes šie ilgai besitęsiantys sudėtingi procesai atitraukia nuo darbo su pacientais: „*gydytojų požiūris yra toks, kad e. sveikatos prie-*

<sup>18</sup> Jankauskienė, D., et al. *Sveikatos priežiūros darbuotojų ir gyventojų įtraukimo bei dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastas ir tendencijos Lietuvoje*. Mokslo studija. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2014.

*monės turi pagerinti gydytojų darbą, bet ne daryti jį dar sudėtingesnę. Pastoviai besitęsiantys diegimo procesai ir tobulinimai, neužtikrintas jau įdiegtų programų veikimas, vargina ir erzina personalą“ (28-L-M). Siekdama sušvelninti tokias situacijas SPI administracija stengiasi iš anksto informuoti darbuotojus ir pasiekti, kad medicinos personalas atliktų bent jau stebėtojo ir vertintojo vaidmenis, kol programos bus paruoštos naudoti ir gydytojai bei slaugytojai taps savarankiškai dirbančiais specialistais: „kiekvieną kartą, kai diegi kažką tai naujo, visada padarai susirinkimą, padarai mokymus, išaiškini, po to individualiai su jais dirbi. Juk reikia įtikinti žmogų, norint, kad jis pradėtų dirbti“ (8-L-A). Tačiau kai kurios SPI nepalaidos medicinos personalo nuosalyje, ir, suvokdamos jo kaip formuotojo vaidmens svarbą, stengiasi įvairiais būdais aktyvinti medicinos darbuotojų į(si)traukimą nuo IS kūrimo pradžios, išgirsti ir realizuoti jų poreikius: „klaušia mūsų nuomonės. Aš netgi buvau tam komitete, kuris buvo sudarytas iš visų specialybių gydytojų. Teikėme pasiūlymus, ko mes norim, ir pagal tai ir buvo kuriama ta sistema“ (30-L-M).*

Deja, interviu metu neretai išsakyti SPI vadovų ir IT specialistų požiūriai, kad medicinos personalas atlieka tik vartotojo vaidmenį, o ankstesniuose e. sveikatos kūrimo procesuose retai kada atlieka teoriniame modelyje numatytus koordinatoriaus ir formuotojo vaidmenis: „taip kad padiskutuoti su kolektyvu galima tikrai mokymo procese, kai reikia realizuoti, išmokyti naudotis kažkokiais tais konkrečiam gydytojui naudingais, reikalingais funkcionalumais“ (25-L-A). Kita vertus, kai kuriais atvejais SPI specialistai, prisiiimdami pastaruosius vaidmenis sau, nemato didelio poreikio medicinos darbuotojų integruoti į sistemų kūrimą, o tik jas pradėjus naudoti atlieka specialisto vaidmenį ir padeda jiems spręsti iškylančias technines problemas: „daktarai savo reikalais užsiėmę, jie nori kuo mažiau gilintis. Mums taip paprasčiau... Kai būna koks nors nesklaidumas, tada ir klausinėjam“ (6-P-IT).

Tos SPI, kurios susiduria su aštriausia medicinos personalo atotrūkio nuo e. sveikatos kūrimo problema, kaip pagrindinę priežastį įvardina žemą gydytojų motyvacijos lygį: „mažai tokių gydytojų, kurie domisi sistemos tobulinimu. Vienas gydytojas rašė už visus“ (18-L-IT). Šios priežasties nepaneigia ir patys medicinos personalo atstovai: „aš jums prisipažinsiu, kad kitose įstaigose aš neturiu nei kompiuterio, nei laiko, kad galėčiau gilintis į visus mygtukus. Man labiau sistema trukdo. Aš neturiu jai laiko“ (57-Pr-M). Vis dėlto interviu metu pastebėta, kad reta kuri SPI neranda bent vieno gydytojo ir / ar slaugytojo, kuris būtų besidomintis IS ir aktyviai dalyvautų visuose e. sveikatos sistemų kūrimo, diegimo ir palaikymo procesuose kartu atlikdamas medicinos personalo interesų ir poreikių patenkinimo atstovavimo vaidmenį. Be to, didėjant gydytojų ir slaugytojų kompiuteriniam raštingumui, stebimi teigiami pokyčiai aktyvinant šiuos e. sveikatos sistemos dalyvių vaidmenis.

