

SVEIKATOS POLITIKA IR VALDYMAS

Mokslo darbai · Research Papers

HEALTH POLICY AND MANAGEMENT

1(9)

2016

ISSN 2029-3569 PRINT

ISSN 2029-9001 ONLINE

DOI:10.13165/SPV



MYKOLO ROMERIO
UNIVERSITETAS

ISSN 2029-3569 PRINT
ISSN 2029-9001 ONLINE
DOI:10.13165/SPV

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

SVEIKATOS POLITIKA IR VALDYMAS

MOKSLO DARBAI
2016 1(9)

2016
Vilnius

Sveikatos politika ir valdymas yra Mykolo Romerio universiteto mokslo darbų leidinys, kurio tikslas yra skatinti mokslinį dialogą tarp Europos ir pasaulio mokslininkų, analizuoti sveikatos politikos ir vadybos mokslų problemas atspindinčias nacionalinių bei tarptautinių kontekstą ir aplinką, skleisti inovatyvių tyrimų patirtį, plėtoti tarpdisciplininius socialinių ir biomedicinos bei humanitarinių mokslų krypčių tyrimus.

Redaktorių kolegija

Pirmininkė: prof. dr. Danguolė Jankauskienė, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva; Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, Lietuva

Nariai:

Prof. dr. Ilze Akota, Rygos Stradinio universitetas, Latvija
Doc. dr. Paul Daniel Bartels, Orhuso universitetas, Europos sveikatos priežiūros kokybės asociacija, Danija
Prof. dr. Eglė Bilevičiūtė, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva
Doc. dr. Aistė Diržytė, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva
Prof. habil. dr. Vilius Grabauskas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Lietuva
Prof. Edmond Georgijevič Eidemiller, Šiaurės Vakarų I. I. Mečnikovo universitetas, Rusijos Federacija
Doc. dr. Aldona Jociūtė, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva
Prof. dr. Egon Jonsson, Kalgary, Alberta universitetai, Sveikatos ekonomikos institutas, Kanada
Prof. habil. dr. Vinsas Janušonis, Klaipėdos universitetinė ligoninė, Klaipėdos universitetas, Lietuva
Doc. dr. Vytautas Jurkuvėnas, Higienos institutas, Vilniaus universitetas, Lietuva
Prof. dr. Jonas Juškevičius, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva
Doc. dr. Diane L. Kelly, Šiaurės Karolinos universitetas, Gilling visuomenės sveikatos mokykla, Jungtinės Amerikos valstijos
Prof. dr. Mark McCarthy, Londono Universiteto koledžas, Jungtinė Karalystė
Dr. Kęstutis Miškinis, Valstybinė ligonių kasa, Lietuva
Prof. dr. Andrius Narbekovas, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva
Prof. dr. Birutė Pitrėnaitė-Žilėnienė, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva
Prof. habil. dr. Stasys Puškorius, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva
Prof. habil. dr. Donatas Stakišaitis, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva
Prof. dr. Nijolė Vasiljevienė, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva
Prof. dr. Irena Žemaitaitytė, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva

Atsakinga redaktorė: dr. Barbara Stankevič, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva

Redakcijos adresas:

Mykolo Romerio universitetas
Politikos ir vadybos fakultetas
Politikos mokslų institutas
Valakupių g. 5, LT-10101 Vilnius, Lietuva
El. paštas: pvf@mruni.eu

Interneto svetainė: <http://spv.mruni.eu>

Mokslo darbų leidinys **Sveikatos politika ir valdymas** leidžiamas nuo 2009 m., ir yra įtrauktas į EBSCO Publishing, Inc., PROQUEST tarptautines duomenų bases.

ISSN 2029-3569 PRINT
ISSN 2029-9001 ONLINE
DOI:10.13165/SPV

MYKOLAS ROMERIS UNIVERSITY

HEALTH POLICY AND MANAGEMENT

**RESEARCH PAPERS
2016 1(9)**

2016
Vilnius

Mykolas Romeris university scientific journal **Health Policy and Management** aims to encourage a scientific dialogue between the European and global researchers; analyze the problems of health policy and management, reflecting national and international context and environment; disseminate innovative research experience, develop the research of interdisciplinary social and biomedical sciences and humanities.

Editorial board

Chairman: Prof. Dr. Danguolė Jankauskienė Mykolas Romeris University, Lithuania; Vilnius University Hospital Santariskiu Klinikos, Lithuania

Members:

Prof. Dr. Ilze Akota, Riga Stradins University, Latvia

Assoc. Prof. Dr. Paul Daniel Bartels, Aarhus university, European Society for Quality in Healthcare, Denmark

Prof. Dr. Eglė Bilevičiūtė, Mykolas Romeris University, Lithuania

Assoc. Prof. Dr. Aistė Diržytė, Mykolas Romeris University, Lithuania

Prof. Habil. Dr. Vilius Grabauskas, Lithuanian University of health sciences, Lithuania

Prof. Dr. Edmond G. Eidemiller, North – Western medical I.I. Metshnikov State University, Russian Federation

Assoc. Prof. Dr. Aldona Jociūtė, Mykolas Romeris University, Lithuania

Prof. Dr. Egon Jonsson, University of Alberta, and University of Calgary, Institute of Health Economics, Canada

Prof. Habil. Dr. Vinsas Janušonis, Klaipėda university hospital, Klaipėda university, Lithuania

Assoc. Prof. Dr. Vytautas Jurkuvėnas, Hygiene institute, Vilnius University, Lithuania

Prof. Dr. Jonas Juškevičius, Mykolas Romeris University, Lithuania

Assoc. Prof. Dr. Diane Kelly, University of North Carolina, Gillings School of Global Public Health, United States of America

Prof. Dr. Mark McCarthy, University College London, United Kingdom

Dr. Kęstutis Miškinis, State Sickness Fund, Lithuania

Prof. Dr. Andrius Narbekovas, Mykolas Romeris University, Lithuania

Prof. Dr. Birutė Pitrenaitė-Zilėnienė, Mykolas Romeris University, Lithuania

Prof. Habil. Dr. Stasys Puškorius Mykolas Romeris University, Lithuania

Prof. Habil. Dr. Donatas Stakišaitis, Mykolas Romeris University, Lithuania

Prof. Dr. Nijolė Vasiljeviėnė, Mykolas Romeris University, Lithuania

Prof. Dr. Irena Žemaitaitytė, Mykolas Romeris University, Lithuania

Executive Editor: Dr. Barbara Stankevič, Mykolas Romeris University, Lithuania

Address of Editorial board:

Mykolas Romeris university

Faculty of Policy and Management

Institute of Political Sciences

Valakupių 5, LT-10101 Vilnius, Lithuania

E-mail: pvf@mruni.eu

Internet address: <http://hpm.mruni.eu>

The scientific journal **Health Policy and Management** is included in the EBSCO Publishing, Inc., PROQUEST international databases.

TURINYS

MINDAUGAS ŠTELEMĖKAS, VAIDA LIUTKUTĖ, NIJOLĖ GOŠTAUTAITĖ-MIDTTUN, AURELIJUS VERYGA, RUGILĖ IVANAUSKIENĖ Mokslo įrodymais grįstos tabako ir alkoholio kontrolės politikos formavimo vertinimas: Lietuvos Respublikos Seimo narių balsavimų retrospektyvi analizė	/ 7
GINTARĖ PETRONYTĖ, VAIDA AGUONYTĖ, ROLANDA VALINTĖLIENĖ, RAMUNĖ KALĖDIENĖ, MINDAUGAS STANKŪNAS Tarpsektorinis bendradarbiavimas sveikatos netolygumų srityje suinteresuotųjų požiūriu	/ 27
DANGUOLĖ JANKAUSKIENĖ Ligonių sveikatos priežiūros kokybės rodiklių vertinimo modelis	/ 42
SKIRMANTĖ JUREVIČIŪTĖ, RAMUNĖ KALĖDIENĖ Teritoriniai išvengiamos hospitalizacijos netolygumai Lietuvoje	/ 69
AUŠRA BILOTIENĖ MOTIEJŪNIENĖ LEAN metodo taikymas specializuotoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje	/ 85
AELITA SKARBALIENĖ, JOANA BIKULČIENĖ Neatlygintinos kraujo donorystės skatinimas Lietuvoje	/ 119
VILMA MIGLINĖ Socialinio atsparumo po ekstremaliųjų įvykių stiprinimas: pirmosios psichologinės pagalbos teikimo principai	/ 131
RASA ŠULSKIENĖ, ALDONA GAIŽAUSKIENĖ Pacientų požiūris į Psichikos dienos stacionaro teikiamas paslaugas: atvejo analizė	/ 151

CONTENT

MINDAUGAS ŠTELEMĖKAS, VAIDA LIUTKUTĖ, NIJOLĖ GOŠTAUTAITĖ-MIDTTUN, AURELIJUS VERYGA, RUGILĖ IVANAUSKIENĖ Assessing Formation of Evidence Based Tobacco and Alcohol Control Policy in Lithuania: the Retrospective Analysis of Voting of the Members of Parliament	/ 7
GINTARĖ PETRONYTĖ, VAIDA AGUONYTĖ, ROLANDA VALINTĖLIENĖ, RAMUNĖ KALĖDIENĖ, MINDAUGAS STANKŪNAS Stakeholders' Attitudes Towards Intersectoral Collaboration in the Area of Health Inequalities	/ 27
DANGUOLĖ JANKAUSKIENĖ Hospital Health Care Quality Evaluation Model	/ 42
SKIRMANTĖ JUREVIČIŪTĖ, RAMUNĖ KALĖDIENĖ Regional Inequalities in Avoidable Hospitalisation in Lithuania	/ 69
AUŠRA BILOTIENĖ MOTIEJŪNIENĖ Significance of the Application of LEAN System Elements in the Specialised Personal Health Care Institution: Staff Attitude	/ 85
AELITA SKARBALIENĖ, JOANA BIKULČIENĖ Motivation and Retention of Voluntary, Non-remunerated Blood Donors. Lithuanian Case	/ 119
VILMA MIGLINĖ Promoting Social Resilience to Disasters: the Principles of Delivery of Psychological First Aid	/ 131
RASA ŠULSKIENĖ, ALDONA GAIŽAUSKIENĖ Attitudes of Patients Towards Mental Day Care: Case Study	/ 151

MOKSLO ĮRODYMAIS GRĮSTOS TABAKO IR ALKOHOLIO KONTROLĖS POLITIKOS FORMAVIMO VERTINIMAS: LIETUVOS RESPUBLIKOS SEIMO NARIŲ BALSAVIMŲ RETROSPEKTYVI ANALIZĖ

Mindaugas Štelemėkas

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Visuomenės sveikatos fakulteto
Sveikatos tyrimų institutas
Tilžės g. 18, LT-47181 Kaunas, Lietuva
Telefonas (+370 37) 242905
Elektroninis paštas mindaugas.stelemekas@ismuni.lt

Vaida Liutkutė

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Visuomenės sveikatos fakulteto
Sveikatos tyrimų institutas
Tilžės g. 18, LT-47181 Kaunas, Lietuva
Telefonas (+370 37) 242905
Elektroninis paštas vaida.liutkute@ismuni.lt

Nijolė Goštautaitė-Midttun

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Visuomenės sveikatos fakulteto
Sveikatos psichologijos katedra
Tilžės g. 18, LT-47181 Kaunas, Lietuva
Telefonas (+370 37) 407930
Elektroninis paštas nijole.gostautaitemidttun@ismuni.lt

Aurelijus Veryga

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Visuomenės sveikatos fakulteto
Sveikatos tyrimų institutas
Tilžės g. 18, LT-47181 Kaunas, Lietuva
Telefonas (+370 37) 407930
Elektroninis paštas aurelijus.veryga@ismuni.lt

Rugilė Ivanauskienė

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Visuomenės sveikatos fakulteto

Sveikatos tyrimų institutas

Tilžės g. 18, LT-47181 Kaunas, Lietuva

Telefonas (+370 37) 407930

Elektroninis paštas rugile.ivanauskiene@lsmuni.lt

Pateikta 2015 m. rugsėjo 14 d., parengta spausdinti 2015 m. gruodžio 10 d.

DOI:10.13165/SPV-16-1-9-01

Santrauka

Tikslas. Sukurti LR Seimo narių balsavimo tabako ir alkoholio kontrolės politikos srityje vertinimo instrumentą bei pristatyti pagrindinius balsavimo rodiklio (reitingo) rezultatus, apibendrinančius 2012–2015 m. LR Seimo narių balsavimus.

Tyrimo metodika. Remiantis LR Seimo interneto svetainėje pateikiama balsavimų tabako ir alkoholio kontrolės politikos klausimais statistika, analizuoti 57 visuomenės sveikatos požiūriu teigiami ir neigiami balsavimai, vykę nuo 2012 m. lapkričio 16 d. iki 2015 m. birželio 30 d. Tyrime vystomas metodinis instrumentas, kuris padeda įvertinti tabako ir alkoholio kontrolės politikos klausimais balsuojančius LR Seimo narius ir frakcijas. LR Seimo narių įvertinimai skaičiuoti sumuojant kiekvieną balsą, prilygintą atitinkamam svorio koeficientui, atsižvelgiant į tai, ar balsuota teigiamai, neigiamai, susilaikyta arba iš viso nedalyvauta posėdžio balsavime. Susumuota kiekvieno LR Seimo nario teigiamų ir neigiamų balsų (svorio koeficientų) suma buvo paversta į 10 balų vertinimo sistemą, kur blogiausias įvertinimas yra 0 balų, o geriausias – 10. Bendras LR Seimo frakcijų įvertinimas gautas išvedant vidurkį iš tabako ir alkoholio srities įvertinimų.

Rezultatai. Sukūrus ir pritaikius LR Seimo narių balsavimų vertinimo instrumentą šešių 2012–2016 m. LR Seimo kadencijos sesijų laikotarpiui, nustatyta, kad viso per 57 balsavimus tabako ir alkoholio kontrolės politikos klausimais vidutiniškai balsavo 75 LR Seimo nariai (mažiausiai – 38; daugiausia – 114). Iš 146 įvertintų buvusių ir esamų LR Seimo narių 58 proc. buvo įvertinti mažiau nei 5 balais (neigiami įvertinimai), 27 proc. įvertinti 5–7 balais, 13 proc. – 8 balais ir 2 proc. – 9–10 balų. LR Seimo frakcijų įvertinimai atspindi įvertinimų sklaidą tarp joms priklausančių LR Seimo narių. Aukščiausi įvertinimai teko Lietuvos lenkų rinkimų akcijos ir Tėvynės sąjungos-Lietuvos krikščionių demokratų frakcijoms (atitinkamai 6,3 ir 5,9 balo). Darbo partijos bei „Tvarka ir teisingumas“ frakcijos vos viršijo teigiamo įverčio ribą (atitinkamai 5,1 ir 5,3 balo). Neigiami įvertinimai skirti Liberalų sąjūdžio frakcijai (2,3 balo), Lietuvos socialdemokratų partijos frakcijai (4,4 balo) bei Mišriai Seimo narių grupei (4,6 balo).

Išvados. Įvertinus LR Seimo narių balsavimus, matyti dideli skirtumai tarp individualių LR Seimo narių balsų, priklausančių toms pačioms frakcijoms. Daugiau kaip pusė LR Seimo narių gavo neigiamus įvertinimus, kuriuos lėmė dažnas nedalyvavimas LR Seimo posėdžių balsavimuose.

Reikšminiai žodžiai: tabako ir alkoholio kontrolės politika, LR Seimo nariai, LR Seimo frakcijos, tabakas, alkoholis.

Įvadas

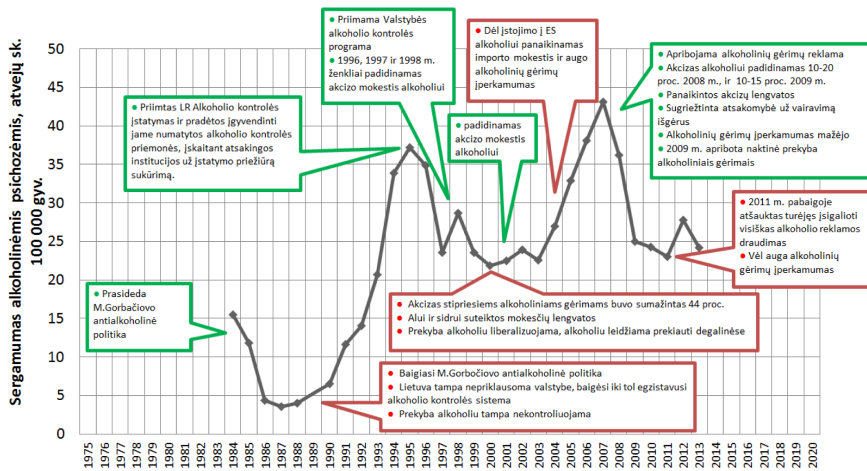
Šalies visuomenės sveikatos rodikliai, tokie kaip rizikos veiksnių paplitimas, sergamumas ir mirtingumas iš dalies priklauso nuo politinių sprendimų, lemiančių visuomenės sveikatos politikos priemonių įgyvendinimą. Alkoholio ir tabako vartojimas yra pagrindiniai gyvenimo sąlygojami rizikos veiksniai, kurie sukelia lėtines neinfekcines ligas, pavyzdžiui, širdies ir kraujagyslių ligas, vėžį, virškinamojo trakto ligas, lėtines plaučių ligas [1]. Tabako vartojimas pasaulyje sukelia 12 proc., o Europoje 16 proc. visų 30 metų ir vyresnių žmonių mirčių [2]. Tuo tarpu alkoholio vartojimo sąlygotos mirtys 2003–2011 m. sudarė mažiausiai 9 proc. visų mirčių Lietuvoje [3].

Minėtų teisėtai gaminamų ir platinamų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas sukelia sunkias socialines ir ekonomines pasekmes, todėl jų apyvartos ribojimas ir kontrolė visuomenės sveikatos politikos srityje užima ypatingą vietą. Tai patvirtino ir Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas 2004 m. sausio 26 d. nutarimu [4], kuriame konstatuota, kad *alkoholio vartojimas gali turėti neigiamų padarinių fizinei, psichologinei ir socialinei asmenų, jų grupių ar net visuomenės būklei*, todėl alkoholio gamybai, importui, prekybai arba kitokiam realizavimui yra nustatytas ypatingas valstybinio reguliavimo režimas (LR Alkoholio kontrolės įstatymo 4 str. 1 d.). Teisinis visos politikos, įskaitant ir tabako bei alkoholio kontrolės politiką, reglamentavimas priklauso Lietuvos Respublikos Seimo (LR Seimas) kompetencijai; būtent LR Seimo narių balsavimu yra priimami įstatymai, kuriais remiantis įgyvendinami ilgalaikiai valstybės politikos tikslai.

Vertinant LR Seimo narių pasisakymus, politinių partijų ir LR Vyriausybės dokumentus (politinių partijų rinkimų programas, LR Vyriausybės programą, LR Alkoholio kontrolės įstatymą) galima suprasti, kad šalyje egzistuoja politinis sutarimas dėl būtinybės mažinti tabako ir alkoholio sukeltą žalą, tačiau išsiskiria nuomonės dėl priemonių, kurios padėtų tai pasiekti. Šiuos politinių nuomonių skirtumus lemia ideologiniai skirtumai bei interesų grupių daroma įtaka.

Mokslo požiūriu, veiksmingas alkoholio ir tabako kontrolės politikos yra žinomos, jų vertė nekvestionuojama, priimtinausias veiksmingumo ir kaštų požiūriu priemonės nedviprasmiškai rekomenduoja tarptautiniai tabako ir alkoholio kontrolės politikai skirti dokumentai, Europos Sąjungos finansuoti ty-

rimai, PSO rekomendacijos [5–11]. Šių priemonių veiksmingumą pagrindžia ir Lietuvoje taikytų alkoholio kontrolės politikos priemonių retrospektyvi apžvalga (1 pav.), iliustruojanti mokslu grįstų priemonių (įperkamumo ir prieinamumo mažinimo bei reklamos draudimo) poveikį alkoholio vartojimo pasekmių (alkoholinių psichozių rodiklio) pokyčiams.



1 pav. 1984–2013 m. įgyvendintų alkoholio kontrolės politikos priemonių poveikis alkoholinių psichozių rodikliui Lietuvoje

Trumpai apibendrinant svarbiausias ir ekonomiškai veiksmingiausias moksliniuose tyrimuose apibrėžtas alkoholio kontrolės priemones, dažniausiai išskiriamos trys pagrindinės grupės: 1) alkoholinių gėrimų kainos (accizo) didinimas; 2) alkoholinių gėrimų reklamos uždraudimas; 3) prieinamumo mažinimas (licencijavimo sistema, pardavimo laiko ribojimai, pardavimo vietų skaičiaus mažinimas, valstybės pardavimų monopolis, minimalaus alkoholio vartojimo amžiaus nustatymas ir t. t.) [5–7, 9, 10].

Be poveikį visai populiacijai turinčių alkoholio kontrolės politikos priemonių yra daug veiksmingų kontrolę tikslinėse grupėse užtikrinančių priemonių: 1) neblaivių vairuotojų kontrolė – atsitiktinis vairuotojų blaivumo tikrinimas, mažesnis alkoholio koncentracijos kraujyje limitas arba 0 promilių limitas nustatymas visiems vairuotojams, teisės vairuoti atėmimas ir kelių pakopų vairuotojo pažymėjimo išdavimo sistema; 2) žalingai vartojančiųjų arba priklausomųjų asmenų gydymas – minimaliųjų (trumpųjų) intervencijų diegimas šeimos medicinos praktikoje, priklausomųjų asmenų gydymas, savitarpio pagalbos grupių rėmimas [5–7, 9, 10].

Mažiausiai veiksmingoms alkoholio kontrolės politikos priemonėms priskiriamos alkoholio pramonės arba prekybos vietų atsakingo elgesio taisyklės („garbės kodeksai“) bei atskirai taikomos švietimo programos (mokyklose, universitetuose, visuomenėje). Švietimo programos gali turėti pridėtinį teigiamą poveikį tik tada, kai diegiamos kartu su kitomis įrodyto veiksmingumo, geriausia kompleksinėmis alkoholio kontrolės priemonėmis [5–7, 9, 10].

Veiksmingiausias tabako kontrolės politikos priemonės labai panašios į alkoholio kontrolės politikos priemones: 1) tabako kainos didinimas (akcizas); 2) reklamos draudimas; 3) vietų, kuriose galima rūkyti mažinimas; 4) pagalba metantiems rūkyti; 5) visuomenės švietimas (jei tai diegiama kartu su kitomis kompleksinėmis tabako kontrolės priemonėmis) [8, 11].

Nepaisant viešai demonstruojamo politinio palaikymo visuomenės sveikatos rodiklių gerinimui, psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas šalyje kinta nežymiai, o alkoholio vartojimas pastaraisiais metais yra istoriškai aukščiausiam lygmenyje: Lietuva pagal alkoholinių gėrimų suvartojimą atsidūrė 3 vietoje pasaulyje, kai vyresniam nei 15 metų gyventojui vidutiniškai tenka 15,4 l gryno etilo alkoholio per metus [12]. Akivaizdus atotrūkis tarp viešai deklaruojamų politinių nuostatų ir realių vartojimo bei žalos rodiklių atskleidžia poreikį objektyviai aprašyti ir sukurti kontrolės politikos formavimo vertinimo rodiklius. Tokie rodikliai ateityje padėtų kryptingai palaikyti politines jėgas ir politikus, sistemingai vykdančius visuomenės sveikatai palankią ir mokslo įrodymais grindžiamą psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo kontrolės politiką.

Lietuvoje stinga tyrimų ir iniciatyvų, vertinančių politikų veiksmų ir sveikatos rodiklių sąsajas. Tokia padėtis palanki politinėms manipuliacijoms, kai politikai, atsiliesdami į visuomenės dalies susirūpinimą tabako arba alkoholio vartojimo sukeliama žala, pažada šias problemas spręsti, tačiau tapę įstatymų leidžiamosios valdžios atstovais savo pažadų nevykdo. Rinkėjai neturi patogaus ir lengvai prieinamo instrumento, padedančio palyginti politikų pažadus ir jų realių veiksmų poveikį tabako ir alkoholio kontrolės politikai.

Šios analizės tikslas yra sukurti LR Seimo narių balsavimo tabako ir alkoholio kontrolės politikos srityje vertinimo instrumentą bei pristatyti pagrindinius balsavimo rodiklio (reitingo) rezultatus, apibendrinančius 2012–2015 m. LR Seimo narių balsavimus.

Tyrimo metodologija

LR Seimo narių balsavimų alkoholio ir tabako kontrolės politikos formavimo srityje tyrimas atliktas remiantis LR Seimo interneto svetainėje www.lrs.lt talpinama informacija [13]. Tyrimas atliktas analizuojant balsavimus, kai buvo keičiami LR Alkoholio kontrolės įstatymas (LR AKĮ), LR Tabako kontrolės įstatymas (LR TKĮ) ir LR Akcizų įstatymas (LR AĮ). Tyrimas apima laikotarpį nuo

2012 m. lapkričio 16 d. iki 2015 m. birželio 30 d. (šešias 2012–2016 m. LR Seimo kadencijos sesijas), per kurį analizei atrinkti 96 balsavimai. Atsižvelgiant į esamus pripažintus mokslo įrodymus [5–11] apie alkoholio ir tabako vartojimo mažinimo priemonių veiksmingumą, kiekvienas svarstytas įstatymo pakeitimo projektas įvertintas kaip turintis potencialiai teigiamą, neigiamą ir neutralų poveikį gyventojų sveikatai.

Pavyzdžiui, tabako ir alkoholio kainos didinimas per akcizus yra viena veiksmingiausių priemonių sumažinti tabako ir alkoholio vartojimą, todėl balsavimas už įstatymo projektą, kuriuo siekiama padidinti akcizą, vertinamas kaip teigiamas sprendimas, balsavimas už akcizų mažinimą – neigiamas sprendimas. Balsavimai dėl nereikšmingų arba, tikėtina, minimalių poveikį galinčių turėti pakeitimų, pavyzdžiui, akcizų tarifų litais pakeitimas į eurus, vertinti kaip neutralūs ir toliau į skaičiavimus neįtraukiami. Įvertinus potencialiai teigiamą, neigiamą ir neutralų įstatymų pakeitimų poveikį, į galutinę analizę įtraukti balsavimai dėl 57 įstatymų projektų, iš kurių 50 buvo apibūdinti kaip teigiamą poveikį visuomenės sveikatai galintys turėti pakeitimai, o 7 – neigiamą (1 ir 2 lentelės).

1 lentelė. Analizėje vertinti „teigiami“ LR TKĮ, LR AKĮ ir LR AĮ projektai

Nr.	Įstatymo projekto pavadinimas	Nr.	Įstatymo projekto pavadinimas
1	LR AKĮ projektas Nr. XIIP-298; pateikimas	26	LR AĮ projektas Nr. XIIP-2382(2); svarstymas
2	LR AKĮ projektas Nr. XIIP-298(2); svarstymas	27	LR AĮ projektas Nr. XIIP-2382(2); svarstymas
3	LR AĮ projektas Nr. XIP-4921(2); priėmimas	28	LR AĮ projektas Nr. XIIP-2382(2); priėmimas
4	LR AĮ projektas Nr. XIP-4921(2); svarstymas	29	LR TKĮ projektas Nr. XIP-3676GR; grąžinto įstatymo pateikimas
5	LR AĮ projektas Nr. XIIP-720(3); priėmimas	30	LR TKĮ projektas Nr. XIIP-1784(2); svarstymas
6	LR AĮ projektas Nr. XIIP-720(2); svarstymas	31	LR TKĮ projektas Nr. XIIP-1784(2); svarstymas
7	LR TKĮ projektas Nr. XIP-743(2); svarstymas	32	LR AKĮ projektas Nr. XIIP-2629; pateikimas
8	LR AĮ projektas Nr. XIIP-1341; pateikimas	33	LR AKĮ projektas Nr. XIIP-2038(2); priėmimas

Nr.	Istatymo projekto pavadinimas	Nr.	Istatymo projekto pavadinimas
9	LR AKĮ projektas Nr. XIIP-934; pateikimas	34	LR TKĮ projektas Nr. XIIP-2037(2); priėmimas
10	LR TKĮ projektas Nr. XIIP-1784; pateikimas	35	LR TKĮ projektas Nr. XIIP-1784(3); priėmimas
11	LR AKĮ projektas Nr. XIIP-298(3); priėmimas	36	LR TKĮ projektas Nr. XIIP-1784(3); priėmimas
12	LR AKĮ projektas Nr. XIIP-298(3); priėmimas	37	LR TKĮ projektas Nr. XIIP-2094(2); priėmimas
13	LR AKĮ projektas Nr. XIIP-2062; pateikimas	38	LR TKĮ projektas Nr. XIIP-1614(2); priėmimas
14	LR AKĮ projektas Nr. XIIP-2352; pateikimas	39	LR TKĮ projektas Nr. XIIP-2728; pateikimas
15	LR AKĮ projektas Nr. XIIP-2352; pateikimas	40	LR TKĮ projektas Nr. XIIP-2728(2); priėmimas
16	LR AKĮ projektas Nr. XIIP-3675; pateikimas	41	LR AĮ projektas Nr. XIIP-2996; pateikimas
17	LR AĮ projektas Nr. XIIP-2382; pateikimas	42	LR AKĮ projektas Nr. XIIP-934(2); svarstymas
18	LR AKĮ projektas Nr. XIIP-1582(2); priėmimas	43	LR AKĮ projektas Nr. XIIP-978(2); svarstymas
19	LR AKĮ projektas Nr. XIIP-934; svarstymas	44	LR AKĮ projektas Nr. XIIP-2062(2); svarstymas
20	LR AKĮ projektas Nr. XIIP-944; svarstymas	45	LR TKĮ projektas Nr. XIIP-819(2); priėmimas
21	LR TKĮ projektas Nr. XIIP-945; svarstymas	46	LR AKĮ projektas Nr. XIIP-934(2); priėmimas
22	LR TKĮ projektas Nr. XIIP-3676(2); svarstymas	47	LR AKĮ projektas Nr. XIIP-978(3); priėmimas
23	LR TKĮ projektas Nr. XIIP-3676(2); svarstymas	48	LR TKĮ projektas Nr. XIIP-2600(2); priėmimas
24	LR TKĮ projektas Nr. XIIP-3676(2); priėmimas	49	LR TKĮ projektas Nr. XIIP-2873(2); priėmimas
25	LR TKĮ projektas Nr. XIIP-3676(2); priėmimas	50	LR TKĮ projektas Nr. XIIP-2874(2); priėmimas

2 lentelė. Analizėje vertinti „neigiami“ LR TKĮ, LR AKĮ ir LR AĮ projektai

Nr.	Įstatymo projekto pavadinimas
1	LR AKĮ projektas Nr. XIIP-1609; pateikimas
2	LR TKĮ projektas Nr. XIIP-1292(2); pateikimas
3	LR TKĮ projektas Nr. XIIP-1292(3); svarstymas
4	LR TKĮ projektas Nr. XIIP-1292(3); svarstymas
5	LR AKĮ projektas Nr. XIIP-1686; pateikimas
6	LR AKĮ projektas Nr. XIIP-2825; pateikimas
7	LR AKĮ projektas Nr. XIIP-2352(2); svarstymas

LR Seimo narių įvertinimas arba kitaip – reitingas (R) skaičiuotas pagal formulę:

$$R = \sum_{k=1}^N x_i$$

Formulėje R – individualus LR Seimo nario suminis įvertinimas, N – balsavimų skaičius, x_{i-1} balsavimo svorio koeficientas, kuris keičiasi priklausomai nuo numanomo balsavimo poveikio visuomenės sveikatai:

- Numanomas teigiamas poveikis visuomenės sveikatai:
 - ▷ +1 – jei balsuota už įstatymo pakeitimą, galimai turėsiantį teigiamą poveikį visuomenės sveikatai.
 - ▷ -1 – jei balsuota prieš įstatymo pakeitimą, galimai turėsiantį teigiamą poveikį visuomenės sveikatai.
 - ▷ -0,5 – jei susilaikyta, kai buvo svarstomas įstatymo pakeitimas, galimai turėsiantis teigiamą poveikį visuomenės sveikatai.
 - ▷ -0,33 – jei nedalyvauta balsavime, kai buvo svarstomas įstatymo pakeitimas, galimai turėsiantis teigiamą poveikį visuomenės sveikatai.
- Numanomas neigiamas poveikis visuomenės sveikatai:
 - ▷ -1 – jei balsuota už įstatymo pakeitimą, galimai turėsiantį neigiamą poveikį visuomenės sveikatai.
 - ▷ +1 – jei balsuota prieš įstatymo pakeitimą, galimai turėsiantį neigiamą poveikį visuomenės sveikatai.
 - ▷ +0,5 – jei susilaikyta, kai buvo svarstomas įstatymo pakeitimas, galimai turėsiantis neigiamą poveikį visuomenės sveikatai.
 - ▷ +0,33 – jei nedalyvauta balsavime, kai buvo svarstomas įstatymo pakeitimas, galimai turėsiantis neigiamą poveikį visuomenės sveikatai.

Susumuota kiekvieno LR Seimo nario teigiamų ir neigiamų balsų (svorio koeficientų) suma perverčiama į 10 balų vertinimo sistemą, kur blogiausias įvertinimas yra 0 balų, o geriausias – 10. Įvertinimas mažesnis kaip 5 balai – neigiamas įvertinimas. Svarbu paminėti, kad būtent LR Seimo nariai suformuoja žemiausio ir aukščiausio įvertinimo ribas t. y. LR Seimo narys, surinkęs pačią mažiausią balų sumą, prilyginamas 0 balų įvertinimui, o gavęs aukščiausią įvertinimą – 10 balų, ir tarp jų išsidėsto likusių LR Seimo narių įvertinimai. Atskirai apskaičiavus individualius LR Seimo narių įvertinimus tabako ir alkoholio kontrolės politikos formavimo srityje, bendras įvertinimas gaunamas išvedant vidurkį iš tabako ir alkoholio srities įvertinimų.

Šioje analizėje papildomai atsižvelgta į LR Seimo kadencijos metu pasikeitusius LR Seimo narius, kurie dėl įvairių priežasčių pasitraukė, buvo pašalinti arba į LR Seimą pateko ne nuo kadencijos pradžios. Kiekvienas toks atvejis vertintas atskirai, svarstant ar įtraukti tokio esamo arba buvusio LR Seimo nario įvertinimą į bendrą visumą. Minimalus reikalingų balsavimų skaičius buvo 5. Į skaičiavimus nebuvo įtraukti trys LR Seimo narių įvertinimai: dėl mirties, dėl pašalinimo iš LR Seimo ir dėl nepakankamo balsavimų skaičiaus.

Individualaus LR Seimo nario balsavimų vertinimo pavyzdys: turime trijų LR Seimo narių balsavimų statistiką, o vertinamu periodu iš viso buvo penki balsavimai alkoholio kontrolės srityje, iš kurių trys buvo palankūs visuomenės sveikatai (pvz., alkoholio akcizo didinimas, prekybos alkoholiu laiko ribojimas, 2 proc. nuo surinkto alkoholio akcizo skyrimas prevencijos programų finansavimui) ir du nepalankūs (alkoholio akcizo mažinimas, alkoholio reklamos draudimo panaikinimas).

Pavyzdžiui, pirmas asmuo tris kartus balsavo „už“ (+1+1+1), kai buvo palankūs visuomenės sveikatai balsavimai, o per nepalankius vieną kartą susilaikė (+0,5) ir vieną kartą nedalyvavo (+0,33). Antras asmuo per vieną palankų visuomenės sveikatai balsavimą balsavo „už“ (+1), vieną kartą „prieš“ (-1) ir vieną kartą nedalyvavo (-0,33), o per nepalankius balsavimus abu kartus susilaikė (+0,5+0,5). Trečias asmuo pirmus tris kartus (palankius visuomenės sveikatai) balsavo „prieš“ (-1-1-1), o per nepalankius visuomenės sveikatai balsavimus vieną kartą balsavo „už“ (-1 balas) ir vieną nedalyvavo (+0,33 balo). Tokiu atveju pirmasis LR Seimo narys geriausiai balsavo iš visų vertintų, todėl tampa atskaitos tašku maksimaliam 10 balų įvertinimui lyginant visus balsavusiuosius. Trečiasis LR Seimo narys – nepalankiausiai balsavo visuomenės sveikatos požiūriu alkoholio kontrolės klausimais, todėl tampa atskaitiniu blogiausio įvertinimo tašku. Antrojo LR Seimo nario balas perskaičiuojamas į 10 balų įvertinimą atsižvelgiant į geriausią ir blogiausią įvertinimus. Visų trijų balsavusiųjų alkoholio kontrolės reitingas apskaičiuojamas taip:

Pirmas LR Seimo narys = $1+1+1+0,5+0,33 = 3,83 \rightarrow 10$ balų (palankiausiai balsavęs visuomenės sveikatos požiūriu).

Antras LR Seimo narys = $1-1-0,33+0,5+0,5 = 0,67 \rightarrow (4,34 \times 10 / 7,5) = 5,8$ balo.

Trečias LR Seimo narys = $-1-1-1+0,33 = -3,67 \rightarrow 0$ balų (nepalankiausiai balsavęs visuomenės sveikatos požiūriu).

Apskaičiavus atskirų politikų individualius reitingus tabako ir alkoholio kontrolės politikos formavimo srityje, bendras įvertinimas gaunamas vedant vidurkį iš tabako ir alkoholio reitinge nurodytų balų. Pavyzdžiui, alkoholio kontrolės srityje aukščiau apskaičiuoti balai buvo 10, 5, 8 ir 0, o jeigu tabako kontrolės srityje tie balai būtų atitinkamai tarkime 7, 10 ir 0, tai galutinis LR Seimo narių veiklos alkoholio ir tabako kontrolės srityje reitingas būtų alkoholio ir tabako reitingo vidurkis: pirmas asmuo – 8,5 balo; antras asmuo – 7,9 balo; trečias – 0 balų.

LR Seimo frakcijų reitingo eilė sudaroma pagal skaičiavimo periodo pabaigoje atitinkamai frakcijai priklausiusių LR Seimo narių vidurkį. Į frakcijų vidurkius nebuvo įtraukti toms frakcijoms priklausančių LR Vyriausybėje dirbančių arba dirbusių ministrų įvertinimai, kadangi, vadovaujantis LR Vyriausybės įstatymo 17 straipsniu, Ministras Pirmininkas ir ministrai turi teisę LR Seimo statuto nustatyta tvarka dalyvauti LR Seimo, jo komitetų, komisijų bei frakcijų posėdžiuose ir pareikšti savo nuomonę svarstomais klausimais, tačiau dalyvavimas jiems nėra imperatyvus. Be to, vadovaujantis LR Seimo statuto 11 straipsniu, ministrai negalėdami dalyvauti LR Seimo posėdyje, neprivalo apie tai pranešti LR Seimo posėdžių sekretariatui ir nurodyti nedalyvavimo priežasčių, taip pat informacija apie nedalyvavimą posėdžiuose neturi būti pateikta Etikos ir procedūrų komisijai. Dėl šių priežasčių LR Vyriausybės narių įvertinimai įtraukti tik bendroje atskirų LR Seimo narių analizėje.

Sudarant LR Seimo narių balsavimų statistikos vertinimo instrumentą buvo atsižvelgta į kelis svarbius principus: 1) instrumento paprastumas ir skaidrumas; 2) galimybė nuolat atnaujinti skaičiavimus LR Seimo kadencijos eigoje, taip sukuriant nuolatinį balsavimų vertinimą; 3) atskirų alkoholio arba tabako kontrolės priemonių skirstymas atsižvelgiant į mokslo įrodymais grįstą tabako arba alkoholio kontrolės politikos priemonių veiksmingumą; 4) lengva rezultatų interpretacija; 5) galimybė viešinti visuomenei ir politikams suprantamus rezultatus; 6) LR Seimo narių balsavimuose nedalyvaujančių ar per balsavimus susilaikančių LR Seimo narių įtraukimas į vertinimo skalę; 7) skaičiavimai paremti tik viešai skelbiama ir lengvai patikrinama statistika.

