

ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ BEI ONKOLOGINIŲ LIGŲ PREVENCINIŲ PROGRAMŲ ĮGYVENDINIMO ORGANIZACINIAI YPATUMAI PIRMINĖJE SVEIKATOS PRIEŽIŪROS GRANDYJE

Aušra Eigirdaitė

Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto
Politikos mokslų institutas
Valakupių g. 5, LT-10101, Vilnius, Lietuva
Telefonas (+370 5) 274 0611
Elektroninis paštas aueigirdai@mruni.eu
Higienos institutas
Didžioji g. 22, LT-01128 Vilnius, Lietuva
Telefonas (+370 5) 261 4184
Elektroninis paštas ausra.eigirdaite@hi.lt

Gintarė Petronytė

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

Virginija Kanapeckienė, Vytautas Jurkuvėnas

Higienos institutas
Didžioji g. 22, LT-01128 Vilnius, Lietuva
Telefonas: (+370 5) 262 5479, (+370 5) 262 9709
Elektroninis paštas: virginija.kanapeckiene@hi.lt, vytautas.jurkuvenas@hi.lt

Pateikta 2013 m. birželio 30 d., parengta spausdinti 2013 m. rugsėjo 9 d.

doi:10.13165/SPV-13-1-5-08

Santrauka

Širdies ir kraujagyslių bei onkologinių ligų ankstyvosios diagnostikos prevencinės programos, apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų (toliau – PP), yra priskiriamos visuomenės sveikatos intervencijoms, kurias įgyvendinant galima ženkliai sumažinti gyventojų sergamumą ir mirtingumą nuo šių ligų.

Šio straipsnio tikslas buvo nustatyti PP įgyvendinimo organizacinius ypatumus pirminės sveikatos priežiūros grandyje gydytojų ir pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros

įstaigų (toliau – PAASPI) administratorių požiūriu. 2012 m. buvo atlikta anketinė Lietuvos gydytojų apklausa ir Vilniaus m. PAASPI administratorių (focus grupės) diskusija.

Tyrimo duomenimis, PP įgyvendinimo pirminėje sveikatos priežiūros grandyje organizaciniai ypatumai lemia skirtingą PP įgyvendinimą PAASPI ir paslaugų teikimą Lietuvoje. Identifikuotos problemiškos PP įgyvendinimo sritys, todėl siekiant pagerinti PP įgyvendinimą šalyje rekomenduotina atlikti išsamesnę PAASPI taikomų organizacinių būdų analizę ir jų pagrįstumą, taip pat įvertinti priemones, kurios yra efektyviausios skatinant gyventojus dalyvauti prevencinėse programose.

Reikšminiai žodžiai: širdies ir kraujagyslių bei onkologinės ligos, prevencinės programos, pirminė sveikatos priežiūros grandis, organizaciniai ypatumai.

Įvadas

Širdies ir kraujagyslių bei onkologinės ligos išlieka iššūkiu daugelio šalių sveikatos apsaugos sistemoms. Viena iš efektyvių šios problemos sprendimo galimybių laikomas ankstyvosios diagnostikos prevencinių programų (toliau – PP), kurias rekomenduoja autoritetingos tarptautinės organizacijos, įgyvendinimas šalyje^{1, 2}. Įgyvendinant prevencines programas siekiama pagerinti ankstyvųjų ligų stadijų išaiškinamumą, o siekiant pailginti sergančiųjų išgyvenamumo trukmę, taikyti radikalius gydymo metodus^{3, 4, 5, 6, 7}. Literatūros duomenimis, PP įgyvendinimas, užtikrinant pakankamas dalyvių apimtis, leidžia sumažinti sergamumą onkologinėmis ligomis 30–70 proc., o mirtingumą nuo jų – apie 30 proc. per 5 metus^{8, 9}.

Lietuvoje PP pradėtos įgyvendinti nuo 2004 m., integravus jas į asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemą: atrankinės amžiaus grupės asmenims informavimo ir pirminių patikrų paslaugos teikiamos pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigose (toliau – PAASPI), o nustatčius patologinius pokyčius išduodami siuntimai konsultuoti pas specialistus – patikslinti diagnozę ir gydyti 3–7. Programų įgyvendinimas apmokamas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto (toliau – PSDF) lėšomis, o PAASPI sudary-

¹ Council of the European Union. Council Recommendation of 2 December 2003 on Cancer Screening. 2003, 878/EC.

² *European heart health charter* [interaktyvus]. [žiūrėta 2013-03-28]. <<http://www.heartcharter.org/read-charter/default.aspx>>.

³ Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V-913 „Dėl asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2005, Nr.145-5288.

⁴ Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymas Nr. V-729 „Dėl atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 117-4249.

⁵ Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-482 „Dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių finansavimo programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 104-3856.

⁶ Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-973 „Dėl priešinės liaukos vėžio ankstyvos diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 152-5617.

⁷ Sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymas Nr. V-508 „Dėl storosios žarnos ankstyvos diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2009, Nr. 79-3321.

⁸ *NHS Cervical Screening Programme* [interaktyvus]. [žiūrėta 2013-04-04]. <<http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/about-cervical-screening.html>>.

⁹ Von Karsa, L.; Anttila A.; Ronco, G., *et al.* Cancer screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening (2003/878/EC). 2008, p. 1-160.

damos sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis dėl paslaugų apmokėjimo iš PSDF, įsipareigoja teikti gyventojams sutartyse numatytas PP paslaugas ir užtikrinti jų kokybę¹⁰.

Valstybinės ligonių kasos duomenimis, Lietuvoje įgyvendinamų prevencinių programų patikrų aprėptis nesiekia Europos Tarybos rekomenduojamą, ne mažesnių nei 80 proc., dalyvaujančiųjų apimčių, o kadangi PP įgyvendinimui iš PSDF skirtų lėšų dalis kasmet lieka nepanaudota, problema nesiejama su programų finansavimo trūkumu¹¹. Autoriai, analizavę gimdos kaklelio patologijos patikros programos įgyvendinimo įtaką sergamumui gimdos kaklelio vėžiu, pažymi, kad viena iš pagrindinių priežasčių, lemiančių per mažą pasitikrinusių asmenų, priklausančių didelės rizikos grupei, skaičių, yra programos įgyvendinimo organizavimo trūkumai¹². PP įgyvendinimo organizavimo problemas išryškino ir PP įgyvendinimo Klaipėdos miesto ir rajono PAASPI vertinimas, kuris parodė, kad 2008–2010 m. programų veiklos buvo planuojamos ir įgyvendinamos nesiorientuojant į tolygų rizikos grupių ištyrimą numatytu periodišku ir apimtimi¹³.

Užsienio šalių patirtis rodo kai kurių PAASPI priemonių efektyvumą, pavyzdžiui, sėkmingai reorganizavus paslaugų teikimą ir įdiegus grįžtamojo ryšio (atsiliepimų) sistemą, prevencinių programų dalyvių apimtis padidėjo iki 68 proc.¹⁴ Kliūtys, su kuriomis susiduria šalys, įgyvendindamos PP, kaip ir priemonės joms šalinti, skiriasi, todėl tampa aktualu nustatyti PP įgyvendinimo kliūtis ir jų gerinimo galimybes Lietuvoje.