## Išvados

Tyrimas parodė, kad teorinis vaidmenų pasiskirstymo modelis tik iš dalies yra realizuojamas praktikoje. Atrodo, kad SAM vykdo per daug funkcijų ir per mažai jų tenka pačiai SPI. Tai iš dalies galima paaiškinti e. sveikatos naujumu ir pirmojo šios sistemos etapo klaidų įvertinimu, kai e. sveikatos sistemos kūrimo procesams trūko ministerijos vadovavimo ir koordinavimo. Vis dėlto šiuo metu pasigendama ryškesnio SPI lyderiavimo prisiimant formuotojo funkcijas. Taip pat beveik visiškai yra ignoruojamas pacientas. Jo vaidmuo daugiau teorinis, žinant, kad jie lyg ir reikalingi produktui kurti, bet praktiškai pastangų nededama tai realizuoti. Interviu rezultatai rodo požiūrio į įvairius e. sveikatos dalyvius ir jų vaidmenis pokyčius. Vis labiau atsižvelgiama į poreikį tarpusavyje keistis žiniomis ir patirtimis, atsižvelgti į vieni kitų poreikius ir lūkesčius. Tačiau ne visada apsispręsta, kas iš e. sveikatos dalyvių – medicinos personalas ar pacientai – yra galutiniai vartotojai ir turi gauti didžiausią naudą. Dėl to gali būti, kad patys svarbiausi veikėjai per mažai įtraukiami į e. sveikatos IS kūrimo ir diegimo procesus, o tai gali lemti, kad nebus įdiegti svarbūs elementai.

Stebima tendencija, kad nepriklausomai nuo žinių ciklo etapo e. sveikatos dalyviai kiekviename etape pageidautų stipraus koordinatoriaus. Jie šias funkcijas linkę perleisti Sveikatos apsaugos ministerijai, taip tikėdamiesi perduoti ir atsakomybę dėl sprendimų apie finansus bei galutinio rezultato kokybės. Tačiau moksliniai vaidmenų ir funkcijų pasiskirstymo tyrimai rodo, kad reiškiantis stipriam koordinatoriui, atliekamų veiksmų kokybė turi tendenciją nukentėti. O tai dažniausiai įvyksta dėl sumažėjusio darbo grupės kūrybiškumo, dėl iniciatyvos slopinimo. Tuo tarpu koordinatoriaus vaidmenį perėmus specialistams (SPI specialistams ar medicinos personalui), galima būtų sukurti vartotojui draugiškesnį, vadinasi, ir priimtinesnį, e. sveikatos produktą, kuris geriau atitiktų poreikius tų, kurie jais naudosis ateityje.

Perdavus lyderio vaidmenį SPI, funkcijų paskirstymo problemos nebūtų visiškai išspręstos dėl IT įmonių, kaip produkto kūrėjo, indėlio sureikšminimo arba kito kraštutinumo – ignoravimo ir izoliavimo. Tad IT įmonių, kaip formuotojo, vaidmuo galimas tik vienoje iš žinių valdymo fazėje, o kitose fazėse jų indėlis dalinamas tarp įgyvendintojo ir stebėtojo.

Teigiama tendencija, kad Sveikatos apsaugos ministerija nekovoja dėl universalaus koordinatoriaus vaidmens. Atvirkščiai – patys inicijuoja kūrybiškumo ir inovatyvumo paieškas perduodami iniciatyvos, o kartu ir atsakomybės, teisę SPI.

***Padėka.** Straipsnis parengtas pagal mokslinio tyrimo, finansuojamo Europos socialinio fondo lėšomis pagal visuotinės dotacijos priemonę, medžiagą (projekto „E. sveikatos plėtros integruotos transformacijos: suinteresuotųjųusių tinklo perspektyva“, projekto kodas VPI-3.1-ŠMM-07-K-02-029).*