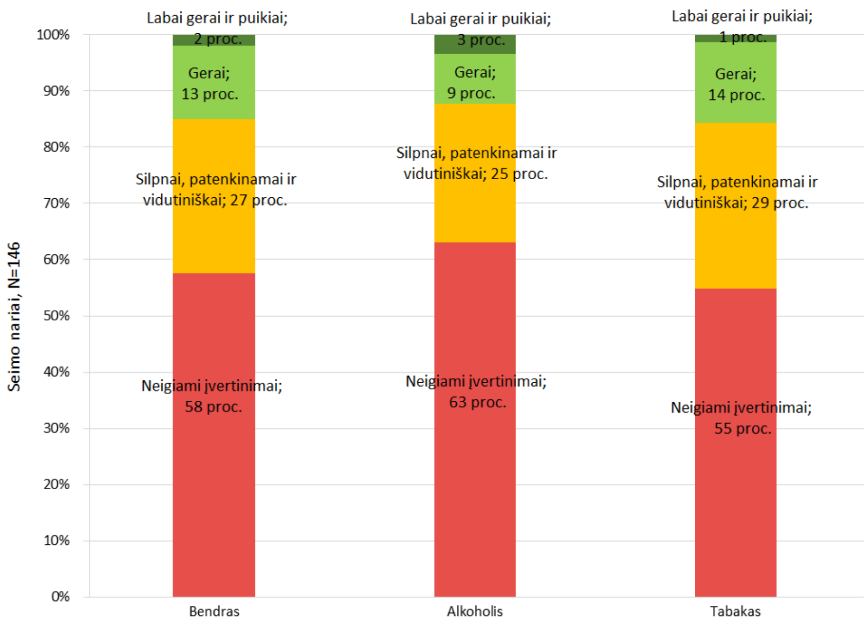
Tyrimo rezultatai

Viso per 57 balsavimus tabako ir alkoholio kontrolės klausimais vidutiniškai balsavo 75 LR Seimo nariai (mažiausiai – 38; daugiausia – 114). Minimalus apskaičiuotas ir neperskaičiuotas į dešimtbalę sistemą įvertinimas alkoholio sri-

tyje buvo -9,6, didžiausias – 19,18. Tabako kontrolės srityje mažiausias suminis balas buvo -11,26, didžiausias – 22,67. Šie balai laikyti atskaitiniais, nuo kurių tiek alkoholio, tiek tabako kontrolės politikos srityje buvo priskirti 0 ir 10 balų įvertinimai.

Iš 146 įvertintų buvusių ir esamų LR Seimo narių 84 gavo neigiamus įvertinimus (mažiau nei 5 balai), 16 įvertinti silpnai (5 balai), 15 – patenkinamai (6 balai), 9 – vidutiniškai (7 balai), 19 – gerai (8 balai), 1 – labai gerai (9 balai), 2 – puikiai (10 balų) (2 pav.). Iš visų vertintų LR Seimo narių 11 (8 proc.) dirbo arba vertinimo periodu tebedirbo LR Vyriausybėje, iš jų bendrame vertinime buvo 10 neigiamų ir vienas „vidutiniškas“ įvertinimas.

Bendras balsavimų vertinimas atspindi vidurkį tarp įvertinimų balsuojant alkoholio ir tabako kontrolės politikos klausimais, kurie taip pat iliustruojami 2 pav. Čia reikėtų atkreipti dėmesį į bendrą vertinimo grupių pasiskirstymą: neigiamus vertinimus analizuojant tik balsavimus alkoholio kontrolės politikos klausimais gavo 92 (63 proc.) LR Seimo nariai, o geriausius vertinimus gavo 5 (3 proc.). Tabako kontrolės politikos srityje buvo pastebima daugiau vertinimų „silpnai“ (14 LR Seimo narių lyginant su 8 kontrolės politikos srityje srityje) bei „patenkinamai“ (19 LR Seimo narių lyginant su 15 alkoholio kontrolės politikos srityje).



2 pav. LR Seimo narių įvertinimai balsuojant tabako ir alkoholio kontrolės politikos klausimais

Skaičiuojant LR Seimo frakcijų įvertinimus, nė viena frakcija negavo aukštų balų, iš kurių aukščiausi įvertinimai buvo „patenkinamai“ (skirti dviem frakcijoms), o trims frakcijoms teko neigiami įvertinimai. Siekiant pašalinti galimą neigiamą LR Vyriausybėje dirbančių LR Seimo narių, einančių ministrų pareigas, įtaką bendram frakcijos įvertinimui, LR Vyriausybės narių įvertinimai nebuvo įtraukti skaičiuojant įvertinimus atskiroms LR Seimo frakcijoms. Vis dėlto tai turi mažą įtaką bendram įvertinimui: Lietuvos socialdemokratų partijos frakcijos (LSDPF) įvertinimas padidėjo 0,3 balo; Darbo partijos frakcijos (DPF) padidėjimas siekė 0,2 balo, o Tvarkos ir teisingumo frakcijos (TTF) ir Lietuvos lenkų rinkimų akcijos frakcijos (LLRAF) LR Seimo narių dirbusių arba dirbančių LR Vyriausybėje neturėjo. Detalūs LR Seimo frakcijų įvertinimai apibendrinami 3 lentelėje.

3 lentelė. LR Seimo frakcijų įvertinimai alkoholio ir tabako kontrolės srityse bei bendras įvertinimas

Frakcija	Bendras reitingas \pm SD (min; maks.)	Alkoholio kontrolės reitingas \pm SD (min; maks.)	Tabako kontrolės reitingas \pm SD (min; maks.)	Frakcijos narių skaičius*
Lietuvos lenkų rinkimų akcijos frakcija (LLRAF)	6,3 \pm1,8 (3,5; 8,2)	5,7 \pm 2,0 (2,8; 7,7)	6,9 \pm 1,7 (4,1; 8,9)	8
Tėvynės sąjungos-Lietuvos krikščionių demokratų frakcija (TSLKDF)	5,9 \pm2,1 (2,2; 10,0)	5,7 \pm 2,0 (2,3; 10,0)	6,1 \pm 2,2 (2,0; 10,0)	31
Frakcija „Tvarka ir teisingumas“ (TTF)	5,3 \pm1,5 (3,1; 7,9)	5,2 \pm 1,7 (2,1; 7,7)	5,4 \pm 1,6 (3,4; 8,8)	11
Darbo partijos frakcija (DPF)	5,1 \pm1,7 (2,0; 8,1)	5,2 \pm 2,1 (1,6; 8,7)	4,9 \pm 1,7 (2,4; 7,8)	26
Mišri Seimo narių grupė (MG)	4,6 \pm2,1 (1,6; 8,2)	4,2 \pm 2,0 (1,6; 7,5)	5,0 \pm 2,4 (2,4; 9,4)	11
Lietuvos socialdemokratų partijos frakcija (LSDPF)	4,4 \pm1,4 (1,5; 7,9)	4,3 \pm 1,4 (1,2; 9,2)	4,5 \pm 1,8 (0,6; 8,1)	32
Liberalų sąjūdžio frakcija (LSF)	2,3 \pm1,2 (0,0; 4,2)	2,4 \pm 1,2 (0,0; 4,4)	2,0 \pm 1,3 (0,0; 4,0)	11

*Seimo frakcijos pagal sudėtį buvusią 2015 m. birželio 30 d., neįskaičiuojant LR Vyriausybėje esančių LR Seimo narių. SD – standartinis nuokrypis.

Rezultatų aptarimas

LR Seimo narių vertinimas alkoholio kontrolės politikos srityje pirmą kartą pristatytas 2012 m. [3], tačiau instrumentas pasirodė pernelyg sudėtingas ir buvo išbandytas tik kartą. Pagrindinis pirminio instrumento trūkumas buvo sudėtingas atskirų balsavimų svorio įvertinimas, nes kiekvienas balsavimas turėjo būti siejamas su tam tikru svorio koeficientu, atsižvelgiant į vertintos alkoholio kontrolės politikos priemonės veiksmingumą. Šiame tyrime pristatoma paprastesnė metodika, apsiribojanti LR Seimo narių balsavimų statistikos analize, priskiriant atskiram balsavimui 1 balo svorį, susilaikymams pusę balsavimo svorio, o nedalyvaujantiems trečdalį balsavimo svorio. Šiuo pagrindu sukurta ir pritaikyta skaičiuoklė *Excel* programoje [14].

Pritaikius tyrime aprašytą instrumentą, LR Seimo narių balsavimų analizės rezultatai pirmiausiai skirti visuomenei ir patiems politikams, siekiant apibendrinti realų indėlį palaikant mokslo įrodymais grindžiamas tabako ir alkoholio kontrolės politikos priemones. Mokslo įrodymų komponentą įvertina ekspertų grupė, sprendžianti, kurie LR Seime svarstomi ir priimami įstatymų projektai potencialiai galėtų turėti teigiamą, neigiamą arba neutralų poveikį šalies gyventojų sveikatai. Ilgalaikis LR Seimo narių vertinimas, remiantis standartiniu rodikliu (reitingu), sukuria prielaidas tikslesnei skirtingų LR Seimo kadencijų rezultatų mokslinei analizei tabako ir alkoholio kontrolės politikos srityje.

Vienas svarbiausių šios LR Seimo narių balsavimų analizės principų yra kriterijus, kad LR Seimo nariams dalyvavimas LR Seime vykusiuose balsavimuose privalomas, todėl į reitingo balo skaičiavimą įtraukiami ne tik balsavimai „už“ ir „prieš“, bet ir susilaikymas bei nedalyvavimas balsavime. Susilaikymai balsuojant palyginus reti ir bendram reitingo rezultatui įtakos turi nedaug, tačiau nedalyvavimai balsavimuose buvo pakankamai dažnas reiškinys, todėl reikalingas detalesnis aptarimas.

Vidutiniškai vos daugiau nei pusė LR Seimo narių balsavo svarstant tabako arba alkoholio kontrolės politikos klausimus. Tai žymiai neišsiskiria iš bendro balsavimų dažnio viešai prieinamose bendrose LR Seimo narių balsavimų vertinimo apžvalgose [15, 16]. Vis dėlto vertinant nedalyvavimus balsavimuose remtasi principine pozicija, kad dalyvavimai balsavimuose – tai tiesioginis LR Seimo narių darbas. Taip pat remiantis LR Seimo statuto [17] 113 straipsniu „*Įstatymai priimami, kai Seimo posėdyje dalyvauja ne mažiau kaip pusė visų Seimo narių*“, net ir, atrodytų, nereikšmingas „politikavimas nedalyvaujant“ gali turėti didelės įtakos visuomenės sveikatos politikos formavimui, dirbtinai atitolinant galutinį balsavimą dėl įstatymo priėmimo. Tai gerai iliustruoja alkoholio reklamos draudimo atšaukimo atvejis 2011 m. [18], kai alkoholio reklamos draudimas po kelių balsavimų atidėjimų galiausiai buvo atšauktas iki įsigaliojimo likus vos kelioms savaitėms.

Išsamiau analizuojant, kokią įtaką LR Seimo narių nedalyvavimas balsavimuose turi jų galutiniam įvertinimui reitinge, matyti, kad svarbiausi yra „teigiami“ balsavimai dėl palankių visuomenės sveikatai priemonių: juose nedalyvavus netenkama vieno potencialaus balo ir skiriama -0,33 už nedalyvavimą. Atsižvelgiant į tai, kad 50 balsavimų iš 57 buvo palankūs visuomenės sveikatai, nedalyvavimas turi šiek tiek įtakos vietai reitinge.

Apibendrinant, nedalyvavimui balsavime suteiktas svorio koeficientas (ir pagrindinėje analizėje naudotas 0,33, ir 0,01 bei 0,5 taikyti atliekant jautrumo analizę) vertinant LR Seimo narius yra reikšmingas, tačiau neturi esminio poveikio galutiniam LR Seimo narių įvertinimui, nors ir gali nulemti vietos pokytį per kelias pozicijas. Vis dėlto net ir vietos pokyčiai neturėjo įtakos blogiausiai ir geriausiai įvertintų LR Seimo narių pozicijai. Taip yra todėl, kad surinkus skirtingą pirminį balų skaičių, atsižvelgiant į nedalyvavimą, paverčiant į dešimtbalę sistemą įvertinimas priklauso nuo mažiausių ir didžiausių balų sumą surinkusių LR Seimo narių.

Pavyzdžiui, pagrindinis įvertinimas, kai nedalyvavimo svoris 0,33, alkoholio srityje buvo -9,6 balo, didžiausias – 19,18; tabako srityje -11,26 ir 22,67. Nedalyvavimų svorį pakeitus į 0,01, minimalus įvertinimas alkoholio srityje tampa -3,2 balo, o didžiausias – 20,46; tabako srityje – -4,22 ir 22,99. Tačiau šiuos balus konvertuojant į 10 balų sistemą, 0 ir 10 įvertinimai vis vien tenka tiems patiems LR Seimo nariams, o įvertinimai kai kuriems LR Seimo nariams keičiasi keliomis pozicijomis, priklausomai nuo visuomenės sveikatai palankių ir nepalankių balsų bei nedalyvavimų balsavimuose santykio.

Kai buvo neprisirišama prie daugiausiai arba mažiausiai balų surinkusių LR Seimo narių, o pabandyta įvesti teoriškai maksimalią ir minimalią balų sumą (šiuo atveju, nuo -57 iki +57 balų), LR Seimo narių reitingavimo tvarka nesikeičia, tačiau įvertinimai pasislenka į skalės vidurį. Šiuo atveju maksimalų įvertinimą gavęs LR Seimo narys gautų 8,3 balus iš 10 galimų, minimalus balas būtų 3,4. Tokiu atveju gavusiųjų gerus, labai gerus ir puikius įvertinimus (t. y. 7,5 ir daugiau) lieka vos 5 proc. (pagrindinėje analizėje tokių buvo 15 proc.). Gavusiųjų neigiamus įvertinimus lieka 24 proc. (lyginant su 58 proc.), o 71 proc. LR Seimo narių gauna silpnus, patenkinamus arba vidutinius įvertinimus (lyginant su 27 proc. pagrindinėje analizėje).

Vis dėlto atsižvelgiant į alkoholio ir tabako kontrolės politikos specifiką (gerai žinomos mokslu pagrįstos alkoholio ir tabako kontrolės priemonės, visuomenės susirūpinimas, verslo interesai, lobizmas), tokioje analizėje netikslinga naudoti teoriškai mažiausio ir didžiausio įvertinimo skalę dėl viešojo vertybinio asimetriškumo ir todėl tikslingiau prisirišti prie LR Seimo narių nustatomos kartelės. Atviri ir nuoseklūs balsavimai „prieš“ veiksmingos alkoholio ir tabako kontrolės formavimą tiesiog galėtų būti vertinami kaip politinė savižudybė, todėl net ir patys „liberaliausi“ LR Seimo nariai vargu ar kada priartės prie teorinio „dugno“.

Tuo tarpu nuoseklūs balsavimai „už“ dažniausiai yra palankiai vertinami viešumoje ir sunkiai įsivaizduojama situacija, kad neatsirastų bent kelių LR Seimo narių, neiškeliančių „teigiamų“ balsavimų kartelės, artimos maksimalaus teorinio įvertinimo balui. Teorinis maksimumas nepasiekiamas tik jei dalyvaujama ne visuose balsavimuose arba, retais atvejais, jei balsuojama kitaip.

Rezultatų analizė atskleidžia ir tam tikrą paradoksą: nors dauguma balsavimui pateiktų LR TKĮ ir LR AKĮ pakeitimų įvertinti teigiamai (1 ir 2 lentelės), didelės dalies LR Seimo narių įvertinimai – neigiami. Tokia padėtis susidaro ir dėl anksčiau aptarto nedalyvavimo balsavimuose ir priklausomai nuo to, kaip balsuojama. Taip pat gali būti, kad LR Seimo nariai priešinasi jiems nepriimtinioms, kontrolės politiką griežtinančioms pataisoms ne atvirai balsuodami „prieš“, bet susilaikydami arba nedalyvaudami. Tokiu atveju jų negalima atskirti nuo tų, kurie tiesiog nesidomi alkoholio ir tabako kontrolės politika, neįvertina jos svarbos.

Žymiai didesnę visuomenės sveikatai palankių pataisų projektų skaičių gali lemti ir tam tikra politinio gudravimo taktika. Pasiūlius stipriai kontrolę griežtinančių pataisų projektą, siekiama sukliudyti jo priėmimą įregistruojant kelias papildomas mažiau veiksmingas, tačiau visuomenės sveikatai pakankamai palankias alternatyvas. Tai padidina bendrą teigiamų iniciatyvų skaičių, bet kartu apsunkina prasmingą pataisų svarstymą, nes jų vertei nustatyti reikalingos specialios visuomenės sveikatos žinios.

Naujausias tokios taktikos pavyzdys yra 2015 m. mėginimas atšaukti alkoholio prekybos degalinėse draudimą, turėjusį įsigalioti 2016 m. sausio 1 d., pateikiant platų alternatyvių siūlymų spektrą – atšaukti, atidėti, sugriežtinti prieinamumą kitose prekybos vietose. Galiausiai siekta apriboti tik stipriųjų alkoholinių gėrimų prekybą degalinėse [19].

Šis politikų vertinimo instrumentas nėra galutinai išanalizuoto ir visa apimančio LR Seimo narių darbo įvertinimas, nes, idealiu atveju, toks vertinimas turėtų įtraukti politikų teikiamų įstatymų leidybos iniciatyvų analizę, kai individualūs LR Seimo nariai arba jų grupė pateikia įstatymų pataisas. Tačiau šiuo atveju tektų daryti sudėtingesnę stebėjimo analizę vertinant, ar pasiūlymo priėmimui dedamos pakankamos pastangos, kaip pozicija pristatoma ir ginama LR Seimo komitetuose.

Ateityje svarbiu rodikliu galėtų tapti pateiktų įstatymų pataisų (palankių ir nepalankių visuomenės sveikatai) priėmimo proceso vertinimas. Verta toliau tyrinėti, kaip papildyti kontrolės politikos formavimo vertinimo modelį, tačiau tai daryti reikia gerai apgalvojus, neprarandant metodikos išsamumo ir skaičiavimo paprastumo pusiausvyros. Sąlyginai nesudėtingas skaičiavimo metodas turi privalumą – LR Seimo narių balsavimų vertinimas vis atnaujinamas.

Išvados

1. 2012–2015 m. šešių sesijų balsavimų analizė rodo, kad, balsuojant dėl tabako ir alkoholio kontrolės politikos priemonių, ženkliai skiriasi individualių tai pačiai frakcijai priklausančių narių balsavimas.
2. 2012–2015 m. šešių sesijų balsavimų analizė rodo, kad mokslu grindžiamas tabako ir alkoholio kontrolės politikos priemonės nuosekliau palaiko Lietuvos lenkų rinkimų akcijos ir Tėvynės sąjungos-Lietuvos krikščionių demokratų frakcijos, o mažiausiai palanki – Liberalų sąjūdžio frakcija.
3. 2012–2015 m. šešių sesijų balsavimų analizė rodo, kad nepakankamą mokslu grįstų tabako ir alkoholio kontrolės politikos priemonių palaikymą šios kadencijos LR Seime, iš esmės lemia mažas LR Seimo narių dalyvavimas balsuojant, o ne aiškus balsavimas „prieš“ veiksmingų tabako ir alkoholio kontrolės politikos priemonių diegimą.
4. Šiame tyrime pristatytas LR Seimo narių balsų vertinimo instrumentas gali būti nuolat taikomas, tokiu būdu užtikrinant nuoseklų balsavimų LR Seime analizę.

Interesų deklaracija

Autoriai yra LSMU darbuotojai arba doktorantai bei Nacionalinės tabako ir alkoholio kontrolės koalicijos nariai. Politikų balsų vertinimo instrumento kūrimo iniciatyva neturėjo jokio finansavimo ir yra autorių mokslinės veiklos iniciatyva.

Literatūros sąrašas

1. The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva: World Health Organisation; 2002 [Internet]. WHO. [žiūrėta 2015-09-01]. <<http://www.who.int/whr/2002/en/>>
2. WHO global report: mortality attributable to tobacco. Geneve: World Health Organization; 2012 [Internet]. WHO. [žiūrėta 2015-09-01]. <http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep_mortality_attributable/en/>
3. Veryga A, Prochorskas R, Štelemėkas M. Alkoholio kontrolės politikos vertinimas, alkoholio vartojimo daromos žalos vertinimas. Vilnius: Valstybinis psichikos sveikatos centras; 2013. Report No.: VP1-4.3-VRM-02-V-05-001.
4. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo Nutarimas. Dėl Alkoholio kontrolės įstatymo ir alkoholio produktų gamybos licencijavimo taisyklių. 2004 m. sausio 26d. [interaktyvus]. [žiūrėta 2015-09-10]. <<http://www.lrkt.lt/lt/teismo-aktai/paieska/135/ta250/content>>

5. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe: A Public Health Perspective. A report for the European Commission. Institute of Alcohol Studies, UK. [interaktyvus]. 2006 [žiūrėta 2015-09-02]. <http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe.pdf>
6. Anderson P, Møller L, Galea G. Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen [interaktyvus]. 2012 [žiūrėta 2015-09-02]. <<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/alcohol-in-the-european-union.-consumption,-harm-and-policy-approaches>>
7. Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. [interaktyvus]. 2009 [žiūrėta 2015-09-02]. <<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2009/evidence-for-the-effectiveness-and-costeffectiveness-of-interventions-to-reduce-alcohol-related-harm>>
8. Gilbert A, Cornuz J. Which are the most effective and cost-effective interventions for tobacco control? WHO Regional Office for Europe. Copenhagen [interaktyvus]. 2003 [žiūrėta 2015-09-03]. <http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0004/74722/E82993.pdf>
9. The AMPHORA Project: Alcohol Public Health Research Alliance [interaktyvus]. [cited 2015 Sep 5]. Available from: <http://www.amphoraproject.net/>
10. Babor TF, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol: No Ordinary Commodity. 2nd ed. Oxford University Press; 2010.
11. WHO Framework Convention on Tobacco Control [interaktyvus]. WHO. 2003 [žiūrėta 2015-09-03]. <http://www.who.int/fctc/text_download/en/>
12. Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 [interaktyvus]. WHO. [žiūrėta 2015-09-05]. <http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/>
13. Lietuvos Respublikos Seimas. Seimo sesijos ir balsavimo rezultatai. [interaktyvus]. [žiūrėta 2015-09-01]. <http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_sale.kad_ses>
14. Nacionalinė tabako ir alkoholio kontrolės koalicija. Politikų reitingas. [interaktyvus]. [žiūrėta 2015-09-23]. <<http://www.ntakk.lt/politiku-reitingas/>>
15. ManoSeimas. Stebėk, kaip dirba Seimo nariai. Transparency International Lietuvos skyrius. [interaktyvus]. [žiūrėta 2015-09-17]. <<http://manoseimas.lt>>
16. Seime.lt [interaktyvus]. [žiūrėta 2015-09-23]. <<http://www.seime.lt/>>
17. Lietuvos Respublikos Seimo Statutas. 1994 m. vasario 17 d. Nr. I-399, Vilnius [interaktyvus]. [žiūrėta 2015-09-05]. <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=494076>
18. Paukštė E, Liutkutė V, Stelemėkas M, Goštautaitė Midttun N, Veryga A. Overturn of the proposed alcohol advertising ban in Lithuania. *Addict Abingdon Engl.* 2014 May;109(5):711–9.
19. Nacionalinė tabako ir alkoholio kontrolės koalicija. Prekybos alkoholiu degalinėse draudimo reglamentavimo chronologija 2011-2015 m. [interaktyvus]. [žiūrėta 2015-12-19]. <<http://www.webcitation.org/6dtxISUUz>>

Assessing Formation of Evidence Based Tobacco and Alcohol Control Policy in Lithuania: the Retrospective Analysis of Voting of the Members of Parliament

Mindaugas Štelemėkas, Vaida Liutkutė, Nijolė Goštautaitė-Midttun,
Aurelijus Veryga, Rugilė Ivanauskienė
Lithuanian University of Health Sciences, Lithuania

Summary. Goal. To develop the instrument for monitoring and assessment of the Members of Parliament (MP) voting patterns on tobacco and alcohol control policy and present main results of the changes in voting indicator (rating) during 2012–2015.

Methodology. Analysis was conducted using statistical data of MP voting on the issues of the tobacco and alcohol control policy publicly available on the internet page of the Parliament of the Republic of Lithuania. Final analysis included 57 law amendments voted on between 16th of November, 2012 and 30th of June, 2015, after assessment of their potentially positive or negative impact on public health. The instrument is used to assess individual MPs and political parliamentary factions based on their votes on the issues of tobacco and alcohol control policy. The final rating was based on calculating weight coefficient depending of the MP vote having the potentially positive or negative impact on public health. A sum of each MPs positive and negative votes was then converted into 10 point scoring system, with the worst assessment of 0 and best – 10. Overall assessment of each Parliamentary faction was calculated as an average of the scores of individual faction members.

Results. The instrument for assessment of the Republic of Lithuania MPs voting patterns has been developed and implemented for the six Parliamentary sessions during 2012–2016. On average 75 MPs voted per voting round (min. 38; max. 114) through 57 voting rounds included in the final analysis. Out of 146 current and former MPs assessed with this instrument 58 percent received less than 5 points (negative assessment), 27 percent were assessed 5-7 points, 13 percent received 8 points and 2 percent – 9-10 points. The assessment of the Parliamentary factions revealed differences between individual voting pattern and that of a political group to which MP belongs. Highest assessments were received by the Lithuanian Polish Election Action and Lithuanian Homeland Union and Lithuanian Christian Democratic political groups (accordingly 6.3 and 5.9 points). Labour party and Order and Justice political groups received barely positive assessment (accordingly 5.1 and 5.3 point). Negative assessments were received by the Liberal Movement political group (2.3 points), the Lithuanian Socialdemocratic Party political group (4.4 point) and the Mixed parliament political group (4.6 point).

Conclusions. Assessment of the MP voting patterns has revealed differences between individual MPs and political factions voting rating, also large differences within factions. Over half of the MPS received negative rating assessments. Non-attendance of the Parliamentary meetings by MPs had a significant impact on their negative rating. Instrument is suitable for monitoring individual MPs and political factions inclination to favour public health interest.

Keywords: tobacco and alcohol control policy, Member of Parliament (MP), Parliamentary political group, tobacco and alcohol.

Mindaugas Štelemėkas, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Visuomenės sveikatos fakulteto Sveikatos tyrimų instituto jaunesnysis mokslo darbuotojas, Profilaktinės medicinos katedros lektorius, biomedicinos mokslų daktaras. Mokslinių tyrimų kryptys: alkoholio ir tabako žalos vertinimas, visuomenės sveikatos politika, ekonominis vertinimas sveikatos priežiūroje.

Vaida Liutkutė, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Visuomenės sveikatos fakulteto Sveikatos tyrimų instituto jaunesnioji mokslo darbuotoja, doktorantė. Mokslinių tyrimų kryptys: psichoaktyviųjų medžiagų žalos visuomenei vertinimo tyrimai, mokslo įrodymais grįstos psichoaktyviųjų medžiagų prevencijos politika.

Nijolė Goštautaitė-Midttun, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Visuomenės sveikatos fakulteto Sveikatos psichologijos katedros doktorantė, VšĮ Psichikos sveikatos iniciatyva direktorė, gydytoja-psichiatrė. Mokslinių tyrimų kryptys: visuomenės ir asmens psichikos sveikata, psichiatrijos paslaugos, su sveikata susijusi gyvenimo kokybė, sveikatos priežiūros politika.

Aurelijus Veryga, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Visuomenės sveikatos fakulteto Sveikatos tyrimų instituto vadovas, Sveikatos psichologijos katedros profesorius, biomedicinos mokslų daktaras, gydytojas-psichiatras. Mokslinių tyrimų kryptys: psichoaktyviųjų medžiagų žalos visuomenei vertinimo tyrimai, mokslo įrodymais grįstos psichoaktyviųjų medžiagų prevencijos politika.

Rugilė Ivanauskienė, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Visuomenės sveikatos fakulteto Sveikatos tyrimų instituto mokslo darbuotoja, Profilaktinės medicinos katedros lektorė, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų Profilaktinių programų koordinavimo tarnybos vadovė, biomedicinos mokslų daktarė. Mokslinių tyrimų kryptys: piktybinių navikų profilaktika, žalingų įpročių profilaktika ir kontrolė.

Mindaugas Štelemėkas, PhD in biomedical sciences, Junior researcher at Health Research Institute of Lithuanian University of Health Sciences, lecturer at the Department of Preventive Medicine of Lithuanian University of Health Sciences. Research interests: Research of alcohol and tobacco related harm, policy of public health, economic evaluation in health care.

Vaida Liutkutė, PhD candidate, Junior researcher at Health Research Institute of Lithuanian University of Health Sciences. Research interests: Research of psychoactive substance abuse related harm, evidence based policy of psychoactive substance abuse.

Nijolė Goštautaitė-Midttun, PhD candidate at the Department of Health Psychology of Lithuanian University of Health Sciences, director of the Mental Health Initiative, psychiatrist. Research interests: public mental health, treatment and support methods in psychiatric services, health related quality of life, health services and policy.

Aurelijus Veryga, PhD in biomedical sciences, psychiatrist, Head of Health Research Institute of Lithuanian University of Health Sciences, Professor at the Department of Health Psychology of Lithuanian University of Health Sciences. Research interests: Research of psychoactive substance abuse related harm, evidence based policy of psychoactive substance abuse.

Rugilė Ivanauskienė, PhD in biomedical sciences, Researcher at Health Research Institute of Lithuanian University of Health Sciences, lecturer at the Department of Preventive medicine of Lithuanian University of Health Sciences, Head of Department of Preventive Programmes in Hospital of Lithuanian University of Health Sciences. Research interests: prevention of cancer, prevention and control of psychoactive substances.

TARPSEKTORINIS BENDRADARBIAVIMAS SVEIKATOS NETOLYGUMŲ SRITYJE SUINTERESUOTŲJŲ POŽIŪRIU

Gintarė Petronytė, Vaida Aguonytė, Rolanda Valintėlienė

Higienos institutas

Didžioji g. 22, LT-01128 Vilnius, Lietuva

Telefonas (+370 5) 262 4583

Elektroninis paštas gintare.petronyte@hi.lt; rolanda.valinteliene@hi.lt

Ramunė Kalėdienė, Mindaugas Stankūnas

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

A. Mickevičiaus 9, LT-44307 Kaunas, Lietuva

Telefonas (+370 37) 327354

Elektroninis paštas ramune.kalediene@lsmuni.lt; mindaugas.stankunas@lsmuni.lt

Pateikta 2015 m. rugsėjo 19 d., parengta spausdinti 2015 m. gruodžio 10 d.

DOI:10.13165/SPV-16-1-9-02

Santrauka

Straipsnyje analizuojamas tarpsektorinis bendradarbiavimas sveikatos netolygumų srityje, įgyvendinant „Sveikata visose politikose“ principą. Šio straipsnio tikslas – įvertinti ministerijų ir Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžių įstaigų specialistų požiūrį į tarpsektorinį bendradarbiavimą sveikatos netolygumų srityje. 2015 m. kovo – balandžio mėn. atliktas kiekybinis tyrimas, taikant anketinės apklausos metodą. Tyrimo duomenimis, didžioji dalis sveikatos sektoriaus ir kitų sektorių specialistų pažymėjo apie aktyvų bendradarbiavimą su savo ir ne savo veiklos srityse veikiančiomis įstaigomis, įgyvendinant veiklos kryptis, tačiau šių sektorių specialistai rečiau nurodė apie įstaigų bendradarbiavimą sveikatos netolygumų srityje. Sveikatos sektoriaus specialistai pažymėjo, kad jų įstaigos sveikatos netolygumų srityje aktyviai bendradarbiauja su sveikatos sektoriumi, be to, bendradarbiavimas vystomas su socialiu, švietimo bei aplinkos sektoriais. Kitų sektorių specialistai nurodė, kad aktyvus bendradarbiavimas sveikatos netolygumų srityje vyksta su socialiniu sektoriumi, taip pat bendradarbiaujama su teisėsaugos bei švietimo sektoriais. Pagrindinėmis tarpsektorinio bendradarbiavimo formos

sveikatos netolygumų srityje išlieka dalyvavimas darbo grupių, komisijų arba komitetų veikloje ir strateginių dokumentų arba teisės aktų rengimas.

Reikšminiai žodžiai: sveikatos netolygumai, tarpsektorinis bendradarbiavimas, sveikata visose politikose, suinteresuotosios institucijos, Lietuva.

Įvadas

Lietuva, lyginant su kitomis Europos Sąjungos šalimis, išsiskiria ryškiais gyventojų sveikatos netolygumais, kuriuos sąlygoja įvairūs sveikatą veikiantys demografiniai, socialiniai, ekonominiai, aplinkos, politiniai ir kiti veiksniai bei kitos priežastys¹. Pasaulio sveikatos organizacija² ir Europos Sąjungos^{3,4} institucijos, atsižvelgdamos į būtinumą mažinti sveikatos netolygus, ragina šalis įgyvendinti „Sveikata visose politikose“ (angl. *Health in All Policies, HiAP*) principą, stiprinant tarpsektorinį bendradarbiavimą ir įsipareigojimus. Įgyvendinant „Sveikata visose politikose“ principą, siekiama įtraukti sveikatos prioritetą į įvairių sektorių politikas bei viešojo valdymo sritis. Sveikatos prioriteto bei sveikatos lygiateisiškumo (angl. *equity in health*) klausimams įtraukti į įvairių sektorių sprendimų priėmimo procesus būtina išplėtoti tarpsektorinį bendradarbiavimą, taip pat įgyvendinti pokyčius viešojo valdymo organizacinėse struktūrose (pvz., Vyriausybėje, įvairius politikos sektorius koordinuojančiose ministerijose ir kitose įstaigose) ir procesuose, siekiant suinteresuotosioms institucijoms aiškiai apibrėžti bei pasiekti prioritetinius tikslus⁵.

Lietuvos gyventojų sveikata ir gerovė tapo įvairių politikos sektorių klausimu, tačiau šalyje ilgą laiką vyrauja sektorinis požiūris į sveikatos klausimų sprendimą⁶. Reikšmingas tampa „Sveikata visose politikose“ principo įgy-

¹ European Commission. Health inequalities in the EU – final report of a consortium. Consortium lead: Sir Michael Marmot, 2013 [žiūrėta 2015-09-02]. Prieiga internete: http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/healthinequalitiesineu_2013_en.pdf.

² World Health Organization. Adelaide statement on health in all policies: moving towards a shared governance for health and well-being. 13–15 April 2010, Adelaide [žiūrėta 2015-09-02]. Prieiga internete: http://www.who.int/social_determinants/publications/isa/hiap_statement_who_sa_final.pdf?ua=1.

³ Council of European Union. Council Conclusions of 30 November 2006 on Health in All Policies (HiAP). 16167/06.

⁴ Council of the European Union. Council conclusions of 8 June 2010 on Equity and Health in All Policies: Solidarity in Health. Brussels, 9947/10.

⁵ Ståhl, T.; Wismar, M.; Ollila, E., *et al.* 2006. Health in All Policies: prospects and potentials. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, European Observatory on Health Systems and Policies.

⁶ Viešosios politikos ir vadybos institutas. Tarpinstitucinio bendradarbiavimo analizės atlikimo, analogiškos patirties ES šalyse ir esamos teisinės bazės Lietuvoje įvertinimo. Galutinė ataskaita. Vilnius, 2012. [žiūrėta 2015-09-02]. Prieiga internete: http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/ESFproduktai/2012_tarpinstitucinio_bendradarbiavimo_analize.pdf.

vendinimas, kuris pabrėžiamas Lietuvos Respublikos Vyriausybės (toliau – Vyriausybė) bei Lietuvos Respublikos Seimo patvirtintuose strateginiuose dokumentuose, tokiuose kaip, 2014–2010 m. nacionalinės pažangos programos horizontaliuosiuose prioritetuose „Sveikata visiems“, „Regionų plėtra“⁷ ir jų tarpinstituciniuose veiklos planuose^{8,9}, Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. programoje¹⁰. Tačiau minėti ir kiti strateginiai dokumentai formuluojami pagal sektorinę principą ir juose sveikatos priežiūros priemonių įgyvendinimas kryptingai priskiriamas sveikatos sektoriui, nepakankamai aktyviai išitraukiant kitiems sektoriams¹¹. Be to, juose aiškiai neapibrėžti įvairių sektorių išipareigojimai bei integruoti veiksmai sprendžiant sveikatos netolygumų mažinimo klausimus. Šešioliktosios Vyriausybės 2012–2016 m. programoje¹² sveikatos netolygumų mažinimas nėra numatytas prioritetine veiklos kryptimi, tačiau ministerijos ir Vyriausybės įstaigos teisės aktais pavestose viešojo valdymo srityse užtikrina šios programos nuostatų įgyvendinimą, formuluodamos strateginių veiklos planų programų tikslus, uždavinius, planuodamos ir įgyvendindamos priemones, tarp jų prisidedančias prie sveikatos netolygumų mažinimo. Nepaisant viešojo valdymo įstaigų veiksmų, prisidedančių prie sveikatos netolygumų mažinimo bei politinių siekių įgyvendinti „Sveikata visose politikose“ principą, šalyje netaikomas „Sveikata visose politikose“ įgyvendinamo modelis¹³, be to, vienu iš pagrindinių iššūkių išlieka tarpsektorinis bendradarbiavimas, kuris leidžia atskiriems sektoriams veiksmingiau įgyvendinti strateginius tikslus ir tarpsektorinius veiksmus, abipusiai naudingus įvairiems sektoriams ir jų politikai, kuriuos sudėtinga įgyvendinti atskirose politikos srityse vykdomomis priemonėmis. Šio tyrimo tikslas – įvertinti ministerijų ir Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžių įstaigų specialistų požiūrį į tarpsektorinį bendradarbiavimą sveikatos netolygumų srityje.

⁷ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. lapkričio 28 d. nutarimas Nr. 1482 „2014–2010 metų nacionalinės pažangos programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2012, Nr. 144–7430.

⁸ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. kovo 26 d. nutarimas Nr. 293 „Dėl 2014–2020 m. nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Sveikata visiems“ tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo“. *Teisės aktų registras*. 2014, Nr. 04113.

⁹ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. vasario 19 d. nutarimas Nr. 172 „Dėl 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Regioninė plėtra“ tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo“. *Teisės aktų registras*. 2014, Nr. 2026.

¹⁰ Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo“. *Teisės aktų registras*. 2014, Nr. 9403.

¹¹ Viešosios politikos ir vadybos institutas., *supra* note 6.

¹² Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gruodžio 13 d. nutarimas Nr. XII-51 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“. *Valstybės žinios*. 2012, Nr. 149–7630.

¹³ Pukinaitė, V. Palankios dimensijos taikyti „Sveikata visose politikose“ strategiją. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2015, 1 (8): 7–28.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Higienos institutas kartu su Lietuvos sveikatos mokslų universitetu, įgyvendindamas 2009–2014 m. Norvegijos finansinio mechanizmo programos Nr. LT11 „Visuomenės sveikatai skirtos iniciatyvos“ projektą „Sveikatos netolygumų nustatymo ir mažinimo gebėjimų stiprinimo modelio sukūrimas“ (NOR-LT11-SAM-01-TF-02-001)¹⁴, 2015 m. kovo – balandžio mėn. atliko kiekybinį tyrimą, taikant anketinės apklausos metodą. Šiame straipsnyje analizuojami 23–71 metų (amžiaus vidurkis – $41,76 \pm 12,48$ metų) 202 specialistų, tyrimo atlikimo metu dirbusių Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerijoje (toliau – Švietimo ir mokslo ministerija), Lietuvos Respublikos aplinkos ministerijoje (toliau – Aplinkos ministerija), Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijoje (toliau – Socialinės apsaugos ir darbo ministerija), Lietuvos Respublikos susisiekimo ministerijoje (toliau – Susisiekimo ministerija), Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijoje (toliau – Sveikatos apsaugos ministerija) ir jai pavaldžiose įstaigose vykdančiose (Ekstremalių sveikatai situacijų centras) ir nevykdančiose (Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, Higienos institutas, Valstybinis psichikos sveikatos centras, Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras) viešojo administravimo funkcijas, duomenys. Tarp tyrimo dalyvių 3,5 proc. ($n=7$) buvo įstaigų vadovai arba jų pavaduotojai, atitinkamai – 31,7 proc. ($n=64$) įstaigų struktūrinių padalinių vadovai arba jų pavaduotojai ir 64,9 proc. ($n=131$) įstaigų specialistai. Vidutinis tyrimo dalyvių darbo stažas įstaigose – $9,60 \pm 8,72$ metų, atitinkamai – darbo stažas viešajame sektoriuje $15,19 \pm 11,35$ metų.

Tyrimo dalyviai vykdė įvairias funkcijas valstybinėse įstaigose, kurios, atsižvelgiant į jų valdymo ir administravimo sritis, analizėje priskirtos sektoriams: sveikatos sektorius (Sveikatos apsaugos ministerija ir jai pavaldžios įstaigos, $n=131$) ir kiti sektoriai (Švietimo ir mokslo ministerija, Aplinkos ministerija, Socialinės apsaugos ir darbo ministerija ir Susisiekimo ministerija, $n=71$). Tyrimas atliktas šių įstaigų tikslingai atrinktuose departamentuose ir (ar) skyriuose, kurių funkcijos tiesiogiai susijusios su strateginiu planavimu, politikos formavimu ir (ar) planavimu bei įgyvendinimu priemonių, prisidedančių prie sveikatos netolygumų mažinimo. Tyrime taikytas Higienos instituto ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto specialistų parengtas klausimynas, kurio klausimų blokas apie bendradarbiavimą plačiau analizuojamas šiame straipsnyje.