Šio tyrimo tikslas – nustatyti širdies ir kraujagyslių bei onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimo organizacinius ypatumus pirminės sveikatos priežiūros grandyje gydytojų ir PAASPI administratorių požiūriu.

Medžiaga ir metodai

Siekiant nustatyti prevencinių programų įgyvendinimo Lietuvos PAASPI organizavimo ypatumus atlikta anketinė apklausa ir tikslinės (*focus*) grupės diskusija, naudojant autorių parengtus klausimynus.

Reprezentatyvi tiriamųjų imtis apskaičiuota remiantis Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis apie gydytojų (fizinį asmenų) pasiskirstymą pagal specialybę. 2010 m. Lietuvoje registruoti 2526 dirbantys gydytojai (šeimos, vidaus ligų gydytojai, PSP komandos nariai – ginekologai-akušeriai). Imties dydis apskaičiuotas esant 95 % patikimumo lygmeniui, kai pasikliautinas intervalas ± 4 proc. 2012 m. gegužės–birželio mėn. atliktoje apklausoje dalyvavo 400 gydytojų: bendrosios praktikos (šeimos) (74,6 proc., n = 296), vidaus ligų gydytojų (14,1 proc., n = 56) ir pirminės sveikatos priežiūros komandos narių – gine-

¹⁰ Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 143-5205.

¹¹ Valstybinė ligonių kasa [žiūrėta 2013-04-01]. < <http://www.vlk.lt/vlk/lt/?page=info&tid=139>>.

¹² Smailytė, G.; Rimienė, J.; Gudlevičienė, Ž.; Aleknavičienė, B. Gimdos kaklelio patologijos patikros programos vykdymo įtaka sergamumui gimdos kaklelio vėžiu Lietuvoje. *Medicinos teorija ir praktika*. 2010, 16(2): 152–157.

¹³ Eigirdaitė, A.; Jurkuvėnas, V. Prevencinių programų įgyvendinimo Klaipėdos miesto ir rajono pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigose 2008–2010 metais vertinimas. *Visuomenės sveikata*. 2011, 4(55): 76–84.

¹⁴ Evans, D. C.; Nichol, W. P.; Perlin, J. B. Effect of the implementation of an enterprise – wide Electronic Health Record on productivity in the Veterans Health Administration. *Health Econ Policy Law*. 2006, 1(2): 163–169.

kologų-akušerių (11,3 proc., n = 45). Apklausa atlikta Vilniaus (33,8 proc., n = 135), Kauno (30,8 proc., n = 123), Klaipėdos (16,8 proc., n = 67), Šiaulių (9,3 proc., n = 37) ir Panevėžio (9,5 proc., n = 38) regionuose.

Tikslinės grupės diskusija vyko 2012 m. gegužės 31 d., joje dalyvavo 6 Vilniaus m. savivaldybės PAASPI administratoriai ir 3 jų atstovai.

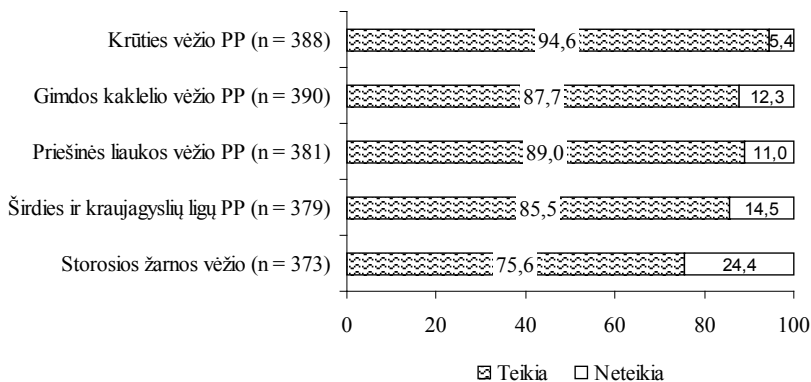
Duomenų analizei naudotas SPSS for Windows statistinis paketas (15.0 versija). Statistiniai ryšiai tarp požymių vertinti naudojant Chi kvadrato (χ^2) kriterijų. Hipotezių tikrinimui pasirinktas reikšmingumo lygmuo $p < 0,05$.

Kokybinio tyrimo duomenų analizei buvo taikomas turinio analizės (*content*) metodas, leidžiantis formuluoti išvadas remiantis analizuojamu tekstu¹⁵.

Prevenčių programų įgyvendinimo PAASPI organizaciniai ypatumai analizuoti šiais aspektais: gyventojų informavimas apie PP; PP paslaugų planavimas ir jų įgyvendinimo rezultatų (pasiekimų) vertinimas; gyventojų PP tyrimų rezultatų (atsakymų) įvertinimas ir gyventojų informavimas apie jų PP tyrimų rezultatus.

Rezultatai

Apklaustųjų gydytojų grupėje nebuvo nė vieno, kuris neteikia bent vienos iš PP paslaugų. Daugiausia gydytojų nurodė teikiantys atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio programos (94,6 proc.), o mažiausiai – storosios žarnos ankstyvos diagnostikos programos paslaugas (75,6 proc.). PP paslaugų neteikė nuo 5,4 proc. iki 24,4 proc. gydytojų (1 pav.).



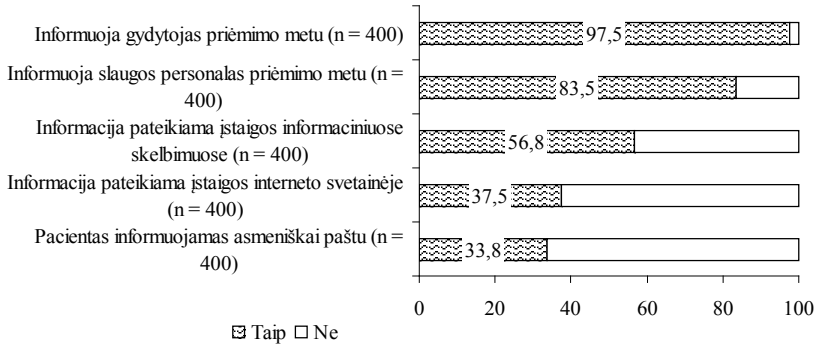
1 pav. Gydytojų, teikiančių ir neteikiančių prevencinių programų paslaugas, dalis, proc.

1. Gyventojų informavimas apie prevencines programas PAASPI

Tyrimo duomenys apie PAASPI praktiką atkleidė, kad dažniausiai gyventojus apie PP informuoja gydytojai (97,5 proc.) ar slaugos specialistai (83,5 proc.), gyventojų apsilankymo PAASPI metu. Kitas gyventojų informavimo priemonės taiko mažiau nei pusė (42,7 proc.)

¹⁵ Bitinas, B.; Rupšienė, L.; Žydžiūnaitė, V. *Kokybinių tyrimų metodologija*. Vilnius: Socialinių mokslų kolegija, 2008, p. 304.