## Literatūra

1. Bales, R. F. *A set of categories for the analysis of small group interaction*. American Sociological Review. 1950, 15: 257–263.
2. Belbin, R. M. *Management Teams: Why They Succeed or Fail*. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1981.
3. Belbin, R. M. *Team Roles at Work*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
4. Benne, K. D.; Sheats, P. 1948. *Functional roles of group members*. Journal of Social Issues. 1993, 4: 41–49.
5. Chong, E. *Role Balance and Team Development: A Study of Team Role Characteristics Underlying High and Low Performing Teams*. Journal of Behavioral and Applied Management. 2007, May 1.
6. Hackman, J. R.; Wageman, R.; Ruddy, T. M.; Ray, C. R. *Team effectiveness in theory and practice*. In: Cooper, C. and Locke, E. A. Industrial and organizational psychology: Theory and practice. Oxford, UK: Blackwell, 2000.
7. Jankauskienė, D., et al. *Sveikatos priežiūros darbuotojų ir gyventojų įtraukimo bei dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastas ir tendencijos Lietuvoje*. Mokslo studija. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2014.
8. King, G., et al. Boundaries and e-health implementation in health and social care. BMC Medical Informatics and Decision Making [interaktyvus]. 2012,12(100): 1–11. [žiūrėta 2014-08-10]. <<http://www.biomedcentral.com/1472-6947/12/100>>.
9. McFadzean, E. Developing and supporting creative problem-solving teams: Part 1 – a conceptual model. Management Decision. 2002, 40(5/6): 463–476.
10. Nonaka, I.; Nishiguchi, T. *Knowledge Emergence. Social, Technical, and Evolutionary Dimensions of Knowledge Creation*. Oxford University Press, New York, 2001.
11. Partington, D.; Harris, H. Team balance and team performance: an empirical study. The Journal of Management Development. 1999,18(8): 694–701.
12. Prager, K.; Nagel, U. J. *Participatory decision making on agri-environmental programmes: a case study from Sachsen-Anhalt (Germany)*. Land Use Policy. 2008, 25: 106–115.
13. Senior, B. *Team roles and team performance: Is there ‘really’ a link?* Journal of Occupational and Organizational Psychology. 1997, 70(3): 241–258.
14. WHO-ITU. 2012. National eHealth Strategy Toolkit [interaktyvus]. [žiūrėta 2014-08-10]. <[http://www.searo.who.int/entity/health\\_situation\\_trends/documents/full\\_version\\_national\\_ehealth\\_toolkit.pdf](http://www.searo.who.int/entity/health_situation_trends/documents/full_version_national_ehealth_toolkit.pdf)>.

### **The Importance of Distribution of Functions for E-health Actors: A Set of Stakeholders’ Roles**

**Birutė Mikulskienė, Birutė Pitrenaitė-Žilėnienė, Danguolė Jankauskienė**  
Mykolas Romeris University, Lithuania

**Summary.** *The objective of the present research is to develop a model for cooperation and distribution of e-health interested functions and to test the model in an actual health care system, i.e., to check how Lithuania’s e-health interested*

*parties share their cooperative roles and functions in the multidisciplinary knowledge control cycle to develop elements of the e-health system. The aforementioned model is based on the key assumption that a health care institution and its employees are major users and owners of e-health production and therefore take the leading role. Two management theories have been employed: the knowledge control process and the theory of role distribution in the cooperation cycle. The core of the theoretical model is to tackle the question as to which of the interested parties and during which knowledge generation phases should take coordinating, developing, observing, implementing and specialist roles.*

*The practical testing of the model has revealed that the theoretical role distribution model is only partly realized in practice. The Ministry of Health Care performs excessive functions leaving too few for health care institutions. Patient participation is also ignored. Moreover, a tendency that e-health participants constantly request a strong coordinator independently of the stage of the knowledge cycle has been observed. The participants tend to pass the function on to the Ministry of Health Care in expectation to simultaneously dispose responsibility for financial decisions and the quality of final results. Having passed the leading role on to the health care institution, the problems of distribution of functions would remain incompletely resolved due to an overestimated contribution of IT companies as product developers or other reasons, including disregard and isolation. Thus, the developing role of IT companies is possible only in a separate knowledge control phase, whereas their contribution during other phases is shared between an implementor and observer.*

**Keywords:** *e-health, stakeholders, knowledge management, role theory.*

---

**Birutė Mikulskienė**, Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto Vadybos instituto profesorė, fizinių mokslų daktarė. Mokslinių tyrimų kryptys: sprendimų priėmimas, suinteresuotųjų vadyba, e. sveikata.

**Birutė Mikulskienė**, Doctor of Physical Sciences, Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, Institute of Management, Professor. Research interests: decision-making, e-health, stakeholder management.

---

**Birutė Pitrėnaitė-Žilėnienė**, Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto Vadybos instituto profesorė, socialinių mokslų daktarė. Mokslinių tyrimų kryptys: viešasis saugumas, e. sveikata, suinteresuotųjų vadyba, socialinės technologijos viešajam valdymui.

**Birutė Pitrėnaitė-Žilėnienė**, Doctor of Social Sciences, Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, Institute of Management, Professor. Research interests: public safety, e-health, stakeholder management, social technologies in public sector.

---

**Danguolė Jankauskienė**, Mykolo Romerio universiteto Politikos mokslų instituto profesorė, biomedicinos mokslų daktarė. Mokslinių tyrimų kryptys: sveikatos politika, sveikatos sistemos administravimas ir veiklos valdymas, e. sveikata.

**Danguolė Jankauskienė**, Doctor of Biomedicine and Social Sciences, Mykolas Romeris University, Institute of Political Sciences, Professor. Research interests: health policy, health system governance, e-health.