Duomenų analizei naudotas SPSS for Windows statistinis paketas (22.0 versija). Taikyta aprašomoji statistika: atvejų dažniai (procentai), vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai (SN). Požymių statistiniai ryšiai vertinti taikant *chi* kvadra-

¹⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Projektas „Sveikatos netolygumų nustatymo ir mažinimo gebėjimų stiprinimo modelio sukūrimas“. [žiūrėta 2015-09-02]. Prieiga internete: <http://www.sam.lt/index.php?1640440998>.

to (χ^2) kriterijų. Hipotezėms tikrinti pasirinktas reikšmingumo lygmuo $p < 0,05$. Kai klausimyno klausimų atsakymai specialistų, buvo vertinami penkiabalėje skalėje, analizuojant duomenis buvo taikomas standartinio normaliojo skirstinio z įvertis. Tai normavimo skalė, kurioje vidurkis visuomet yra lygus 0, o standartinis nuokrypis lygus 1. Teigiami z įverčiai rodo nuokrypį nuo normavimo vidurkio į palankių vertinimų sritį, o atitinkamai neigiami z įverčiai rodo nuokrypį į nepalankių vertinimų sritį. Šioje analizėje teigiami z įverčiai rodo, jog specialistai vertino gerokai aukščiau už vidutinį įvertį, t. y., palankiai, o neigiami z įverčiai rodo, jog specialistai vertino gerokai kritiškiau už vidutinį įvertį, t. y., labai nepalankiai.

Tyrimo rezultatai

Bendradarbiavimas su kitomis įstaigomis įgyvendinant veiklos kryptis

59,5 proc. ($n=126$) sveikatos sektoriaus ir 75,4 proc. ($n=69$) kitų sektorių specialistų nurodė, kad jų įstaigos, vykdydamos teisės aktais priskirtas funkcijas, savo veiklos kryptis derina su kitų įstaigų veiklos kryptimis, atitinkamai – 27,0 ir 20,3 proc. – kad veiklos kryptys iš dalies derinamos su kitomis įstaigomis. Maža dalis sveikatos sektoriaus ir kitų sektorių specialistų pažymėjo, kad jų įstaigų veiklos kryptys nederinamos su kitomis įstaigomis (atitinkamai – 2,4 ir 1,4 proc.). 11,1 proc. sveikatos sektoriaus ir 2,9 proc. kitų sektorių specialistų negalėjo atsakyti apie jų įstaigų veiklos kryptį derinimą su kitomis įstaigomis ($p=0,094$).

64,3 proc. ($n=126$) sveikatos sektoriaus ir 74,3 proc. ($n=70$) kitų sektorių specialistų nurodė, kad jų įstaigos, įgyvendindamos veiklos kryptis aktyviai bendradarbiauja su savo ir ne savo veiklos srityse veikiančiomis įstaigomis, atitinkamai – 29,4 ir 25,7 proc. – kad aktyviai bendradarbiauja su savo veiklos srityje veikiančiomis įstaigomis. Tik maža dalis (2,4 proc.) sveikatos sektoriaus specialistų pažymėjo apie aktyvų bendradarbiavimą su ne savo veiklos srityje veikiančiomis įstaigomis. 4 proc. sveikatos sektoriaus specialistų nurodė, kad jų įstaiga, įgyvendindama veiklos kryptis, nebendradarbiauja su kitomis įstaigomis ($p=0,150$).

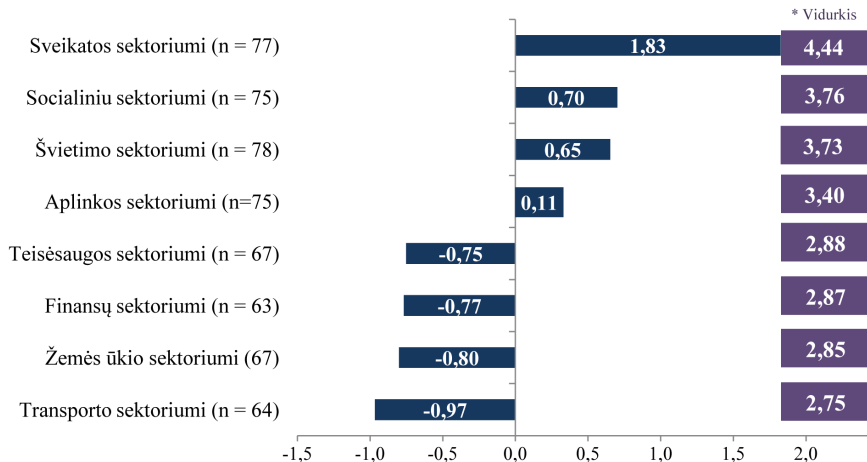
Tarpsektorinis bendradarbiavimas sveikatos netolygumų mažinimo srityje

35,4 proc. ($n=127$) sveikatos sektoriaus ir 28,2 proc. ($n=71$) kitų sektorių specialistų pažymėjo, kad jų įstaigos bendradarbiauja su kitais sektoriais sveikatos netolygumų srityje, atitinkamai – 22,8 ir 26,8 proc. – kad iš dalies bendradarbiauja su kitais sektoriais šioje srityje. Maža dalis sveikatos sektoriaus ir kitų sektorių specialistų nurodė, kad jų įstaigos nebendradarbiauja su kitais sektoriais

sveikatos netolygumų srityje (atitinkamai – 10,2 ir 4,2 proc.). 31,5 proc. sveikatos sektoriaus ir 40,8 proc. kitų sektorių specialistų negalėjo atsakyti apie tarpsektorinį bendradarbiavimą sveikatos netolygumų srityje ($p=0,241$).

Analizuojant tarpsektorinio bendradarbiavimo formas, nustatyta, kad daugiau sveikatos sektoriaus specialistų, lyginant su ir kitų sektorių, nurodė, kad jų įstaigos bendradarbiauja su kitais sektoriais sveikatos netolygumų srityje dalyvaudamos darbo grupių, komisijų arba komitetų veikloje (atitinkamai – 93,2 ($n=82$) ir 67,4 proc. ($n=31$); $p=0,001$). 76,1 proc. ($n=67$) sveikatos sektoriaus ir 65,2 ($n=30$) kitų sektorių specialistų pažymėjo, kad įstaigos bendradarbiauja su kitais sektoriais rengdamos strateginius dokumentus bei teisės aktus ($p=0,179$), atitinkamai – 54,5 ($n=48$) ir 52,2 ($n=24$) – kad rengdamos ir įgyvendindamos tarpinstitucinius veiklos planus ($p=0,794$). 6,8 proc. ($n=6$) sveikatos sektoriaus ir 20,0 proc. ($n=9$) kitų sektorių specialistų nurodė kitas bendradarbiavimo su kitais sektoriais formas kaip įvairių programų, projektų, veiksmų planų įgyvendinimas.

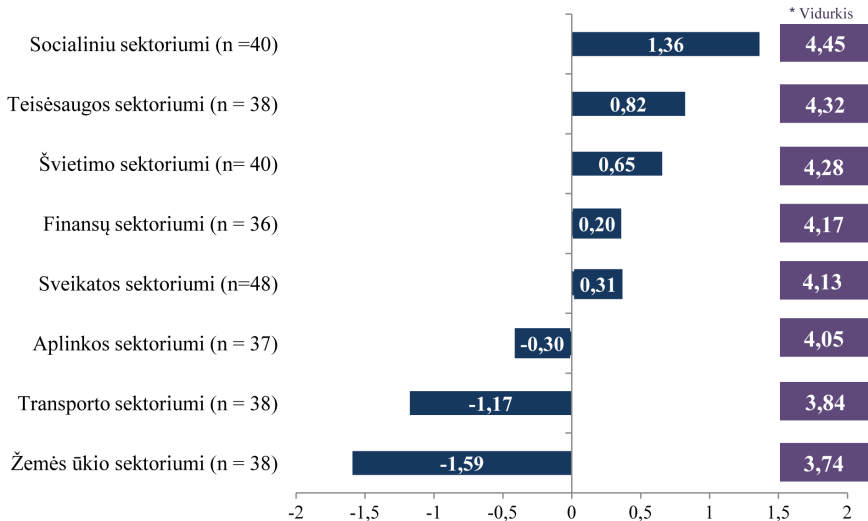
Sveikatos sektoriaus specialistai pažymėjo, kad jų įstaigos sveikatos netolygumų srityje aktyviai bendradarbiauja su sveikatos sektoriumi, be to, bendradarbiaujama su socialiu, švietimo bei aplinkos sektoriais, tuo tarpu silpnas bendradarbiavimas vyksta su transporto, žemės ūkio, finansų ir teisėsaugos sektoriais (1 pav.).



Skalė nuo 0 iki 5, čia: 0 – nėra bendradarbiavimo iki 5 – aktyvus bendradarbiavimas

1 pav. Sveikatos sektoriaus specialistų požiūris į tarpsektorinį bendradarbiavimą sveikatos netolygumų srityje (z įverčiai ir vidurkiai)

Kitų sektorių specialistai nurodė, kad jų įstaigos sveikatos netolygumų srityje aktyviai bendradarbiauja su socialiniu sektoriumi, be to, bendradarbiavimas vystomas su teisėsaugos bei švietimo sektoriais, tuo tarpu silpnas bendradarbiavimas vyksta su žemės ūkio, transporto ir aplinkos sektoriais (2 pav.).



Skalė nuo 0 iki 5, čia: 0 – nėra bendradarbiavimo iki 5 – aktyvus bendradarbiavimas

2 pav. Kitų sektorių specialistų požiūris į tarpsektorinį bendradarbiavimą sveikatos netolygumų srityje (ž žverčiai ir vidurkiai)

Rezultatų aptarimas

Pasaulio sveikatos organizacija pabrėžia būtinumą įvairių sektorių politikos priemones ir veiksmus nukreipti į sveikatos netolygumus sąlygojančių socialinių veiksnių valdymą, kuris šalims leidžia siekti sveikatos lygiateisiškumo¹⁵. Šalių vyriausybių taikytos sveikatos lygiateisiškumą užtikrinančios priemonės nedavė lauktų rezultatų dėl neišplėtotų kitų sektorių veiksmus įtraukiančių strategijų¹⁶.

¹⁵ World Health Organization. Rio political declaration on social determinants of health. The world conference on social determinants of health, Rio de Janeiro Brasil, 21 October 2011. [žiūrėta 2015-09-02]. Prieiga internete: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf?ua=1.

¹⁶ World Health Organization. Governance for health equity. Taking forward the equity values and goals of Health 2020 in the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization, 2014.

Lietuvoje kaip ir kitos šalyse sveikatos klausimų įtraukimas į įvairių politikos sektorių darbotvarkes, įgyvendinant tarpsektorinius veiksmus, išlieka iššūkiu ir reikalauja įvairių sektorių politikos suderinamumo, taip pat aiškaus tarpsektorinių veiksmų koordinavimo bei įgyvendinimo mechanizmo. Daugelis šalių susiduria su tarpsektorinio bendradarbiavimo kliūtimis, tokiomis kaip, sveikatos sektoriaus ir kitų sektorių tikslų nesuderinamumas, sveikatos prioriteto nepakankamas integravimas į kitų sektorių politikas, sektorinės politikos požiūris (Sveikatos apsaugos ministerijos valdymo sritis), įrodymų stygius ir kt.¹⁷ Šalių viešojo valdymo institucijos, bendradarbiaudamos su kitais sektoriais, įgyvendinant „Sveikata visose politikose“ principą, taiko įvairius valdymo įrankius, kurie skirstomi į organizacines struktūras (įstaigų padaliniai, komitetai, tinklai), procesus (planavimas, prioritetų nustatymas, vertinimas), finansines (finansavimo mechanizmai) bei teises (teisės aktai, sutartys) priemones¹⁸. Daugelyje šalių taikomas poveikio sveikatai vertinimas (angl. *health impact assessment*) kaip „Sveikata visose politikose“ principo įgyvendinimo įrankis¹⁹.

Atliktas vienas pirmųjų tyrimų šalyje atskleidė tarpsektorinio bendradarbiavimo sveikatos netolygumų klausimais aktualijas bei išryškino problemines sritis. Sveikatos apsaugos ministerija formuoja ir įgyvendina sveikatos netolygumų mažinimo politiką. Ji sveikatos netolygumų klausimams spręsti taiko politines priemones ir koordinuoja jų įgyvendinimą. Pavyzdžiui, Sveikatos apsaugos ministro patvirtintame sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plane numatytos strateginės kryptys, priemonės, jų vykdytojai bei ištekčiai, kurių įgyvendinimas leistų sumažinti konkrečių šalies regionų (teritorijų) bei tikslinių socialinių grupių sveikatos netolygumus bei didinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą²⁰. Tačiau Sveikatos apsaugos ministerijai stinga politinės lyderystės, įtraukiant ir telkiant kitus sektorius sveikatos netolygumų mažinimo srityje. Stipri politinė lyderystė įgalina inicijuoti ir įgyvendinti tarpsektorinius veiksmus²¹. Šie veiksmai efektyvūs, kai tuo pačiu metu įgyvendinami visais lygmenimis (valstybės, regiono ir vietos) ir šių lygmenų vykdoma veikla paremta politika ir teisėkūra²². Be to, efektyviam tarpsektorinių veiksmų

¹⁷ Ståhl, T.; Wismar, M.; Ollila, E., *et al.*, *supra* note 5.

¹⁸ St-Pierre, L.; Hamel, G.; Lapointe G., *et. al.* 2009. Governance tools and framework for health in all policies. Quebec: National Collaborating Centre for Health Public Policy.

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymas Nr. V-815 „Dėl sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“. *Teisės akty registras*. 2014, Nr. 10332.

²¹ MCQueen, DV.; Wismar, M.; Lin, V., *et al.* 2012. Intersectoral governance for health in all policies: structures, actions and experience. Copenhagen: World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies.

²² Barr, V.; Pedersen, S.; Pennock, M.; Rootman, I. 2008. Health equity through intersectoral action: an analysis of 18 country case studies. Public Health Agency of Canada, World Health Organization.

valdymui būtinos šios prielaidos: politinė valia, partnerystė ir suinteresuotųjų grupių įtraukimas, lyderystė, sveikatos klausimų politinis aktualumas ir jų savalaikis sprendimas, politinės ir kitos aplinkybės (kontekstas) ir finansiniai ištekliai²³.

Ministerijos pavestose valdymo srityse rengia tarpinstitucinius veiklos planus²⁴, kuriuos įgyvendinant taikomi tarpsektoriniai veiksmai. Tarpinstituciniai veiklos planai sustiprina įvairius politikos sektorius koordinuojančių ministerijų bendradarbiavimą, tačiau juose numatytų priemonių į kurias sąlyginai įtraukiamas sveikatos prioritetas, įgyvendinimas gali neduoti laukiamų rezultatų. Pažymėtina, kad įvairius politikos sektorius koordinuojančios ministerijos be tarpinstitucinių veiklos planų (iki 2010 m. rugsėjo 1 d. tarpinstitucinių programų)²⁵ rengia strateginius dokumentus ir teisės aktus, reikšmingus gyventojų sveikatos prioriteto bei sveikatos netolygumų mažinimo atžvilgiu, be to, juos įgyvendinant, Sveikatos apsaugos ministerija užima partnerio poziciją. Pavyzdžiui, Socialinės apsaugos ir darbo ministerija koordinuoja socialinės įtraukties didinimo 2014–2020 m. veiksmų plano²⁶ įgyvendinimą arba vykdomi aplinkos oro kokybės vertinimą ir valdymą^{27,28} reglamentuojantys teisės aktai, priskiriami Aplinkos ministerijos ir Sveikatos apsaugos ministerijų valdymo sritims.

Remiantis tarpinstitucinių programų įgyvendinimo analize, Sveikatos apsaugos ministerijos ir jai pavaldžių įstaigų išplėtotas bendradarbiavimas su Socialinės apsaugos ir darbo ministerija bei Švietimo ir mokslo ministerija, tuo tarpu Sveikatos apsaugos ministerija nebuvo ištrauksi į Finansų ministerijos, Žemės ūkio ministerijos ir kitų tiesiogiai nesusijusių su sveikatos sritimi ministerijų programų įgyvendinimą. Sveikatos apsaugos ministerijai tampa aktualu plėtoti bendradarbiavimą su ministerijomis ir joms pavaldžiomis įstaigomis,

²³ MCQueen, DV.; Wismar, M.; Lin, V., *el al., op. cit.*

²⁴ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2010 m. rugpjūčio 25 d. nutarimas Nr. 1220 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. birželio 6 d. nutarimo Nr. 827 „Dėl strateginio planavimo metodikos patvirtinimo pakeitimo“. *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 102–5279.

²⁵ *Ibid.*

²⁶ Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2013 m. spalio 22 d. įsakymas Nr. A1-588 „Dėl socialinės įtraukties didinimo 2014–2020 m. veiksmų plano patvirtinimo“. [žiūrėta 2015-09-07]. Prieiga internete: http://www.socmin.lt/public/uploads/233_veiksmu_planas_2014-2020_bendras.pdf.

²⁷ Lietuvos Respublikos aplinkos ministro ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. liepos 7 d. įsakymas. Nr. D1-585/V-611 „Dėl aplinkos ministro ir sveikatos apsaugos ministro 2001 m. gruodžio 11 d. įsakymo Nr. 591/640 „Dėl aplinkos oro užterštumo normų nustatymo“ pakeitimo“. *Valstybės žinios*. 2010, Nr.82–4364.

²⁸ Lietuvos Respublikos aplinkos ministro ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 24 d. įsakymas Nr. D1-803/v-1065 „Dėl aplinkos ministro ir sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gegužės 26 d. įsakymo Nr. D1-265/V-436 „Dėl Visuomenės ir suinteresuotų institucijų informavimo apie aplinkos oro užterštumo lygius, viršijančius pavojaus ar informavimo slenksčius, tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“. *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 157–7111.

kurių koordinuojamos politikos svarbios įgyvendinant „Sveikatos visose politikose“ principą: Aplinkos ministerija, Susisiekimo ministerija ir Žemės ūkio ministerija²⁹.

Remiantis atlikto tyrimo duomenimis, sveikatos ir kiti sektoriai, vykdydami teisės aktais priskirtas funkcijas, aktyviai bendradarbiauja, derindami ir įgyvendindami veiklos kryptis, tačiau tarpsektorinis bendradarbiavimas sveikatos netolygumų srityje nepakankamai išvystytas. Be to, pagrindine tarpsektorinio bendradarbiavimo forma sveikatos netolygumų srityje išlieka įvairių sektorių atstovų dalyvavimas darbo grupių, komisijų arba komitetų veikloje. Remiantis tyrimo duomenimis, keliama prielaida, kad tarpsektorinio bendradarbiavimo plėtrą riboja ir galiojantys teisės aktai, kurie neįpareigoja kitų sektorių mažinti sveikatos netolygumų, be to, šioje srityje stinga politinės valios ir kryptingų sprendimų Vyriausybės lygmeniu.

Atliktame tyrime išryškėjo, kad Sveikatos sektorius sveikatos netolygumų srityje aktyviau bendradarbiauja su kitais sektoriais, kurie įgyvendina integruotos politikos priemonės (socialinė politika, švietimo politika, aplinkos politika) ir jų veiklos sritys susijusios su sveikatos sritimi. „Kietųjų“ ir „minkštųjų“ priemonių derinimas, apimantis įstatymų, memorandumų arba sutarčių laikymąsi, konsultavimą, reguliavimą ar bendrųjų rodiklių stebėseną, leidžia įtraukti mažiau bendros veiklos sąsajų turinčius sektorius³⁰.

Mokslo pagrįstų įrodymų apie šalyse taikomą veiksmingą tarpsektorinį bendradarbiavimą valdant sveikatos netolygumus sąlygojančius veiksnius^{31,32,33} ir siekiant sveikatos lygiateisiškumo, įvairių bendradarbiavimo įrankių efektyvumą³⁴ stinga, tačiau „Sveikata visose politikose“ principo taikymas sveikatos sektoriui suteikia atsakomybę už kitų politikos sektorių dienotvarkių išmanymą, tinkamų bendradarbiavimo įrankių parinkimą, pagrįstų politikos strategijų bei priemonių įgyvendinimą³⁵. Šiems veiksams įgyvendinti sveikatos sektoriui būtinos žinios, gebėjimai vystant tarpsektorinį dialogą ir koordinuotą tarpsektorinę politiką bei aiškiai reglamentuotas atskaitomybės mechanizmas³⁶.

²⁹ Viešosios politikos ir vadybos institutas., *supra* note 6.

³⁰ Pukinaitė, V., *supra* note 13.

³¹ Shankardass, K.; Solar, O.; Murphy, K., *et al.* 2012. A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. *International Journal of Public Health*. 57:25–33.

³² Ndumbe-Eyoh, S.; Moffat, H. 2013. Intersectoral action for health equity: a rapid systematic review. *BMC Public Health*. 13:1056.

³³ Chircop, A.; Bassett, R.; Taylor, E. 2015. Evidence on how to practice intersectoral collaboration for health equity: a scoping review. *Critical Public Health*. 25(2): 178–191.

³⁴ St-Pierre, L.; Hamel, G.; Lapointe G., *et al.*, *supra* note 18.

³⁵ Pukinaitė, V., *supra* note 13.

³⁶ Leppo, K.; Ollila, E.; Pena, S., *et al.* 2013. Health in All Policies. Seizing Opportunities, Implementing Policies. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.

Išvados

1. 59,5 proc. (n=126) sveikatos sektoriaus ir 75,4 proc. (n=69) kitų sektorių specialistų nurodė, kad jų įstaigos, vykdydamos teisės aktais priskirtas funkcijas, savo veiklos kryptis derina su kitų įstaigų veiklos kryptimis (p=0,094). Didžioji dalis sveikatos sektoriaus (64,3 proc.) ir kitų sektorių (74,3 proc.) specialistų pažymėjo apie aktyvų bendradarbiavimą su savo ir ne savo veiklos srityse veikiančiomis įstaigomis įgyvendinant veiklos kryptis (p=0,150).
2. Apie trečdalis sveikatos sektoriaus (35,4 proc., n=127) ir kitų sektorių (28,2 proc., n=71) specialistų pažymėjo apie jų įstaigų bendradarbiavimą su kitais sektoriais sveikatos netolygumų srityje (p=0,241). Sveikatos sektoriaus specialistai nurodė, kad jų įstaigos sveikatos netolygumų srityje aktyviai bendradarbiauja su sveikatos sektoriumi, be to, bendradarbiavimas vyksta su socialiu, švietimo bei aplinkos sektoriais. Kitų sektorių specialistai pažymėjo, kad aktyvus bendradarbiavimas sveikatos netolygumų srityje vyksta su Socialiniu sektoriumi, taip pat bendradarbiaujama su teisėsaugos bei švietimo sektoriais.
3. Pagrindinėmis tarpsektorinio bendradarbiavimo formos sveikatos netolygumų srityje yra dalyvavimas darbo grupių, komisijų arba komitetų veikloje ir strateginių dokumentų arba teisės aktų rengimas.

Padėka

Straipsnio autoriai dėkoja įstaigų vadovams ir specialistams už bendradarbiavimą bei dalyvavimą tyrime, taip pat įstaigų deleguotiems atstovams už konsultavimą ir tyrimo atlikimo koordinavimą.

Literatūra

1. Barr, V.; Pedersen, S.; Pennock, M.; Rootman, I. 2008. Health equity through intersectoral action: an analysis of 18 country case studies. Public Health Agency of Canada, World Health Organization.
2. Chircop, A.; Bassett, R.; Taylor, E. 2015. Evidence on how to practice intersectoral collaboration for health equity: a scoping review. *Critical Public Health*. 25(2): 178–191.
3. Council of European Union. Council Conclusions of 30 November 2006 on Health in All Policies (HiAP). 16167/06.
4. Council of the European Union. Council conclusions of 8 June 2010 on Equity and Health in All Policies: Solidarity in Health. Brussels, 9947/10.
5. European Commission. Health inequalities in the EU – final report of a consortium. Consortium lead: Sir Michael Marmot. 2013. [žiūrėta 2015-09-02]. Prieiga internete: http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/healthinequalitiesineu_2013_en.pdf.

6. Leppo, K.; Ollila, E.; Pena, S., *et al.* 2013. Health in All Policies. Seizing Opportunities, Implementing Policies. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.
7. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2010 m. rugpjūčio 25 d. nutarimas Nr. 1220 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. birželio 6 d. nutarimo nr. 827 „Dėl strateginio planavimo metodikos patvirtinimo pakeitimo“. *Valstybės žinios*. 2010. Nr. 102–5279.
8. Lietuvos Respublikos aplinkos ministro ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. liepos 7 d. įsakymas. Nr. D1-585/V-611 „Dėl aplinkos ministro ir sveikatos apsaugos ministro 2001 m. gruodžio 11 d. įsakymo Nr. 591/640 „Dėl aplinkos oro užterštumo normų nustatymo“ pakeitimo“. *Valstybės žinios*. 2010, Nr.82–4364.
9. Lietuvos Respublikos aplinkos ministro ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 24 d. įsakymas Nr. D1-803/v-1065 „Dėl aplinkos ministro ir sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gegužės 26 d. įsakymo Nr. D1-265/V-436 „Dėl Visuomenės ir suinteresuotų institucijų informavimo apie aplinkos oro užterštumo lygius, viršijančius pavojaus ar informavimo slenksčius, tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“. *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 157–7111.
10. Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gruodžio 13 d. nutarimas Nr. XII-51 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“. *Valstybės žinios*. 2012, Nr. 149–7630.
11. Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo“. *Teisės aktų registras*. 2014, Nr. 9403.
12. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2013 m. spalio 22 d. įsakymas Nr. A1-588 „Dėl socialinės įtraukties didinimo 2014–2020 m. veiksmų plano patvirtinimo“ [žiūrėta 2015-09-07]. Prieiga internete: http://www.socmin.lt/public/uploads/233_veiksmu_planas_2014-2020_bendras.pdf.
13. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Projektas „Sveikatos netolygumų nustatymo ir mažinimo gebėjimų stiprinimo modelio sukūrimas“. [žiūrėta 2015-09-02]. Prieiga internete: <http://www.sam.lt/index.php?1640440998>.
14. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymas Nr. V-815 „Dėl sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“. *Teisės aktų registras*. 2014, Nr. 10332.
15. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. lapkričio 28 d. nutarimas Nr. 1482 „2014–2010 metų nacionalinės pažangos programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2012, Nr. 144-7430.
16. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. kovo 26 d. nutarimas Nr. 293 „Dėl 2014–2020 m. nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Sveikata visiems“ tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo“. *Teisės aktų registras*. 2014, Nr. 04113.
17. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. vasario 19 d. nutarimas Nr. 172 „Dėl 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Regioninė plėtra“ tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo“. *Teisės aktų registras*. 2014, Nr. 2026.
18. MCQueen, DV.; Wismar ,M.; Lin, V., *et al.* 2012 Intersectoral governance for health in all policies: structures, actions and experience. Copenhagen: World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies.

19. Ndumbe-Eyoh, S.; Moffat, H. 2013. Intersectoral action for health equity: a rapid systematic review. *BMC Public Health*. 13:1056.
20. Pukinaitė, V. 2015. Palankios dimensijos taikyti „Sveikata visose politikose“ strategiją. *Sveikatos politika ir valdymas*. 1 (8): 7–28.
21. Shankardass, K.; Solar, O.; Murphy, K., *et al.* 2012. A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. *International Journal of Public Health*. 57:25–33.
22. Ståhl, T.; Wismar, M.; Ollila, E., *et al.* 2006. Health in All Policies: prospects and potentials. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, European Observatory on Health Systems and Policies.
23. St-Pierre, L.; Hamel, G.; Lapointe G., *et al.* 2009. Governance tools and framework for health in all policies. Quebec: National Collaborating Centre for Health Public Policy.
24. Viešosios politikos ir vadybos institutas. Tarpinstitucinio bendradarbiavimo analizė atlikimo, analogiškos patirties ES šalyse ir esamos teisinės bazės Lietuvoje įvertinimo. Galutinė ataskaita. Vilnius, 2012. [žiūrėta 2015-09-02]. Prieiga internete: http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/ESFproduktai/2012_tarpinstitucinio_bendradarbiavimo_analize.pdf.
25. World Health Organization. Governance for health equity. Taking forward the equity values and goals of Health 2020 in the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization, 2014.
26. World Health Organization. Adelaide statement on health in all policies: moving towards a shared governance for health and well-being. 13–15 April 2010, Adelaide [žiūrėta 2015-09-02]. Prieiga internete: http://www.who.int/social_determinants/publications/isa/hiap_statement_who_sa_final.pdf?ua=1.
27. World Health Organization. Rio political declaration on social determinants of health. The world conference on social determinants of health, Rio de Janeiro Brasil, 21 October 2011. [žiūrėta 2015-09-02]. Prieiga internete: http://www.who.int/dhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf?ua=1.

Stakeholders' attitudes towards intersectoral collaboration in the area of health inequalities

Gintarė Petronytė, Vaida Aguonytė, Rolanda Valintėlienė

Higienos institutas, Lithuania

Ramunė Kalėdienė, Mindaugas Stankūnas

Lithuanian university of Health sciences, Lithuania

Summary. *This article focuses on inter-sectoral collaboration in the area of health inequalities by implementing health in all policies approach. The aim of the study was to assess the attitudes of the specialists of different ministries and institutions subordinated to the Ministry of Health towards inter-sectoral collaboration in health inequalities. A cross sectional questionnaire survey was performed in March–April, 2015. Based on the results, the most of specialists of the health and non-health sectors noted about close collaboration with institutions operating in the same and different areas in order*

to implement institutional actions, however, specialists of both sectors rarely reported institutional collaboration in the area of health inequalities. Specialists of the health sector emphasized strong institutional collaboration within the health sector in health inequalities, besides, they collaborated with social, education and environmental sectors. Non-health sector institutions were involved in strong collaboration with social sector moreover they collaborated with justice and education sectors. The main forms of inter-sectoral collaboration in reducing health inequalities were participation in working groups, commissions or committees and development of strategic documents or legislation.

Keywords: *health inequalities, inter-sectoral collaboration, health in all policies, stakeholders, Lithuania.*

Gintarė Petronytė, biomedicinos mokslų daktarė, Higienos instituto visuomenės sveikatos technologijų centras. Mokslinių tyrimų kryptys: sveikatos technologijų vertinimas, sveikatos sistemos tyrimai, sveikatos politika.

Vaida Aguonytė, Higienos instituto visuomenės sveikatos technologijų centras.

Rolanda Valintėlienė, biomedicinos mokslų daktarė, Higienos instituto visuomenės sveikatos technologijų centro vadovė, Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Sveikatos tyrimų ir inovacijų mokslo centro vyresnioji mokslo darbuotoja. Mokslinių tyrimų kryptys: visuomenės sveikata, hospitalinės infekcijos, antimikrobinis atsparumas.

Ramunė Kalėdienė, Habilituota biomedicinos mokslų daktarė, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Visuomenės sveikatos fakulteto dekanė, Sveikatos vadybos katedros vedėja, profesorė. Mokslinių tyrimų kryptis: sveikatos netolygumai.

Mindaugas Stankūnas, biomedicinos mokslų daktaras, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Sveikatos vadybos katedros profesorius ir Griffith'o universiteto (Australija) Medicinos mokyklos profesorius adjunktas. Mokslinių tyrimų kryptys: sveikatos paslaugų prieinamumas ir lyderystė sveikatos priežiūroje.

Gintarė Petronytė, doctor of biomedicine, Public health technology centre at Institute of Hygiene. Research interests: health technology assessment, health system research, health policy.

Vaida Aguonytė, Public health technology centre at Institute of Hygiene.

Rolanda Valintėlienė, doctor of biomedicine, Head of Public Health Technology Center at Institute of Hygiene, senior researcher at Health Research and Innovation Science Center of Faculty of Health Sciences of Klaipėda University. Research interests: public health, Health care associated infections, antimicrobial resistance.

Ramunė Kalėdienė, Habilitated Doctor, Dean of Faculty of Public Health, Head of the Department of Health Management, professor, Lithuanian University of Health Sciences. Research interest: health inequalities.

Mindaugas Stankūnas, Doctor of biomedicine, professor, Department of Health Management, Lithuanian University of Health Sciences, and adjunct professor at Health Services Management Department, Centre for Health Innovation, School of Medicine, Griffith University (Australia). Research interests: accessibility of health services and leadership in health care.

LIGONIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖS RODIKLIŲ VERTINIMO MODELIS

Danguolė Jankauskienė

Mykolo Romerio universiteto Sveikatos tyrimų laboratorija
Politikos ir vadybos fakulteto Politikos mokslų institutas
Valakupių g. 5, LT-10101 Vilnius, Lietuva
Telefonas (+ 370 6) 8727722
Elektroninis paštas djank@mruni

Pateikta 2015 m. rugsėjo 14 d., parengta spausdinti 2015 m. lapkričio 13 d.

DOI:10.13165/SPV-16-1-9-03

Santrauka

Siekiant gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pacientams bei motyvuoti sveikatos priežiūros įstaigas siekti efektyvumo bei veiksmingesnio valdymo, reikia ieškoti naujų vadybinių instrumentų. Straipsnyje pateikiamas vienas iš autorės sukurtų instrumentų – ligoninių sveikatos priežiūros kokybės rodiklių vertinimo modelis.

Modelis sukurtas atliekant keturių etapų tyrimą pagal tokią logiką: pagrindu pasirinkti 26 Lietuvoje patvirtinti ligoninių kokybės vertinimo rodikliai. Pirmajame etape išnagrinėta kitų šalių taikomų ligoninių kokybės vertinimo modelių praktika ieškant pagrindinių dimensijų, iš kurių pasirinktos kokybė ir efektyvumas. Antrajame ir trečiajame etape buvo kuriamas matematinis rodiklių vertinimo modelis. Antrasis etapas buvo modeliuojamas iš trijų žingsnių. Pirmiausia buvo daroma prielaida, kad didžiausias balų skaičius, kurį galėtų surinkti idealiai įvertinta ligininė, galėtų būti 1000 balų, o mažiausias balų skaičius galimas 333. Tuomet antruoju žingsniu apskaičiuojamas kiekvienos dimensijos (kokybės ir efektyvumo) lyginamasis svoris. Kokybei, kaip svarbesnei vertinamajai dimensijai, buvo suteikiama du trečdaliai arba 75 proc. svorio, o efektyvumui – vienas trečdalis arba 25 proc. lyginamojo svorio. Trečiasis antrojo etapo žingsnis – apskaičiuojama vieno iš priskirtų atskiroms dimensijoms rodiklių vertė priklausomai nuo dimensijos lyginamojo svorio ir rodiklių skaičiaus dimensijoje (kokybės – 15 rodiklių; efektyvumo – 11). Rodikliams suteikti vienodi svoriai. Trečiajame eta-

pe buvo įvertinamas kiekvieno kokybę ir efektyvumą atspindinčio rodiklio, kuri pristatė konkrečios atskiros ligoninės, reikšmės dydis. Šis dydis buvo vertinamas 3 balų skalėje, čia; 1 balas – mažiau nei Lietuvos vidurkis; 2 – atitinka Lietuvos vidurkį; 3 – daugiau nei Lietuvos vidurkis. Ketvirtajame etape kiekvienai ligoninei buvo apskaičiuojama visų gautų balų vertės suma pagal kiekvieną iš 26 rodiklių ir ligoninės buvo išreitinguojamos nuo didžiausios iki mažiausios pagal balų vertę.

Reikšminiai žodžiai: sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, vertinimo modelis, ligoninių kokybės rodikliai, reitingavimas.

Įvadas

Vienas pagrindinių veiksnių sveikatos priežiūros įstaigos veiklos kokybei gerinti yra jos veiklos kokybės įvertinimas. Lietuvoje sveikatos priežiūros įstaigų kokybės vertinimo sistemomis pradėta domėtis nuo Nepriklausomybės atgavimo. Pirmiausia buvo akcentuojamas sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kiekybinis įvertinimas, vėliau kokybinis. Šia tema domėjosi Janušonis, Popovienė (2004)¹, Ruževičius (2007)², Jankauskienė(2011)³ ir kt. Tarptautiniu mastu sveikatos politikoje sveikatos priežiūros kokybės vadybos teorijos pradininku laikomas Averidis Donabedianas, kuris sukūrė kokybės sistemos modelį, pagrįstą organizacine struktūra, procesais ir veiklos rezultatais⁴.

Lietuvoje siekiant gerinti stacionarių sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybę, pacientų informavimą apie asmens sveikatos priežiūros paslaugas 2012 m. lapkričio 29 d. buvo išleistas Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-1073 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“, o 2015 m. rugpjūčio 10 d. įsakymu Nr. V-929 patvirtintas jo pakeitimas. Patvirtintas ligoninių veiklos kokybės ir efektyvumo 26 rodiklių sąrašas. Įsakymas numato, kad įstaigos turi sekti ir kiekvienais metais teikti rodiklių duomenis Sveikatos apsaugos ministerijai ir Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklos tarnybai prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Pirmieji duomenys paskelbti jau 2012 m. Tačiau kol kas neatlikta jokia išsami ligoninių, pateikusių rezultatus, veiklos kokybės vertinimo analizė, todėl neįmanoma palyginti jų rezultatų. O ligoninių veiklos kokybės vertinimo kriterijams nenumatyta nei aiški vertini-

¹ Vinsas, J.; Popovienė, J. 2004. *Kokybės sistemos: kūrimas ir valdymas sveikatos apsaugos organizacijose. Klaipėda: S. Jokučio leidykla-spaustuvė.*

² Ruževičius, J. 2007. *Kokybės vadybos metodai ir modeliai. Vilnius: Vilniaus universitetas.*

³ Jankauskiene, D.; Jankauskaitė, I. 2011. Access and quality of health care system by opinion of patients in ten European countries. *Management in health.* ISSN 1453-4541, 15(3), p. 31–39. Prieiga internete: <http://journal.managementinhealth.com/index.php/rms/article/viewFile/200/574>.

⁴ Donabedian, A. 2003. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care.* Oxford: Oxford University Press.

mo sistema, nei pats vertinimo modelis. Kokybės politikoje gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę labai svarbu palyginti jos rezultatus ir lygiuotis bei semtis patirties iš pasiekusių geriausių rezultatų. Tai paskatino šio straipsnio autorę ieškoti mokslinio pagrindimo, kaip sukurti stacionariųjų paslaugų kokybės rodiklių vertinimo modelį, t. y. sistemą rezultatams palyginti, pagal kurią būtų galima įvertinti priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų kokybę tarp įstaigų, nustatyti geriausiai dirbančias įstaigas, jas paskatinti bei paraginti kitas pasitempti ir lygiuotis į geresnes.

Tyrimo tikslas. Remiantis Sveikatos apsaugos ministerijos Tarpinstitucinės darbo grupės sukurtais Lietuvos ligoninių teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo rodikliais, sukurti šių rodiklių vertinimo modelį pagal mokslo įrodymais pagrįstą praktiką. Tyrimo uždaviniai: išnagrinėti užsienio šalių atitinkamus vertinimo modelius, tinkančius Lietuvos praktikai, aprašyti Lietuvos ligoninių kokybės vertinimo praktiką ir sukurti šioje praktikoje nusistovėjusių rodiklių vertinimo modelį tam, kad būtų galima lengvai palyginti rezultatus tarp ligoninių.

Tyrimo medžiaga ir metodika

Kuriant modelį, taikyti mišrūs metodai atskirais jo etapais derinant aprašomuosius, lyginamuosius ir empirinius statistinius bei modeliavimo metodus. Buvo remiamasi samprata, kad vertinimo modelis paprastai suprantamas kaip reiškinio pavaizdavimas lentelės, paveikslo arba kitokiu būdu ir atspindi išskirtinius šio reiškinio elementus. Pagal šią prasmę vertinimo modelis visada yra tam tikro autoriaus arba grupės autorių požiūrio į vertinimą abstrakcija⁵ ir tam tikras sisteminis etapas įvertinimas. Autoriai Alkin ir Chritie (2004) modeliui geriau suprasti pavartojo medžio metaforą, kurio vainiką sudaro trys pagrindinės šakos: vertinimo informacijos panaudojimas, vertinimo metodai ir vertintojo vaidmuo⁶. Modernioje šiuolaikinėje vadyboje pastaruoju metu dominuoja vertinimo modeliai orientuoti į rezultatus. Todėl, kuriant modelį, buvo laikomasi šių metodologinių principų: svarbiausia, remiantis kitų šalių praktika, išskirti pagrindinius jo elementus (medžio šakas), kurie yra artimiausi Lietuvos praktikai, kad nereikėtų keisti Lietuvoje nusistovėjusios rodiklių rinkimo tvarkos; surasti bei sukurti paprastą ir visiems suprantamą rodiklių vertinimo būdą, nereikalaujantį didelių finansinių ir žmogiškųjų resursų; pritaikyti Darbo grupėje patirtį konsultuojantis su patyrusiais šalies ekspertais.