PAASPI: informacija pateikiama įstaigos informaciniuose skelbimuose (56,8 proc.) bei interneto svetainėse (37,5 proc.), pacientai informuojami asmeniškai paštu (33,8 proc.) (2 pav.). Tyrimo metu nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp įstaigų, pateikiančių informaciją apie PP įstaigos interneto svetainėje, atsižvelgiant į regioną, kuriame įsteigta PAASPI ($\chi^2 = 41,9$; IIs = 4; $p = 0,001$). Daugiau gyventojų iš Vilniaus (54,1 proc.), Kauno (39,8 proc.) ir Panevėžio (36,8 proc.) regionų, lyginant su gydytojais iš Klaipėdos (11,9 proc.) ir Šiaulių (16,2 proc.) regionų, nurodė, kad informuoja gyventojus apie PP informaciją pateikdami ir įstaigos interneto svetainėje ($p < 0,05$).



2 pav. PAASPI taikomi gyventojų informavimo apie PP būdai

Tikslinės grupės diskusijos dalyviai patvirtino gydytojų apklausos metu gautus duomenis apie PAASPI taikomas gyventojų informavimo apie PP priemones. Administratorių nuomone, papildomas gyventojų informavimo priemonės taiko mažuma PAASPI. Jų nuomone, PAASPI, kuriose taikomos papildomos gyventojų informavimo priemonės, dažniausiai gyventojai informuojami: pateikiant informaciją apie PP skelbimų lentose, platinant lankstinukus ir informacinius pranešimus.

Keli diskusijos dalyviai pasidalino patirtimi nurodydami jų įstaigose taikomus papildomus gyventojų informavimo būdus: informacinių pranešimų siuntimas gyventojams paštu, skambinimas gyventojams ir kvietimas telefonu, informavimas žinutėmis, taip pat atrankinių amžiaus grupių asmenų informavimas apie PP siunčiant elektroninius laiškus: „Įstaigos centralizuotai siunčia elektroniniu paštu informacinius pranešimus visiems gyventojams, galintiems dalyvauti programose. Taip atrodo, jeigu ir gydytojų paklausinėji, išsiuntėm ir niekas neina, bet jeigu taip pasižiūrėti, kiek buvo, tai vis tiek beveik dvigubai padidėjo tos, kurios ateina pasitikrinti. Reiškia, tas veikia.“ Vienas diskusijos dalyvis pristatė PP įgyvendinimo, taip pat ir PP atrankinės amžiaus grupės asmenų informavimo, organizavimo būdą – PAASPI įdiegtą kabinetą, kuriame teikiamos PP paslaugos. Kaip rodo įstaigos patirtis, šis PP paslaugų teikimo organizavimo būdas leidžia PP atrankinės amžiaus grupės asmenims greičiau gauti PP paslaugas nei registruojantis bendra tvarka, taip pat išvengti eilių bei papildomo gydytojų darbo krūvio teikiant planines PAASPI paslaugas: „Pas mus poliklinikoje, bent jau šiuo metu, dėl dviejų programų priešinės liaukos vėžio ir širdies, tam kabinete, kuriam aš dirbu, mes tas programas ir vykdom, padarom taip, kad jie (pacientai) aplenktų gydytoją, mes paimam tą šaknelę, jo (paciento) parašus ir kraują, ir pacientas su visa ta šaknele keliauja

pas gydytoją ir jisai mato rezultatus, gali įvesti koduką, pasikviesti pacientą, jeigu kažkas yra negerai (visi rezultatai keliauja pas gydytoją).“

Administratoriai pagrindinėmis kliūtimis, su kuriomis susiduriama informuojant gyventojus apie PP, nurodė gyventojų kontaktų PAASPI trūkumą ir gyventojų nesuinteresuotumą dalyvauti PP.

Administratorių teigimu, dauguma PAASPI netaiko papildomų gyventojų informavimo apie PP priemonių, kadangi iš PSDF biudžeto lėšų nėra skiriamas finansavimas už jų taikymą: *„Įstaiga susiduria su problema, kaip gyventojus pakviesti: laiškus įstaigai siųsti kainuoja, laišką išsiuntę, mes parašo negausime, pinigų neatsiimsim, elektroniniu paštu arba elektronines žinutes tik tai vienai programai pernai leido siųsti, ir belieka skambinti žmonėms mobiliariais telefonais arba paprastais – irgi kainuoja, paštu voką siųsti irgi kainuoja, adresai keičiasi, žmonės išvažiuoja.“*

2. Prevencinių programų paslaugų planavimas ir jų įgyvendinimo rezultatų (pasiekimų) vertinimas

Tyrimo duomenimis, trys ketvirtadaliai (74,9 proc.) gydytojų neplanuoja PP paslaugų apimčių, kurias turi suteikti gyventojams per atitinkamą laikotarpį, o ketvirtadalis (25,5 proc.) nevertina PP įgyvendinimo rezultatų (pasiekimų). Detaliau analizuojant įstaigų PP paslaugų planavimo organizavimą nustatyta, kad pusė PP paslaugų apimtis planuojančių gydytojų (52,5 proc.) patys numato tikrintinų asmenų skaičių, penktadaliui gydytojų (24,2 proc.) tikrintinų asmenų skaičių pateikia PAASPI administracija. PP įgyvendinimo rezultatus (pasiekimus) vertinantys gydytojai nurodė, kad dažniausiai suteiktų PP paslaugų apimtis bei veiklos organizavimo aspektus, susijusius su PP vykdymu, analizuoja bendrame darbuotojų susirinkime (86,5 proc.) kas ketvirtį (50,9 proc.). Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp gydytojų, vertinančių PP įgyvendinimo rezultatus, atsižvelgiant į regioną ($x^2 = 11,6$; $l/s = 4$; $p = 0,025$). Daugiau Klaipėdos gydytojų (35,8 proc.) nei Šiaulių (13,5 proc.) ir Vilniaus (17,8 proc.) nevertina PP įgyvendinimo rezultatų ($p < 0,05$).

Dauguma tikslinės grupės diskusijos dalyvių nurodė, kad PP paslaugų apimtys PAASPI nėra planuojamos. Pagrindine priežastimi administratoriai nurodė programinės įrangos, padedančios identifikuoti PP atrankinių amžiaus grupių asmenis ir vykdyti jiems suteiktų paslaugų apskaitą, trūkumą. Diskusijos metu paaiškėjo, kad programinę įrangą, kuria PAASPI identifikuoja PP atrankinės amžiaus grupės asmenis ir vykdo jiems suteiktų PP paslaugų apskaitą, dėl lėšų trūkumo įdiegusios mažuma PAASPI (1 lentelė).

Administratorių, kurių PAASPI įdiegtos programinės įrangos, teigimu, PP patikrų apimčių rezultatai vertinami, tačiau PP paslaugų apimtys, kurios gyventojams turi būti suteiktos per atitinkamą laikotarpį, neplanuojamos. Pasiektų patikrų apimčių rezultatų vertinimas PAASPI labiau susijęs su apmokėjimo už gerus darbo rezultatus stebėseną nei įstaigos strateginiu veiklos planavimu ir rezultatų (pasiekimų) vertinimu. Diskusijos dalyviai taip pat pabrėžė, kad PP paslaugų apimtys PAASPI neplanuojamos ir nevertinamos dėl didelio gydytojų darbo krūvio ir laiko trūkumo. Šių problemų sprendimui PAASPI administratoriai siūlė šalyje kurti centralizuotą gyventojų informavimo-kvietimų sistemą bei didinti gyventojų informuotumą įtraukiant kitų sektorių veiklą.