Kaip minėta, kuriant ligoninių kokybės vertinimo modelį, pirmiausia buvo pasinaudota Lietuvos sveikatos apsaugos ministerijos Tarpinstitucinės darbo

⁵ Segolovičienė, I. 2011. Vertinimas viešajame valdyime: samprata ir modeliai. *Viešoji politika ir administravimas*. ISSN 2029-2872, 10(3), p. 437–450.

⁶ Alkin, M. 2004. *Evaluation Roots – Tracing Theorists' Views and Influences*. Sage Publications.

grupės sukurtais ligoninių teikiamų paslaugų kokybės vertinimo rodikliais, patvirtintais Sveikatos apsaugos ministro 2012 m. lapkričio 29 d. įsakymu Nr. V-1073 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“ ir 2015 m. rugpjūčio 10 d. įsakymu Nr. V-929 patvirtintu jo pakeitimu. Toliau buvo atliekamas keturių etapų tyrimas pagal tokią logiką: pirmajame etape išnagrinėta kitų šalių taikomų vertinimo modelių praktika ieškant pagrindinių dimensijų, iš kurių buvo sudarytos vertinimo modelio pagrindinės dalys ieškant apibendrintų sudedamųjų dalių. Nagrinėjamų šalių dimensijų atrankos kriterijais buvo pasirinkta kokybė ir efektyvumas. Šios dimensijos pasirinktos todėl, kad geriausiai atitinka tiek kokybės apibrėžimą, tiek Lietuvoje taikomą ligoninių kokybės rodiklių vertinimo praktiką. Tik tie modeliai, kurie savo struktūroje turėjo šias sudėtines dalis, buvo plačiau nagrinėjami. Žemiau bus pateikiami trumpi Jungtinės Karalystės, Švedijos, Škotijos, Vokietijos, Norvegijos pavyzdžiai. Taip pat buvo remiamasi tarptautinių organizacijų atliktomis sistemėmis apžvalgomis ir studijomis, kuriose išnagrinėti ir įvertinti taikomi kokybės vertinimo modeliai. Atskirai aprašytas Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) sukurtas ligoninių veiklos vertinimo modelis (PATH – angl. *performance assessment framework for hospitals*), kuris artimiausias taikomajam Lietuvoje, ir Europos vartotojų sveikatos indekso apskaičiavimo modelis. Šiame etape apskaičiuoti visi rodikliai sąrašė, priskirti kokybei – jų iš viso 15 (3 lentelė), o efektyvumui – 11 rodiklių (4 lentelė).

Antrajame ir trečiajame etape buvo kuriamas matematinis rodiklių vertinimo modelis. Buvo naudojama modifikuota Vartotojų sveikatos indekso apskaičiavimo metodika pagal 3 balų kiekvieno rodiklio įvertinimo sistemą⁷. Antrasis etapas buvo modeliuojamas iš trijų žingsnių Pirmiausia antrajame etape buvo daroma prielaida, kad didžiausias balų skaičius, kurį galėtų surinkti idealiai įvertinta ligoninė galėtų būti 1000 balų, o mažiausias balų skaičius galimas 333. Tuomet antrasis žingsnis – ligoninių veiklos kokybės vertinimo modelyje apskaičiuojamas kiekvienos dimensijos (kokybės ir efektyvumo) lyginamasis svoris. Kokybei, kaip svarbesnei vertinamai dimensijai buvo suteikiama du trečdaliai arba 75 proc. svorio, o efektyvumui – vienas trečdalis arba 25 proc. (5 lentelė) lyginamojo svorio. Trečiuoju antrojo etapo žingsniu buvo apskaičiuojama vieno iš priskirtų atskiroms dimensijoms rodiklių vertė priklausomai nuo dimensijos lyginamojo svorio ir rodiklių skaičiaus dimensijoje. Siūloma suteikti rodikliams vienodą vertę (svorį), vertinant rodiklius kaip vienodai reikšmingus vertinime⁸. Pagal tai kiekvienas kokybę apibrėžiantis rodiklis maksimaliai (jei įvertinamas 3 balais) gali būti įvertintas 50 balų (750/15), o minimaliai – 16,6 (vieno balo ver-

⁷ Bjornberg, A. 2014. *Euro Health Consumer Index 2014. Health Consumer Powehouse. Priegia internete:* http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2014/EHCI_2014_report.pdf

⁸ Ateityje galima diskutuoti, kad kažkuris rodiklis yra svarbesnis ir vertinamas aukščiau.

tė – 16,6). Analogiškai efektyvumo rodikliai vertinami maks. 22,7 balų (250/11) (vieno balo vertė – 7,6), (5 lentelė).

Trečiajame etape buvo įvertinama kiekvieno kokybę ir efektyvumą atspindinčio rodiklio, kurį pristatė konkrečios atskiros ligoninės, reikšmės dydis. Šis dydis vertinamas 3 balų skalėje, čia; 1 balas – mažiau nei Lietuvos vidurkis, 2 – atitinka Lietuvos vidurkį, 3 – daugiau nei Lietuvos vidurkis (ateityje Lietuvos vidurkio reikšmei, t.y. 2 balams rekomenduotina taikyti intervalus).

Ketvirtajame etape kiekvienai ligoninei siūloma apskaičiuoti visų gautų balų verčių sumą pagal kiekvieną iš 26 rodiklių. Ligoninės buvo išreitinguojamos, t. y. išdėstomos nuo didžiausios iki mažiausios surinkusios balų sumos.

Tyrimo rezultatai

1. Kai kurių užsienio šalių patirtis

Siekiant susipažinti, kokie kokybės vertinimo modelio elementai ir pirmiausia kokybės dimensijos naudojamos kitų šalių praktikoje, remtasi kitų užsienio šalių patirtimi.

Prieš du dešimtmečius ligoninių veiklos vertinimas buvo inovatyvi ir nauja sritis, o veiklos vertinimo projektai tik buvo pradedami vykdyti. Šiuo metu daugumoje Europos šalių tai jau yra kasdienė praktika. Nemaža dalis tokių iniciatyvų buvo pasiūlyta ir tarptautinių organizacijų pvz., PSO ir Ekonominio bendradarbiavimo bei plėtros organizacijos. Tačiau visų jų tikslai bei strategija yra gana skirtingi. Nors nacionaliniu lygmeniu vykdomi projektai skirtingose šalyse pasižymi panašiais tikslais, tačiau, norėdamos vykdyti išpareigojimus nacionaliniu lygmeniu, jos koreguoja savo strategijas priklausomai nuo laikmečio padiktuotų problemų, kurios, suprantama, šalyse yra skirtingos. Todėl, išnagrinėjus daugelį šiuo metu egzistuojančių ligoninių veiklos vertinimo iniciatyvų, toliau aptariamos kelios pagrindinės, kurios yra taikomos Europoje ir pasaulyje.

Kaip teigia Abramikaite (2015)⁹, tik keturios tokių pasaulinių programų: Australijos sveikatos priežiūros standartų komisija (angl. *Australian Council on Health Care Standards*), Jungtinė sveikatos priežiūros organizacijų akreditacijos komisija (angl. *Joint Commission Accreditation of Health Care Organization*), Ontorijo ligoninių asociacija (angl. *Ontario Hospital Association*), Kokybės indikatorių projektas (angl. *Quality Indicator Program*) ir viena Škotijoje vykdoma programa – klinikinių indikatorių rėmimo programa (angl. *Clinical Indicators Support Team Scotland*) buvo sukurtos iki 2000 m. O vienos iš naujausių iniciatyvų – tai Ligoninių veiklos rezultatų vertinimo ir gerinimo komisijos (pranc. *Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amelioration de la*

9 Abramikaite, A. 2015. Ligoninių veiklos kokybės vertinimo modelis Lietuvoje. *Magistro baigiamasis darbas*. Mykolo Romerio universitetas.

Hospitaliere) ir PSO inicijuotas „Ligoninių veiklos kokybės vertinimo instrumentas veiklos gerinimui“ (angl. *Performance Assessment Tool of Quality Improvement in Hospitals*) iniciatyvos.

Visi šie projektai skiriasi tiek kiekybine, tiek kokybine apimtimi, visur ligoninių veiklos kokybei vertinti naudojami rodikliai. Jų skaičius svyruoja nuo 36 (Jungtinė sveikatos priežiūros organizacijų akreditacijos komisija) iki daugiau nei 300 (Australijos sveikatos priežiūros standartų komisija). „Ligoninių veiklos kokybės vertinimo instrumentas veiklai gerinti“ šiuo atžvilgiu gali būti išskirtas todėl, kad jame kriterijai grupuojami į dvi grupes (pirma grupė: pagrindiniai indikatoriai, privalomi visiems dalyviams; antra grupė: specifiniai indikatoriai, kuriuos ligoninės vertina pagal savo veiklos profilį, dydį ir tinkamumą jų veiklos kontekste. Kai kurie nacionaliniai projektai rodiklius dar skirsto pagal sritis, tačiau juos lyginti kitų projektų kontekste ypač sudėtinga.

Pastebėtina, kad ligoninių veiklos vertinimo kūrimo procese rodikliams parinkti buvo sudarytos specialios ekspertų grupės, tokios grupės sudarymo pavyzdys galėtų būti medicininis personalas, ligoninės valdybos nariai, draudimo įstaigų atstovai. Pirmajame etape ekspertų grupės vykdė mokslinę analizę, sisteminę literatūros apžvalgą, reitingavo įvairius metodus. Vis dėlto lieka neaišku, kaip giliai skirtingos iniciatyvos vertino naudojamų rodiklių psichometrinius parametrus. Projektai skiriasi ir tuo, kad atskiru atveju medicininis personalas, ligoninių administracija bei pacientai buvo įtraukiami į kriterijų atranką skirtingu mastu. Šia patirtimi pasinaudojo ir Lietuva 2011–2012 m. kurdama savo ligoninių kokybės vertinimo rodiklius.

Skirtingose šalyse, vertinant ligoninių veiklos kokybę vertinama nuo 3 iki 6 skirtingų dimensijų (1 lentelė). Pavyzdžiui, Jungtinėje Karalystėje vertinamos šios dimensijos: visuomenės sveikatos pagerėjimas, paslaugų prieinamumas, efektyvių sveikatinimo paslaugų teikimas, produktyvumas, pacientų nuomonė, gydymo baigtys.

Dar vienas iš dažnai naudojamų modelių – PSO naudojamas modelis¹⁰, kur ligoninių veiklos kokybei vertinti pasirinktos šešios kriterijų grupės: klinikinis efektyvumas, sauga, orientacija į pacientą, produktyvumas, orientacija į personalą, atsakingas valdymas.

10 Veillard, J. et al. 2005. A performance assessment framework for hospitals: the WHO Regional Office for Europe PATH project. *International Journal of Quality Hospital Care*. p. 487–496.

1 lentelė. Ligoninių veiklos kokybės vertinimo dimensijos

Šalis	Vertinimo dimensijos
Jungtinė Karalystė, Sveikatos departamentas	Visuomenės sveikatos gerinimas Paslaugų prieinamumas Efektyvių sveikatinimo paslaugų teikimas Produktyvumas Pacientų nuomonė Gydymo baigtys
Pasaulio sveikatos organizacija, PATH projektas	Klinikinis efektyvumas Sauga Orientacija į pacientą Produktyvumas Orientacija į personalą Atsakingas valdymas
Švedija, Europos sveikatos vartotojų indeksas	Pacientų teisės ir informacija Prieinamumas, gydymo laukimo laikas Baigtys (rezultatai) Paslaugų apimtis ir prieinamumas Farmacija

Šaltinis: Veillard, J. at al. A performance assessment framework for hospitals: the WHO Regional Office for Europe PATH project. 2005.

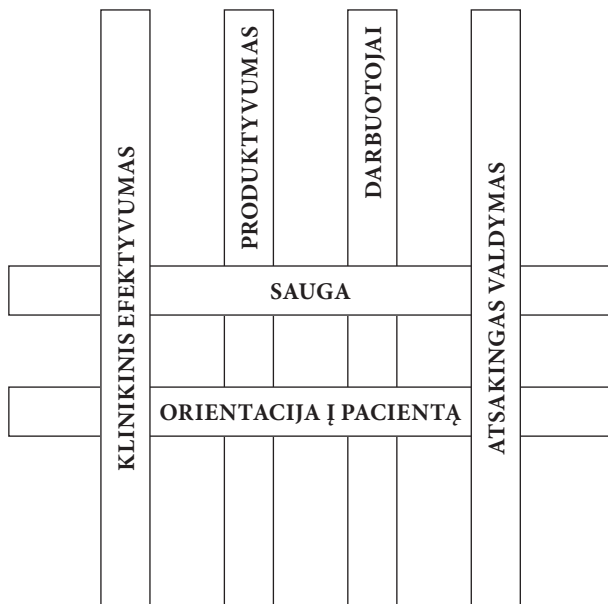
Pats rodiklių, indikatorių ligoninių veiklos kokybei vertinti procesas yra sudėtingas ir laiko reikalaujantis darbas. Dažniausias indikatorių parinkimo modelis – tai ekspertinis darbas, kurio metu sudaroma atitinkamų ekspertų grupė, ji atrenka reprezentatyvius indikatorius. Toliau gali būti vykdomas pilotinis tyrimas, kurio metu įvertinama, ar matuojami indikatoriai yra pakankami ligoninių veiklos kokybei vertinti.

Vertinant ligoninių veiklos kokybę, turi būti atsižvelgta ir į šalies populiaciją bei labiausiai susirūpinimą keliančias sritis, pvz., klininkines, rizikos grupių, pacientų dalyvavimo. Lietuvos atveju į kokybės vertinimo modelį taip pat turėtų būti įtrauktos prioritetinės sveikatos politikos vystymo sritys ir nebūtinai visos. Todėl autorė įvertimo tai, jog Sveikatos apsaugos ministerijos Darbo grupė 2011–2012 m. įdėjo labai daug ekspertų pastangų ir pasiekė susitarimo, sukurdama ligoninių kokybės matavimo rodiklius. Juos kuriant, labiausiai remtasi PSO Ligoninių veiklos vertinimo modeliu (angl. *A performance assessment framework for hospitals*).

1.1. Ligoninių veiklos vertinimo modelis (PATH)

Tai projektas, pradėtas vykdyti 2003 m., kurio iniciatorius yra PSO Europos regioninis biuras. Šio projekto tikslas – sukurti ir pateikti lankstų ir išsamų li-

goninių veiklos kokybės vertinimo instrumentą, kuris padėtų ligoninėms ne tik įvertinti savo veiklą, bet ją palyginti su kitų šalių rezultatais, o įvertinus savo rezultatus, kryptingai gerinti šalies ligoninių veiklą ne tik savo, bet ir kitų dalyvių ekspertų pastangomis. Pilotinis tyrimas 2004 m. pradėtas vykdyti aštuoniose Europos šalyse, įskaitant ir Lietuvą. Projekte naudoti metodai sukurti keturių praktinių seminarų metu, kuriuose dalyvavo ekspertai iš svarbiausių šalių dalyvių, turinčių ilgalaikės vertingos ligoninių veiklos vertinimo patirties. Taip pat atlikta išsami literatūros šaltinių analizė. Pradiniame etape buvo atrinkta 100 pagrindinių rodiklių, vėliau, jie buvo testuojami 20 Europos šalių. Ligoninių veiklos kokybei vertinti pasirinktos šešios kriterijų grupės: klinikinis efektyvumas, sauga, orientacija į pacientą, produktyvumas, orientacija į personalą, atsakingas valdymas. Šios pagrindinės dimensijos ir jų ryšys pavaizduotas 1 pav.



1 pav. PATH indikatorių dimensijos ir jų ryšys

Šaltinis: adaptuota pagal J. Veillard, F. Champagne ir kt. 2005. p. 489.

Taigi, kaip matome paveiksle, dvi skersinės dimensijos (sauga bei orientacija į pacientą) susijungia su kitomis keturiomis dimensijomis. Pavyzdžiui, sauga yra glaudžiai susijusi su klinikiu efektyvumu (pacientų sauga), orientacija į personalą (personalo sauga) ir atsakingu valdymu (aplinkos sauga). Kita vertus, orientacija į pacientą susijusi su atsakingu valdymu (tęstinis gydymas), orientacija į

darbuotojus (pacientų apklausos metu stebimas pacientų pasitenkinimo lygis) ir klinikiniu efektyvumu (gydymo tęstinumas toje pačioje įstaigoje).

Tyrimo metu ligoninėse privalomai buvo vertinama 17 pagrindinių rodiklių. Papildomai gali būti vertinami dar 47 rodikliai, kurie būdingi tam tikriems apibrėžtiems kultūriniais, geografiniais, ekonominiais, struktūriniais kontekstams, kurioje ligoninė veikia.

2-oje lentelėje pateikiamas trumpas naudojamų kriterijų aprašymas.

2 lentelė. PATH kriterijų grupės, jų apibūdinimas ir rodikliai

Kriterijų grupės pavadinimas	Apibūdinimas	Rodikliai
Klinikinis efektyvumas	Klinikinis efektyvumas – tai proceso indikatorių grupė, nusakanti, ar ligoninė esamomis sąlygomis atitinkamai ir pakankamai teikia klinikinę priežiūrą ir paslaugas, taip pat pasiekia užsibrėžtų tikslų taip, kad pacientai gautų didžiausią naudą	Sveikatos priežiūros paslaugų atitikimas, sveikatos priežiūros paslaugų rezultatai, tinkama paslaugų kokybė
Produktyvumas	Produktyvumas – tai santykis tarp optimalių resursų panaudojimo ir produkto, paslaugos	Sveikatos priežiūros paslaugų tinkamumas, tinkamų technologijų taikymas
Orientacija į darbuotojus	Orientacija į darbuotojus apibrėžiama kaip sveikatos priežiūros darbuotojų atitinkama kvalifikacija teikti kvalifikuotas sveikatos priežiūros paslaugas. Taip pat nuolatinis darbuotojų kvalifikacijos kėlimas, užtikrintos reikalingos darbo priemonės, darbuotojai yra patenkinti darbu	Darbo aplinka, darbuotojų individualių poreikių vertinimas, sveikatinimo veikla bei iniciatyvos, elgesys bei sveikatos būklė
Atsakingas valdymas	Atsakingas valdymas – tai laipsnis, kuriuo ligoninė reaguoja į bendruomenės sveikatinimo poreikį, užtikrina koordinaciją tarp ligoninės ir ligoninės bendruomenės narių, skatina sveiką gyvenseną, yra inovatyvi, teikia paslaugas lyčių, rasių, fizinės, kultūrinės, socialinės, demografinės ekonominės lygybės pagrindu	Sistemos/bendruomenės integracija, orientaciją į visuomenės sveikatą
Saugumas	Saugumas yra proceso indikatorių grupė, nusakanti, ar įstaiga turi atitinkamą struktūrą, taip pat naudoja tokias paslaugų teikimo metodikas, kurios veiksmingai sumažina žalą ar riziką pacientams, darbuotojams ir aplinkai	Pacientų saugumas, darbuotojų saugumas, aplinkosauga

Kriterijų grupės pavadinimas	Apibūdinimas	Rodikliai
Orientacija į pacientą	Orientacija į pacientą apibūdina sveikatos priežiūros įstaigos veiklą, kurios ašis yra nukreipta į pacientų poreikius – paslaugos bei priežiūra teikiama atsižvelgiant į pacientų bei jų šeimos narių būklę, autonomiją, pageidavimus, taip pat galimybę jungtis prie paramos grupių, pakankama komunikacija, konfidencialumas, pagarba, galimybė pasirinkti paslaugas, teikėją ir poreikis gauti savalaikę, tinkamą paslaugą	Orientacija į pacientą, pagarba įstaigos pacientams

Šaltinis: sudaryta pagal J. Veillard, F. Champagne ir kt. 2005. p. 492.

1.2. Europos sveikatos vartotojų indeksas (angl. *Euro Health Consumer Index*)

Sveikatos vartotojų indeksas pradėtas taikyti nuo 2005 m. Švedijos Nacionalinės sveikatos tarybos iniciatyva, jį remia įvairios organizacijos ir jau daugelį metų pripažįsta bei palaiko Europos Komisija. Tarptautiniu mastu projektą koordinuoja Sveikatos sistemos vartotojų asociacija (angl. *Health Consumer Powerhouse*) (Bjornberg, 2014)¹¹. Tyrimo tikslas – surinkti ir palyginti Europos šalių sveikatos sistemas bei jų veiklos kokybę remiantis nustatytais kriterijais. Duomenys renkami bei vertinami kasmet, surinktų duomenų pagrindu pateikiamos Europos šalių lyginamosios ataskaitos bei rekomendacijos kiekvienai šaliai, dalyvaujančiai projekte. Duomenys vertinami remiantis rodikliais, suskirstytais į penkias grupes: 1) pacientų teisių ir informacijos; 2) sveikatos priežiūros prieinamumo; 3) gydymo rezultatyvumo; 4) prevencijos; 5) farmacijos. Ekspertų grupė vertina kiekvieną rodiklį balais, maksimali galima taškų suma – 1000. Tyrimas, aišku, turi ir apribojimų, nes labai priklauso nuo gaunamų duomenų kokybės. Tyrimo duomenimis, kaip teigia jo autoriai, beveik per 10 vertinimo metų Europoje fiksuojami stebėtinai pastovūs sveikatos rodikliai. Kai kurie jų yra stebėtinai teigiamos dinamikos: teigiami veiklos pokyčiai gerėja kas metus tokiose srityse, kaip stipresnė pacientų įtaka, prieinamumas, medicininių klaidų skaičiaus mažėjimas, geresni gydymo rezultatai, didesnė valstybės laiduojamų sveikatos priežiūros paslaugų dalis. Kita vertus, griežtos valstybių taupymo tendencijos turėjo įtakos ilgesnėms eilėms laukiant kvalifikuotos pagalbos kai kuriose šalyse bei ilgesniam inovatyvios įrangos bei vaistinių preparatų pritaikymui rinkai. 2015 m. duomenimis, pirmąją vietą užima Nyderlandai, antrąją bei trečiąją dalinasi atitinkamai Šveicarija bei Norvegija. Net aštuonios šalys viršija

¹¹ Bjornberg, A. 2014. *Euro Health Consumer Index 2014. Health Consumer Powehouse. Prieiga internete: http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2014/EHCI_2014_report.pdf*

daugiau nei 800 balų ribą, o papildomai rodo stiprią Vakarų bei Vidurio Europos sveikatos priežiūros sistemą. Lietuva tarp dalyvavusių Europos valstybių užima 25 vietą tarp 35 valstybių, priekyje palikdama savo kaimynę Estiją ir turi didelių problemų su duomenų teikimu (ką reikėtų sutvarkyti pirmiausia).

1.3. Škotijos nacionalinė ligoninių veiklos kokybės vertinimo sistema

Jungtinė Karalystė yra vieną garsiausių Beveridžo sveikatos priežiūros sistemų turinčių valstybių. Visgi Škotija bei Anglija taiko skirtingas ligoninių veiklos kokybės vertinimo bei stebėsenos sistemas. Škotijos sveikatos sistema sudaro atskirą Jungtinės Karalystės nacionalinės sveikatos sistemos padalinį, kuriame taikoma veiklos kokybės strategija¹². Joje pateikiama strateginė kokybės indikatorių kryptis, kuri taip pat atspindi Vietinių paslaugų teikimo ir Nacionaliniame Škotijos paslaugų teikimo plane. Strategijoje pažymima sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės bei paslaugų teikimo svarba siekiant ilgalaikio veiklos bei paslaugų kokybės gerinimo. Tuo tikslu sukurtas Kokybės gerinimo modelis (angl. *Quality Measurement Framework*). Šis modelis sudarytas iš trijų lygmenų: 1 lygmuo: Nacionaliniai kokybės rezultatų indikatoriai (tai rinkinys aukšto sudėtingumo indikatorių, susijusių su pagrindiniais siekiniais (pasitenkinimas sveikatos priežiūra, skubios pagalbos teikimas, paliatyvi pagalba ir slauga, hospitalinės infekcijos paplitimas, standartizuotas ligoninės mirtingumo rodiklis, paciento gydymo baigtis, priešlaikinės mirtys, paciento sveikatos įsivertinimas). Tai ilgalaikiai siekiniai, nacionaliniu lygmeniu peržiūrimi kas 1–2 metus. 2 lygmuo: trumpalaikiai 1–3 metų trukmės siekiniai, susiję su ligoninių veiklos valdymu. 3 lygmuo: kiti indikatoriai ir rodikliai (įvairūs kiti kintami rodikliai gaunami ir vertinami tiek nacionaliniu, tiek vietiniu lygmeniu). Ligoninės reitinguojamos taip pat pagal bendrąją ligoninės rodiklių sistemą – Nacionalinę ligoninės efektyvumo ir produktyvumo rezultatų lentelę (angl. *National efficiency and productivity Score card*). Reitingavimo tikslas – palyginti ligoninių rezultatus vietiniu lygmeniu bei pastebėti pirmuosius įstaigos veiklos kokybės blogėjimo rezultatus. Ligoninės rezultatų kortelės pagrindiniai indikatoriai: standartizuotas ligoninės mirtingumo rodiklis; pakartotinė hospitalizacija; pakartotinė chirurginių pacientų hospitalizacija; gydymo stacionare trukmė; chirurginių pacientų gydymo trukmė; skubiosios pagalbos suteikimo laikas; *clostridium-difficile* infekcijos paplitimas; *staphylococcus aureus* infekcijos paplitimas; pacientų pasitenkinimo lygis. Reitingavimas vykdomas kas ketvirtį, rezultatai skelbiami internetiniuose tinklapiuose, tačiau prieinami tik sistemos darbuotojams arba vyriausybinių organizacijų atstovams.

¹² Abramikaitė, A. 2015. Ligoninių veiklos kokybės vertinimo modelis Lietuvoje. *Magistro baigiamasis darbas*. Mykolo Romerio universitetas.

1.4. Vokietijos nacionalinė ligoninių veiklos kokybės vertinimo sistema.

Vokietija pasižymi viena unikaliausių ligoninių veiklos kokybės vertinimo sistemų Europoje. Tokie sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės vertinimo (1800 ligoninių visoje Vokietijoje) viešai skelbiami rezultatai šaliai padeda ne tik gerinti valdymo, sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, bet ir mažinti nacionaliniu lygmeniu pastebimus netolygumus.

Veiklos kokybės sistema remiasi tam tikrų procedūrų (pvz., apendektomijų) metu surinktais pacientų duomenimis, kurie vertinami grupė rodiklių. Visi duomenys yra perduodami Centrinei agentūrai (AQUA sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo ir tyrimų institutas), taip pat žemių valstybiniams kokybės užtikrinimo ofisams, kur surinkti duomenys analizuojami. Šio proceso metu griežtai laikomasi duomenų konfidencialumo.

Analizės rezultatai perduodami tyrime dalyvavusioms ligoninėms, taip pat savo duomenis gali pasiekti internetinėse duomenų bazėse, kuriose gali palyginti savo ir kitų įstaigų veiklos rezultatus. Tai padeda įstaigoms laiku imtis reikiamų veiklos kokybės gerinimo priemonių. Duomenų analizę taip pat vykdo Valstybinė komisija, kuri, remdamasi gautais duomenimis, gali inicijuoti dialogą su pačia įstaiga, jei rezultatai yra nepatenkinami. Vokietijoje taip pat veikia Federalinis jungtinis komitetas (angl. *Federal Joint Committee*), kurio jurisdikcijoje yra kontroliuoti ligoninių veiklos kokybę ir sudaryti viešai skelbiamų duomenų sąrašus. Veiklos kokybės vertinimo metu vertinama apie 300 kokybės rodiklių, kuriuos privalomai vertina kiekviena su Statutiniu sveikatos draudimu sutartis sveikatinimo paslaugoms teikti sudariusi ligoninė. 2012 m. ataskaitoje „German Hospital Quality Report 2012“ įvertinti net 464 kokybės indikatoriai.

1.5. Norvegijos nacionalinė ligoninių veiklos kokybės vertinimo sistema

Norvegijos sveikatos priežiūros sistemoje 2003 m. įvesta ligoninių veiklos kokybės vertinimo sistema. Ligoninių vertinami tokie veiklos kokybės kriterijai: pacientų pasitenkinimas, hospitalinės infekcijos, tam tikrų ligų gydymo trukmė ir kai kurių operacijų laukimo laikas¹³.

Deja, dėl patikimos statistinės informacijos stygiaus ir viešai prieinamos informacijos kiekio gauti ligoninių veiklos vertinimo rezultatai nebuvo tinkamai apdorojami. Taigi, nuo 2011 m. sausio mėn. Norvegijos sveikatos apsaugos ministras patvirtino naują, visoms viešosioms ligoninėms privalomą, ligoninių veiklos kokybės vertinimo programą. Kai kurie indikatoriai joje perkelti iš ankstesnės programos, tačiau įstaigoms nebuvo taikomos baudos už pavėluotai pateiktus

¹³ Health system in transition Norway. WHO European Observatory on health systems and policies. 2013. Prieiga internete: <https://www.regjeringen.no/en/dokumenter/Health-System-in-Transition-Norway/id766477/>. [žiūrėta 2015-08-15].

duomenis. Remiantis Norvegijos pacientų teisių įstatymu, pacientai turi teisę pasirinkti pageidaujama sveikatos priežiūros įstaigą. Taigi, pacientams prieiga prie duomenų apie ligoninių veiklos kokybės rezultatus gali turėti įtakos jų pasirinkimui. Vis dėlto ligoninių viešai pateikiama veiklos kokybės vertinimo informacija skiriasi, dažnai nepateikiami visi duomenys. Teikiami tokie ligoninių veiklos kokybės vertinimo rodikliai: epikrizė laikas (tai yra laikotarpis, per kurį epikrizė iš ligoninės pasiekia paciento šeimos gydytoją arba bendrosios praktikos gydytoją); ne palatose statomų ligoninės lovų skaičius (tai yra tais atvejais, kai pacientai jau yra paguldyti į ligoninę, bet ligoninėje esančių vietų skaičius yra mažesnis nei ligoninės lovų skaičius); Cezario pjūvių dažnis; vaikų reabilitacijos planų skaičius; priešoperacinis laukimo laikas šlaunikaulio lūžių atvejais; hospitalinių infekcijų skaičius; atidėtas planinių operacijų skaičius; storosios žarnos vėžinių ligų operacijos laukimo laikas; pacientų patenkinimo lygis (pacientų vertinama: priežiūros kokybė, suteikta informacija, organizuotumas, dėmesys artimiesiems, techniniai standartai); artimųjų patenkinimas (vertinami tie patys kriterijai kaip aukščiau); psichologinės konsultacijos laukimo laikas; vaikų su diagnozuotu hiperaktyvumu sutrikimu individualus gydymo planas; šeimos gydytojo, bendrosios praktikos gydytojo sprendimas dėl psichologinės konsultacijos poreikio (skaičius).

Apibendrinus apžvelgtas užsienio ligoninių vertinimo iniciatyvas, galima teigti, kad kol kas Europoje taikomos įvairios metodikos ligoninių veiklos kokybei vertinti. Deja, egzistuoja daug kritinių, diskutuotinų veiklos kokybės vertinimo aspektų (tiek dėl kriterijų parinkimo, apimties, tiek jų interpretacijos). Kita vertus, šiuo metu ne tik tobulinamos, bet ir kuriamos naujos ligoninių veiklos kokybės vertinimo iniciatyvos.

2. Lietuvos ligoninių kokybės vertinimo patirtis

LR Sveikatos apsaugos ministro 2012 m. lapkričio 29 d. įsakymu Nr. V-1073 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“ buvo patvirtintas ligoninių veiklos kokybės rodiklių sąrašas. 2015 m. rugpjūčio 10 d. įsakymu Nr. V-929 patvirtintas jo pakeitimas ir rodiklių sąrašas peržiūrėtas ir atnaujintas bei patikslintas.

Remiantis šiais įsakymais, asmens sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančios stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, įsipareigoja nuo 2013 m. kasmet iki einamųjų kalendorinių metų kovo 10 d. pateikti Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir SAM praėjusių kalendorinių metų asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės vertinimo rodiklius, nurodytus žemiau lentelėse. Nemažai rodiklių yra renkama centralizuotu būdu ir gaunama iš Privalomojo sveikatos draudimo informacinės duomenų sistemos SVEIDRA.

3 lentelė. Lietuvos ligonių veiklos kokybės vertinimo rodiklių sąrašas (patvirtintas LR Sveikatos apsaugos ministro 2015 m. rugpjūčio 10 d. įsakymu Nr. V-929)

Rodiklio Eil. Nr.	Rodiklio pavadinimas	Pateiktini rodiklio duomenys/ų skaičiavimas ir vertinimas	Teisės aktai, kuriuose nustatyti rodikliu vertinamos veiklos reikalavimai, duomenų šaltiniai
1.	Cezario pjūvių dažnis	Cezario pjūviu baigtų gimdymų skaičius ir bendro asmenų sveikatos priežiūros įstaigoje (toliau – ASPĮ) vykusių gimdymų skaičiaus santykis (procentais)	Duomenų šaltinis – Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA (toliau – SVEIDRA)
	Mirštamumas aktyvaus gydymo ASPĮ metu	ASPĮ nuo tam tikros ligos mirusių pacientų skaičiaus ir visų nuo tam tikros ligos gydytų pacientų skaičiaus santykis (procentais)	Duomenų šaltinis – SVEIDRA
2.	Nuo miokardo infarkto	ASPĮ nuo miokardo infarkto mirusių pacientų skaičiaus ir visų nuo miokardo infarkto gydytų pacientų skaičiaus santykis (procentais)	Duomenų šaltinis – SVEIDRA
3.	Nuo galvos smegenų insulto	ASPĮ nuo galvos smegenų insulto mirusių pacientų skaičiaus ir visų nuo galvos smegenų insulto gydytų pacientų skaičiaus santykis (procentais)	Duomenų šaltinis – SVEIDRA
	Pragulų atsiradimų dažnis		
4.	ASPĮ aktyvaus gydymo padaliniuose	Aktyvaus gydymo atvejų, kai gydymo ASPĮ metu atsirado pragulų, skaičiaus ir visų ASPĮ aktyvaus gydymo atvejų skaičiaus santykis (procentais)	Duomenų šaltinis – ASPĮ duomenų registravimo sistema
5.	Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas teikiančiuose ASPĮ padaliniuose	Palaikomojo gydymo ir slaugos atvejų, kai gydymo ASPĮ metu atsirado pragulų, skaičiaus ir visų ASPĮ palaikomojo gydymo ir slaugos atvejų skaičiaus santykis (procentais)	Duomenų šaltinis – ASPĮ duomenų registravimo sistema

Rodiklio Eil. Nr.	Rodiklio pavadinimas	Pateiktini rodiklio duomenys/ų skaičiavimas ir vertinimas	Teisės aktai, kuriuose nustatyti rodikliu vertinamos veiklos reikalavimai, duomenų šaltiniai
6.	Paliatyviąją pagalbą teikiančiuose ASPĮ padalinuose	Paliatyviosios pagalbos atvejų, kai gydymo ASPĮ metu atsirado pragulų, skaičius ir visų ASPĮ paliatyviosios pagalbos atvejų skaičiaus santykis (procentais)	Duomenų šaltinis – ASPĮ duomenų registravimo sistema
7.	Infekcijų kontrolės užtikrinimo lygis	1. ASPĮ lovų skaičius, tenkantis vienam infekcijų kontrolės gydytojui ar specialistui, dirbančiam visu etatu. 2. ASPĮ lovų skaičius, tenkantis vienam infekcijų kontrolės gydytojo arba specialisto padėjėjui, dirbančiam visu etatu	Duomenų šaltinis – ASPĮ duomenų registravimo sistema
8.	Pacientų pasitenkinimo lygis	<p>Rodiklio duomenys:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vidutinis ASPĮ gydymų pacientų skaičius per metus 2. Apklaustų pacientų skaičius 3. Anketinių duomenų analizės rezultatai bei apskaičiuotas ASPĮ pacientų pasitenkinimo suteiktomis paslaugomis lygis balais <p>Rodiklio apskaičiavimas: apskaičiuojamas visų stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje ASPĮ per kalendorinius metus užpildytų Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo anketų (Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės vertinimo rodiklių sąrašo (toliau – anketa) balų sumos aritmetinis vidurkis. Anketos atsakymas: „taip“ vertinamas 2 balais, „iš dalies (galbūt)“ – 1 balu, „ne“ – 0 balų. Vertinamos tik visiškai užpildytos anketos.</p>	<p>Duomenų šaltinis – ASPĮ duomenų registravimo sistema</p> <p>Vertinamos veiklos reikalavimai nustatyti Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymu Nr. V-338 „Dėl Minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“</p>

Rodiklio Eil. Nr.	Rodiklio pavadinimas	Pateiktini rodiklio duomenys/ų skaičiavimas ir vertinimas	Teisės aktai, kuriuose nustatyti rodikliu vertinamos veiklos reikalavimai, duomenų šaltiniai
9.	Periodinės infekcijų ir jų rizikos veiksnių epidemiologinės priežiūros užtikrinimo lygis	<p>ASPI užtikrina, kad būtų užpildytas reprezentatyvus anketų skaičius (rekomenduojama reprezentatyviosios imties dydį nustatyti atsižvelgiant į 5 proc. paklaidą, ir naudoti Panioतोto formulę: $n = 1/(\Delta^2 + 1/N)$, čia: n – atvejų skaičius atrankinėje grupėje, N – generalinė aibė, Δ – paklaidos dydis (0,05))</p> <p>ASPI vadovo sprendimu į anketą gali būti įtraukta ir papildomų klausimų, bet jų vertinimas neįskaituojamas į anketos balų sumą</p> <p>ASPI vadovo pasirašytinai įgaliotas asmuo kartą per kalendorinius metus atlieka visiškai užpildytų anketų duomenų analizę ir apskaičiuoja ASPI pacientų pasitenkinimo suteiktomis paslaugomis lygį (balais)</p> <p>Anketos saugomos ASPI vadovo nustatyta tvarka ne trumpiau kaip penkis metus</p>	
		<p>Rodiklio duomenys:</p> <ol style="list-style-type: none"> ASPI vadovo patvirtinta hospitalinių infekcijų epidemiologinės priežiūros tvarka (įsakymo Nr., priėmimo data) Infekcijų ir jų rizikos veiksnių paplitimo tyrimo data Infekcijų ir jų rizikos veiksnių paplitimo tyrimo duomenų pateikimo Higienos institutui data <p>Vertinimas:</p> <p>Teigiamai vertinama, jeigu per kalendorinius metus atliktas infekcijų ir jų rizikos veiksnių paplitimo tyrimas ir jo duomenys pateikti Higienos institutui</p>	Vertinamos veiklos reikalavimai nustatyti Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2008 m. lapkričio 14 d. įsakymu Nr. V-1110 „Dėl hospitalinių infekcijų epidemiologinės priežiūros ir valdymo“

Rodiklio Eil. Nr.	Rodiklio pavadinimas	Pateiktini rodiklio duomenys/jų skaičiavimas ir vertinimas	Teisės aktai, kuriuose nustatyti rodikliu vertinamos veiklos reikalavimai, duomenų šaltiniai
10.	Antibiotikams atsparių mikroorganizmų paplitimo stebėsenos užtikrinimo lygis	<p>Rodiklio duomenys:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ASPĮ vadovo patvirtinta atsparių antibiotikams mikroorganizmų paplitimo stebėsenos tvarka (įsakymo Nr., priėmimo data) 2. Atsparių antibiotikams mikroorganizmų paplitimo stebėsenos rezultatai (ataskaita) <p>Vertinimas: Teigiamai vertinama, jei ASPĮ turi vadovo patvirtintą atsparių antibiotikams mikroorganizmų paplitimo stebėsenos tvarką</p>	Vertinamos veiklos reikalavimai nustatyti Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2008 m. lapkričio 14 d. įsakymu Nr. V-1110
11.	Vaistinių preparatų nuo infekcijų skyrimo pagrįstumo užtikrinimo lygis	<p>Rodiklio duomenys: ASPĮ vadovo patvirtinta racionalaus vaistinių preparatų nuo infekcijų skyrimo tvarka (įsakymo Nr., priėmimo data)</p> <p>Vertinimas: Teigiamai vertinama, jei ASPĮ turi vadovo patvirtintą racionalaus vaistinių preparatų nuo infekcijų skyrimo tvarką</p>	Vertinamos veiklos reikalavimai nustatyti Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2008 m. lapkričio 14 d. įsakymu Nr. V-1110
12.	Nepageidaujamų įvykių registravimo ir analizės plėtos apimtis	<p>Rodiklio duomenys:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Papildomi registruojami nepageidaujami įvykiai (sąrašas) 2. Vidaus dokumentas, reglamentuojantis šių įvykių registravimą ir analizę 3. Registruojamų nepageidaujamų įvykių priežasčių analizės rezultatai 	Vertinamos veiklos reikalavimai nustatyti Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 6 d. įsakymu Nr. V-401