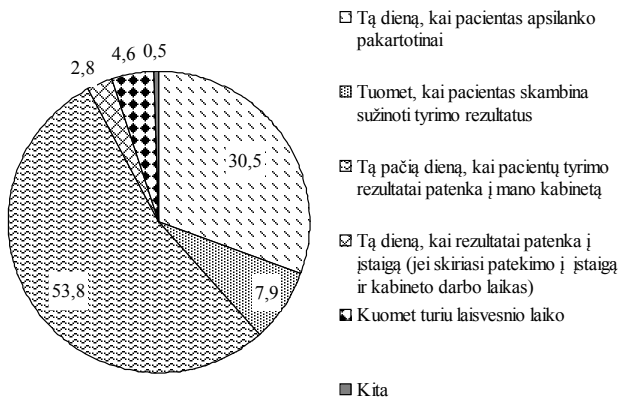
1 lentelė. PP įgyvendinimo organizacinės problemos

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Preveninių programų įgyvendinimo organizaciniai aspektai	Preveninių programų atrankinės amžiaus grupės asmenų identifikavimo ir informavimo bei jiems suteiktų paslaugų apskaitos sistema	<p>„<...> susiskaičiuoji, kad pas mane tą mėnesį yra tiek, imant pagal visas apylinkes, bet kitą mėnesį jau reikia žiūrėti, kurie jau patikrinti, kurie nepatikrinti, nes programos nėra kasmetinės, ir tas ciklas trejų metų kažkaip išmuša iš tų skaičiavimų, <...> išimtis, kurie patikrinti ir kurie susirgę tame tarpe.“</p> <p>„Sukasi ratas jau nuo 2005 metų, tai sukasi vis tie patys ir tie patys pacientai, kurie nuolat lankosi gydymo įstaigoje, o tie, kurie nesilanko, jie taip ir nėra pakviesti.“</p>
	Preveninių programų paslaugų apimčių planavimo ir rezultatų vertinimo sistema	<p>„Aš galvoju, tas planavimas su skaičiais tikrais gali vykti tik tada, kada yra gera informacinė sistema, gera programa, kai duomenis turi, kiek gyventojų, kiek moterų tokios amžiaus grupės yra. Tai čia yra pirmiausia, kad mes tuos duomenis ne visada turim, nes Sveidroje tokios amžiaus grupės nėra, moterų pagal lytį ten irgi nėra. Tos įstaigos, kur neturi jokios sistemos, visų pirma, tų duomenų greičiausiai ir neturi, bet čia yra didžioji Vilniaus miesto dalis ir Lietuvos. Tos, kurios turi šiokią tokią informacinę sistemą, aš jau sakau, mes atseit gerą turim, bet mes vis tiek joje galim išsitraukti moterų skaičių tokios amžiaus grupės, bet paskui vėl programuot reikia ir sekti, o kiek iš jų mes patikrinom, o kiek iš jų atėjo.“</p> <p>„Laiko nėra visai, o apie tą kompiuterinę programą tai išvis kalbos nėra, nėra tų programų, yra tik užrašymas pas specialistus, nedarbingumo lapeliui išduoti, o apie planavimą ir analizę, neįmanoma ir sakyti apie šitą, laiko nėra visai.“</p>

3. Preveninių programų atrankinės amžiaus grupės asmenų tyrimų rezultatų (atsakymų) įvertinimas ir jų informavimas apie rezultatus

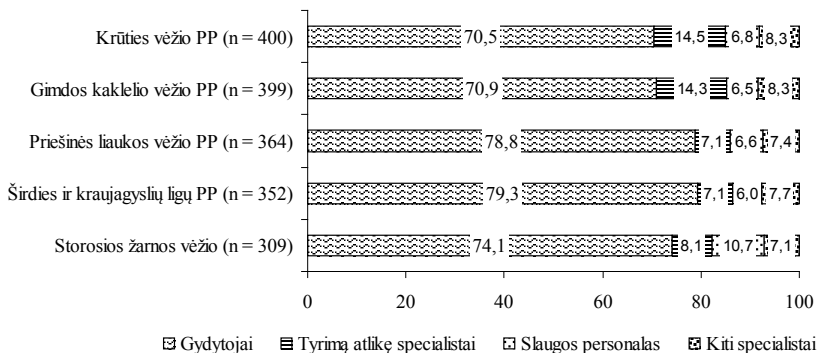
Tyrimo duomenimis, tik pusė gydytojų PP atrankinių amžiaus grupių asmenų tyrimų rezultatus (atsakymus) įvertina tą pačią dieną, kai tyrimų rezultatai patenka į gydytojo kabinetą (53,8 proc.), arba tą dieną, kai rezultatai patenka į įstaigą (2,8 proc.). Kita dalis gydytojų (43,4 proc.) gyventojų tyrimų rezultatus įvertina tada, kai gyventojai patys kreipiasi norėdami sužinoti apie savo tyrimų rezultatus: registruojasi pakartotinai apsilankyti PAASPI (30,5

proc.) arba skambina (7,9 proc.). 4,6 proc. gydytojų rezultatus įvertina, kai turi laisvesnio laiko (3 pav.).



3 pav. Gyventojų PP tyrimų rezultatų (atsakymų) įvertinimas PAASPI, proc. (n = 394)

Tyrimė nustatyta, kad PP tyrimų rezultatus vertina ne tik gydytojai ar tyrimus atlikę specialistai, tačiau ir slaugos bei kiti PAASPI specialistai (4 pav.).



4 pav. PAASPI specialistų, vertinančių gyventojų PP tyrimų (atsakymų) rezultatus, dalis, proc.

Daugiau nei pusė gydytojų (67,4 proc.) gyventojus apie jų tyrimų rezultatus visada informuoja, nepriklausomai, ar rezultatai teigiami, ar neigiami, o trečdalis gydytojų (32,6 proc.) – tik tais atvejais, kai gyventojų tyrimų rezultatai patologiniai (teigiami). Detalesnė gyventojų informavimo apie jų tyrimų rezultatus organizavimo PAASPI analizė parodė, kad dauguma gydytojų (63,8 proc.) visada gyventojus apie jų tyrimų rezultatus informuoja apsilankymo PAASPI metu. Kai gyventojų tyrimų rezultatai patologiniai, gydytojai dažniau gyventojams skambina (36,8 proc.), nei informuoja juos apsilankymo PAASPI metu (15,5 proc.) (p < 0,05).

Tyrimo duomenimis, didesnė gydytojų dalis (88 proc.) teigė, kad gyventojus apie jų tyrimų rezultatus informuoja gydytojai apsilankymo PAASPI metu nei, gydytojų, teigusių, kad gyventojai kreipiasi patys (45 proc.) ($p < 0,05$).

Diskusijos metu paaiškėjo, kad tas pačias PP paslaugas kiekvienoje iš PAASPI teikia skirtingų specialybių asmenys. Dauguma diskusijos dalyvių nurodė, kad tam tikras PP paslaugų priemonės teikia slaugos specialistai, tačiau kiti teigė, kad šias paslaugas PAASPI teikia gydytojai, argumentuodami, kad, remiantis Lietuvos sveikatos sistemos teisės aktais, gyventojams asmens sveikatos paslaugos teikiamos pagal prisirašiusiųjų prie gydytojo aptarnaujamų asmenų sąrašą, o ne slaugos specialisto. Administratorių nuomonė skyrėsi ne tik dėl PAASPI atsakingo specialisto skyrimo teikti konkrečią PP paslaugą ar paslaugos priemonę, tačiau ir dėl specialistų kompetencijos, siekiant užtikrinti teikiamos paslaugos kokybę. Kelių administratorių nuomone, slaugos specialistai nėra kompetentingi teikti tokias PP paslaugų priemones, kaip gyventojų tyrimų rezultatų įvertinimas, tačiau dauguma pažymėjo, kad PP paslaugas galėtų teikti ir kiti medicininį išsilavinimą turintys PAASPI specialistai, siekiant mažinti gydytojų darbo krūvį, susijusį su PP paslaugų teikimu. Administratoriai siūlė papildyti PP įgyvendinimą reglamentuojančius teisės aktus, siekiant slaugos ir kitus PAASPI specialistus įtraukti į PP paslaugų teikimą: „*prevencinių programų apraše galėtų būti parašyta, kad paciento apylinkę aptarnaujantis medicinos personalas*“; „*gydytojo istorijoje turi būti su parašu, o gal galėtų su slaugytojos parašu būti*“; „*slaugytoja galėtų su savo kodu pildyti*“; „*įsakyme galbūt nereikėtų reikalauti to konkrečiai, kas turėtų informuoti, įstaigos atstovo*“.

Rezultatų aptarimas

Širdies ir kraujagyslių bei onkologinių ligų ankstyvosios diagnostikos prevencinės programos priskiriamos visuomenės sveikatos intervencijoms, kurias įgyvendinant galima ženkliai sumažinti gyventojų sergamumą ir mirtingumą nuo šių ligų. PAASPI teikiančių PP paslaugas organizacinių aspektų analizė leido nustatyti PP įgyvendinimo ypatumus ir kliūtis Lietuvoje.

Kaip ir kiekvieno tyrimo rezultatų aptarimo metu paminėtini šio tyrimo informacijos netikslumai. Nors pirminės sveikatos priežiūros grandyje dirbantys gydytojai apklausti iš 10 Lietuvos apskričių miestų ir rajonų, tyrimo rezultatai atspindi labiau miesto PAASPI organizacinius ypatumus nei kaimo, kadangi, kaip parodė detalesnė duomenų analizė, dauguma apklaustųjų (94,2 proc.) dirbo miesto PAASPI (ir iš rajonų). Apklausos rezultatams įtakos galėjo turėti ir klausimų formuluočių: gydytojų prašyta nurodyti pagrindinės darbovietės vietovę, nors yra žinoma, kad gydytojai dažnai dirba keliose darbovietėse ir į bendrąją praktikuojančių Lietuvos gydytojų statistiką patenka kelis kartus. Be to, atliekant tyrimą nesiekta atsižvelgti į PAASPI steigėjo teisinę formą (vieša ar privati). Tikėtina, kad šie veiksniai galėjo turėti įtakos tyrimo rezultatams. Tuo tarpu tikslinės grupės diskusijoje dalyvavo administratoriai iš Vilniaus miesto savivaldybės PAASPI ir išryškino tik šios savivaldybės PP įgyvendinimo PAASPI organizacinius ypatumus. Pažymėtina, kad diskusijoje dalyvavę administratoriai nurodė tas pačias PP įgyvendinimo kliūtis, kurias pažymėjo gydytojai apklausos metu, todėl tyrimo rezultatai leidžia teigti, kad tyrimo metu identifikuotos PP įgyvendinimo organizavimo kliūtys būdingos visai Lietuvos sveikatos priežiūros sistemai.

Tyrimo rezultatai išryškino, kad PAASPI organizaciniai ypatumai lemia, kurie specialistai PAASPI teikia PP paslaugas. Pavyzdžiui, nors Sveikatos apsaugos ministro įsakyme nurodyta, kad gimdos kaklelio vėžio PP paslaugos gali būti teikiamos tiek bendrosios praktikos ir vidaus ligų gydytojo, tiek pirminės asmens sveikatos priežiūros komandos nario –

gydytojo akušerio-ginekologo,¹⁶ visi bendrosios praktikos ir vidaus ligų gydytojai, tyrimo metu nurodę gimdos kaklelio vėžio PP paslaugų neteikimo priežastis, teigė, kad tai akušerio-ginekologo pareiga, ir dėl to jie paslaugų neteikia. Tai leidžia teigti, kad paslaugų teikimas organizuojamas taip, kaip palankiau PAASPI. Galima kelti prielaidą, kad PAASPI, kuriose PP paslaugas teikia pirminės sveikatos priežiūros grandies komanda, gimdos kaklelio vėžio PP teikia tik ginekologas-akušeris, tuo tarpu PAASPI, kurių organizacinėje struktūroje nėra PSP komandos, PP paslaugas teikia bendrosios praktikos gydytojas. Šio tyrimo metu nustatyta, ar dalyvavusieji tyrime dirba komandoje, todėl neaišku, ar tik ši priežastis lemia gydytojų pasirinkimą teikti PP paslaugas. Pažymėtina, kad statistikos duomenimis, kreipimusi skaičius į šeimos gydytojus (298,52/100 gyv.) ženkliai didesnis nei į pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančius ginekologus-akušerius (22,94/100 gyv.), todėl, siekiant dinti dalyvių PP apimtį ir jų informuotumą apie PP, tikslinga, kad PP paslaugas teiktų ne tik ginekologai-akušeriai, tačiau ir šeimos gydytojai¹⁷.

Tyrimo rezultatų analizė apie PAASPI taikomas gyventojų informavimo apie PP priemonės išryškino ir patvirtino kitų autorių tyrimų rezultatus, kuriuose nurodoma, kad šeimos gydytojas yra pagrindinis gyventojų informavimo apie PP šaltinis^{18,19}. Literatūros duomenimis, šeimos gydytojas dažnai tampa ir pagrindiniu gyventojų dalyvavimo PP motyvu²⁰. Šio tyrimo rezultatai atskleidė, kad organizuotas gyventojų informavimo priemonės, tokias kaip gyventojų informavimas individualiai siunčiant laiškus, elektroninius laiškus, skambinant telefonu ar kitas priemones, taiko ne visos PAASPI. Lietuvoje atlikto tyrimo duomenys rodo, kad papildomos gyventojų informavimo apie PP priemonės, tokios kaip laišku siuntimas individualiai atrankinių amžiaus grupių asmenims, padidina dalyvavimo programose apimtį. Tyrimo duomenimis, moteris asmeniškai laišku informuojant apie PP, dalyvių programoje apimtys išaugo beveik du kartus nei taikant įprastas informavimo priemones, kai gyventojai informuojami apsilankymo gydymo įstaigoje metu. Įrodžius priemonės veiksmingumą, rekomenduota Lietuvoje diegti informavimo priemones, kurias taikant atrankinių amžiaus grupių asmenys būtų individualiai informuojami apie programas²¹.