Rodiklio Eil. Nr.	Rodiklio pavadinimas	Pateiktini rodiklio duomenys/jų skaičiavimas ir vertinimas	Teisės aktai, kuriuose nustatyti rodikliu vertinamos veiklos reikalavimai, duomenų šaltiniai
13.	Naujagimiams palankių sąlygų užtikrinimo lygis (vertinamos tik akušerijos paslaugas teikiančios ASPĮ)	<p>Vertinimas: Teigiamai vertinama, jei ASPĮ registruoja ir analizuoja daugiau nepagėdajamų įvykių nei numatyta Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 6 d. įsakyme Nr. V-401 „Dėl Privalomų registruoti nepagėdajamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“</p> <p>Rodiklio duomenys: 1. Data, kada įstaiga pripažinta naujagimiams palankia ligoine 2. Numatyto pakartotinio vertinimo data</p> <p>Vertinimas: Teigiamai vertinama, jei ASPĮ pripažinta naujagimiams palankia ligoine arba siekia tokia tapti</p>	Vertinamos veiklos reikalavimai nustatyti Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2013 m. gruodžio 27 d. įsakymu Nr. V-1251 „Dėl staicinarinių asmenų sveikatos priežiūros įstaigų vertinimo pagal naujagimiams palankios ligoninės reikalavimus tvarkos aprašo patvirtinimo“
14.	Miokardo infarkto diagnostikos ir gydymo tinkamumo užtikrinimo lygis	<p>Rodiklio duomenys: Vidaus audito ataskaitos išvados ir rekomendacijos dėl miokardo infarkto diagnostikos ir gydymo atitikties teisės aktų reikalavimams</p> <p>Vertinimas: Teigiamai vertinama, jei ASPĮ kasmet atlieka vidaus auditą dėl miokardo infarkto diagnostikos ir gydymo atitikties teisės aktų reikalavimams</p>	Vertinamos veiklos reikalavimai nustatyti Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 17 d. įsakymu Nr. V-1078 „Dėl ūminio miokardo infarkto su ST segmento pakilimu (TLK-10 I 21, I 22) diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašo patvirtinimo“ bei Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 17 d. įsakymu Nr. V-615 „Dėl Ūminių išeminių

Rodiklio Eil. Nr.	Rodiklio pavadinimas	Pateiktini rodiklio duomenys/jų skaičiavimas ir vertinimas	Teisės aktai, kuriuose nustatyti rodikliu vertinamos veiklos reikalavimai, duomenų šaltiniai
15.	Personalo rankų higienos užtikrinimo lygis	<p>Rodiklio duomenys: Vidaus audito ataskaita dėl personalo rankų higienos atitikties ASPĮ vadovo nustatyta procedūrai</p> <p>Vertinimas: Teigiamai vertinama, jei ASPĮ kasmet atlieka vidaus audita dėl personalo rankų higienos atitikties ASPĮ vadovo nustatyta procedūrai</p>	<p>(koronarinių) sindromų, nesant ST segmento pakilimo (nestabiliosios krūtinės arginos (TLK-10-AM I20.0) ir miokardo infarkto (TLK-10-AM I21, I22), diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašo patvirtinimo“</p> <p>Vertinamos veiklos reikalavimai nustatyti Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2012 m. spalio 19 d. įsakymu Nr. V-946 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 47-1:2012 „Sveikatos priežiūros įstaigos. Infekcijų kontrolės reikalavimai“ patvirtinimo“</p>

4 lentelė. Lietuvos ligoninių veiklos efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašas
(patvirtintas LR Sveikatos apsaugos ministro 2015 m. rugpjūčio 10 d. įsakymu Nr. V-929)

Rodiklio Eil. Nr.	Rodiklio pavadinimas	Rodiklio apibūdinimas ir apskaičiavimas*	Rodiklio duomenų šaltinis
Vidutinė gydymo trukmė atliekant:			
1.	Klubo sąnario pirminio endoprotezavimo operaciją	Vidutinė gydymo trukmė atliekant klubo sąnario pirminio endoprotezavimo operaciją – gydymo asmens sveikatos priežiūros įstaigoje (toliau – ASPĮ) trukmės vidurkis atliekant klubo sąnario pirminio endoprotezavimo operaciją (dienų skaičius)	Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA (toliau – SVEIDRA)
2.	Kelio sąnario pirminio endoprotezavimo operaciją	Vidutinė gydymo trukmė atliekant kelio sąnario pirminio endoprotezavimo operaciją – gydymo ASPĮ trukmės vidurkis atliekant kelio sąnario pirminio endoprotezavimo operaciją (dienų skaičius)	SVEIDRA
Dienos chirurgijos paslaugų dalis atliekant:			
3.	Kataraktos operacijos	Kataraktos operacijų, atliktų ASPĮ dienos chirurgijos sąlygomis, skaičiaus ir visų ASPĮ atliktų planinių kataraktos operacijų skaičiaus santykis (procentais)	SVEIDRA
4.	Cholecistektomijos operacijos	Cholecistektomijų, atliktų ASPĮ dienos chirurgijos sąlygomis, skaičiaus ir visų ASPĮ atliktų planinių cholecistektomijų skaičiaus santykis (procentais)	SVEIDRA
5.	Flebektomijos operacijos	Flebektomijų, atliktų ASPĮ dienos chirurgijos sąlygomis, skaičiaus ir visų ASPĮ atliktų planinių flebektomijų skaičiaus santykis (procentais)	SVEIDRA
6.	Adenoidektomijos operacijos	Adenoidektomijų, atliktų ASPĮ dienos chirurgijos sąlygomis, skaičiaus ir visų ASPĮ atliktų planinių adenoidektomijų skaičiaus santykis (procentais)	SVEIDRA

Rodiklio Eil. Nr.	Rodiklio pavadinimas	Rodiklio apibūdinimas ir apskaičiavimas*	Rodiklio duomenų šaltinis
7.	Hernioplastikos operacijos	Hernioplastikų, atliktų ASPĮ dienos chirurgijos sąlygomis, skaičiaus ir visų ASPĮ atliktų planinių hernioplastikų skaičiaus santykis (procentais)	SVEIDRA
8.	Kelio artroskopines operacijas	Kelio artroskopinių operacijų, atliktų ASPĮ dienos chirurgijos sąlygomis, skaičiaus ir visų ASPĮ atliktų kelio artroskopinių operacijų skaičiaus santykis (procentais)	SVEIDRA
9.	Laparoskopines ginekologines operacijas	Laparoskopinių ginekologinių operacijų, atliktų ASPĮ dienos chirurgijos sąlygomis, skaičiaus ir visų ASPĮ laparoskopinių ginekologinių operacijų skaičiaus santykis (procentais)	SVEIDRA
10.	Dienos chirurgijos planinių paslaugų, atliktų pirmąjį hospitalizavimo dieną, dalis	Dienos chirurgijos planinių paslaugų, atliktų pirmąjį hospitalizavimo dieną, dalis skaičiuojama pagal formulę: <i>Kortelių Etapy skaičius, kai intervencija atlikta 1-ąją hospitalizavimo dieną</i> × 100 % <i>Kortelių Etapy skaičius, kai atlikta intervencija</i>	SVEIDRA
11.	Operacinės užimtumo vidurkis	Vidutinis vienoje operacinėje atliekamų chirurginių operacijų valandų skaičius per parą. ASPĮ registruoja, kiek valandų buvo dirbama kiekvienoje operacinėje per parą Operacinės užimtumas per parą apskaičiuojamas pagal formulę: <i>Laikas, kai pacientas yra operacinėje</i> × 100 % <i>Bendras operacinės darbo laikas</i>	ASPĮ duomenų registravimo sistema
		Po to apskaičiuojama, kiek valandų per parą vidutiniškai buvo užimta viena operacinė per kalendorinius metus	

Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai prie Sveikatos apsaugos ministerijos nuo 2013 m. pavesta kasmet parengti praėjusių kalendorinių metų asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės vertinimo rodiklių suvestinę. Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba savo internetinėje svetainėje skelbia šias duomenų suvestines, tačiau dėl vertinimo modelio nebuvimo jos yra neinformatyvios. Valstybinė ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos iki 2014 m. balandžio 1 d. turi pateikti praėjusių kalendorinių metų asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kiekybinių vertinimo rodiklių sąrašo rodiklių duomenis Sveikatos apsaugos ministerijai. Tačiau sveikatos apsaugos ministerija dėl vertinimo modelio trūkumo duomenų neskelbia. Sveikatos apsaugos ministerijos Sveikatos priežiūros išteklių ir inovacijų valdymo departamento Sveikatos paslaugų stebėsenos, inovacijų ir informacinių sistemų valdymo skyriui, įvertinus gaunamus asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos efektyvumo ir kokybės vertinimo rodiklių duomenis, pavesta nuo 2015 m. kasmet iki spalio mėnesio pabaigos organizuoti asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos efektyvumo ir kokybės vertinimo rodiklių sąrašų aptarimą su asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, atstovais. Tačiau, neturint vertinimo modelio, tik tuo ir apsiribojama tikintis, jog sveikatos priežiūros įstaigos pačios imsis priemonių kokybei ir efektyvumui gerinti. Taigi, galima teigti, kad objektyviai įvertinti, kurioje ligoninėje geriau teikiamos paslaugos, remiantis visais rodikliais, kol kas neįmanoma, nors atskirų rodiklių atžvilgiu tai akivaizdu.

3. Ligoninių kokybės vertinimo modelio kūrimas

Apibendrinus užsienio patirtį, modeliuoti nuspręsta kaip pagrindą pasitelkus du modelius: PSO PATH – rodiklių dimensijas sujungiant į du pagrindinius kriterijus: kokybė (taip pat sauga, orientacija į pacientą ir darbuotojus) bei efektyvumas (taip pat produktyvumas ir atsakingas valdymas) bei Health Consumer Powerhouse Sveikatos vartotojų indeksą.

Pirmiausia buvo pasinaudota darbu grupėje ir pasiektu rezultatu, jog LR Sveikatos apsaugos ministro 2015 m. rugpjūčio 10 d. įsakymu Nr. V-929 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“ patvirtinti ligoninių 26 veiklos kokybės rodikliai buvo priskiriami ekspertų pagal atitinkamas dimensijas arba kokybei, arba efektyvumui (3 ir 4 lentelės). Taigi, 15 rodiklių Lietuvoje šiuo metu rodo ligoninių kokybę, 11 rodiklių – efektyvumą.

Toliau padaryta prielaida, jog kiekviena sveikatos priežiūros įstaiga gali surinkti didžiausią balų skaičių iki 1000 balų, o mažiausią 333. Sąmoningai nė vienas rodiklis nebuvo vertinamas 0 balų dėl kelių priežasčių: pirma, negali būti tokios licencijuotos sveikatos priežiūros veiklai įtaigos įtaigos, kuri dirbtų labai blogai, antra, matematiniuose veiksmuose dalyba iš 0 negalima.

Kiekvienai iš abiejų dimensijų kokybei ir efektyvumui nustatytas jos lyginamasis svoris, kur kokybė vertinama 750 balų, efektyvumas – 250 balų svoriu (t. y. 75/25 proc.) (5 lentelė). Kokybės lyginamasis svoris sąmoningai pasirenkamas didesnis, nes pats vertinimo tikslas yra kokybės vertinimas. Visgi veiklos kokybės vertinime negalime apsieiti ir be efektyvumo.

Toliau ligoninių veiklos kokybės vertinimo modelyje apskaičiuojama vieno rodiklio maksimali vertė atitinkamame kriterijuje priklausomai nuo rodiklių skaičiaus dimensijoje. Siūloma suteikti rodikliams vienodus svorius, kaip vienodai reikšmingus (ateityje galima diskutuoti, jog kažkuris yra svarbesnis ir aukščiau vertinamas): (750/15) ir (250/11). Gauname, kad maksimalus kokybės rodiklio įvertis galėtų būti 50, o efektyvumo – 22,7 (tokia rodiklių balo vertė galėtų būti tuomet, jei jie viršytų Respublikos vidurkį, t. y. būtų įvertinti maksimaliu balu).

Kitu žingsniu jau kiekvienas iš 15 kokybę ir 11 efektyvumą apibrėžiančių rodiklių vertinamas 3 balų skalėje, čia:

1 balas – mažiau nei Lietuvos vidurkis.

2 balai – Lietuvos vidurkis.

3 balai – daugiau nei Lietuvos vidurkis.

Pastaba: ateityje rekomenduotina susitarti dėl Lietuvos vidurkio intervalų kiekvienam rodikliui atskirai.

Nustatę maksimalią 3 balų vertę kiekvienos dimensijos rodikliams, turime nustyti ir 1 balo vertę. Kokybės 1 balas bus lygus 50/3, t. y. 16,6, o efektyvumo 1 balas bus lygus 22,7/3, t. y. 7,6 (5 lentelė).

Tuomet jau konkrečiai įvertiname kiekvieno rodiklio 1, 2 ir 3 balų vertes, kurios atitinkamai gali būti kokybės 1 balas – 16,6; 2 balai – 33,2; 3 balai – 50. Efektyvumui 1 balas 7,6; 2 balai – 15,2; 3 balai – 22,7.

5 lentelė. Ligoninių veiklos kokybės vertinimo modelis

Kriterijus	Lyginamasis svoris tarp dimensijų	Rodiklių skaičius dimensijoje	Rodiklių maksimali vertė dimensijoje	Rodiklio vertės (RV)			1 balo vertė (BV)
				1 – Mažiau nei Lietuvos vidurkis	2 – Lietuvos vidurkis	3 – Daugiau nei Lietuvos vidurkis	
Kokybė	750	15	50 (maks. 3 balų rodiklio įvertis)	1 – Mažiau nei Lietuvos vidurkis	2 – Lietuvos vidurkis	3 – Daugiau nei Lietuvos vidurkis	16,6
Efektyvumas	250	11	22,7 (maks. 3 balų rodiklio įvertis)	1 – Mažiau nei Lietuvos vidurkis	2 – Lietuvos vidurkis	3 – Daugiau nei Lietuvos vidurkis	7,6
Bendras skaičius	1000	26	–	–	–	–	

Kai kiekvienos ligoninės kiekvienas kokybės ir efektyvumo dimensijos rodiklis įvertinamas atitinkamu balų skaičiumi ir jie padauginami iš kiekvieno balo vertės, tuomet kiekvieno rodiklio balo vertės dimensijoje susumuojamos:

- Kokybės kriterijaus balų vertės skaičius = KV (Kokybės 1+2+3+4+5+6+7+8+9+10+11+12+13+14+15 rodiklių balų vertės)
- Efektyvumo kriterijaus balų vertės skaičius = EV (efektyvumo 1+2+3+4+5+6+7+8+9+10+11 rodiklių balų vertės)
- Kokybės kriterijaus balų vertės skaičius + efektyvumo kriterijaus balų vertės skaičius = Ligoninės bendras balų skaičius.

Toliau ligoninės išdėstomos balų mažėjimo tvarka. Taip galima analizuoti rezultatus ir gilintis į juos, ypač dinamikoje.

Diskusija

Ligoninių veiklos kokybės vertinimo modelis, išreitinguojant ligonines pagal surinktą balų skaičių, yra paprastas, jį nesudėtinga taikyti. Aišku, modelis turi ir teigiamų, ir neigiamų pusių. Jį galima lengvai modeliuoti keičiantis rodiklių skaičiui dimensijose. Rodikliai, suprantama, rodo atitinkamo laikotarpio sveikatos politikos aktualijas ir yra kintantys atskirais periodais. Vienas kitas rodiklis gali būti keičiamas netgi kas keletą metų. Akivaizdu, kad nūdienos sveikatos politika siekia padidinti sveikatos priežiūros efektyvumą padidinant dienos chirurgijos ir sumažinant stacionarinės chirurgijos apimtį, todėl rodiklių sąrašė šios pozicijos dominuoja. Tačiau po keleto metų galimai rodiklių sąrašas vėl keisis.

Remiantis šio vertinimo modelio rezultatais, galima aiškiai ir tiksliai įvertinti ligoninių veiklos kokybę ir motyvuoti jas pasitempti. Vertinimo rezultatai galėtų būti skelbiami viešai, o įstaigų reitingai skelbiami kiekvienos ligoninės elektroninėje svetainėje. Reitingavimas yra vienas iš vadybinių būdų, didinantis sveikatos priežiūros įstaigų efektyvumą. Visgi galima diskutuoti, jog rodiklių kiekis dar labai paviršutiniškai atspindi visą ligoninių sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Tačiau pačioje pradžioje pradėję vertinimą su dideliu rodiklių kiekiu, labai rizikuotume įklimpti į sudėtingą ir daug resursų reikalaujantį procesą. Todėl geriau pradėti nuo paprastos ir aiškios sistemos su nedideliu rodiklių skaičiumi.

Vertinimas, žinoma, turi apribojimų, nes labai priklauso nuo rodiklių kokybės. Rodiklių monitoringo problema išlieka ir dar labiau tampa aktuali, nes įstaigos, matydamos savo vertinimus viešojoje erdvėje, ims labai aktyviai reaguoti ir ieškoti vertinimo metodologinių problemų. Akivaizdu, jog kurie kokybės rodikliai dabartiniame SAM įsakyme kiek iškremta iš trijų balų vertinimo sistemos, nes jiems tinka tik dvibalė jų vertinimo sistema (pvz., periodinės infekcijų ir jų rizikos veiksnių epidemiologinės priežiūros užtikrinimo lygis, antibiotikams atsparių mikroorganizmų paplitimo stebėsenos užtikrinimo lygis, antibiotikams atsparių mikroorganizmų paplitimo stebėsenos užtikrinimo lygis arba nepažeidžiamų įvykių registravimo ir analizės plėtos apimtis ir kt.). Jie matuojami pažymint, ar įstaigos yra įdiegusios šias sistemas ir jų priemones, ar ne. Visgi, autorės manymu, ir toks dvibalis vertinimas būtų galimas atskiriems rodikliams, tik tuomet reikėtų susitarti, kad teigiamai vertinami rodikliai atitinka 3 balus, o neigiamai – 1 balą. Dar geriau būtų taikyti ir 2 balų vertinimą, t. y., už tam tikras pastangas įvesti atitinkamas kokybės gerinimo priemones atitinkamo rodiklio srityje.

Geriausiai, prieš pradėdant vertinimą, vertėtų atlikti keletą pilotinių kai kurių ligoninių vertinimų ir išbandyti modelį realybėje, kad jis neatrodytų vien teorinis.

Išvados

1. Europoje taikomos įvairios metodikos ligoninių veiklos kokybei vertinti ir egzistuoja daug kritinių, diskutuotinių veiklos kokybės vertinimo aspektų (tiek dėl kriterijų parinkimo, apimties, tiek dėl jų interpretacijos). Šiuo metu ne tik tobulinamos, bet ir kuriamos naujos ligoninių veiklos kokybės vertinimo iniciatyvos, kurių vienas iš pavyzdžių pristatomas ir Lietuvoje.
2. Lietuvos ligoninių kokybės vertinimo praktika dar labai nauja, tačiau pagirtina už pastangas, ją kuriant. Trapdisciplininėje darbo grupėje, remiantis užsienio patirtimi. Visgi ligoninių kokybės vertinimo modelis nebaigtas kurti: iki šiol stokojama pagrindinio procese apibendrinančio įvertinimo elemento.

3. Autorės sukurtas ligoninių kokybės vertinimo modelis remiasi kokybės ir efektyvumo dimensijų rodiklių etapiniu vertinimu pagal keturių etapų sistemą; pirmajame etape nustatant dimensijos kokybės ir efektyvumo lyginamąjį svorį; antrajame ir trečiajame apskaičiuojant rodiklių svertes vertes dimensijoje ir kiekvieno rodiklio vertės bei jo dydžio vertinime, o ketvirtajame etape aritmetiniu sudėties veiksmu apskaičiuojant kiekvienos ligoninės surinktą vertinimo balą galiausiai – sureitinguojant ligonines mažėjimo tvarka.

Rekomendacijos

1. Tikslinga atlikti sukurto modelio pilotinį bandymą su 2015 m. ligoninių veiklos kokybės rodikliais ir išanalizuoti praktines vertinimo problemas.
2. Pritaikyti pasiūlytą vertinimo modelį Lietuvos praktikoje.
3. Įsteigti SAM Rodiklių vertinimo komisiją, kuri galėtų padėti organizuoti metines konferencijas, būtų atsiskaitoma ir išnagrinėjami rezultatai, o vėliau viešai skelbiami konferencijoje ir tinklapyje.

Literatūra

1. Abramikaitė, A. 2015. Ligoninių veiklos kokybės vertinimo modelis Lietuvoje. *Magistro baigiamasis darbas*. Mykolo Romerio universitetas.
2. Alkin, M. 2004. *Evaluation Roots – Tracing Theorists’ Views and Influences*. Sage Publications.
3. Bjornberg, A. 2014. Euro Health Consumer Index 2014. Prieiga internete: http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2014/EHCI_2014_report.pdf [žiūrėta 2015-08-15].
4. Donabedian, A. 2003. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford: Oxford University Press.
5. Health system in transition Norway. *WHO European Observatory on health systems and policies*. 2013. Prieiga internete: <https://www.regjeringen.no/en/dokumenter/Health-System-in-Transition-Norway/id766477/> [žiūrėta 2015-08-15].
6. Jankauskienė, D.; Jankauskaitė, I. 2011. Access and quality of health care system by opinion of patients in ten European countries. *Management in health*. ISSN 1453-4541, 15(3), p. 31–39. Prieiga internete: <http://journal.managementinhealth.com/index.php/rms/article/viewFile/200/574>.
7. Janušonis, V.; Popovienė, J. 2004. *Kokybės sistemos: kūrimas ir valdymas sveikatos apsaugos organizacijose*. Monografija. Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė.
8. Ruževičius, J. 2007. *Kokybės vadybos metodai ir modeliai*. Vilnius: Vilniaus universitetas.
9. Segolovičienė, I. 2011. Vertinimas viešajame valdyme: samprata ir modeliai. *Viešojo politika ir administravimas*. ISSN 2029-2872, 10(3), p. 437–450.
10. Veillard, J. et al. 2005. A performance assessment framework for hospitals: the WHO Regional Office for Europe PATH project. *International Journal of Quality Hospital Care*. 17, p. 487–496.

Hospital health care quality evaluation model

Danguolė Jankauskienė

Mykolas Romeris University, Lithuania

Summary. *In order to improve the quality of healthcare services and motivate health care institutions to achieve efficiency new management methods are to be found. This article offers one of the instruments created by the author – hospital health care quality evaluation model.*

The model is developed during a four-stage study. 26 hospital health care quality assessment indicators, approved in Lithuania, were chosen as the basis of the study. In the first stage of the study, foreign hospital quality assessment models being practiced in other countries were analysed finding key dimensions which were later identified as quality and efficiency. In the second and third stages of the study, mathematical model for the assessment of indicators was developed. The second stage was simulated in three steps. It was firstly presumed that the maximum number of points assembled by a perfectly assessed Hospital could be 1,000 points, whereas, the lowest score possible being estimated to be – 333. During the second step, relative weight for each dimension (quality and efficiency) was calculated. Quality, as being more substantial dimension, has been given two-thirds, or 75 percent of the relative weight and efficiency accounted for one third, or 25 percent of the relative weight. The third step of the second stage consists of the calculation of value for each specific benchmark indicators assigned to the individual dimensions (quality – 15 indicators; efficiency – 11). All indicators have constant weight. The third step of the study was the assessment of size of each quality and efficiency indicator presented by a particular hospital. This size was measured in 3-point scale, where 1 point means less than the Lithuanian average, 2 – the average of Lithuania, 3 – more than the Lithuanian average. During the fourth stage of the study, the total value of points obtained by each of the 26 indicators was calculated for each hospital and hospitals were ranked from high to low scores by this total value.

Keywords: *health care quality, assessment model, hospital quality indicators, ranking.*

Danguolė Jankauskienė, Mykolo Romerio universiteto Sveikatos tyrimų laboratorijos vadovė, 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, is Head of Health research laboratory, Professor at the Institute of Political Sciences, Mykolas Romeris University. Research interests: health policy, health system governance, e-health.

REGIONAL INEQUALITIES OF AVOIDABLE HOSPITALISATION IN LITHUANIA

Skirmantė Jurevičiūtė

Lithuanian University of Health Sciences, Faculty of Public Health,
Department of Health Management
Tilžės st. 18, LT-47181 Kaunas, Lithuania
Tel. (+370 37) 242927
E-mail: skirmante.jureviciute@ismuni.lt

Ramunė Kalėdienė

Lithuanian University of Health Sciences, Faculty of Public Health,
Department of Health Management
Tilžės st. 18, LT-47181 Kaunas, Lithuania
Tel. (+370 37) 327354
E-mail: ramune.kalediene@ismuni.lt

Pateikta 2015 m. rugsėjo 5 d., parengta spausdinti 2015 m. lapkričio 18 d.

DOI:10.13165/SPV-16-1-9-04

Summary

Background. *Avoidable hospitalisation is useful in evaluating access and quality of primary and ambulatory healthcare. For Lithuania it is particularly relevant as hospitalisation remains higher than European level and regional inequalities in available healthcare services within country prevail.*

Aim. *This study aimed to assess regional inequalities of avoidable hospitalisation in Lithuania in the period of healthcare restructuring program.*

Methodology. *Regional age-adjusted rates of hospital admissions for a set of ambulatory care sensitive conditions (per 100 000 pop.) were used in this study.*

Results. *A decline of avoidable hospitalisation level was found in 2005–2011. Rural areas had higher avoidable hospitalisation level compare to urban areas, however in case of emergency avoidable hospitalisation the situation was opposite. Inequalities of avoidable hospitalisation existed between administrative regions. Relatively smaller regions had more ACSC hospital admissions.*

Conclusion. *In Lithuania, avoidable hospitalisation was reduced throughout the period of healthcare restructuring program, which supports national plan to strengthen primary healthcare and expand outpatient services in context of inpatient care reduction. The overview of regional differences indicates potentiality of healthcare improvement and social care integration for policy makers and healthcare managers.*

Keywords: *avoidable hospitalisation, hospital admission, ambulatory care sensitive condition, ACSC, inequalities, Lithuania.*

Introduction

Lithuania has undergone major structural changes in health system after the collapse of Soviet Union, where healthcare was organised under Semashko model, typically known for extensive network of healthcare institutions and medical professionals. Despite the structural overcapacity, basic medical supplies were lacking, health technologies and standards of treatment were often outdated, accompanied by poor coordination of healthcare delivery and weak social support system. All together led to a domination of inpatient hospital services and inadequate primary and ambulatory healthcare delivery¹.

In the past 25 years of healthcare restructuring progress, development of primary and ambulatory services and reduction of inpatient care was prioritised^{2,3}. Family medicine was introduced into practice and assigned with a function of gate-keeping. Also private general practice was encouraged to maintain and outpatient facilities were enhanced, followed by legislation regulating formal differentiation of primary, secondary and tertiary healthcare delivery issues. In the hospitals, consultation clinics and emergency departments were reinforced in order to meet the requirements of outpatient healthcare development.

Public investment in sustainable development of ambulatory services contributed significantly in assuring quality and access of medical care. National statistics showed that the amount of ambulatory consultations were increased. However, discussions over existing primary healthcare problems are still common. The system is also criticised for unequal distribution of healthcare delivery. Major cities are overloaded with medical centres, while rural regions suffer from physician shortage. Also, general practitioners are not obliged to manage most common diseases by themselves, and thus become simply formal intermediators between patients and specialist care, causing prolonged waiting

¹ *Health care systems in transition: Lithuania.* (Copenhagen: World Health Organisation, 2000.)

² "Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos nutarimas dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo." *Valstybės žinios* 33, 893 (1991).

³ "Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas dėl Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo." *Valstybės žinios* 28, 1147 (2003).

time for ambulatory visit of specialist care mainly due to bureaucratic reasons⁴. In the context of social deprivation of rural populations, accessibility barriers emerge making it difficult to appropriately manage health problems in outpatient setting.

Avoidable hospitalisation is an internationally used indicator to evaluate access and quality of primary and ambulatory healthcare⁵. The principle idea is that hospital admissions of so called ambulatory care sensitive conditions (ACSCs) could be averted if patients were taken care of properly at a primary healthcare level and in ambulatory setting. For Lithuania it is particularly relevant as average hospitalisation remains higher than European level and regional inequalities in available healthcare services within country prevail.

This study aimed to assess regional differences of avoidable hospitalisation in Lithuania in the period of healthcare restructuring program.

Methodology

The rates of avoidable hospitalisation (per 100 000 pop.) were used in this study. Numbers of avoidable hospital admissions were obtained from hospital routine data, and population numbers were received from National Department of Statistics.

National hospital routine data is collected in SVEIDRA (database of Compulsory Health Insurance Fund). SVEIDRA is administered by national sickness fund for hospital reimbursement purposes, and includes basic demographic and clinical information of inpatient cases (i.e. patient's age, sex, place of residence, principal ICD-10 diagnosis, number of bed-days, etc.). Avoidable admissions were defined as any hospital admission of ambulatory care sensitive condition, categorised by the Swedish National Board of Health and Welfare⁶. Categorisation was modified by excluding ACSCs, where additional information on secondary diagnosis or interventions was required, because no such data was recorded in SVEIDRA. Noteworthy that ICD-10-AM was introduced in Lithuania in 2011, but this fact did not change the diagnoses of categorisation in use. Only primary ICD-10 diagnoses were included in the analysis (see Table 1). Active care inpatient cases (including day surgery and day care cases) were included in the study. Longterm cases of rehabilitation and

⁴ Danguolė Jankauskienė. "Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo vertinimas. Mykolo Romerio Universitetas." Accessed 2015 08 18. http://ssvp2012.mruni.eu/wp-content/uploads/2011/10/3_Danguole_-Paslaug%C5%B3-kokyb%C4%97s-ir-prieinamumo-vertin.pdf

⁵ Zahid Ansari. "The concept and usefulness of ambulatory care sensitive conditions as indicators of quality and access to primary health care." *Australian Journal of Primary Health* 13, 3 (2007): 91-110.

⁶ *Quality and Efficiency in Swedish Health Care – Regional Comparisons 2008*. (Stockholm: Swedish National Board of Health and Welfare, 2008.)

patients of sanatoria were excluded. Emergency inpatient cases were defined as those which were admitted urgently (via emergency departments or brought by ambulance), without referral of general practitioner or other medical specialist. A set of outcome was binary and a patient either had or had not been admitted to hospital for any of those previously mentioned conditions in the final year of healthcare restructuring stages. The years 2005, 2008 and 2011 (from the 1st of January till the 31st of December) were taken into account.

Table 1. Ambulatory care sensitive conditions in accordance with ICD-10 used in evaluation of avoidable hospitalisation

Ambulatory care sensitive condition group	Diagnosis	ICD-10 codes
Chronic conditions	Anaemia	D50.1, D50.8, D50.9
	Asthma	J45, J46
	Diabetes	E10.1-E10.8, E11.0-E11.8, E13.0-E13.8, E14.0-E14.8
	Heart failure	I50, I11.0, J81
	Hypertension	I10, I11.9
	Chronic obstructive lung disease	J41, J42, J43, J44, J47
	Angina pectoris	I20, I24.0, I24.8, I24.9
Acute conditions	Bleeding ulcer	K25.0, K25.1, K25.2, K25.4, K25.5, K25.6, K26.0, K26.1, K26.2, K26.4, K26.5, K26.6, K27.0, K27.1, K27.2, K27.4, K27.5, K27.6, K28.0, K28.1, K28.2, K28.4, K28.5, K28.6
	Diarrhoea	E86, K52.2, K52.8, K52.9
	Epileptic seizures	O15, G40, G41, R56
	Inflammatory diseases of female pelvic organs	N70, N73, N74
	Pyelitis	N39.0, N10, N11, N12, N13.6
	Ear, nose and throat infections	H66, H67, J02, J03, J06, J31.2

Traditional classification of administrative area units was used. Lithuania has 60 municipalities, which are responsible for providing and coordinating primary healthcare within area. Before administrative reform in 2010, municipalities were divided into 10 counties, which are habitually applied in regional comparisons and also used in this study.

Avoidable hospitalisation rates were age-adjusted to the European standard population using direct standardisation method. Statistically significant difference of rates was evaluated with the intersection of 95% confidence intervals. Analysis of components was applied to assess the impact of emergency hospital admissions to overall avoidable hospitalisation rate of the regions. Statistical analysis was performed with MS Excel and IBM SPSS 20 software.

Results

In the vast majority of the regions, avoidable hospitalisation was found to be decreasing throughout the period of healthcare restructuring under investigation, evaluating both in absolute numbers and rates of hospitalisation (Table 2). In 2005–2011, national avoidable hospitalisation level decreased by 1.5 times ($p < 0.05$), with the most significant reduction in 2011 compared to previous year. Avoidable hospitalisation did not differ statistically significantly in urban and rural population at the beginning of healthcare restructuring in 2005. However, in progress disparities between these populations were found with rural avoidable hospitalisation being higher compare to urban. Also, regional inequalities of avoidable hospitalisation existed between administrative area units of Lithuania.

When compared regional avoidable hospitalisation to the national average (Figure 1), the highest avoidable hospitalisation was detected in Telšiai and Tauragė regions in 2005, and later these regions remained in their leading position. Despite overall decrease in avoidable hospitalisation, in Utena region avoidable hospitalisation level remained steady, and it was extremely high compare to other regions and national average in 2011. In Vilnius and Panevėžys regions, avoidable hospitalisation remained lower compare to other regions, however the ratio was found to be decreasing. In Alytus and Kaunas regions, avoidable hospitalisation was statistically significantly reduced, being lowest in the country in 2011.

Table 2. Absolute numbers and rates (per 100 000 population) of avoidable hospitalisation by area

Area	Year								
	2005			2008			2011		
	N	Rate	(95% CI)	N	Rate	(95% CI)	N	Rate	(95% CI)
Lithuania									
Total	46343	1195.66	(1184.29–1207.02)	42695	1087.11	(1076.30–1097.93)	29553	793.93	(784.27–803.58)
Urban	28843	1194.00	(1179.92–1208.07)	26424	1063.01	(1049.77–1076.25)	18814	770.19	(758.56–781.81)
Rural	16296	1198.24	(1178.77–1217.71)	15549	1128.83	(1109.95–1147.70)	10441	821.99	(804.86–839.12)
Region									
Vilnius	9367	1033.53	(1011.84–1055.22)	8910	938.09	(917.88–958.29)	7141	757.23	(738.99–775.47)
Kaunas	9995	1263.50	(1237.76–1289.25)	7781	992.55	(969.63–1015.47)	5054	685.89	(665.75–706.04)
Klaipėda	5307	1278.59	(1242.75–1314.43)	5370	1247.11	(1212.31–1281.92)	3552	854.03	(824.32–883.74)
Šiauliai	4651	1136.84	(1102.25–1171.44)	4693	1153.89	(1118.88–1188.90)	2968	815.32	(783.52–847.13)
Panevėžys	3568	1019.82	(984.59–1055.04)	3219	917.84	(883.89–951.79)	2378	715.47	(683.94–746.99)
Alytus	2898	1304.33	(1254.33–1354.32)	2578	1173.60	(1125.35–1221.85)	1447	686.47	(647.56–725.38)
Marijampolė	2611	1219.49	(1170.21–1268.78)	24494	1177.08	(1128.32–1225.84)	1440	771.19	(727.86–814.51)
Tauragė	2247	1443.88	(1381.02–1506.73)	1886	1243.40	(1183.54–1303.27)	1161	867.89	(812.96–922.81)
Telšiai	2811	1439.09	(1384.41–1493.77)	2614	1314.48	(1261.94–1367.02)	1684	952.66	(903.75–1001.57)
Utena	2805	1281.80	(1231.05–1332.54)	3150	1403.05	(1349.81–1456.29)	2701	1255.67	(1203.09–1308.26)

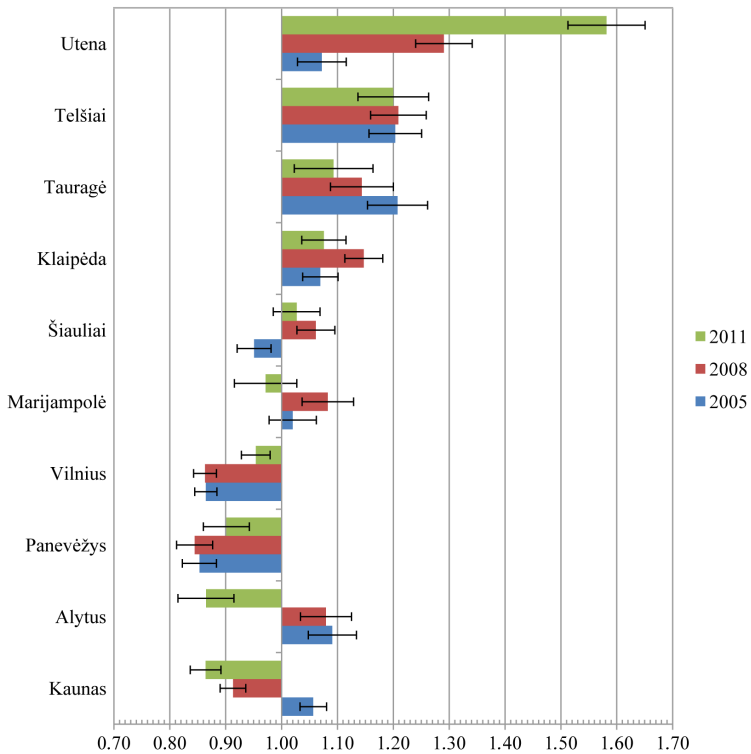


Figure 1. Rate ratio of regional and national avoidable hospitalisation, 95% CI (national level in the accounting year equals 1)

We excluded avoidable admissions by rural and urban residence type in different regions. The results are presented in Table 3. Relatively more rural inhabitants were admitted to hospital for any ACSC in smaller regions, not administered by the government of major cities. In other words, regions that were more rural (had less population, lower urbanisation level) had higher avoidable hospitalisation compare to national average.

Table 3. Proportion rural and urban inhabitants in avoidable admissions by area (%)

Region	Year					
	2005		2008		2011	
	rural	urban	rural	urban	rural	urban
Vilnius	26.9	70.6	28.1	69.5	24.3	74.6
Kaunas	27.0	70.0	28.4	70.4	29.5	69.4
Klaipėda	27.7	69.0	27.0	70.7	27.4	71.4
Šiauliai	36.7	59.5	38.8	59.3	37.9	60.9
Panevėžys	40.9	56.5	41.3	56.8	42.6	56.6
Alytus	46.0	51.8	47.9	51	51.6	47.5
Marijampolė	48.0	49.9	48.9	50.2	48.3	51.4
Tauragė	58.6	39.9	61.2	37.8	62.2	37.2
Telšiai	42.9	55.8	43.7	55.1	38.9	60.5
Utena	45.7	52.9	47.1	51.6	47.5	51.9
Lithuania	35.2	62.2	36.4	61.9	35.3	63.7

Emergency avoidable hospitalisation was calculated, excluding inpatient ACSC cases which were admitted via emergency departments (Table 4). With some exceptions, similar tendency was found as in case of overall avoidable hospitalisation. The regions of major cities (Vilnius, Kaunas, Klaipėda, and Panevėžys) had lower rates of emergency hospital admissions compare to more rural regions (Alytus, Telšiai, Utena, Marijampolė) in 2005. However, these inequalities levelled off in 2011. Šiauliai kept their leading position in emergency avoidable hospitalisation in the group of major regions, while Telšiai and Utena regions were leading in small regions' group. Interestingly, the opposite trend was found when comparing rural and urban areas. More often urban inhabitants were urgently hospitalised with ACSC than rural inhabitants. In case of general avoidable hospitalisation, rural inhabitants were admitted to hospital for any ACSC more often than urban inhabitants.

Table 4. Absolute numbers and rates (per 100 000 population) of emergency avoidable hospitalisation by area

Area	Year								
	2005			2008			2011		
	N	Rate	(95% CI)	N	Rate	(95% CI)	N	Rate	(95% CI)
Lithuania									
Total	27408	713.87	(704.95–722.78)	25480	660.31	(651.71–668.91)	18391	497.21	(489.48–504.94)
Urban	16987	746.64	(735.63–757.65)	15772	702.33	(691.84–712.83)	11892	587.86	(578.52–597.20)
Rural	9542	721.27	(705.90–736.65)	9112	687.01	(671.92–702.11)	6306	504.87	(491.20–518.53)
Region									
Vilnius	5581	609.62	(592.95–626.29)	5379	562.89	(547.13–578.66)	4781	493.30	(478.72–507.88)
Kaunas	5117	660.64	(641.49–679.79)	3887	518.80	(501.65–535.96)	2253	325.66	(311.10–340.21)
Klaipėda	2530	608.02	(582.99–633.04)	2689	628.94	(603.73–654.15)	2086	489.36	(467.03–511.70)
Šiauliai	3795	942.46	(910.54–974.37)	3552	893.79	(862.34–925.24)	2301	644.93	(616.28–673.58)
Panevėžys	2256	657.59	(628.76–686.41)	2110	613.49	(585.17–641.81)	1656	509.67	(482.49–536.85)
Alytus	2180	984.49	(940.77–1028.21)	1908	879.88	(837.46–922.31)	1013	486.29	(452.87–519.71)
Marijampolė	1547	732.75	(69376–771.74)	1562	753.50	(713.76–793.25)	823	472.11	(436.86–507.37)
Tauragė	904	646.13	(601.05–691.20)	809	580.84	(537.81–623.87)	481	390.81	(352.14–429.49)
Telšiai	1934	992.29	(946.46–1038.12)	1770	894.35	(850.37–938.33)	1281	736.30	(692.71–779.89)
Utena	1558	704.27	(666.67–741.87)	1814	818.61	(777.02–860.19)	1696	773.42	(732.08–814.76)

Around 60% of avoidable hospitalisation was determined by emergency admissions in Lithuania (Table 5). The relative impact was different and inconsistent between administrative regions. Throughout the period under study, the weakest impact was found in Tauragė region – around 45% of avoidable hospitalisation was determined by urgent admissions. The strongest impact was detected in Šiauliai region in every year. In Telšiai region, the impact increased by 8% from 2005 to 2011, and was second highest (following Šiauliai) in 2011.

Table 5. Impact (%) of emergency avoidable hospitalisation to overall avoidable hospitalisation rates by area

	Year		
	2005	2008	2011
Region			
Vilnius	58.98	60.00	65.15
Kaunas	52.29	52.27	47.48
Klaipėda	47.55	50.43	57.30
Šiauliai	82.90	77.46	79.10
Panevėžys	64.48	66.84	71.24
Alytus	75.48	74.97	70.84
Marijampolė	60.09	64.01	61.22
Tauragė	44.75	46.71	45.03
Telšiai	68.95	68.04	77.29
Utena	54.94	58.34	61.59
Lithuania			
Total	59.70	60.74	62.63
Urban	62.53	66.07	76.33
Rural	60.19	60.86	61.42

Discussion

Recently avoidable hospitalisation as an indicator of primary and ambulatory healthcare has become under interest in Lithuania^{7, 8}. A few publications made

⁷ Sandra Mekšriūnaitė, & Romualdas Gurevičius. "Ambulatoriškai valdomų ligų paplitimo ypatumai Lietuvoje 2012 m." *Visuomenės sveikata* 1, 68 (2015a): 16-25.

⁸ Sandra Mekšriūnaitė, & Romualdas Gurevičius. "Išvengiamų hospitalizacijų rodiklių skirtumai Lietuvos savivaldybėse." *Visuomenės sveikata* 2, 69, (2015b): 26-33.

available statistics of recent years. In this study, we investigated avoidable hospitalisation level in the period of healthcare restructuring program. We have proved that hospital admission due to ambulatory care sensitive conditions decreased in 2005–2011, which goes in line with national health reform policy to strengthen primary and ambulatory healthcare and reduce inpatient care.

In regional comparisons, avoidable hospitalisation is a widely used measure to spotlight about quality and access of primary and ambulatory healthcare within country⁹. It is thought that hospital admissions can be avoided if patients with the specific ambulatory care sensitive condition receive proper healthcare in outpatient setting. Thus theoretically the adequate organisation of healthcare services is crucial element in preventing avoidable hospital admissions, and regional differences of associated healthcare supply factors could explain variation of avoidable hospitalisation rates. At the same time regional inequalities of avoidable hospitalisation might signal about the prevalence of inpatient care preferences and existing hospital policy or admission practice, as well sociodemographic characteristics of certain population.

When looking for possible patterns in explaining unnecessary hospital admission for those medical conditions which could be successfully managed in outpatient setting, a few factors are known to be associated with higher avoidable hospitalisation. In terms of sociodemographic characteristics, age, income level and place of residence are significant. Commonly, avoidable hospitalisation tends to be higher at older age, lower income groups (either personal or area level) and patients residing in rural areas^{10, 11}. Older patients have chronic conditions which need regular medical check-ups and treatment. If the continuity of care is disturbed by any barriers in outpatient setting, the medical condition worsens and might result in admitting patients to inpatient facilities. This is particularly evident in rural areas, where access to healthcare is often complicated and residents are relatively older. Similarly, economically disadvantaged populations have worse health status and greater need for healthcare, while at the same time experiencing problems of access. Thus, sociodemographic characteristics of populations in the area relate to regional variation and territorial inequalities.

Regional inequalities of avoidable hospitalisation existed in Lithuania, 2005–2011. Generally, due to ACSs rural residents were admitted to hospital more often than urban residents. Mostly small regions had higher avoidable hospitalisation level compare to the national average, and proportionally more

⁹ Ansari, Z. *Supra note 5*.

¹⁰ Zahid Ansari, et al. "Patient characteristics associated with hospitalisations for ambulatory care sensitive conditions in Victoria, Australia." *BMC Health Services Research* 12 (2012): 475.

¹¹ Therese Lofqvist, et al. "Inequalities in avoidable hospitalisation by area income and the role of individual characteristics: a population-based register study in Stockholm County, Sweden." *BMJ Quality & Safety* 23, 3 (2014), 206-214.

patients with any ACSC were admitted to hospital from rural areas. This finding let us to assume about inadequate accessibility of healthcare in rural areas in Lithuania. We assume rural inhabitants experience problems in acquiring timely and efficient healthcare services on outpatient basis, thus might prefer inpatient care instead as an alternative. Our assumptions are also reasoned by the results of the recent studies, where rural residents have confirmed experiencing barriers in access to outpatient specialist care^{12, 13}. We have also found that in case of emergency ACSC admissions, the situation was opposite and urban residents were hospitalised for any ACSC more often. Also, no consistent variation of emergency avoidable hospitalisation was found in the regional comparison. The results allow us to presume that impact of type of residence could be valid in Lithuania. For rural residents, potentially avoidable hospital admissions might be conditioned by accessibility issues and not purely clinical need. Social circumstances might be relevant on the final physician's decision whether to admit ACSC patients to hospital, even though their condition could be managed outside hospital setting. Similarly, access to hospital emergency departments might be problematic for rural population, and patients from urban areas misuse the advantage of available 24-hour hospital service or certain issues of hospital policy exist. In literature, variations of small-area population-based hospitalisation differences is explained by clinical decision making and non-health factors such as supply of in-patient resources (i. e. available hospital beds, in-patient departments) rather than healthcare demand indicating factors¹⁴. When relatively more inpatient care resources are available, physicians tend to admit proportionately more highly variable conditions even though there is no reasonable medical demand for hospital admission. ACSCs admissions are lower when fewer hospital beds are available¹⁵. However, further elaboration of differences in possible hospital admission practices is recommended.

Some authors conclude that avoidable hospitalisation is higher in populations experiencing primary or ambulatory healthcare deficiency^{16, 17}. Avoidable

¹² Ilona Tamutienė, Inga Černiauskaitė, & Austė Srugaitė. "Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų klyūtys ir jų kontekstai." *Kultūra ir visuomenė. Socialinių tyrimų žurnalas* 2, 1 (2011): 95-110.

¹³ Eimantė Zolubienė, et al. „65 m. ir vyresnių asmenų požiūris į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą.“ *Visuomenės sveikata* 3, 66 (2014): 109-114.

¹⁴ Verena Barbieri, et al. Health care supply for cataract in Austrian public and private hospitals. *European Journal of Ophthalmology* 17, 4 (2007): 557-564.

¹⁵ Gert Westert, et al. "Medical practice variations in hospital care; time trends of a spatial phenomenon." *Health Place* 10, 3 (2004): 215-220.

¹⁶ Odette Gibson, Leonie Segal, & Robyn McDermott. 2013. "A systematic review of evidence on the association between hospitalisation for chronic disease related ambulatory care sensitive conditions and primary health care resourcing." *BMC Health Services Research* 13 (2013): 336.

¹⁷ Aldo Rosano, et al. "The relationship between avoidable hospitalisation and accessibility to primary care: a systematic review." *The European Journal of Public Health* 23, 3 (2013): 356-360.

hospitalisation will likely be higher in those regions, where general practitioners (GPs) have higher workload. Usually higher avoidable hospitalisation level correlates with lower GPs per certain population or higher patients per GP rates in the regions¹⁸. This might be relevant in rural Lithuania, as rural areas suffer from physician shortage. This kind of situation is highly discussed in Lithuania, but no solid evidence is made available yet.

Possibly the problems of adequate and timely healthcare or weakness of social support might be solved by admitting socially disadvantaged patients to the hospital. Several authors relate avoidable hospitalisation with socioeconomic factors^{19, 20}, i.e. low income, high unemployment or poverty level. Avoidable hospitalisation tends to be higher in socially deprived areas. As the healthcare restructuring continued in Lithuania, the alternative social sector did not develop adequately in parallel²¹. Moreover, regions differ by economic development and public investment²². In regional ranking of economic development, Vilnius, Kaunas, Klaipėda and Alytus regions were scored the best. Also, the highest unemployment was in Utena region (23.8%), followed by 20.6% in Panevėžys and 19.3% in Telšiai regions in 2011²³. We assume that relationship between regional avoidable hospitalisation level and socioeconomic situation in the region truly exists. It is also noteworthy that avoidable hospitalisation is conditioned by a combination of multiple factors (i.e. population composition, socioeconomic status, healthcare supply, standards of treatment, etc.) and their impact might vary in different regions. Therefore, further research is needed in order to avoid speculations and check if and how these patterns are valid in Lithuania.

Several limitations might be relevant to the results of this study. Hospital discharge data of SVEIDRA is collected for administrative purposes rather than explicitly for epidemiological studies and is dependent on the accuracy of reporting and coding. The quality of medical coding was not assessed and taken into account in this study. In 2005–2011, the technical capabilities of SVEIDRA database were limited, and secondary diagnoses or interventions, which go along to some ACSCs, were not registered yet. Those ACSCs were excluded from the study, thus in practice avoidable hospitalisation level should had been higher. Also, some explanations of regional variation should be judged with caution.

¹⁸ Gibson, O. R. *Supra note 15*.

¹⁹ Ansari, Z. *Supra note 5*.

²⁰ Lofqvist, T., et al. *Supra note 11*.

²¹ Aušrinė Garbačiauskienė, & Almira Gecevičiūtė. "Socialinių paslaugų netolygumai Lietuvoje." *Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. Urbanizacija – nauji iššūkiai žmonių sveikatai*. 14-16. (Vilnius: Nacionalinė sveikatos taryba, 2010.)

²² Jurgita Bruneckienė, & Rytis Krušinskas. ES struktūrinės paramos įtakos Lietuvos regionų plėtrai ir išsivystymo netolygumams mažinti vertinimas. *Ekonomika ir vadyba*, 16 (2011): 127-136.

²³ *Oficialios statistikos portalas*. Lietuvos statistikos departamentas. Accessed 2015 08 18. <http://www.stat.gov.lt/>

Assumptions we made were based on the findings of local and international authors of similar topics, thus not necessarily valid in Lithuania until proven by further studies.

Conclusion

Avoidable hospitalisation is useful in evaluating performance and detecting weak points of outpatient healthcare organisation. In Lithuania, hospital admission of ACSCs was reduced throughout the period of healthcare restructuring program, which supports national plan to strengthen primary healthcare and expand outpatient services in context of inpatient care reduction. However, inequalities of avoidable hospitalisation exist between administrative regions, as well as rural and urban areas. Inadequate healthcare resources, healthcare management issues or demographic and socioeconomic composition of population could be relevant in those areas, where avoidable hospitalisation is high. While these phenomena can never be totally eliminated, the overview of regional differences indicates potentiality of healthcare improvement and social care integration for policy makers and healthcare managers.

Literature

1. Ansari, Zahid. "The concept and usefulness of ambulatory care sensitive conditions as indicators of quality and access to primary health care." *Australian Journal of Primary Health* 13, 3 (2007): 91-110.
2. Ansari, Zahid, et al. "Patient characteristics associated with hospitalisations for ambulatory care sensitive conditions in Victoria, Australia." *BMC Health Services Research* 12 (2012): 475.
3. Barbieri, Verena., et al. Health care supply for cataract in Austrian public and private hospitals. *European Journal of Ophthalmology* 17, 4 (2007): 557-564.
4. Bruneckienė, Jurgita, & Rytis Krušinskas. ES struktūrinės paramos įtakos Lietuvos regionų plėtrai ir išsivystymo netolygumams mažinti vertinimas. *Ekonomika ir vadyba*, 16 (2011): 127-136.
5. Garbačiauskienė, Aušrinė, & Almira Gecevičiūtė. "Socialinių paslaugų netolygumai Lietuvoje." *Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. Urbanizacija – nauji iššūkiai žmonių sveikatai*. 14-16. Vilnius: Nacionalinė sveikatos taryba, 2010.
6. Gibson, Odette, Leonie Segal, & Robyn McDermott. 2013. "A systematic review of evidence on the association between hospitalisation for chronic disease related ambulatory care sensitive conditions and primary health care resourcing." *BMC Health Services Research* 13 (2013): 336.
7. *Health care systems in transition: Lithuania*. Copenhagen: World Health Organization, 2000.
8. Jankauskienė, Danguolė. "Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo vertinimas. Mykolo Romerio Universitetas." Accessed 2015 08 18. <http://ssvp2012>.

- mruni.eu/wp-content/uploads/2011/10/3_Danguole_-Paslaug%C5%B3-kokyb%C4%97s-ir-prieinamumo-vertin.pdf
9. "Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos nutarimas dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo." *Valstybės žinios* 33, 893 (1991).
 10. "Lietuvos Respublikos Vyriausybė nutarimas dėl Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo." *Valstybės žinios* 28, 1147 (2003).
 11. Lofqvist, Therese, et al. "Inequalities in avoidable hospitalisation by area income and the role of individual characteristics: a population-based register study in Stockholm County, Sweden." *BMJ Quality & Safety* 23, 3 (2014), 206-214.
 12. Mekšriūnaitė, Sandra, & Romualdas Gurevičius. "Ambulatoriškai valdomų ligų paplitimo ypatumai Lietuvoje 2012 m." *Visuomenės sveikata* 1, 68 (2015a): 16-25.
 13. Mekšriūnaitė, Sandra, & Romualdas Gurevičius. "Išvengiamų hospitalizacijų rodiklių skirtumai Lietuvos savivaldybėse." *Visuomenės sveikata* 2, 69, (2015b): 26-33.
 14. *Oficialios statistikos portalas*. Lietuvos statistikos departamentas. Accessed 2015 08 18. <http://www.stat.gov.lt/>
 15. Rosano, Aldo, et al. "The relationship between avoidable hospitalisation and accessibility to primary care: a systematic review." *The European Journal of Public Health* 23, 3 (2013): 356-360.
 16. *Quality and Efficiency in Swedish Health Care – Regional Comparisons 2008*. Stockholm: Swedish National Board of Health and Welfare, 2008.
 17. Tamutienė, Ilona, Inga Černiauskaitė, & Austė Sruogaitė. "Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai." *Kultūra ir visuomenė. Socialinių tyrimų žurnalas* 2, 1 (2011): 95-110.
 18. Westert, Gert, et al. "Medical practice variations in hospital care; time trends of a spatial phenomenon." *Health Place* 10, 3 (2004): 215-220.
 19. Zolubienė, Eimantė, et al. „65 m. ir vyresnių asmenų požiūris į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą.“ *Visuomenės sveikata* 3, 66 (2014): 109-114.

Teritoriniai išvengiamos hospitalizacijos netolygumai Lietuvoje

Skirmantė Jurevičiūtė, Ramunė Kalėdienė

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Visuomenės sveikatos fakultetas
Sveikatos vadybos katedra, Kaunas, Lietuva

Santrauka. Įvadas. Išvengiamos hospitalizacijos rodikliai yra naudojami vertinant pirminės ir ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą. Lietuvoje tai yra ypač aktualu, nes hospitalizacijos rodikliai yra vieni didžiausių Europoje. Taip pat šalyje egzistuoja sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo skirtumai.

Tikslas. Šis tyrimas buvo atliktas siekiant įvertinti teritorinius išvengiamos hospitalizacijos netolygumus Lietuvoje sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo laikotarpiu.

Metodologija. Standartizuoti hospitalizacijos dėl ambulatoriškai valdomų ligų rodikliai (100 000 gyv.) buvo naudoti šiame tyrime.

Rezultatai. Išvengiamos hospitalizacijos rodikliai sumažėjo 2005–2011 m. Kaimiškose vietovėse išvengiamos hospitalizacijos rodikliai buvo aukštesni nei miesto vietovėse, tačiau miesto vietovėse dėl ambulatoriškai valdomų ligų buvo dažniau hospitalizuojama skubos

tvarka. Teritoriniai išvengiamos hospitalizacijos skirtumai buvo nustatyti Lietuvos regionuose. Mažesniuose regionuose dėl ambulatoriškai valdomų ligų buvo hospitalizuojama santykinai daugiau.

Išvados. Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo laikotarpiu išvengiamos hospitalizacijos rodikliai Lietuvoje sumažėjo, kas atitinka vykdomą nacionalinę sveikatos politiką stiprinti pirminės sveikatos priežiūros ir ambulatorinių paslaugų teikimą, kartu mažinant stacionarinių paslaugų apimtį. Regioninių netolygumų apžvalga parodo, kuriuose regionuose reikia stiprinti sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimą.

Reikšminiai žodžiai: *avoidable hospitalisation, hospital admission, ambulatory care sensitive condition, ACSC, inequalities, Lithuania.*

Ramunė Kalėdienė, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Visuomenės sveikatos fakulteto dekanė, Sveikatos vadybos katedros vedėja, profesorė, habilituota biomedicinos mokslų daktarė. Mokslinių tyrimų kryptys: sveikatos ir gyvenimo kokybės netolygumai.

Skirmantė Jurevičiūtė, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Visuomenės sveikatos fakulteto Sveikatos vadybos katedros asistentė, doktorantė. Mokslinių tyrimų kryptys: stacionarinio gydymo netolygumai.

Ramunė Kalėdienė, Dean of Faculty of Public Health of Medical Academy, Head of the Department of Health Management, Professor at the Lithuanian University of Health Sciences, habilitated doctor of biomedical sciences. Research interests: inequalities of health and quality of life.

Skirmantė Jurevičiūtė, assistant lecturer at Department of Health Management, Faculty of Public Health of Medical Academy, Lithuanian University of Health Sciences, PhD candidate. Research interests: inequalities of inpatient care.

LEAN METODO TAIKYMAS SPECIALIZUOTOJE ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOJE

Aušra Bilotienė Motiejūnienė

Mykolo Romerio universiteto Sveikatos tyrimų laboratorija
Politikos ir vadybos fakulteto Politikos mokslų institutas
Valakupių g. 5, LT-10101 Vilnius, Lietuva
Telefonas (+ 370 6) 1023012
ausra.motiejuniene@gmail.com

Pateikta 2015 m. rugsėjo 14 d., parengta spausdinti 2015 m. lapkričio 13 d.

DOI:10.13165/SPV-16-1-9-05

Santrauka

Straipsnyje nagrinėjamas specializuotoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje veiklos procesas, išskiriamos didžiosios nuostolių rūšys, kurių pagrindu analizuojami procesai, siekiant išsiaiškinti vertės nekuriančias veiklas.

Šiandien ši tema aktuali tuo, kad naudojant LEAN metodą, galima rasti sprendimus veiklos procesams optimizuoti. Šiame straipsnyje nagrinėjamas LEAN metodas, sistema ir jos pritaikomumas sveikatos priežiūros įstaigose. Remiantis rezultatais, identifikuojamos specializuotoje ASPĮ mažiausią vertę kuriančios veiklos, pateikiamos rekomendacijos sveikatos priežiūros paslaugų veiklos procesui tobulinti.

Tikslas. *Įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, taikant LEAN metodą specializuotoje ligoninėje, bei pateikti rekomendacijas.*

Rezultatai. *Tyrimas atliktas vertinant veiklas pagal aštuonias didžiasias nuostolių rūšis. Perprodukcijos nuostolių rūšies rezultatai parodė, kad 71 proc. respondentų nurodė, jog darbinėje veikloje vyrauja perteklinių tyrimų skyrimas. Tyrimo metu nustatyta, kad 90 proc. respondentų jaučia nuovargį ir net 83 proc. respondentų pritaria, kad per didelis darbo krūvis blogina sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Analizuojant prastovų nuostolių rūšį, nustatyta, jog 56 proc. respondentų įvardijo, kad laukia įrangos reikalingiems tyrimams atlikti, t. y. pacientams tenka ilgiau laukti diagnozės nustatymo ir gydymo. Analizuojant biurokratizmo nuostolių rūšį, nustatyta, kad darbe tenka pildyti daug medicininės*

dokumentacijos, renkama nenaudojama informacija, dažnai ta pati informacija apie pacientą renkama kelis kartus. Analizuojant transportavimo ir judėjimo nuostolių rūšį, nustatyta, kad vyrauja nereikalingas pacientų, įrangos transportavimas. Šių nuostolių buvimas siejamas su sumažėjusiu darbo efektyvumu. Dalis respondentų nurodė, kad personalas vaikšto po skyrių, ieškodamas informacijos, daiktų, įrangos, dokumentų.

Reikšminiai žodžiai: sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, LEAN metodas, nuostolių rūšys.

Įvadas

Sveikatos priežiūra yra labai svarbi visiems žmonėms bet kurioje pasaulio dalyje. Pirma, sveikatos priežiūra yra specifinė tuo, kad ji susijusi su žmogaus gyvenimo kokybe ir gyvybe, antra, sveikatos priežiūrai skiriama dalis pajamų, todėl jos kokybė yra labai svarbi kiekvienam pacientui.

Daugelyje šalių, taip pat ir Lietuvoje, sveikatos priežiūra yra visuomenės dėmesio centre. Dalinai tam įtakos turi didėjančios išlaidos šioje srityje, kurios didžiąja dalimi finansuojamos valstybės. Kartais lėšos, skirtos sveikatos apsaugai nėra tinkamai panaudojamos, todėl vis dažniau ieškoma būdų, kaip būtų galima efektyviau panaudoti turimus išteklius. Sveikatos apsaugai keliami vis didesni reikalavimai, taigi reikalaujama aukštesnių sveikatos priežiūros standartų laikymosi. Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimas ir gerinimas tampa daugelio valstybių praktika, ypač didelis dėmesys skiriamas sveikatos priežiūros prieinamumui, tęstinumui, teisingumui, veiksmingumui, efektyvumui, pacientų saugai bei kitiems komponentams [9].

Sveikatos priežiūros kokybė ir jos užtikrinimas – pagrindinė veiklos sritis vykdančios reformas. Sveikatos priežiūra nuolat brangsta, o finansavimas proporcingai didėti negali. Didėja pacientų poreikiai ir lūkesčiai sveikatos priežiūrai, sveikatai ir gyvenimo kokybei. Kokybiška sveikatos priežiūra padeda geriau patenkinti pacientų poreikius, taupyti išteklius, išlikti ir vystytis [20].

Sveikatos paslaugų kokybės tyrimai tampa būtinybe, tai turi įtakos pacientų pasitenkinimui paslauga. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė gali būti vertinama, remiantis įvairiomis dimensijomis. Nepaisant šių vertinimų, labai svarbus išlieka sveikatos priežiūros sistemos dalyvių – sveikatos priežiūros specialistų, kurie teikia sveikatos priežiūros paslaugas, vertinimas. Jei gydytojai atranda, arba yra aprūpinami, patikima, naudinga informacija, kuri gali būti panaudota jų praktikoje, tai teikiamos paslaugos pacientui vertė gali būti pagerinta, jie yra motyvuoti ją gerinti [4]. Laukiamą kokybę formuoja vartotojo lūkesčiai, o lūkesčius formuoja poreikiai, ankstesnis patyrimas [3]. Crosby Ph. kokybę apibūdina kaip atitikimą reikalavimams, o kokybės gerinimas mažina kaštus [11].

Sveikatos priežiūros įstaigos išgyvena pokyčių laikotarpį, kintant pacientų lūkesčiams, įstaigos skatinamos ieškoti modernių sprendimų paslaugų kokybei gerinti. Dėl šios priežasties sveikatos priežiūros įstaigos veiklos kokybės valdymas yra pats svarbiausias veiksnys, susiformavęs visuotinės kokybės valdymo pagrindu.

Remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) specialistų nuomone, reikia atskirti sveikatos priežiūros paslaugų ir sveikatos priežiūros organizacijų kokybę, norint įgyvendinti kokybės gerinimo strategiją. PSO pateikia pagrindines dimensijas susijusias su kokybe [42], tokias kaip: efektyvumas, veiksmingumas, pasiekiamumas, priimtinumai ir t. t. A. Donabedian teigia, jog šios dimensijos tarsi kolonos, ant kurių laikosi visa sveikatos priežiūros kokybė [13].

J. Ovretveit nuomone, kokybė nėra tik vartotojo pasitenkinimas teikiamomis paslaugomis, tai yra tikslas nuolatiniam personalo ir organizacijos tobulėjimui: vartotojo pasitenkinimo didinimas, mažinant išlaidas ir didinant produktyvumą [28]. Kokybė – vartotojų lūkesčių viršijimas. Kadangi sveikatos priežiūros kokybė yra ne tik sunkiai apibrėžiama, bet ir pamatuojama, todėl galimi dideli sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo svyravimai. XXI a. iškilo du nauji pamatiniai reikalavimai sveikatos paslaugų kokybei:

1. Maksimalus rūpestingumas.
2. Atitikimas šiuolaikiniam mokslui.

Pirmu reikalavimu nustatyta, kad gydytojas yra atsakingas už tai, kad, gydant pacientą, būtų panaudotos visos priemonės reikiamam gydymo rezultatui užtikrinti. Kitas reikalavimas susijęs su tuo, kad gydytojas turi panaudoti visas šiuolaikinio mokslo teikiamas galimybes, kurios gali būti naudingos gydymo rezultatui pasiekti [21].

Sveikatos sistemos administratoriai, vadybininkai, dirbdami naujomis sąlygomis, stengiasi siekti gerų veiklos rezultatų, rasti racionalų organizacijos veiklos pagrindą. Didėjanti kokybės svarba sveikatos priežiūroje, verčia naujai pažvelgti į dabartinę situaciją ir analizuoti medicinos kokybės klausimus [31].

Vertinimo rezultatai padeda sveikatos paslaugų teikėjams atkreipti dėmesį į sritis, kurias reikia tobulinti, rasti sprendimus procesams gerinti. Tyrimų rezultatams vertinti naudojami įvairūs metodai, pavyzdžiui, vidaus arba išorės auditas, nuomonės tyrimas, tačiau, siekiant modernizuoti vertinimą ir gauti išsamesnius rezultatus, būtina taikyti pažangius, šiuolaikinius metodus.

Vienas iš metodų LEAN – tai taupiosios sistemos diegimas, kurios pagrindiniai tikslai yra padėti organizacijoms vykdyti savo veiklą su mažesniais nuostoliais, siekiant patenkinti pacientų lūkesčius. Pastaruoju metu tai bene dažniausiai diegiama veiklos tobulinimo sistema, kuri yra visos organizacijos valdymo būdas, netgi filosofija. Nuosekliai diegiama LEAN sistema padeda pašalinti vertės nekurančias veiklas [25], dėl to sumažinamos veiklos sąnaudos, pagreitinami procesai, sumažinamas klaidų skaičius ir gaunama maksimali pridėtinė

vertė. LEAN metodikoje išskiriamos didžiosios nuostolių rūšys, kurių pagrindu analizuojami procesai siekiant išsiaiškinti vertės nekuriančias veiklas. Šiandien ši tema aktuali tuo, kad LEAN metodu galima rasti sprendimus veiklos procesams optimizuoti įstaigose.

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas Lietuvoje ir užsienyje

Kokybės vertinimas ir valdymas yra labai svarbus įvairių paslaugų kontekste, ne išimtis ir sveikatos priežiūra. Sveikatos priežiūros kokybei vertinti yra daug struktūrizuotų ir nestruktūrizuotų tyrimų, skirtų analizuoti skirtingiems kokybės elementams [33].

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas yra reikalingas ir aktualus, norint gerinti organizacijos kokybę. Pagrindinis kokybės vertinimo tikslas – nustatyti, ar vykdoma veikla atitinka laukiamą veiklą [38]. Todėl reikalingi kriterijai, kuriais galima būtų apibrėžti ir įvertinti realią veiklą, taip pat palyginti su laukiama.

XIX a. viduryje Anglijoje buvo pradėta rinkti duomenis apie mirtingumą ir infekcijų lygį. XX a. pradžioje E. Codman pradėjo suvokti tokių duomenų – galutinių rezultatų – svarbą ir veiklos vertinimas ėmė ryškėti kaip perspektyvi priemonė vertinant sveikatos priežiūros kokybę. E. Codman pasiūlė išsamią pacientų įrašų, įskaitant įrašus po gydymo procedūros, sistemą, geriausių ir blogiausių chirurgų vertinimą pagal faktinius jų priežiūros rezultatus. Sveikatos priežiūros kokybės matavimai jau ilgą laiką yra opi problema. Pirmoji kliūtis, susijusi su sveikatos priežiūros kokybės matavimais, yra sprendimas, ką matuoti ir kaip matuoti.

E. A. McGlynn [27] teigia, kad sveikatos priežiūros kokybės supratimas skiriasi priklausomai nuo suinteresuotosios grupės. Todėl kokybės vertinimo sistema turėtų apimti priemones, kurios atsižvelgia į sveikatos priežiūros dimensijas, jos yra svarbios ir pacientams, ir sveikatos priežiūros specialistams. Kokybė reiškia, kad svarbu vertinti, ar efektyviai panaudojamos lėšos. Pacientai yra linkę vertinti sveikatos priežiūros kokybę pagal jų poreikių tenkinimą. Pacientų lūkesčiai gali skirtis nuo sveikatos priežiūros specialistų lūkesčių, o tai gali lemti skirtingą kokybės vertinimą. Pavyzdžiui, trumpesnis vizitų laikas, kuris sumažina sveikatos priežiūros išlaidas, gali turėti neigiamą poveikį pacientų galimybėms dalyvauti priimančioms sprendimus dėl jų priežiūros [11]. Paprastai paslaugų kokybę išreiškia vartotojo pasitenkinimo lygis [2]. A. Al-Khalil [1], V. Senic [35] pažymi, kad pacientų pasitenkinimo svarba sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinime yra labai svarbi. Vartotojui (pacientui) tenka pagrindinis vaidmuo vertinant paslaugos kokybę [16].

Kaip teigia Piligrimienė [33], plačiausiai naudojama paslaugų kokybei vertinti, pacientų požiūriu yra SERVQUAL skalė. Tai anglų mokslininkų sukurtas modelis, kurio pagalba galima palyginti vartotojų lūkesčius su realiai suteikta

paslauga. Pats modelis prasideda samprotavimu, jog paslaugos kokybę nustato skirtumas tarp vartotojų lūkesčių ir faktinės teikiamos paslaugos.

Sveikatos priežiūros kokybė gali būti vertinama, remiantis įvairiais požiūriais, siekiant išmatuoti skirtingus kokybės aspektus. Siekiant įvertinti sveikatos priežiūros kokybę, gali būti naudojamas bendras loginis šios veiklos modelis, kuris rodo vertinimo organizavimo aspektus ir naudas, tačiau nerodo konkrečių metodų parinkimo, todėl galima šį loginį modelį naudoti plačiai [12]. Pagrindiniai elementai, pagal CL. Damberg, ištekliai, veiklos, veiklos rezultatų vertinimas ir rezultatų matavimo būdai. Gavus rezultatus, yra svarbus grįžtamasis ryšys, kuris daro įtaką ištekliams, veikloms. Sveikatos priežiūros sistemos keitimui įtakos turi patobulinta atskaitomybė, darbuotojų kvalifikacijos kėlimas. Veiklos rezultatus tikslinga vertinti norint pasiekti ilgalaikį kokybišką poveikį.

LEAN istorinė apžvalga ir samprata

LEAN koncepcija bei vadybos sistemos atsiradimas siejamas su Japonijos automobilių gamintoju Toyota. Po Antrojo pasaulinio karo Toyota, Japonijos automobilių gamintojas, nusprendė persitvarkyti – pradėjo nuo geriausių Vakarų gamintojų praktikų įsisavinimo bei jų diegimo. Dalį darbuotojų Toyotos gamykla išsiuntė į Jungtines Amerikos Valstijas, kurių užduotis – lankantis gamyklose, išanalizuoti Fordo inovacinę masinės gamybos sistemą. Toyotos savininkas tiesiogiai neįvedė masinės gamybos sistemos savo gamyklose, tačiau pritaikė atskirus jos elementus Japonijos rinkai. Toyota plaipsniui diegė lanksčią gamybos sistemą, kurią po kelių dešimtmečių mes vadinsime LEAN sistema [19].

LEAN manufacturing (tiesioginis vertimas į lietuvių kalbą – taupi gamyba) terminas pirmą kartą buvo pavartotas 1988 m. Džono Krafciko, kai po apsilankymo Japonijoje Toyotos gamykloje analizavo Toyotos vadybos sistemą. „Mes (aš ir mano kolegos iš tarptautinės automobilių gamintojų programos) nustatėme, kad aplankytos LEAN gamybos yra žymiai didesnio našumo (tenka mažiau valandų automobiliui rinkti); geresnė kokybė (mažesnis defektų skaičius) lyginant su gamyklomis, kurios naudoja masinės gamybos principus“ [23].

Laikui bėgant, keitėsi ir gilėjo verslo organizacijų bei akademinės visuomenės žinios apie LEAN [18]. Remiantis J. Pettersen tyrimais, LEAN nuolat vystėsi ir plėtojosi, bet koks LEAN kaip metodų rinkinio apibrėžimas yra judančio taikinio momentinė nuotrauka, galiojanti tik duotojo laiko momentu. Vykstantys pokyčiai kėlė painiavą, diskusijas, tai kas gi tuomet yra LEAN, o kas nėra LEAN [32].

LEAN galima apibūdinti dvejopai, remiantis P. Hines [18], taigi yra nurodanti metodologija, o pasak J. Pettersen [32], LEAN galima apibūdinti kaip metodų, būdų ir vadybos priemonių rinkinį. T. Fujimoto išskyrė LEAN vadybos būdus: 5S; Vizuali vadyba; Vizuali vadyba; 5 kodėl; Satndartizuoti septyni kokybės valdymo metodai ir kt. [15].

LEAN yra kontroversiška koncepcija, kuri sukelia dideles diskusijas tiek akademinėje, tiek verslo srityje [17]. Pasisakantys už LEAN tvirtina, kad LEAN nėra gamybos metodas – tai mąstymo būdas, kuris leidžia padidinti efektyvumą ir panaikinti švaistymą.

Švaistymo eliminavimas yra pats pagrindinis LEAN tikslas. M. Kane [22] išskiria tokias švaistymo rūšis: perprodukcija, perteklinės atsargos, defektai, laukimas, nuostoliai ir nepilnas darbuotojų žinių ir gebėjimų panaudojimas.

Švaistymo eliminavimą, kaip LEAN principą ir tikslą T. Fujimoto [15] apibrėžia išskdamas šiuos eliminavimus: Muda (vertės nepridedančias veiklas), Mura (netolygi gamybos eiga), Muri (penelyg didelis darbo krūvis). Ypač akcentuoja Muda eliminavimą, kurio nebuvimą užtikrintų LEAN principą.

T. A. Boyle [6] nuomone, siekdami geriau suprasti LEAN kompleksiskumą, daugelis vadovų LEAN diegimo metu ieško išorinių informacijos šaltinių, tokių kaip, susitikimai ir diskusijos su LEAN naudojančių organizacijų vadovais ir ekspertais, tikslinės ekskursijos į kitas organizacijas, vidiniai seminarai dalyvaujant išoriniams ekspertams. Tačiau viena pagrindinių LEAN metodo užduočių – analizuoti procesą iš vartotojo požiūrio taško, tai formuoja poreikį išsiaiškinti kliento lūkesčius. Tokie duomenys būtini planuojant gamybos arba paslaugos procesus [19]. LEAN principas, kai siekiama švaistymo eliminavimo, sukuria būtinybės poreikį ne tik valdyti vidaus procesus, bet ir koordinuoti darbą su vartotojais. LEAN naudojamas siekiant tobulinti veiklą (efektyvumą, našumą, pelningumą) bei turint tikslą sukurti organizacijoje komandinę dvasią, kaip motyvacinį įrankį [5].

LEAN sistemos koncepcija

Taupioji sistema LEAN plačiąja prasme yra būdas suteikti organizacijos darbuotojams įgūdžių ir priemonių sistemingai atsikratyti vertės nekuriančių veiklų ir išteklių švaistymo, sukuriant patogesnes darbo vietas. Šalinant nereikalingas veiklas ir kitą išteklių švaistymą, japoniškai vadinamas Muda, sumažėja sąnaudos, geriau išnaudojami resursai ir vartotojui suteikiama didesnė vertė [40].

Taupioji sistema yra sėkmingai pritaikyta įvairiose priemonės šakose, pavyzdžiui, automobilių, tekstilės pramonės, chemijos, maisto, taip pat pritaikyta prekyboje, paslaugų ir aptarnavimo srityse bei sveikatos priežiūros srityje. Pasak N. Wood, nesvarbu paslaugų arba gamybinė įmonė – LEAN visur pritaikomas ir tinkamas [39].

James Womack P. ir Daniel T. Jones, parašę knygą „Mašina pakeitusi pasaulį“ ir visame pasaulyje išpopuliarinę „LEAN“ sąvoką, išskiria pagrindinius principus, kurių reikia laikytis norint sukurti taupius procesus [41]. Šie principai padeda sukonzcentruoti dėmesį į pagrindinius, vertę kuriančius procesus, apmąstyti prieš pasirenkant, kurį procesą reikėtų tobulinti. Pasak profesoriaus Peter

Drucker, nieko nėra tokio beverčio, kaip efektyvus darymas to, kas išvis neturėtų būti daroma [39].

L. Rexhepi ir P. Shrestha [34] nurodo, kad poreikis yra „taupios“ vadybos sveikatos priežiūros sektoriuje. LEAN galima taikyti ne tik ligoninėse, bet ir privačiose klinikose ar slaugos namuose. H. Hagg [16], teigia, kad LEAN veiksminga priemonė nustatyti ir pašalinti nereikalingas veiklas iš proceso. Nauda ir tikslas, taikant LEAN metodą sveikatos priežiūros sistemoje, yra geriausias būdas sumažinti nereikalingų veiklų kiekį, sumažinti laukimo laiką, nereikalingą judėjimą, padidina paslaugos kokybę, greitį, lankstumą.

Įvairių šalių patirtis rodo, jog kūrybiškai mąstant, galima pasiekti puikių rezultatų taikant LEAN sprendimus sveikatos priežiūros įstaigose. LEAN metodikai būdinga, kad galima aptikti septynias rūšis nuostolių. Sveikatos priežiūros įstaigose išskiriamos aštuonios didžiosios nuostolių rūšys (pateikiamos 1 lentelėje). Kiekvieną veiklą tikslinga išanalizuoti, ar ji kuria papildomą vertę pacientui, klientui, ar ne.