Tikslinės grupės diskusijos dalyviai įvardino tapačias PP įgyvendinimo organizavimo kliūtis, kurių šalinimo svarbą pabrėžia užsienio autoriai²². PAASPI taikomas gyventojų informavimas jų apsilankymo PAASPI metu, kai atrankinės amžiaus grupės asmenys nėra informuojami asmeniškai, taip pat netaikomi kiti gyventojų informavimo būdai nei gyventojų informavimas apsilankymo PAASPI metu atspindi oportunistinės patikros bruožus. Pastarajai būdinga maža didžiausios rizikos grupės pasitikrinusių asmenų dalis ir intensyvi

¹⁶ Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-482 „Dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių finansavimo programos patvirtinimo“, *supra* note 5.

¹⁷ *Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2011 m.* Vilnius: Higienos instituto sveikatos informacijos centras, 2012, 84 p.

¹⁸ *Lietuvoje teikiamų onkologijos paslaugų infrastruktūros tyrimas.* Vilnius: Mokymų, tyrimų ir vystymo centras, 2008, p. 20–26.

¹⁹ Boguševičiūtė, A.; Diržytė, A.; Boguševičius, A. Moterų dalyvavimo atrankinės mamografinės patikros dėl krūtys vėžio programoje motyvai. *Medicina.* 2003, 39(10): 1007–1015.

²⁰ Verikienė, J.; Jankauskienė, D. Projekto „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų apklausos atlikimas ir analizės parengimas“ ataskaita. Vilnius: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2012, p. 9, 32.

²¹ Kurtinaitienė, R.; Rimiene, J. Report of EUROCHIP-3 WP-4 action in Lithuania. Study to increase attendance at screening for cervical cancer, 2011.

²² Von Karsa, L.; Anttila, A.; Ronco, G., *et al.* Cancer screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening (2003/878/EC). 2008, p. 1–160.

mažos rizikos grupių asmenų patikra: dažnai tikrinami asmenys, kurie ir taip dažnai lankosi PAASPI, o retai besilankantys PP tikslinės grupės asmenys (dažniausiai žemesnio socialinio lygmens ir kiti) nėra informuojami ir pasiekiami profilaktiniam patikrinimui. Literatūros duomenimis, šis PP įgyvendinimo organizavimo būdas gali lemti mažą sąnaudų našumą ir menką programų efektyvumą²², o šios PAASPI taikomos gyventojų informavimo praktikos ypatumus Lietuvoje patvirtina ir kitų autorių tyrimai^{21, 23}. Tyrimo, analizavusio gimdos kaklelio vėžio sergamumo bei mirtingumo pokyčius Lietuvoje, duomenimis, prevencinių programų įgyvendinimas Lietuvoje labiau oportunistinio nei organizuoto pobūdžio, kadangi asmenys į patikras sistemingai nekviečiami, bet tikrinami pagal galimybes²³. Europos Taryba, rekomenduodama šalims narėms įgyvendinti prevencines programas valstybės mastu, taip pat pabrėžia, kad PP turėtų būti įgyvendinamos populiaciniu mastu organizuotai, t. y. identifikuojant kiekvieną PP atrankinės amžiaus grupės asmenį ir jį asmeniškai informuojant apie PP^{22, 24}. Kadangi centralizuotos PP atrankinės amžiaus grupės asmenų identifikavimo ir informavimo sistemos diegimas šalyje priklauso nuo šalies turimų žmogiškųjų, finansinių ir kitų išteklių bei veiksmų, Lietuvoje gyventojai nėra informuojami individualiai centralizuotomis priemonėmis, o atsakomybė už gyventojų informavimą apie PP tenka PAASPI. Nors šio tyrimo duomenys leidžia teigti, kad PAASPI taikomos gyventojų informavimo ir jų organizavimo priemonės apie prevencines programas turi įtakos bendram gyventojų informuotumui apie PP ir dalyvavimui jose, PP įgyvendinimo organizavimo ypatumai PAASPI ir teikiamų PP paslaugų kokybė priklauso tik nuo įstaigos individualių finansinių, vadybinių ir kitų galimybių. Tyrimo metu paaiškėjo, kad PAASPI siekdamas gyventojus informuoti apie PP, susiduria su nepakankamo finansinio skatinimo už gyventojų informavimo priemonių diegimą PAASPI kliūtimi ir programinės įrangos, padedančios identifikuoti PP atrankinės amžiaus grupės asmenis ir vykdyti jiems suteiktų paslaugų apskaitą, trūkumo problema.

Tyrimo duomenimis, dėl programinės įrangos trūkumo PAASPI problemiškai vykdomas ir PP paslaugų planavimas, ir PP įgyvendinimo rezultatų (pasiekimų) vertinimas. Prevencinių programų paslaugų apimčių planavimo, planų įgyvendinimo ir tikslinių siekinių įgyvendinimo Klaipėdos miesto ir Klaipėdos rajono PAASPI 2008–2010 m. analizė parodė, kad programų veiklos planuojamos ir įgyvendinamos nesiorientuojant į tolygų rizikos grupių ištyrimą numatytu periodiškumu ir apimtimis, nors programos vykdytos jau penkerius-septynerius metus, patikrų apimtys išliko menkos²⁵. Šio tyrimo duomenimis, PP paslaugas planuoja tik trečdalis Lietuvos PAASPI. Administratoriai įvardino pagrindines priežastis, lemiančias problemišką PP paslaugų planavimą: gydytojų laiko stoką dėl didelio darbo krūvio ir trūkumą programinės įrangos, padedančios identifikuoti atrankinės amžiaus grupės asmenis ir vykdyti jiems suteiktų PP paslaugų apskaitą. Panaši situacija stebima ir PAASPI vykdam PP įgyvendinimo rezultatų vertinimą. Iš tyrimo duomenų paaiškėjo, kad PP įgyvendinimo rezultatus (pasiekimus) vertina daugiau PAASPI, nei vykdo išankstinį jų planavimą, tačiau rezultatų vertinimas dažniausiai susijęs su apmokėjimo už gerus darbo rezultatus stebėseną nei įstaigos strateginiu veiklos planavimu ir rezultatų (pasiekimų) vertinimu.

PP atrankinės amžiaus grupės asmenų tyrimų rezultatų (atsakymų) pirminėje sveikatos priežiūros grandyje įvertinimas yra viena PP paslaugų (arba priemonių), kurią, tyrimo duomenimis, teikia tiek gydytojai, tiek slaugos ir kiti specialistai. Kaip išaiškėjo ir *focus* grupės dalyvių susitikimo metu, diskutuotina, kurių specialybių asmenys PAASPI turėtų atlikti gy-

²³ Smailytė, G.; Rimienė, J.; Gudlevičienė, Ž.; Aleknavičienė, B., *supra* note 12, p. 152–157.

²⁴ *Supra* note 1.

²⁵ Eigirdaitė, A.; Jurkuvėnas, V., *supra* note 13, 4(55): 76–84.

ventojų PP tyrimų rezultatų vertinimus, kadangi Sveikatos apsaugos ministro įsakymuose, reglamentuojančiuose šių PP įgyvendinimą, asmenys atsakingi už šios paslaugos (ar priemonės) vykdymą, nėra įvardinti: Sveikatos apsaugos ministro įsakymuose, reglamentuojančiuose krūties²⁶ ir gimdos kaklelio vėžio²⁷ PP įgyvendinimą, įvardinti atsakingi asmenys už paslaugų teikimą, tačiau nedetalizuoti atsakingi asmenys už šių paslaugų konkrečių priemonių (šiuo atveju rezultatų vertinimo) teikimą. Ministro įsakymuose, reglamentuojančiuose priešinės liaukos²⁸, storosios žarnos vėžio²⁹, širdies ir kraujagyslių ligų³⁰ PP įgyvendinimą, specialybės reikalavimai nenurodomi ir PP paslaugų teikimui. Kaip minėta, tai lemia, kad gyventojų PP tyrimų rezultatų (atsakymų) vertinimas PAASPI vykdomas skirtingai ir už gyventojų PP tyrimų rezultatų įvertinimą atsakingo specialisto paskyrimas priklauso nuo PAASPI PP įgyvendinimo organizavimo ypatumų. Kiti autoriai pabrėžia, kad sunkumų įvertinti į pirminę sveikatos priežiūros grandį grįžusių PP atrankinių amžiaus grupės asmenų tyrimų rezultatus kyla net gydytojams, ypač vertinant mamogramas. Autorių duomenimis, rezultatus vertinantiesiems specialistams keliami aukščiausi profesinės kvalifikacijos reikalavimai^{31, 32}. Be to, įvertinus PP tyrimų rezultatus ir nustatius patologinius rezultatų pokyčius, PP atrankinės amžiaus grupės asmenims sudaromas pirminės prevencijos priemonių planas, skiriami siuntimai į antrinę sveikatos priežiūros grandį ir kiti, gydytojo specialybės kvalifikacinių žinių reikalaujantys veiksmai. Šio tyrimo metu, siekiant sumažinti gydytojų darbo krūvį, administratoriai rekomendavo slaugos specialistus įtraukti į PP paslaugų ar tam tikrų PP paslaugų priemonių teikimą, tarp jų ir gyventojų tyrimų rezultatų vertinimą.

Tyrimu nustatyta, kad tik pusė apklaustųjų gydytojų nurodė, kad jie vertina gyventojų tyrimų rezultatus (atsakymus) tą pačią dieną, kai patenka į jų kabinetą arba PAASPI. Kita gydytojų dalis teigė, kad rezultatus įvertina tuomet, kai gyventojai patys savo iniciatyva kreipiasi į gydytojus, siekdami sužinoti tyrimų rezultatus (arba įvertina laisvu gydytojų laiku). Tikėtina, kad ne visi gyventojai kreipiasi, kad sužinotų savo tyrimų rezultatus, šiuo atveju dalis PP tyrimų rezultatų gali likti neįvertinti. Šie duomenys, *kad gydytojai gyventojų tyrimų rezultatus įvertina tuomet, kai gyventojai apsilanko pakartotinai PAASPI, ir kad gyventojus dažniau informuoja gydytojai, nei jie kreipiasi patys*, leidžia kelti prielaidą, kad gyventojai yra skatinami registruotis pakartotinai apsilankyti PAASPI, kad sužinotų apie savo PP tyrimų rezultatus. Toks gyventojų informavimo apie tyrimų rezultatus būdas gali padidinti PAASPI specialistų darbo krūvį, o gyventojai tyrimų rezultatus sužino vėliau, nei galėtų. Pabrėžtina, kad įgyvendinant PP turėtų būti siekiama išaiškinti ligas kuo ankstyvesnėje jų stadijoje, o šis PP įgyvendinimo organizavimo PAASPI aspektas turi įtakos bendro laukiamo rezultato

²⁶ Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymas Nr. V-729 „Dėl atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo“, *supra* note 4.

²⁷ Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-482 „Dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių finansavimo programos patvirtinimo“, *supra* note 5.

²⁸ Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-973 „Dėl priešinės liaukos vėžio ankstyvos diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“, *supra* note 6.

²⁹ Sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymas Nr. V-508 „Dėl storosios žarnos ankstyvos diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“, *supra* note 7.

³⁰ Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V-913 „Dėl asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“, *supra* note 3.

³¹ Jonaitienė, E.; Želvienė, A.; Strodamskytė, M. Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio etiniai aspektai. *Medicinos teorija ir praktika*. 2007, 13(3): 274–280.

³² Brenner, R. J. Mammography and malpractice litigation: current status, lessons and admonitions. *American Journal of Roentgenology*. 1993, 161: 931–5.

pasiekimui. Akivaizdu, kad rezultatų identifikavimas prevencinių programų tyrimų metu mažai naudingas, jei tolesni veiksmai (tyrimai ir gydymas) nėra atliekami laiku. Pavyzdžiui, Jungtinėje Karalystėje pristatyti gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos įgyvendinimo strategijos 2011 m. rezultatai rodo, kad 98,6 proc. moterų informuojamos apie jų tyrimų rezultatus (atsakymus) per 2 savaites nuo jų patikros dienos³³.

Tyrimo metu nustatyta, kad PP įgyvendinimo pirminėje sveikatos priežiūros grandyje organizaciniai ypatumai lemia skirtingą PP įgyvendinimą PAASPI ir paslaugų teikimą Lietuvoje. Prevencinių programų paslaugų teikėjų apklausos ir diskusijos analizė leido identifikuoti problemiškas prevencinių programų įgyvendinimo sritis, tačiau siekiant įdiegti efektyvų prevencinių programų paslaugų teikimo modelį Lietuvoje, rekomenduotina atlikti išsamesnę PAASPI taikomų organizacinių būdų analizę ir jų pagrįstumą, taip pat įvertinti priemones, kurios yra efektyviausios skatinant gyventojus dalyvauti prevencinėse programose.

Išvados

1. Dažniausiai gyventojus apie prevencines programas PAASPI informuoja gydytojai (97,5 proc.) ar slaugos specialistai (83,5 proc.). Papildomas gyventojų informavimo priemonės taiko mažiau nei pusė (42,7 proc.) PAASPI. Pagrindinės kliūtys, lemiančios, kad ne visos PAASPI taiko įvairias gyventojų informavimo priemones, – nepakankamas finansinis PAASPI skatinimas už šių priemonių diegimą.

2. Trys ketvirtadaliai PAASPI neplanuoja prevencinių programų paslaugų, ketvirtadalis nevertina prevencinių programų įgyvendinimo rezultatų. Prevencinių programų įgyvendinimo planavimas ir rezultatų vertinimas PAASPI vykdomas problemiška dėl gydytojų laiko stokos ir trūkumo programinės įrangos, padedančios identifikuoti atrankinės amžiaus grupės asmenis ir valdyti jiems suteiktą paslaugų apskaitą.

3. Tik pusės (56,4 proc.) PP atrankinės amžiaus grupės asmenų tyrimų rezultatai įvertinami tą pačią dieną, kai patenka į gydytojo kabinetą ar PAASPI. Gyventojai apie jų tyrimų rezultatus dažniau informuojami pakartotinio apsilankymo PAASPI metu.

Rekomendacijos

- Diegti organizuotas gyventojų informavimo apie prevencines programas priemones (asmeniniai kvietimai elektroniniu paštu, telefonu ir kt.) ir užsienio šalyse taikomas efektyvias organizacines prevencinių programų paslaugų teikimo priemones (atsiliepimų apie suteiktas paslaugas sistema, paslaugų teikėjų ir gavėjų priminimo sistemos ir kt.).
- Spręsti prevencinių programų įgyvendinimo organizavimo problemas: gydytojų laiko stokos dėl per didelio darbo krūvio problemą bei finansinio skatinimo už prevencinių programų įgyvendinimą PAASPI klausimą.
- Įvertinti priemones, kurios yra efektyviausios skatinant gyventojus dalyvauti prevencinėse programose, atitinkamai skirti finansavimą už jų įgyvendinimą.
- Įvertinti galimybes taikyti centralizuotą prevencinių programų atrankinės amžiaus grupės asmenų identifikavimą ir asmeninį informavimą apie vykdomas PP šalyje.