1 lentelė. Aštuonios didžiosios nuostolių rūšys sveikatos priežiūros įstaigose

Reprodukcija	<ul style="list-style-type: none"> • Rutininės pacientų tyrimo procedūros, neatsižvelgiant į poreikius • Nebūtini tyrimai • Darbuotojų stresas ir nuovargis
Prastovos	<ul style="list-style-type: none"> • Priėmimo laukimas • Paciento laukimas • Įrangos laukimas • Diagnostikos ir gydymo laukimas
Per didelis biurokratizmas	<ul style="list-style-type: none"> • Pildomos nereikalingos dokumentų formos • Renkama nenaudojama informacija
Defektas (daugelio darbų sulaikymas)	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostikos ir gydymo klaidos • Infekcijos • Ta pati informacija apie pacientą renkama keletą kartų • Klaidos dokumentuose
Atsargos	<ul style="list-style-type: none"> • Pasenę vaistai • Perteklinės vaistų, slaugos ir kitų priemonių atsargos • Nesunaikinti pasenę dokumentai • Nenurašyti pasenę įrenginiai • Yra nereikalingų įrenginių
Transportavimas	<ul style="list-style-type: none"> • Nereikalingas pacientų, įrangos ar personalo transportavimas
Judėjimas	<ul style="list-style-type: none"> • Darbuotojai vaikšto ieškodami jiems reikalingų daiktų, dokumentų, įrangos informacijos
Žinios	<ul style="list-style-type: none"> • Žinių stygius • Nepakankamai naudojamos komandos žinios ir patirtis

LEAN metodo taikymas vertinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę

Karališkojoje Boltono ligoninėje LEAN pradėtas diegti 2005 m. Tuo metu gydymo įstaiga išgyveno didelius sunkumus ir grėšė įstaigos uždarymas [14]. Turint tikslą optimizuoti ligoninės veiklą, būtina gerinti visus procesus. Ieškodama sprendimo, Boltono ligoninė pradėjo taikyti LEAN metodą – 5S, kurio pagrindas – standartizuotos tvarkos palaikymo sistemos diegimas įstaigoje. 5S taisyklės:

- Tvarkingumas, organizuotumas. Visos priemonės, medžiagos turi būti surūšiuotos ir išdėstytos pasiekiamoje vietoje, nenaudojamos – pašalintos.
- Išdėstymo dėsningumas – priemonės surūšiuojamos į grupes pagal naudojimo sritį ir išdėstomos tam tikrose vietose.
- Švaros palaikymas. Darbo pabaigoje būtina susitvarkyti darbo vietą.
- Bendros prieigos. Kiekvienas, pasinaudojęs įranga, kitomis priemonėmis, turi padėti į vietą.
- Drausmės, tvarkos laikymasis kiekvieną dieną.

Per keletą metų sėkmingai įdiegusi LEAN sprendimus ir žymiai patobulinusi daugumą procesų (ortopedijos, insulto gydymo, patologijos ir kt.) Boltono ligoninė tapo viena sėkmingiausių Anglijos sveikatos priežiūros įstaigų [14].

Didžiosios Britanijos Leičesterio miesto universiteto ligoninės Skubiosios pagalbos ir priėmimo skyriuje taikytas LEAN metodas. Metodo taikymo tikslas – gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, šalinti nesukuriantį vertės darbą bei didinti pacientų srautą [9]. Norint nustatyti, koks darbas nesukuria vertės, buvo vykdoma stebėseną, t. y. stebimas darbuotojų darbas, braižomas srauto (judesių) žemėlapis. Didžiausias judesių skaičius buvo užfiksuotas reanimacijos palatoje. Pasak M. Cooke [8] skubios pagalbos srautą pagerinti galima atskiriant pacientus pagal klinikinę būklę, taip bus sumažinamas laukimo laikas bei pacientų eilės. Srauto žemėlapis buvo kuriamas įrašant kiekvieną žingsnį, intervenciją, tyrimą, judėjimą tiek personalo, tiek paciento, vizualiai nurodant judėjimą rodyklėmis. Per savaitę atlikus stebėseną, nustatyta daugiau nei 300 judesių, nesukuriančių vertės, kurių reikėtų atsakyti. Visi nereikalingi veiksmai susikirstyti į grupes, tačiau, analizuojant srauto žemėlapi ir veiksmų grupes, pripažinta, kad ne visų pridėtinės vertės nesukuriančių veiksmų, galima atsakyti norint pagerinti procesą, tačiau sumažinti įmanoma. Remiantis šio tyrimo išvadomis, sudaryti projektai, kurie sukurs ilgalaikius patobulinimus, jie padėjo sumažinti pacientų pagalbos laukimą priėmimo skyriuje, padidėjo pacientų pasitenkinimas paslauga ir teikiamų paslaugų kokybė [9].

Kalbant apie Malaizijos sveikatos sistemą, pasiūlytas LEAN („liesos“ sveikatos) praktikos modelis [36]. Dažnai siūlomas LEAN sveikatos praktikos įgyvendinimo metodas taikant šiuos elementus:

- Lyderystė. Tai svarbus ir kritinis sėkmės veiksnys siekiant LEAN įgyvendinimo [34], be aukščiausios vadovybės paramos, LEAN įgyvendinimas neįmanomas [36].
- Darbuotojų dalyvavimas labai svarbus veiksnys šiam metodui įgyvendinti, norint pasiekti kokybės gerinimo rezultatų. Kadangi darbuotojo elgesys vaidina svarbų vaidmenį, pacientui teikiamų paslaugų kokybei [24]. Darbuotojų dalyvavimas procese turi įtakos galutiniam rezultatui.
- Organizacinė kultūra. Ji svarbi sveikatos priežiūros reformai, kartu svarbus aspektas LEAN ir kitų kokybės sistemų įgyvendinimui. Tai gali pagerinti produktyvumą ir padidinti organizacijos efektyvumą. M. Carney mano, jog organizacinė kultūra turi įtakos sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų kokybei. Esant aukštesnei organizacijos kultūrai, nustatytas didesnis pacientų pasitenkinimas ir lojalumas [7].
- Pacientų poreikiai. Tikslas – sutelkti maksimalų dėmesį į pacientų poreikius, suteikti sveikatos priežiūros paslaugą, kuri patenkintų pacientų poreikius. Tyrimai rodo, kad, patenkinus pacientų poreikius, yra galimybė pagerinti klinikinius rezultatus ir įstaigos sveikatos paslaugų, kokybę [36].

Sveikatos priežiūros įstaigos veiklos vertinimas, tai priemonė skatinanti sveikatos sistemos tikslų įgyvendinimą. Naudinga nustatyti veiklos gaires, pagal kurias galima įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumą, kokybę bei vertę. A. Shazali išskiria tris vertinamas veiklas: finansinę, paciento pasitenkinimo ir darbuotojų veiklos [36]. *Finansinės veiklos vertinimas* – reikalingas, nes dauguma sveikatos priežiūros sektorių siekia sumažinti išlaidas, gerinti pacientų pasitenkinimą teikiamomis paslaugomis, tam būtina pašalinti neefektyvias veiklas, kurios kainuoja. LEAN metodo taikymas gali padėti kontroliuoti sveikatos priežiūros išlaidas bei numatyti išlaidų papildėjimą. Tinkamai organizuojant darbą, išlaidos gali sumažėti [34, 30]. *Paciento pasitenkinimo vertinimas* – norint tobulinti sveikatos priežiūros paslaugą, svarbu įvertinti pacientų pasitenkinimą teikiama paslauga. Pasak M. Cowing, pacientų pasitenkinimo rezultatas yra raktas visame sveikatos priežiūros paslaugų veiklos vertinime [10]. Geri rezultatai reiškia didesnę prieinamumą, trumpesnę laukimo laiką, greitesnę gydymo skyrimą. *Darbuotojų veiklos vertinimas* turi įtakos darbuotojų ir darbo aplinkai. Darbuotojas gali sumažinti paciento patiriamą stresą [36]. Apibendrinus Malaizijos sveikatos priežiūros sektorių ir atliktą tyrimą, teigiama, kad LEAN sveikatos praktika ir sveikatos priežiūros veikla yra tiesiogiai susijusios. LEAN sveikatos praktika turi tiesioginį poveikį sveikatos priežiūros veiklai [36].

Montanos ligoninėje sąnario endoprotezavimo operacijos pacientai vidutiniškai laukė aštuonias savaites. Toks rezultatas netenkino nei personalo, nei pacientų – per ilgą operacijos laukimą, personalas jautė nuovargį. Įdiegus LEAN metodą, pooperacinėje palatoje sutrumpinamas pacientų gydymo laikas nuo 90 min. Po to – 62 min. Po keturių pacientų operacijų tai sudaro net 2 val. Taip buvo

pasiekta džiuginančių rezultatų, pacientams operacijos laukimas suptrumpėjo iki šešių savaičių, gydytojai ir slaugytojai dirbo produktyviau. Peržiūrėjus šios paslaugos procesą ir atsisakius nereikalingų veiklų, galima daryti išvadą, kad pokytis toks paprastas, o rezultatas – dramatiškas [36].

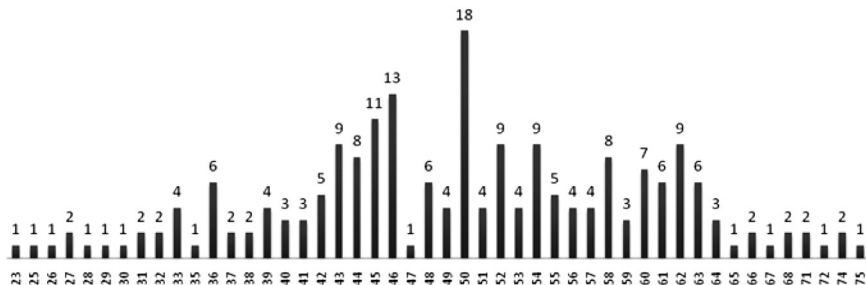
LEAN metodika taikoma ganėtinai plačiai Europje ir pasaulyje teikiant sveikatos priežiūros paslaugas. Kalbant apie LEAN metodo taikymą sveikatos priežiūros sistemoje, galima teigti, jog tiek versle, tiek teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, galioja vienodos taisyklės – siekis patenkinti kliento, paciento lūkesčius LEAN metodas puikiai tinka visur, kur yra srantai, nesvarbu, ar tai ligoninės, ar poliklinikos, ar universitetai, ar teismai, savivaldybės. LEAN – tai sistema, kurios tikslas yra rasti ir panaikinti vertės nekuriančios proceso dalies (laiko švaistymą), rasti rezervų pagerinti ir pagreitinti procesus, sumažinti klaidų skaičių bei padaryti procesą aiškų ir paprastą. Nuosekliai diegiama LEAN sistema padeda pašalinti vertės nekuriančias veiklas, dėl to sumažinamos veiklos sąnaudos ir gaunama maksimali pridėtinė vertė. Daugelyje JAV, Kanadoje, Didžiojoje Britanijoje, Danijoje, kur taikoma LEAN metodo koncepcija, pašalinama iš darbo procesų veiklą, kuri nekuria pridėtinės vertės. Pagrindinis veiklos efektyvumo didinimo kelias – neproduktyvios, nuostolingos veiklos šalinimas. LEAN gali rodyti, ką galima padaryti pigiau, greičiau ir geriau. Ar tai pasiseks, priklauso nuo įstaigose dirbančio personalo, nes tai ilgo, kruopštaus darbo ir nuolatinių pastangų reikalaujantis procesas. LEAN sistemos diegimas yra pokytis ne tik įstaigos procesuose, bet ir kultūrinis pokytis.

Tyrimo medžiaga ir metodika

Tyrimas, anketinės apklausos būdu apklausiant sveikatos priežiūros specialistus (gydytojus ir slaugytojas), buvo atliekamas specializuotoje ligoninėje 2013-07-01 iki 2013-10-01. Iš viso išdalytos 222 anketos. Į anketos klausimus atsakė 207 respondentai (atsako dažnis – 93,2 proc.).

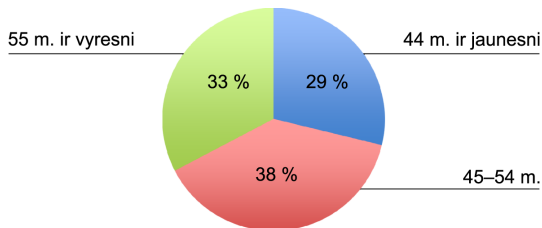
Šio tyrimo tikslas – nustatyti, kokios teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės problemos egzistuoja specializuotoje ligoninėje ir, remiantis LEAN metodika, pateikti rekomendacijas dėl darbo organizavimo pakeitimų, pašalinant iš procesų nuostolius ir taip didinti veiklos efektyvumą. Taikant LEAN metodą išnagrinėti pridėtinės vertės nesukuriančias veiklas.

Tyrimo dalyvių socialinė demografinė charakteristika



1 pav. Tyrimo dalyvių skirstymas pagal amžių

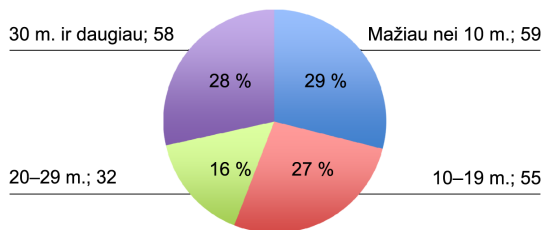
Jauniausiam apklausos dalyviui 23 metai, vyriausiam – 75 metai. Tiriamųjų amžiaus vidurkis – 50 metų, o standartinis nuokrypis, rodantis duomenų sklaidą apie vidurkį – apie 10 metų. Siekiant atlikti išsamią anketos klausimų analizę ir nustatyti galimą atsakymų ryšį su tiriamųjų amžiumi, tyrimo dalyviai buvo suskirstyti į tris amžiaus grupes (2 pav.).



2 pav. Tyrimo dalyvių skirstymas (proc.) pagal amžiaus grupes

Tyrimo duomenimis, dauguma apklaustųjų yra vidutinio arba vyresnio amžiaus: liginės darbuotojai iki 45 metų sudaro 29 proc., 45–54 metų amžiaus darbuotojai sudaro 38 proc., 55 metų ir vyresni darbuotojai sudaro 33 proc.

Pastebima, kad tiriamųjų darbo stažas skirtingas ir pakankamai tolygiai pasiskirstęs; apklausoje dalyvavo tiek darbuotojai, neturintys vienerių metų darbo stažo, tiek darbuotojai toje pačioje įstaigoje dirbantys keletą dešimtmečių. Didžiausias tarp tyrimo dalyvių užfiksuotas darbo stažas – net 50 metų. Tyrimo dalyvių darbo stažo vidurkis – 19 metų, o standartinis nuokrypis, rodantis duomenų sklaidą apie vidurkį – 12,7 metų.



3 pav. Tyrimo dalyvių suskirstymas (proc.) į grupes pagal darbo stažą

Norint atlikti išsamesnę anketos klausimų analizę ir nustatyti galimą atsakymų ryšį su tiriamųjų darbo stažu, tyrimo dalyviai buvo suskirstyti į keturias grupes: tiriamieji, dirbantys įstaigoje iki 10 metų – 29 proc.; dirbantys nuo 10 iki 19 metų – 27 proc.; dirbantys nuo 20 iki 29 metų – 16 proc.; dirbantys 30 metų ir daugiau – 28 proc. (3 pav.).

Tyrimo duomenų analizė

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant duomenų kaupimo „Excel“ ir analizės programos paketą „SPSS Statistics 17.0“ versiją. Statistinės duomenų analizės rezultatai pateikiami lentelėse ir grafikuose. Taikyti keli pagrindiniai statistiniai įrankiai: Pirsono χ^2 kriterijus, Pirsono χ^2 kriterijus su Jeitso pataisa (2×2 lentelėms), Kramerio V ryšio stiprumo koeficientas, Spirmeno koreliacijos (t. y. koreliacijos monotoniškumo prasme) koeficientas ρ_S . Pasirinktas statistinio kriterijaus reikšmingumo lygmuo $\alpha = 0,05$. Su pasirinktu $\alpha = 0,05$ reikšmingumo lygmeniu klaidos atmesti teisingą hipotezę tikimybė yra 5 proc. Kiekvienam nepriklausomumo hipotezės patikrinimui apskaičiuojami:

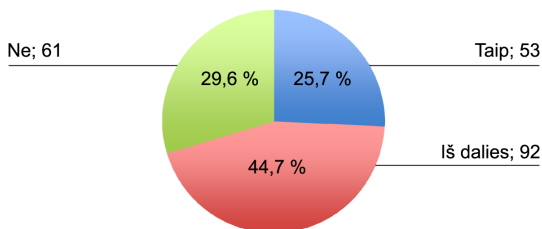
1. Laisvės laipsnių skaičius (žymėsime l)
2. χ^2 statistikos reikšmė.
3. Hipotezės tikrinimo p reikšmė.

Duomenims patikrinti taikytas statistinio reikšmingumo lygmuo p , jeigu $p < 0,05$, rodiklių skirtumai laikyti statistiškai reikšmingi (statistiškai reikšmingai nukrypusiais nuo nepriklausomumo). Jeigu $p \geq 0,05$, rodiklių skirtumai laikyti statistiškai nereikšmingais.

Spirmeno koreliacijos koeficientas ρ_S rodo ryšio stiprumą tarp faktorių monotoniškumo. Jis gali būti taikomas tik tuomet, kai abu faktoriai yra išmatuoti ranginėje skalėje. Koreliacijos koeficientas matuoja, ar didėjant vienam faktoriui, kartu didėja (arba mažėja) kitas faktorius. Koreliacijos ryšio stiprumą rodo koreliacijos koeficiento reikšmė nuo -1 iki 1. Kuo $|\rho_S|$ yra arčiau 1, tuo ryšys yra stipresnis.

Tyrimo rezultatai

Perprodukcijos nuostoliai. *Perprodukcijos (perteklinės veiklos) nuotolių rūšiai priskiriami nuostoliai dėl atliekamų perteklių tyrimų, darbuotojų per didelio darbo krūvio, streso ir nuovargio. Tai paslaugos, suteiktos didesne apimtimi, nei reikia ar per anksti. Per anksti išrašyti vaistai, per daug skirta vaistų, procedūrų, nebūtini, ar pakartotiniai tyrimai, nenaudojamos darbo procedūros.*

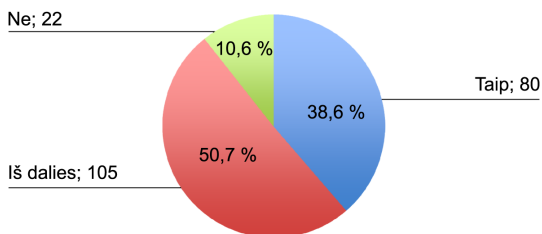


4 pav. Perteklinių tyrimų skyrimas (proc.) darbinėje veikloje

Pertekliniai (nebūtini, dubliuojantys vienas kitą) tyrimai atliekami eikvojant įstaigos lėšas, tačiau realios naudos pacientų gydymo procesui neduoda. 71 proc. tyrimo dalyvių nuomone, ligoninėje yra būdingas arba iš dalies būdingas perteklinių tyrimų skyrimas. Mažiau kaip trečdalis (29 proc.) respondentų nurodė, kad jų darbo veikloje perteklinių tyrimų nepasitaiko.

Analizuojant perteklinius tyrimus, kaip perprodukcijos požymį, svarbu atsakyti į klausimą, kokios rūšies tyrimai skiriami dažniausiai.

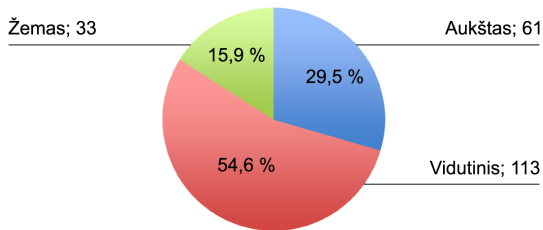
Kitas perprodukcijos požymis – tai per didelis personalo darbo krūvis, stresas ir nuovargis, kurie turi neigiamą įtaką teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybei.



5 pav. Tyrimo dalyvių skirstymas (proc.) pagal jaučiamą darbe nuovargį

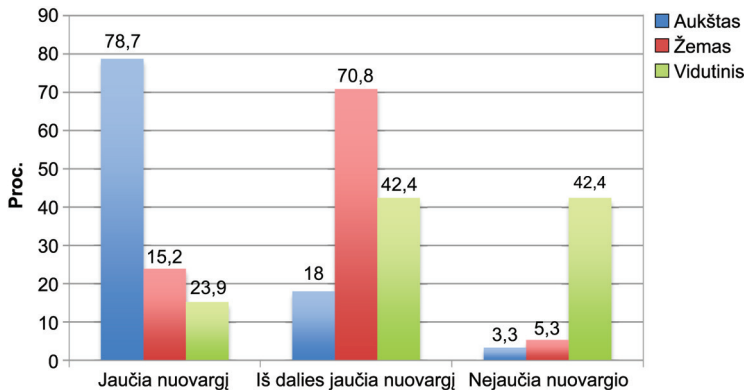
Nuovargį darbe jaučia arba iš dalies jaučia 90 proc. apklaustų ligoninės darbuotojų. Vos 10 proc. tyrimo dalyvių nurodė, kad darbe nesijaučia pavargę. Ištirta, ar darbe jaučiamas nuovargis yra susijęs su personalo socialinėmis ir demografinėmis charakteristikomis bei tam tikrais darbe atliekamais veiksmiais: dokumentų pildymu, informacijos apie pacientą rinkimu. Nustatyta, kad statistiškai reikšmingo ryšio tarp tyrimo dalyvių nuovargio ir darbo stažo nėra ($\chi^2 = 4,21$, $p = 0,64$, lls = 6), amžiaus ($\chi^2 = 9,03$, $p = 0,06$, lls = 4), lyties ($\chi^2 = 2,02$, $p = 0,36$, lls = 2), specializacijos ($\chi^2 = 0,19$, $p = 0,91$, lls = 2), didelio kiekio dokumentų pildymo ($\chi^2 = 9,46$, $p = 0,05$, lls = 4).

Išsamiai analizuojant tokius perprodukcijos požymius, kaip darbo krūvis, stresas, nuovargis bei jų poveikį sveikatos priežiūros paslaugų kokybei, reikia įvertinti darbuotojų psichologinę savijautą darbe. Psichologinė savijauta gali blogėti priklausomai nuo įvairių veiksnių, tokių kaip, kasdien patiriamas stiprus stresas, blogi santykiai su kolektyvu, nepakankama finansinė motyvacija (per mažas darbo užmokestis), nepakankama nefinansinė motyvacija (darbuotojas jaučiasi nevertinamas, nemato galimybių save realizuoti) ir kt.



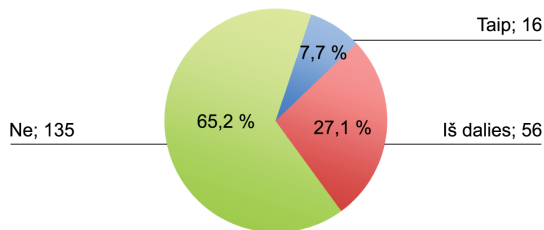
6 pav. Tyrimo dalyvių skirstymas (proc.) pagal darbe patiriamą streso lygį

Dauguma tyrimo dalyvių nurodė, kad jų darbe patiriamas streso lygis yra vidutinis (55 proc.). Stiprų stresą darbinėje veikloje patiria 29 proc. tyrimo dalyvių. Akivaizdu, kad darbuotojų patiriamas streso rodikliai yra per aukšti ir ligoninės vadovybė turėtų imtis priemonių situacijai gerinti. Nėra statistiškai reikšmingo ryšio tarp apklaustųjų patiriamą streso lygio ir jų specializacijos ($\chi^2 = 2,16$, $p = 0,34$, lls = 2), amžiaus ($\chi^2 = 5,96$, $p = 0,20$, lls = 4), darbo stažo ($\chi^2 = 11,03$, $p = 0,09$, lls = 6), tačiau nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp patiriamą streso lygio ir nuovargio darbe ($\chi^2 = 96,16$, $p < 0,001$, lls = 4). Spirmeno koreliacija rodo, jog kuo aukštesnis streso lygis, tuo didesnis darbe jaučiamas nuovargis ($\rho_s = 0,539$, $p < 0,001$).



7 pav. Tyrimo dalyvių patiriamo streso ir nuovargio darbe ryšys (proc.)

Matoma, kad didžioji dalis specialistų, darbe patiriančių stiprų stresą, nurodė jaučiantys nuovargį darbe (78,7 proc.). Dauguma specialistų, darbe patiriančių vidutinį stresą, nurodė iš dalies jaučiantys nuovargį darbe (70,8 proc.). Didžioji dalis specialistų, darbe patiriančių silpno lygio stresą, nurodė nejaučiantys nuovargio darbe arba jaučiantys iš dalies (po 42,4 proc.). Šie tyrimo rezultatai rodo, kad ligoninės medicinos darbuotojų nuovargis darbe yra stipriai susijęs su darbo metu patiriamo streso lygiu – kuo stipresnį stresą patiria darbuotojas, tuo labiau jis jaučiasi pavargęs.

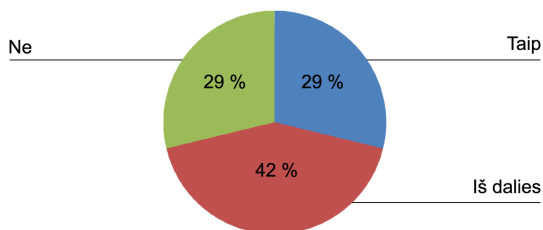


8 pav. Tyrimo dalyvių skirstymas (proc.) pagal jaučiamą pasitenkinimą darbo užmokesčiu

Darbo užmokestis priskiriamas prie darbuotojus motyvuojamųjų veiksnių, todėl svarbu išsiaiškinti, ar darbuotojai yra patenkinti savo uždarbiu. 65 proc. apklausos dalyvių nurodė, kad nepatenkinti gaunamu darbo užmokesčiu, patenkintų darbo užmokesčiu – vos 8 proc.

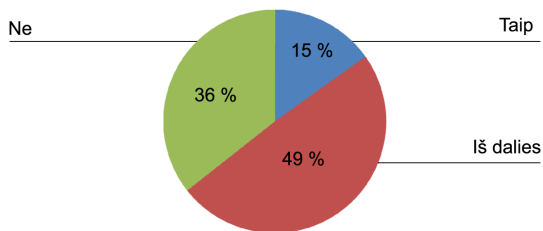
Nustatyta, kad nėra statistiškai reikšmingo ryšio tarp pasitenkinimo darbo užmokesčiu ir specializacijos ($\chi^2 = 2,85$, $p = 0,24$, $lfs = 2$). Taip pat nenustatyta statistiškai reikšmingo ryšio tarp pasitenkinimo darbo užmokesčiu ir motyvacijos ($\chi^2 = 7,20$, $p = 0,13$, $lfs = 4$) – gautas rezultatas rodo, kad ligininės darbuotojų motyvacija yra sąlygota ne vien darbo užmokesčio, bet ir kitų veiksnių.

Matoma, kad finansiškai nemotyvuoti darbuotojai labiau linkę savo darbą atlikti paviršutiniškai, nesigilindami į konkrečią situaciją, tiesiog atlikdami įprastus veiksmus.



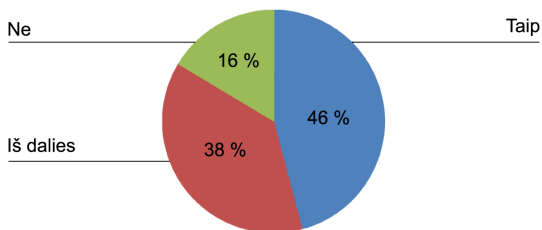
9 pav. Tyrimo dalyvių skirstymas (proc.) pagal per didelį darbo krūvį

Tik 29 proc. tyrimo dalyvių nemano, kad jų darbo krūvis yra per didelis. Nenurodyta statistiškai reikšmingo ryšio tarp darbo krūvio ir respondentų specializacijos ($\chi^2 = 0,62$, $p = 0,73$, $lfs = 2$), amžiaus ($\chi^2 = 1,54$, $p = 0,82$, $lfs = 4$), darbo stažo ($\chi^2 = 1,35$, $p = 0,97$, $lfs = 6$).



10 pav. Tyrimo dalyvių skirstymas (proc.) pagal motyvacijos pakankamumą

Vienas iš darbuotojų psichologinės savijautos aspektų yra motyvacija dirbti. Motyvacija gali būti tiek finansiinė, tiek nefinansiinė. Darbuotojų motyvacijos rodikliai rodo, kad tik 15 proc. tyrimo dalyvių motyvacija yra pakankama. Ištirta, kad motyvacija nesusijusi su personalo socialinėmis ir demografinėmis charakteristikomis: nėra statistiškai reikšmingo ryšio su darbo stažu ($\chi^2 = 8,60$, $p = 0,20$, $lfs = 6$), amžiumi ($\chi^2 = 8,22$, $p = 0,084$, $lfs = 4$), specializacija ($\chi^2 = 5,23$, $p = 0,07$, $lfs = 2$).

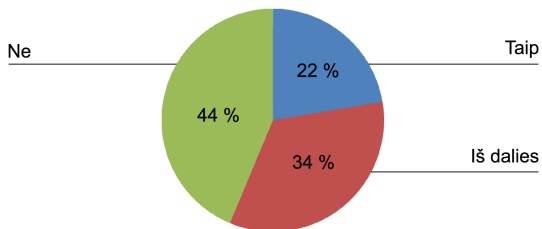


11 pav. Tiriamųjų skirstymas (proc.) pagal nuomonę, ar per dideli darbo krūviai menkina paslaugų kokybę

46 proc. tyrimo dalyvių mano, kad dėl per didelio darbo krūvio blogėja teikiamų paslaugų kokybė. Apibendrinus perprodukcijos nuostolius, ligoninėje nustatytos šios paslaugų kokybės problemos:

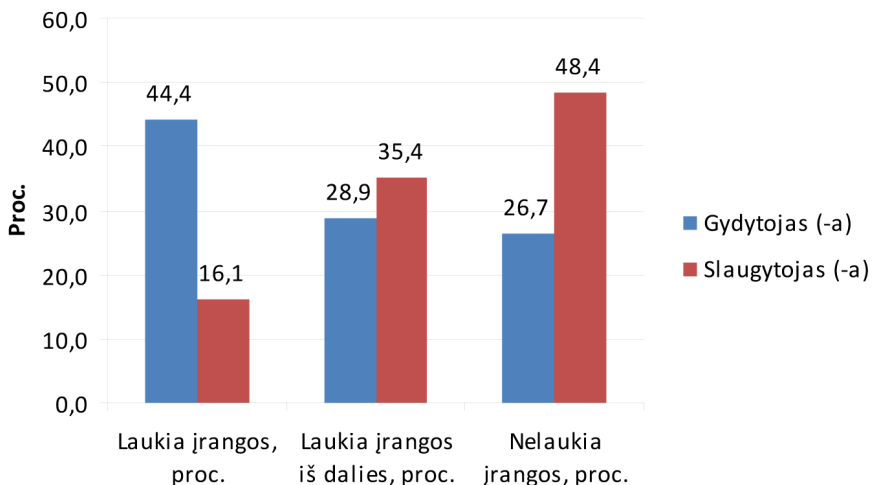
- Gydomo procese per mažai atsižvelgiama į konkrečią situaciją ir individualius paciento poreikius.
- Pertekliniai tyrimai atliekami 53 proc. atveju, todėl kyla dvi grėsmės: nepakankamai ištirti pacientą ir eikvoti įstaigos lėšas nereikalingiems tyrimams.
- Tyrimo dalyvių nuomone, jų darbinėje veikloje būdingas arba iš dalies būdingas perteklinių tyrimų skyrimas.
- Ligoninėje būdinga per didelio darbo krūvio ir nuovargio problema.
- Nuovargį darbe jaučia arba iš dalies jaučia 90 proc. apklaustų ligoninės darbuotojų.
- Nuovargis yra stipriai susijęs su darbu metu patiriamo streso lygiu: kuo didesnę stresą patiria darbuotojas, tuo labiau jis jaučiasi pavargęs.
- Nuo didelio darbo krūvio blogėja teikiamų paslaugų kokybė, šiam teiginiui pritaria arba iš dalies pritaria 83 proc. apklaustų darbuotojų.

Prastovų (prieinamumo) nuostoliai. *Prastovų* nuostoliai patiriami, kai įstaigoje neefektyviai panaudojamas specialistų darbo laikas, tenka laukti įrangos arba paciento, vėluojama nustatyti diagnozę ir skirti gydymą. Pagrindinis elementas – darbų (bandinių) arba pacientų laukimas eilėse, diagnozės arba gydymo laukimas; specialistų bei medicinos įrangos prastovos.



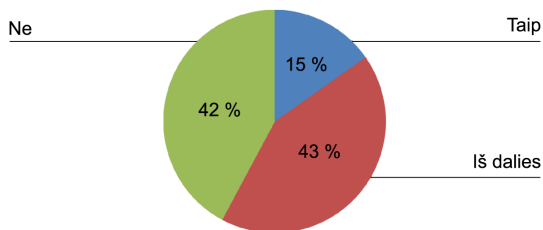
12 pav. Tyrimo dalyvių skirstymas (proc.) pagal įrangos tyrimui atlikti laukimą

Tyrimams atlikti reikalingos įrangos ligoninėje laukia 56 proc. apklaustų specialistų. Įrangos laukimas nesusijęs su perteklinių tyrimų skyrimu ($\chi^2 = 7,24$, $p = 0,12$, $l/s = 4$), darbo krūviu ($\chi^2 = 5,94$, $p = 0,20$, $l/s = 4$). Nustatyta, kad egzistuoja statistiškai reikšmingas ryšys tarp įrangos laukimo ir specializacijos ($\chi^2 = 16,87$, $p = 0,0002$, $l/s = 2$).



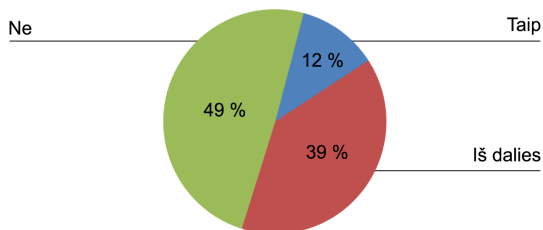
13 pav. Įrangos tyrimams laukimo ir tyrimo dalyvių specializacijos ryšys (proc.)

Analizuojant įrangos laukimo ir darbuotojų specializacijos priklausomybę, pastebima, kad gydytojai laukia įrangos dažniau nei slaugytojai ($V = 0,2862$): įrangos tenka laukti 44,4 proc. apklaustų gydytojų ir tik 16,1 proc. apklaustų slaugytojų. Šią tendenciją galima paaiškinti tuo, kad gydytojų ir slaugytojų darbo pobūdis skirtingas: gydytojai atlieka daugiau ir įvairesnių tyrimų lyginant su slaugytojais. Slaugytojų kvalifikacija leidžia atlikti žymiai mažiau veiksmų, dažniausiai slaugytojas asistuoja gydytojui atliekant tyrimą. Įrangos poreikis, atsižvelgiant į darbuotojų specializaciją, yra skirtingas ir tai lemia skirtingus respondentų atsakymus. Matoma, kad ligoninės gydytojai susiduria su prastovų dėl įrangos laukimo problema. Slaugytojams ši problema mažiau aktuali, nes jie pagal darbo pobūdį mažiau naudojami diagnostine įranga.



14 pav. Tyrimo dalyvių skirstymas (proc.) pagal nuomonę dėl diagnozės ir gydymo laukimo

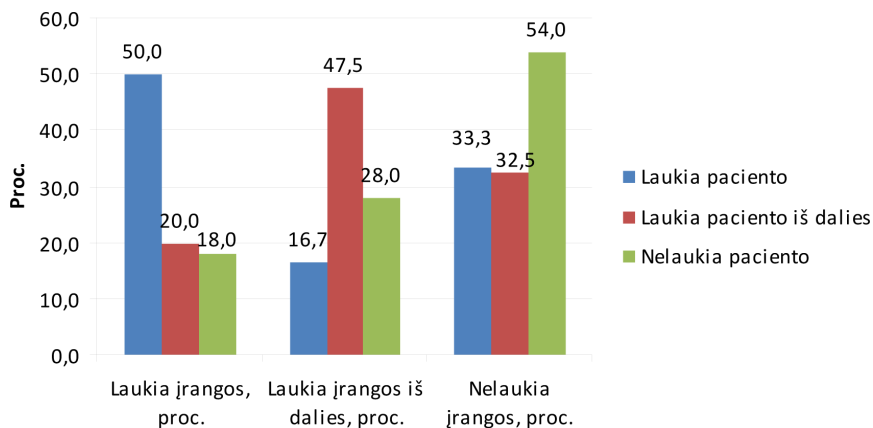
Diagnozės ir gydymo laukimas ligoninės veiklai yra būdingas iš dalies. Tyrimo duomenimis, 15 proc. apklausos dalyvių nurodė, kad laukimas yra būdingas, dar 43 proc. tyrimo dalyvių nurodė, kad būdingas iš dalies, 42 proc. apklaustųjų nuomone, ligoninėje nebūdinga laukti diagnozės ir gydymo.



15 pav. Tyrimo dalyvių skirstymas (proc.) pagal paciento apžiūrai laukimą

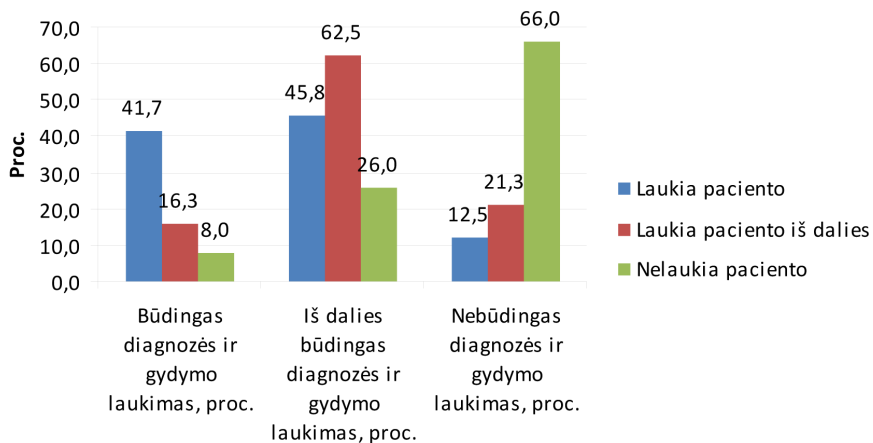
Paciento tenka laukti 51 proc. apklaustųjų specialistų. Nustatyta, kad paciento laukimas neturi statistiškai reikšmingo ryšio su darbuotojų specializacija ($\chi^2 = 1,79$, $p = 0,41$, $l/s = 2$), amžiumi ($\chi^2 = 6,74$, $p = 0,15$, $l/s = 4$), darbo stažu ($\chi^2 = 6,55$, $p = 0,36$, $l/s = 6$), darbo krūviu ($\chi^2 = 3,88$, $p = 0,42$, $l/s = 4$).

Tyrimo duomenys parodė, kad paciento apžiūrai laukimas yra susijęs su įrangos tyrimui laukimu ($\chi^2 = 21,93$, $p = 0,0002$, $l/s = 4$) bei diagnozės ir gydymo laukimu ($\chi^2 = 55,27$, $p < 0,0001$, $l/s = 4$).



16 pav. Įrangos laukimo ryšys su paciento laukimu (proc.)

Spirmeno koreliacija rodo, jog kuo dažniau laukiama paciento, tuo dažniau laukiama įrangos (arba atvirkščiai) ($\rho_s = 0,219$, $p = 0,0017$). Specialistai, kuriems tenka laukti paciento, dažniau nei kiti nurodė, kad jiems tenka laukti įrangos pacientui tirti (50,0 proc.). Gydomo įstaigose siekiama, kad medicinos įranga būtų naudojama kuo racionaliau. Tam, kad kuo daugiau specialistų galėtų atlikti tyrimus, kiekvienos procedūros laikas yra planuojamas. Labai tikėtina, kad pacientui laiku neatvykus teikti procedūros, įrangą „užima“ kiti specialistai. Nespėjus atlikti tyrimo, suplanuotu laiku tenka laukti, kol įrangos neberekės kitiems darbuotojams.

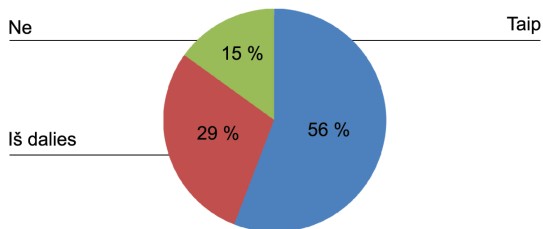


17 pav. Diagnozės ir gydymo laukimo ryšys su paciento laukimu

Spirmeno koreliacija rodo, jog kuo dažniau laukiama paciento, tuo dažniau laukiama diagnozės ir gydymo (arba atvirkščiai) ($\rho_s = 0,468$, $p < 0,0001$). Tyrimo rezultatai rodo, kad, paciento vėlavimas, t. y. situacija, kai specialistui tenka laukti paciento, sukelia tokias problemas kaip įrangos laukimas, diagnozės nustatymo ir gydymo laukimas.