³³ Patnick, J. NHS Cervical Screening Programme Annual Review 2011. *NHS Cancer Screening Programmes*. 2012, 1–24.

Literatūra

1. Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa, patvirtinta sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymu Nr. V-913. *Valstybės žinios*. 2005, Nr.145-5288.
2. Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa, patvirtinta sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymu Nr. V-729. *Valstybės žinios* 2005, Nr. 117-4249.
3. Bitinas, B.; Rupšienė, L.; Žydzūnaitė, V. *Kokybinių tyrimų metodologija*. Vilnius: Socialinių mokslų kolegija, 2008, p. 304.
4. Boguševičiūtė, A.; Diržytė, A.; Boguševičius, A. Moterų dalyvavimo atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio programoje motyvai. *Medicina*. 2003, 39(10): 1007-1015.
5. Brenner, R. J. Mammography and malpractice litigation: current status, lessons and admonitions. *American Journal of Roentgenology*. 1993, 161: 931-935.
6. Council of the European Union. *Council Recommendation of 2 December 2003 on Cancer Screening*. 2003, 878/EC.
7. Eigirdaitė, A.; Jurkuvėnas, V. Prevencinių programų įgyvendinimo Klaipėdos miesto ir rajono pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigose 2008–2010 metais vertinimas. *Visuomenės sveikata*. 2011, 4(55): 76-84.
8. *European heart health charter* [interaktyvus]. [žiūrėta 2013-03-28]. <<http://www.heartcharter.org/read-charter/default.aspx>>.
9. Evans, D. C.; Nichol, W. P.; Perlin, J. B. Effect of the implementation of an enterprise – wide Electronic Health Record on productivity in the Veterans Health Administration. *Health Econ Policy Law*. 2006, 1(2):163-169.
10. Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių finansavimo programa, patvirtinta sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymu Nr. V-482. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 104-3856.
11. *Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2011 m.* Vilnius: Higienos instituto sveikatos informacijos centras, 2012, 84 p.
12. Jonaitienė, E.; Želvienė, A.; Strodomskytė, M. Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio etiniai aspektai. *Medicinos teorija ir praktika*. 2007, 13(3): 274-280.
13. Kurtinaitienė, R.; Rimiene, J. *Report of EUROCHIP-3 WP-4 action in Lithuania. Study to increase attendance at screening for cervical cancer, 2011.*
14. *Lietuvoje teikiamų onkologijos paslaugų infrastruktūros tyrimas*. Vilnius: Mokymų, tyrimų ir vystymo centras, 2008, p. 2-26.
15. *NHS Cervical Screening Programme* [interaktyvus]. [žiūrėta 2013-04-04]. <<http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/about-cervical-screening.html>>.
16. Patnick, J. *NHS Cervical Screening Programme Annual Review 2011. NHS Cancer Screening Programmes*. 2012, 1-24.
17. Priešinės liaukos vėžio ankstyvos diagnostikos finansavimo programa, patvirtinta sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 14 d. įsakymu Nr. V-973. *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 152-5617; 2005, Nr. 152-5617.
18. Smailytė, G.; Rimiene, J.; Gudlevičienė, Ž.; Aleknavičienė, B. Gimdos kaklelio patologijos patikros programos vykdymo įtaka sergamumui gimdos kaklelio vėžiu Lietuvoje. *Medicinos teorija ir praktika*. 2010, 16(2): 152-157.

19. Storosios žarnos ankstyvos diagnostikos finansavimo programa, patvirtinta sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymu Nr. V-508. *Valstybės žinios*. 2009, Nr. 79-3321.
20. Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 143-5205.
21. Valstybinė ligonių kasa [žiūrėta 2013-04-01]. <<http://www.vlk.lt/vlk/lt/?page=info&id=139>>.
22. Verikienė, J.; Jankauskienė, D. Projekto „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų apklausos atlikimas ir analizės parengimas“ ataskaita. Vilnius: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2012, p. 9, 32.
23. Von Karsa, L.; Anttila, A.; Ronco, G., *et al.* Cancer screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening (2003/878/EC). 2008, p. 1-160.

Organizational Peculiarities of Cardiovascular and Cancer Screening Programmes Implementation in Primary Health Care

Aušra Eigirdaitė, Gintarė Petronytė
Mykolas Romeris University, Lithuania
Institute of Hygiene, Lithuania

Virginija Kanapeckienė, Vytautas Jurkuvėnas
Institute of Hygiene, Lithuania

Summary

One of the most effective public health interventions reducing the incidence and mortality rates from cardiovascular and cancer diseases are screening programmes.

The aim of this study is to assess the organizational peculiarities of cardiovascular and cancer screening programmes (SP) implementation in primary health care (PHC). The survey involved data from anonymous questionnaires of Lithuania's physicians and focus group discussion of Vilnius city primary health care institutions' administrators.

The research revealed existing screening programmes implementation barriers in PHC: due to lack of physicians time, financial support and software (that helps to identify and account the provided programmes services) in PHC institutions, they do not use various interventions that promote public awareness and increase the coverage of participants; most of them neither plan nor evaluate the SP implementation results; half of them analyse the test results later than they get them. Furthermore, the results revealed that organizational screening programmes implementation peculiarities in PHC affect different programmes implementation between the PHC institutions and cause unequal provision of screening programmes services in Lithuania. In order to improve screening programmes implementation in Lithuania, it is recommended to conduct a more detailed research that identifies the organizational interventions used in PHC units and evaluates their effectiveness.

Keywords: *cardiovascular and cancer diseases, screening programmes, primary health care, organizational peculiarities.*

Aušra Eigirdaitė, Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto Politikos mokslų instituto magistrė, Higienos instituto Visuomenės sveikatos technologijų centro Tyrimų ir technologijų vertinimo skyriaus vyr. specialistė.

Gintarė Petronytė, Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto Politikos mokslų instituto lektorė.

Virginija Kanapeckienė, Higienos instituto Visuomenės sveikatos technologijų centro Inovacijų skyriaus vadovė, biomedicinos mokslų daktarė.

Vytautas Jurkuvėnas, Higienos instituto direktoriaus pavaduotojas, medicinos mokslų daktaras.

Aušra Eigirdaitė, Mykolas Romeris University, Faculty of Policy and Management, Postgraduate of Institute of Political Science; Institute of Hygiene, Public Health Technology Department, Senior specialist of Research and Technology assessment unit.

Gintarė Petronytė, Mykolas Romeris University, Faculty of Policy and Management, Doctor of Biomedicine, lecturer at the Institute of Political Science; Institute of Hygiene, Public Health Technology department, Senior specialist of Innovations unit.

Virginija Kanapeckienė, Institute of Hygiene, Public Health Technology Department, Doctor of Biomedicine, Head of Innovations unit.

Vytautas Jurkuvėnas, Doctor of Medicine, Deputy Director of Institute of Hygiene.