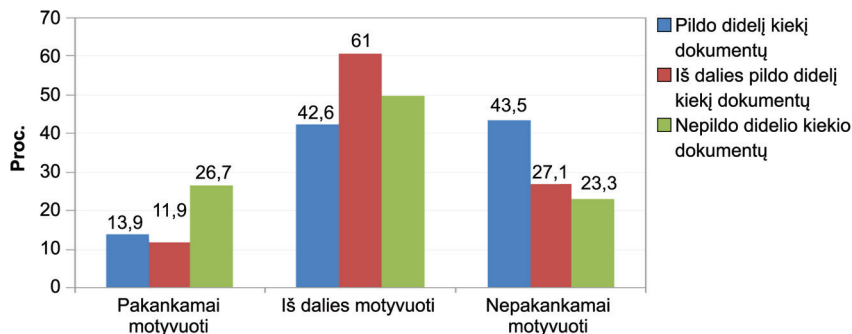
Apibendrinus prastovų nuostolius įstaigoje, nustatyta, kad neefektyvus personalo darbo laiko panaudojimas dėl įrangos, paciento, diagnozės ir gydymo laukimo iš dalies būdingas ligoninės veiklai.

Biurokratizmo nuostoliai. *Biurokratizmo nuostoliai* sveikatos priežiūros įstaigoje yra siejami su apie pacientą renkama nenaudojama informacija, dėl to eikvojamos įstaigos lėšos medicinos dokumentų blankams ir kitoms darbo priemonėms, neefektyviai panaudojamas personalo darbo laikas. Per didelis biurokratizmas nekuria pridėtinės vertės vartotojui. Biurokratizmo nuostolių rūšį sudaro: nereikalingos informacijos rinkimas; kelis kartus tos pačios informacijos rinkimas; dokumentų archyvavimas, kai jo tikslas neaiškus; netinkamai parinkti metodai, dėl kurių tenka atlikti nereikalingus veiksmus ir t. t.



18 pav. Tyrimo dalyvių skirstymas (proc.) pagal pildomą medicinines dokumentacijos kiekį

Daugiau kaip pusė (56 proc.) tyrimo dalyvių mano, kad darbe pildo didelį kiekį medicinines dokumentacijos. Tik 15 proc. apklausos dalyvių nuomone, pildomas medicinines dokumentacijos kiekis nedidelis. Kadangi reikalavimai sveikatos priežiūros paslaugų kokybei vis labiau griežtinami, natūralu, kad medicams tenka pildyti daug dokumentų, ne tik tiesiogiai susijusių su gydymu, bet ir ataskaitų, pacientų sutikimų ir t. t. Siekiant išsiaiškinti, ar didelis pildomos dokumentacijos kiekis yra problema, reikėtų analizuoti kitus su tuo susijusius veiksnius.

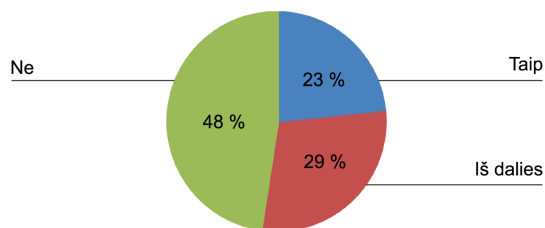


19 pav. Dokumentų pildymo ir tyrimo dalyvių motyvacijos ryšys (proc.)

Tyrimo duomenimis, dokumentų pildymas yra susijęs su darbuotojų motyvacija: nustatytas statistiškai reikšmingas motyvacijos ryšys su didelio kiekio medicininės dokumentacijos pildymu ($\chi^2 = 10,30$, $p = 0,036$, $lfs = 4$). Tyrimo dalyviai, kurie nepildo didelio kiekio medicininės dokumentacijos, dažniau nei kiti išreiškė nuomonę, kad įstaigoje yra pakankama motyvacija (26,7 proc.). Priešingą nuomonę galima pastebėti tarp tyrimo dalyvių, pildančių daug medicininių dokumentų – net 43,5 proc. iš jų nepakankamai motyvuoti. Šie rezultatai rodo, kad didelio kiekio medicininės dokumentacijos pildymas turi neigiamą įtaką darbuotojų motyvacijai.

Spirmeno koreliacija rodo, jog kuo dažniau pildoma didelis kiekis medicininės dokumentacijos, tuo dažniau laukiama diagnozės, gydymo (arba atvirkščiai) ($\rho_s = 0,232$, $p = 0,0009$). Natūralu, kad pildant didelį kiekį dokumentų diagnozės nustatymas užtrunka ilgiau ir pacientui tenka ilgiau laukti gydymo paskyrimo.

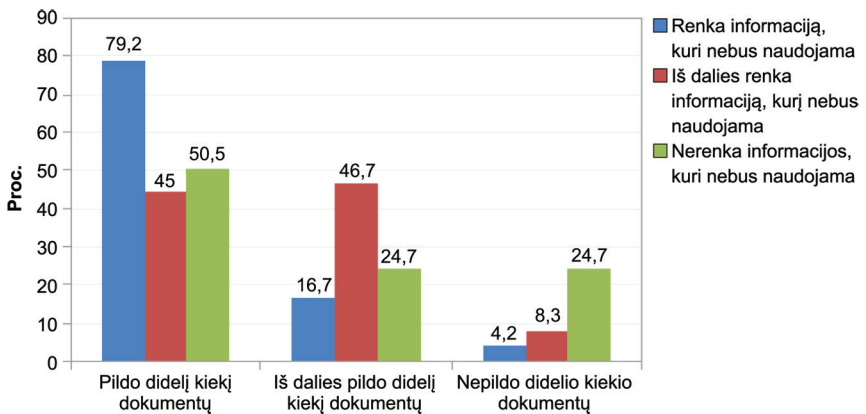
Pildantys didelį kiekį dokumentų apklausoje dalyvaujantys specialistai dažniau nei kiti išreiškė nuomonę, kad jiems tenka laukti įrangos pacientų tyrimui. Spirmeno koreliacija rodo, jog kuo dažniau pildoma didelis kiekis medicininės dokumentacijos, tuo dažniau laukiama paciento apžiūrai (arba atvirkščiai) ($\rho_s = 0,203$, $p = 0,0036$).



20 pav. Tyrimo dalyvių skirstymas (proc.) pagal nereikalingos informacijos rinkimą

Mažiau nei pusė (48 proc.) respondentų išreiškė nuomonę, kad netenka rinkti apie pacientą informacijos, kuri nebus panaudota. Tyrimu nustatyta, kad nereikalingos informacijos apie pacientą rinkimas nesusijęs su respondentų socialinėmis ir demografinėmis charakteristikomis: nėra statistiškai reikšmino ryšio su darbo stažu ($\chi^2 = 7,61$, $p = 0,27$, $l/s = 6$), amžiumi ($\chi^2 = 6,06$, $p = 0,20$, $l/s = 4$), specializacija ($\chi^2 = 0,04$, $p = 0,98$, $l/s = 2$).

Tyrimo metu ištirta, ar nereikalingos informacijos apie pacientą rinkimas yra susijęs su dokumentų pildymu įstaigoje. Nustatyta, kad yra statistiškai reikšmingas ryšys tarp nereikalingos informacijos apie pacientą rinkimo ir nereikalingų dokumentų formų pildymo ($\chi^2 = 17,14$, $p = 0,002$, $l/s = 4$) bei didelio kiekio medicininės dokumentacijos pildymas ($\chi^2 = 27,52$, $p < 0,0001$, $l/s = 4$).



21 pav. Nereikalingos informacijos rinkimo ir dideli kiekio dokumentų pildymo ryšys

Spirmeno koreliacija rodo, jog kuo dažniau renkama nereikalinga informacija apie pacientą, tuo dažniau pildomas didelis kiekis medicininės dokumentacijos (arba atvirkščiai) ($\rho_s = 0,224$, $p = 0,0012$). Nereikalingą informaciją apie pacientą renkantys tyrimo dalyviai dažniau nei kiti išreiškė nuomonę, kad jiems tenka pildyti didelį kiekį medicininių dokumentų (79,2 proc.). Nerenkantys nereikalingos informacijos specialistai labiau nei kiti buvo linkę pritarti teiginiui, kad didelio kiekio dokumentacijos pildyti netenka (24,7 proc.).

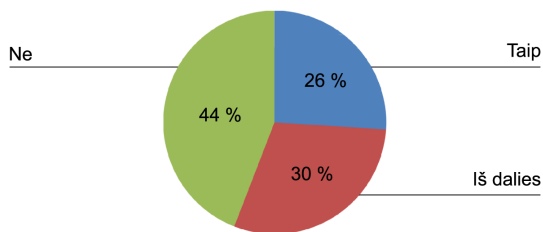
Apibendrinus biurokratizmo nuostolius, ligoninėje matomos tokios medicininių dokumentų pildymo kokybės problemos:

- 56 proc. apklaustų specialistų nuomone, darbinėje veikloje tenka pildyti didelį kiekį medicininės dokumentacijos.
- Didelio kiekio medicininės dokumentacijos pildymo viena iš priežasčių yra neteisėti pacientų reikalavimai: vykdydami tokius reikalavimus spe-

cialistai atlieka papildomus nereikalingus veiksmus, pildo nereikalingus dokumentus, dėl to didėja bendras pildomų medicinos dokumentų kiekis.

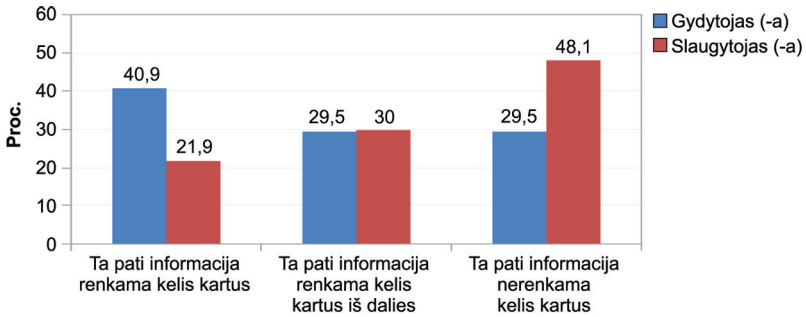
- Biurokratizmo nuostoliai koreliuoja su prastovų nuostoliais: specialistai, kurie pildo didelį kiekį medicininės dokumentacijos, renka apie pacientą nereikalingą informaciją, dažniau nei kiti laukia įrangos tyrimui, laukia diagnozės ir gydymo, laukia paciento. Ne visais atvejais galima išvengti tiesioginių ryšių, tai greičiausiai susiję su atskirų ligoninės padalinių netinkamu darbo organizavimu, t. y. problemos (tiek dokumentų pildymo, tiek prastovų, galimai ir kitos) egzistuoja tam tikruose padaliniuose, o ne visoje ligoninėje.
- Didelio kiekio medicininės dokumentacijos pildymas, nereikalingos informacijos apie pacientą rinkimas turi neigiamą įtaką darbuotojų motyvacijai.

Defektų (paslaugų tinkamumo) nuostoliai. Defektų (*paslaugų tinkamumo*) nuostolių patiriamų, kai nuslepiamos specialistų darbe padarytos klaidos (neatliekama jų analizė ir nebandoma padėties taisyti), kai ligoniui pasireiškia su sveikatos priežiūra susijusi infekcija, kai netiksliai arba klaidingai pildoma medicininė dokumentacija, kai gaištamas laikas jau turimą informaciją apie ligonį renkant pakartotinai. Defektų nuostolius sudaro: klaidingi tyrimo rezultatai; klaidingai skirti medikamentai; netinkamai skirta procedūra; trūkstama informacija; pamesta paciento kortelė. Paslaugos, neatitinkančios vartotojo (išorinio ir vidinio) lūkesčių ir su tuo susiję nuostoliai (neaptiktos ir aptiktos klaidos, jų ištaisyimas, pasekmių šalinimas).



22 pav. Tyrimo dalyvių skirstymas (proc.) pagal tos pačios informacijos apie pacientą rinkimą kelis kartus

Didžioji dalis apklaustų specialistų išreiškė nuomonę, kad ta pati informacija apie pacientą renkama kelis kartus. Vadinasi, vidutiniškai kas antram ligoninės specialistui yra tekę jau turimą informaciją apie pacientą rinkti pakartotinai. Ištirta, kad informacijos apie pacientą rinkimui kelis kartus įtakoja neturi darbo stažas ($\chi^2 = 11,85$, $p = 0,07$, lls = 6), amžius ($\chi^2 = 7,82$, $p = 0,099$, lls = 4), neteisėtų vadovų reikalavimų ($\chi^2 = 2,35$, $p = 0,67$, lls = 4) ar rutininių veiksmų vyrovimo ($\chi^2 = 8,10$, $p = 0,09$, lls = 4), tačiau yra statistiškai reikšmingas ryšys su specializacija ($\chi^2 = 7,51$, $p = 0,02$, lls = 6).



23 pav. Pakartotinio tos pačios informacijos rinkimo ryšys su tiriamųjų specializacija

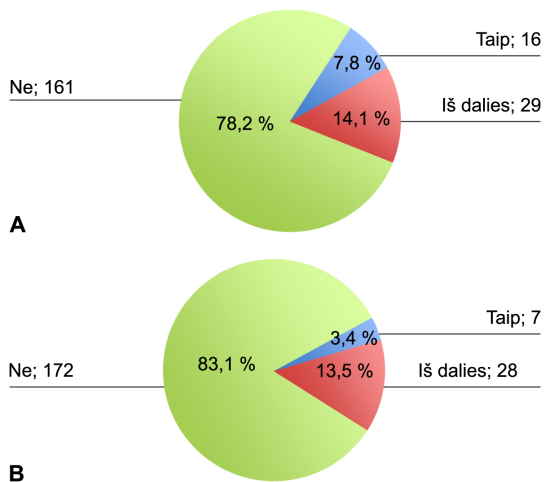
Gdytojai nurodė, kad dažniau renka tą pačią informaciją nei slaugytojai ($V = 0,192$). Iš apklaustų gydytojų 40,9 proc. nurodė, kad renka tą pačią informaciją apie pacientą kelis kartus, iš dalies renka – 29,5 proc. Anamnezės ir kitos gydymui reikalingos informacijos surinkimas apie pacientą yra gydytojo kompetencijai priskiriama užduotis. Kadangi gydytojams tenka surinkti didesnę kiekį informacijos nei slaugytojoms, klaidų (pakartotinio tos pačios informacijos rinkimo) tikimybė yra didesnė.

Apibendrinus defektų nuostolius, ligoninėje matomos tokios paslaugų kokybės problemos:

- Kas antras specialistas turimą informaciją apie pacientą renka pakartotinai.
- Gydytojai dažniau nei slaugytojai renka tą pačią informaciją pakartotinai: gydytojams tenka surinkti didesnę kiekį informacijos nei slaugytojoms, todėl klaidų (pakartotinio tos pačios informacijos rinkimo) tikimybė yra didesnė.
- Klaidingai užpildyti medicininiai dokumentai nėra dažnas reiškinys, tačiau pavieniai atvejai yra pakankamai dažni.

Atsargų (efektyvumo) nuostoliai. *Atsargų (efektyvumo)* nuostolių patiria, kai turimi ištekliai panaudojami neracionaliai ir neefektyviai, t. y. saugant per dideles vaistų ir kitų medicinos priemonių atsargas, kurių dalis dėl pasibaigusio galiojimo termino išmetama, įsigyjant nereikalingą arba mažai panaudojamą medicininę įrangą, saugant didelius kiekius dokumentų su neaktualia informacija. Atsargos nekuria vertės, atvirksčiai sukelia transportavimo ir laikymo išlaidas (papildomo ploto, priežiūros, darbo jėgos ir t. t.). Atsargos paslepia daug problemų: netinkamą gaminių (vaistų), įrangos pasiskirstymą, defektus.

Vienas iš atsargų valdymo aspektų yra vaistų įsigijimas ligoninėje pagal parengtą bendrąjį būtinausių vaistų sąrašą. Ar užtikrinamas racionalus vaistų vartojimas, padeda atsakyti klausimas dėl pasenusių ir perteklinių vaistų atsargų ligoninėje laikymo.

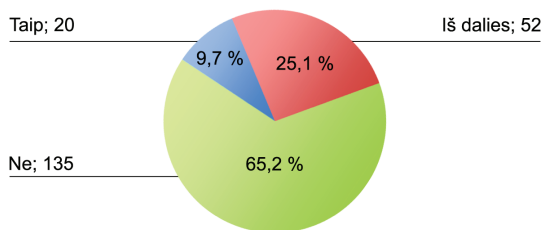


24 pav. Tyrimo dalyvių skirstymas (proc.) pagal nuomonę apie skyriuje esančias pasenusių (A) ir perteklinių (B) vaistų atsargas

Remiantis tyrimo duomenimis, pasenusių bei perteklinių vaistų atsargų problema ligoninėje mažai aktuali. Apibendrinus atsargų nuostolius, nustatyta, kad vaistų atsargų ir kitų materialinių išteklių valdymas ligoninėje yra pakankamai gerai organizuotas, problemų pasireiškimas lokalaus pobūdžio (ne visuose skyriuose).

- Pasenusių bei perteklinių vaistų atsargų problema ligoninėje mažai aktuali.
- Ligoninėje daugeliu atvejų laikomasi dokumentų tvarkymo ir apskaitos taisyklių.
- Ligoninėje mažai aktuali nereikalingos medicinos įrangos problema: 75,7 proc. darbuotojų mano, kad įstaigoje nėra nereikalingų įrengimų.

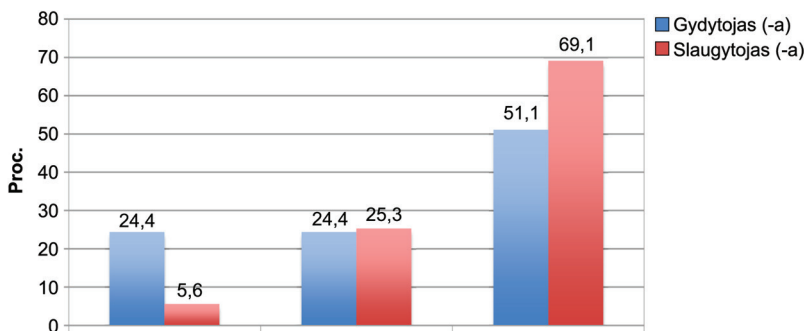
Transportavimo ir judėjimo (rezultatyvumo) nuostoliai. *Transportavimo ir judėjimo (rezultatyvumo)* nuostoliai sveikatos priežiūros įstaigoje siejami su sumažėjusiu darbo efektyvumu, atsirandančiu dėl nebūtinu darbuotojų, pacientų ir įrangos judėjimo, t. y. netikslingo personalo vaikščiojimo, neracionalaus pacientų ir įrangos vežiojimo. Transportavimo nuostolių rūšį apibūdina bet kokie nenaudingi darbuotojo veiksmai, t. y. informacijos ieškojimas, dokumentų, daiktų, įrangos arba žmonių; siekimas arba ėjimas paimti įrankių, daiktų; vaikščiojimas – daugeliu atvejų, bet kuris darbo vietos palikimas laikomas nekuriančiu vertės. Papildomi veiksmai, kuriuos turi atlikti darbuotojai arba įranga tam, kad galėtų atlikti darbą, esant netobulam dabartiniam darbo vietų įrengimu. Perteklinis atsargų, tyrimo medžiagos, pacientų, darbo priemonių vežiojimas, darbuotojų vaikščiojimas – tai nuostolis, kuris eikvoja sąnaudas, nekurdamas vertės nei darbuotojui, nei pacientui.



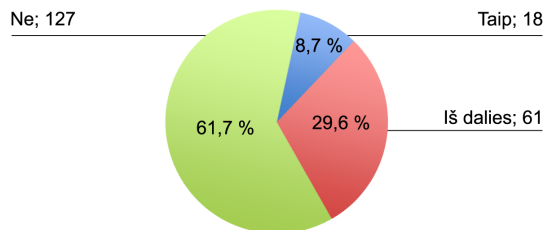
25 pav. Tyrimo dalyvių skirstymas (proc.) pagal ieškojamą daiktų, informacijos, dokumentų

Į klausimą, arba darbuotojai dažnai vaikšto po skyrių, ieškodami jiems reikalingų daiktų, dokumentų, įrangos ar informacijos, 65,2 proc. tyrimo dalyvių atsakė neigiamai, t. y. netikslingas vaikščiojimas po skyrių nebūdingas. 9,7 proc. respondentų į šį klausimą atsakė teigiamai, tvirtindami, jog dažnai tenka vaikščioti po skyrių ieškant daiktų, dokumentų, įrangos arba informacijos. 25,1 proc. apklaustųjų teigimu, netikslingas darbuotojų vaikščiojimas vyksta iš dalies. Matoma, kad netikslingo vaikščiojimo po skyrių problema iš dalies būdinga ligoninės veiklai.

Nustatyta, kad tarp darbuotojų netikslingo vaikščiojimo po skyrių ir darbo stažo yra statistiškai reikšmingas ryšys ($\chi^2 = 17,40$, $p = 0,008$, $l/s = 6$), dažniau vaikšto po skyrių ir ieško daiktų darbuotojai, dirbantys mažiau nei 10 metų. Taip pat nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys su specializacija ($\chi^2 = 14,71$, $p = 0,0006$, $l/s = 2$), dažniau vaikstantys ir ieškantys dokumentų, informacijos arba įrangos, remiantis tyrimo duomenimis, yra gydytojai. Dauguma slaugytojų – 69,1 proc. Žino, kur galima rasti informaciją, daiktus ir įrangą, taigi nereikia bereikalingai vaikščioti po skyrių ieškant daiktų.



26 pav. Tyrimo dalyvių daiktų, informacijos, įrangos ieškojimo ir specializacijos ryšys (proc.)



27 pav. Tiriamųjų skirstymas (proc.) pagal nereikalingą pacientų transportavimą (pervežimą)

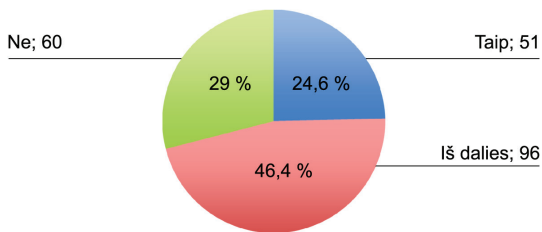
61,7 proc. apklaustųjų nurodė, kad dažnas nereikalingas pacientų pervežimas įstaigoje nebūdingas, iš dalies – pažymėjo 29,6 proc. tiriamųjų, teigiamai atsakė 8,7 proc. respondentų. Taigi, nereikalingo pacientų transportavimo į kitą skyrių arba gydymo įstaigą situacija ligoninėje nėra dažna, tačiau išties būdinga iš dalies.

Atlikto tyrimo duomenys rodo, kad nereikalingą pacientų transportavimą galima susieti su per dideliu personalo darbo krūviu. Nereikalingo pacientų pervežimo į kitą skyrių, gydymo įstaigą ir darbo krūvio ryšys yra statistiškai reikšmingas ($\chi^2 = 13,66$, $p = 0,008$, $l/s = 4$). Spirmeno koreliacija rodo, jog kuo dažniau be reikalo pervežami pacientai, tuo didesnis yra darbo krūvis ($\rho_s = 0,255$, $p = 0,0002$), taigi, vienas iš darbo krūvio mažinimo sprendimų būtų atidesnė pacientų pervežimo kontrolė.

Apibendrinus transportavimo ir judėjimo nuostolius nustatyta, kad neracionalaus personalo judėjimo bei pacientų ir įrangos pervežimo problema iš dalies būdinga ligoninės veiklai.

- Netikslingas vaikščiojimas ieškant daiktų, dokumentų, įrangos arba informacijos, ligoninėje būdingas iš dalies. Dažniau daiktų, dokumentų, įrangos ar informacijos ieško gydytojai bei darbuotojai, neilgai dirbantys ligoninėje.
- Netikslingas pacientų pervežimas į kitą skyrių arba gydymo įstaigą ligoninėje iš dalies būdingas.

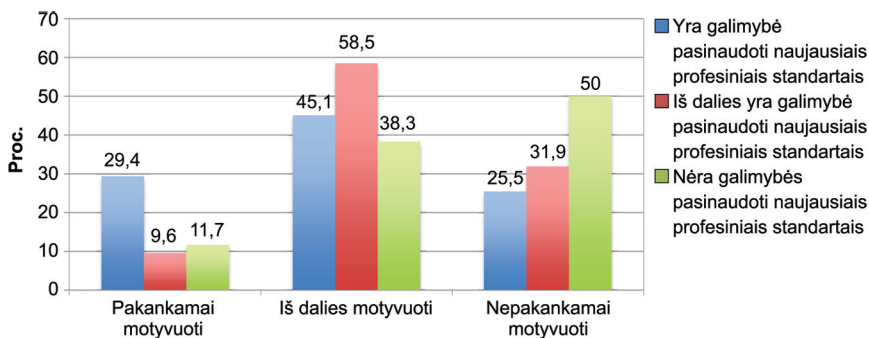
Žinių (paciento įtraukimo, tęstinumo) nuostoliai. Žinių nuostoliai sveikatos priežiūros įstaigoje siejami su nepakankama personalo turimų žinių kiekybe ir kokybe, neišnaudotomis turimų žinių pritaikymo galimybėmis darbinėje veikloje.



28 pav. Tiriamųjų skirstymas (proc.) pagal galimybę pasinaudoti naujausiais profesiniais standartais

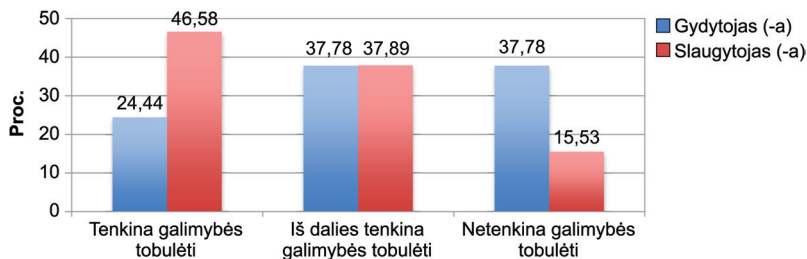
Daugeliu atvejų ligoninės personalas negali darbe pilnai pritaikyti naujausių profesinių (diagnostikos, gydymo, slaugos) standartų. Analizuojant darbuotojų atsakymus, pastebėti negatyvūs vertinimai: visada naujausiais standartais naudojami 24,6 proc. tyrimo dalyvių, 46,4 proc. naudojami iš dalies, tokios galimybės visai neturi 29 proc. ligoninės personalo.

Tarp galimybės pasinaudoti naujausiais profesiniais standartais ir darbuotojų motyvacijos yra statistiškai reikšmingas ryšys ($\chi^2 = 17,86$, $p = 0,001$, $lfs = 4$). Spirmeno koreliacija rodo, jog kuo geresnės galimybės pasinaudoti naujausiais profesiniais standartais, tuo geresnė motyvacija (arba atvirkščiai) ($\rho_s = 0,223$, $p = 0,001$).



29 pav. Tyrimo dalyvių motyvacijos ir naujausių standartų pasinaudojimo ryšys (proc.)

Matoma, kad net 50 proc. tyrimo dalyvių, neturinčių galimybės pasinaudoti naujausiais profesiniais standartais, yra nepakankamai motyvuoti.



30 pav. Tyrimo dalyvių specializacijos ir galimybės tobulėti ryšys (proc.)

Tyrimo duomenimis, gydytojai yra mažiau patenkinti galimybėmis tobulėti nei slaugytojai ($V = 0,248$). Nustatyta, kad tobulėjimo galimybėmis visiškai patenkinti tik 24,4 proc. gydytojų ir 46,6 proc. slaugytojų.

Apibendrinus žinių nuostolius ligoninėje, matomos nepakankamai panaudotos personalo žinių įgijimo ir praktinio pritaikymo galimybės.

- Daugeliu atvejų ligoninės personalas negali darbe visiškai pritaikyti naujausių profesinių (diagnostikos, gydymo, slaugos) standartų – visada naujaisiais standartais naudojami tik 24,6 proc. respondentų.

Išvados

1. Nustatyta, kad vyraujančios veiklos nuostolių rūšys ligoninėje yra perprodukcija ir per didelis biurokratizmas. Nuostoliai dėl prastovų, netinkamo atsargų valdymo, neracionalaus transportavimo ir judėjimo, defektų, žinių yra iš dalies būdingi, jų pasireiškimas labiau lokalaus pobūdžio. Pagrindinės su perprodukcijos nuostoliais susijusios problemos įstaigoje: gydymo procese per mažai atsižvelgiama į konkrečią situaciją ir individualius paciento poreikius; būdinga per didelio darbo krūvio, streso ir nuovargio problema; silpna darbuotojų motyvacija. Pagrindinės su biurokratizmo nuostoliais susijusios problemos: didelis pildomų medicinos dokumentų kiekis ir nepakankama dokumentų pildymo kokybė.
2. Siekiant mažinti veiklos nuostolius, rekomenduojama pastebėjus problemų formavimąsi, tobulinti padalinių veiklos funkcijas pagal sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ligoninėje gerinimo galimybių rekomendacijas.
3. LEAN sistema iš pirmo žvilgsnio pasirodanti universali ir lengvai transformuojama iš automobilių pramonės į kitas pramonės, paslaugų, aptarnavimo sektorius sveikatos priežiūros paslaugų sritį. Tačiau analizuojant LEAN sistemą sveikatos priežiūros srityje, efektyviai ši sistema gali būti naudojama tik tam tikrose padaliniuose, bet ne visoje gydymo įstaigoje.

4. LEAN įstaigoje tikslinga diegti kaip projektą, kurio metu analizuoti pagrindines veiklos sritis, įdiegti patobulinimus, eliminuoti iš proceso neproduktyvias veiklas.
5. Taikant LEAN metodą, galima sukoncentruoti dėmesį į pagrindinius, vertę kuriančius procesus, apmąstyti prieš asrenkant, kuri procesą reikia tobulinti. Tai vienas iš būdų gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, sumažinti nekuriančių vertės veiklų kiekį, sumažinti laukimo laiką, padidinti kokybę, greitį ir lankstumą.
6. Asmens sveikatos priežiūros įstaigose be LEAN metodo diegimo galimi ir kitų metodų diegimai.

Rekomendacijos

Apibendrinus tyrimo rezultatus ir nustčius įstaigoje esamas paslaugų kokybės problemas, rekomenduojamos šios sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo priemonės:

1. Siekiant optimizuoti diagnostikos ir gydymo procesą, rekomenduojama periodiškai atlikti veiklos vertinamąją analizę, atsižvelgiant į profesinių medicinos diagnostikos ir gydymo standartų bei kitų teisės aktų reikalavimus, ir nustatyti, ar galima, kur galima mažinti perteklinius tyrimus. Padalinių vadovai turėtų akcentuoti darbuotojams, kad klinikiniai procesai turi būti organizuojami atsižvelgiant į konkrečią situaciją ir individualius teisėtus paciento poreikius.
2. Siekiant mažinti darbuotojų nuovargį, rekomenduojama normuoti darbo krūvį, atlikti darbo vietų profesinės rizikos veiksnių įvertinimą. Nustatyta, kad darbuotojų nuovargiui turi įtakos patiriamas stresas, todėl būtina atlikti analizę, kokie veiksniai didina darbuotojų patiriamą stresą.
3. Siekiant gerinti darbuotojų psichologinę savijautą, rekomenduojama gerinti finansinę ir nefinansinę motyvaciją.
4. Rekomenduojama įdiegti darbuotojų finansinio motyvavimo sistemą, t. y. skirti priedus prie darbo užmokesčio atsižvelgiant į darbo rezultatus. Nustatyta, kad finansiškai motyvuoti darbuotojai mažiau linkę dirbti atlikdami įprastus veiksmus.
5. Rekomenduojama atlikti vadovybinę vertinamąją analizę, kokios nefinansinės priemonės pagerintų darbuotojų motyvaciją. Nustatyta, kad darbuotojų motyvacijos rodikliai gerėtų, jei mažėtų nereikalingos informacijos apie pacientą rinkimas, būtų mažesnis bendras pildomas medicininės dokumentacijos kiekis, būtų pagerintos tobulinimosi ir naudojimosi naujausiais profesiniais standartais galimybės.
6. Siekiant mažinti prastovas dėl diagnozės ir gydymo laukimo, rekomenduojama spręsti įrangos laukimo ir paciento laukimo problemas.

8. Siekiant mažinti prastovas dėl įrangos laukimo, rekomenduojama parengti naudojimosi medicinine įranga tvarką, sudaryti naudojimosi ja grafikus, pagal poreikį juos koreguoti.
9. Siekiant mažinti prastovas dėl paciento laukimo, rekomenduojama sukurti ligininėje vidinių ryšių sistemą, palengvinačią klinikinių procesų įvairių šalių (darbuotojų ir pacientų) bendradarbiavimą.
10. Siekiant mažinti turimos informacijos apie pacientą rinkimą pakartotinai, rekomenduojama užtikrinti medicinos dokumentų tinkamą pildymą (informacija turi būti įskaitoma, greitai identifikuojama), kad kiti darbuotojai ligos istorijoje aiškiai matytų visą apie pacientą jau surinktą informaciją.
11. Siekiant mažinti medicinos dokumentų pildymo klaidas, rekomenduojama padalinių vedėjams ir medicinos statistikams nuolat tikrinti medicinos dokumentus, registruoti ir šalinti dokumentų pildymo neatitiktis, periodiškai atlikti neatitiktį analizę, imtis reikalingų veiksmų ir stebėti rezultatus.
12. Siekiant mažinti netikslingą vaikščiojimą po skyrių ieškant daiktų, dokumentų, įrangos arba informacijos, rekomenduojama daiktams ir dokumentams paskirti nuolatinės jų laikymo vietas, matomoje vietoje pakabinti sąrašą, kur juos galima rasti. Informaciją susiteminti, parengti skyriaus turimų dokumentų sąrašus, patalpinti juos matomoje vietoje.
13. Siekiant mažinti netikslingus pacientų pervežimus į kitą skyrių arba gydymo įstaigą, rekomenduojama nevykdyti neteisėtų pacientų reikalavimų, susijusių su pervežimu, siekti, kad pervežimas būtų vykdomas tik pakonsultavus ir nurodžius padalinių vedėjams.
14. Siekiant mažinti veiklos nuostolius, rekomenduojama problemas spręsti pastebėjus jų formavimąsi ten, kur jos geriausiai suprantamos, t. y. skirtingų padalinių (funkcijų) sąveikos taškuose arba tobulinant padalinių funkcijas.

Literatūra

1. Al-Khalil, A.; Mahmoud, A. B. 2012. The Role of Demographics in Patient's Perceptions towards the quality of Health Care Services Provided at Public Hospitals in Damascus. *European Journal of Economics, Finance and Administrative Sciences*. 48, p. 113–121.
2. Bagdonienė, L.; Hopenienė, R. 2004. *Paslaugų marketingas ir vadyba*. Kaunas: Technologija.
3. Bagdonienė, L.; Zembytė J. 2002. Paslaugų kokybės suvokimo ir vertinimo problemos. *Ekonomika ir vadyba*. 1(6), p. 9–16.
4. Bubnienė, D.; Ruževičius, J. 2010. Kokybės valdymo sveikatos priežiūros institucijose ypatumai. *Verslo ir teisės aktualijos*. 5, p. 22–40.
5. Bhasin, S. 2012. An appropriate change strategy for lean success. *Management Decision*. Vol. 50, No. 3, p. 439–458.

6. Boyle, T. A.; Scherrer-Rathje, M.; Stuart, I. 2010. Learning to be lean: the influence of external information sources in lean improvements. *Journal of Manufacturing Technology Management*. Vol. 22, No. 5, p. 587–603.
7. Carney, M. 2011. Influence of organizational culture on quality healthcare delivery. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Vol. 24, No. 7, p. 523–539.
8. Cooke, M.; Wilson, S.; Pearson, S. 2002. The effect of a separate stream for minor injuries on accident and emergency department waiting times. *Journal Emergency Medicine*. 19 (1), p. 28–30.
9. Cookson, D.; Read C. 2011. Improving the quality of Emergency Department care by removing waste using Lean Value Stream mapping. *The Journal of Clinical Leadership*. No. 17, p. 25–30.
10. Cowing, M.; Ramay, D. M. C.; Ramaya K. 2009. Healthcare Delivery Performance: Service, Outcomes, and Resource Stewardship. *The Permanente Journal*. Vol. 13, No. 4, p. 72–77.
11. Crosby, P. B. 1980. *Quality is free: the art of making quality certain*.
12. Damberg, C. L.; Sorbero, M. E.; Lovejoy, S. L.; Lauderdale, K.; Wertheimer, S.; Smith, A.; Waxman, D.; Schnyer, C. 2011. An Evaluation of Use of Performance Measures in Health Care.
13. Donabedian, A. 2003. *An introduction to quality assurance in healthcare*. New York: Oxford University Press.
14. Fillingham, D. 2007. *Can lean save lives? Leadership in Healthcare Service*. Vol. 20, No. 4, p. 231–241.
15. Fujimoto, T. 1999. *The evolution of a Manufacturing System at Toyota*. New York, Oxford University Press, p. 221.
16. Hagg, H.; Suskovich, D.; Workman, J.; Scachitti, S.; Hudson, B. 2007. Adaption of Lean Methodologies for Healthcare Applications. *RCHE Publications*. Vol. 24.
17. Hastle, P.; Bojesen, A.; Langaa, J. P.; Bramming, P. 2012. Lean and the working environment. *International journal of Operations & Production Management*. Vol. 32, p. 829–849.
18. Hines, P.; Holweg, M. Rich, N. 2004. Learning to evolve. A review of contemporary lean thinking. *International Journal of Operations & Production Management*. Vol. 24, No. 10, p. 994–1011.
19. Imai, M. 2012. *Gemba Kaizen: A commonsense Approach to a Continuous improvement strategy*. New York: McGraw-Hill professional.
20. Janušonis, V. 2004. Sveikatos priežiūros organizacijų kokybės sistemų valdymas. *Sveikatos mokslai*. Nr. 1, p. 69–73.
21. Justickis, V.; Aleksūnienė, I. 2011. Sudėtingas atvejis gydytojo veikloje. *Sveikatos politika ir valdymas*. 1(13).
22. Kane, M. M.; Ivanov, B. V.; Koreskov, V. N.; Shirladze, A. G. 2008. *Sistemas, metodai ir priemonės kokybės vadyboje*. Sankt Peterburgas.
23. Krafcik, J. F.; MacDuffie, J. P. 1992. Triumph of the lean production system. *Sloan Management Review*. Vol. 30, No. 1, p. 41–52.
24. Liao, H.; Chuang, A. A. 2004. Multilevel Investigation of Factors Influencing Employee Service Performance and Customer Outcomes. *Academy of Management Journal*. Vol. 47, No. 1, p. 41–58.

25. Liker, J.; Morgan, J. M. 2006. The Toyota Way in Services: The Case of Lean Product Development. *Academy of Management Perspectives*. Vol. 20, p. 5–20.
26. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas „Dėl Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programos patvirtinimo“. 2004. *Valstybės žinios*. 144:5268.
27. McGlynn, E. A. 1997. Six challenges in measuring the quality of health care. *Health Aff May*. 16 (3), p. 7–21.
28. Ovretveit, J. 2004. Health Service Quality. An introduction to Quality methods for Health Services. *The Nordic School of Public Health Goteborg*, p. 44–47.
29. Panchak, P. Lean Health Care. It Works! *Industry Week*. 2003, November.
30. Papadopoulos, T. 2011. Continuous Improvement and Dynamic Actor Associations. *Leadership in Healthcare Service*. Vol. 24; No. 3, p. 207–227.
31. Paukštys, J. S.; Šileikienė L. 2004. Sveikatos priežiūros kokybė. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*. Tomas VIII, Nr. 6, p. 453–455.
32. Petterson, J. 2009. Defining lean production: some conceptual and practical issues. *The TQM Journal*. Vol. 21, Iss: 2, p. 127–142.
33. Piligrimienė, Ž.; Bučiūnienė, I. 2008. Different perspectives on health care quality: is the consensus possible? *Engineering economics*. 1(56), p. 104–111.
34. Rexhepi, L.; Shrestha, P. 2011. Lean service Implementation in Hospital: A Case study conducted in University Clinical Centre of Kosovo, Rheumatology department. *Master Thesis, Umea School of Business*. Umea University, Sweden.
35. Senic, V.; Marinkovic, V. 2013. Patient care, satisfaction and service quality in health care. *International journal of consumer studies*. 37 (3), p. 312–319.
36. Shazali, A.; Habidin, F.; Khaidir, A.; Jamaludin, H. 2013. Lean Healthcare Practice and Healthcare Performance in Malaysian Healthcare Industry. *International Journal of Scientific and Research Publications*. Vol. 3, Issue 1. Prieiga internete: www.ijsrp.org [žiūrėta 2014-03-07].
37. Stanickas, E.; Bagdonienė, D. 2004. *Visuotinės kokybės vadybos metodų taikymas organizacijoje*. Kaunas: Technologija.
38. Šimkus, A.; Pilelienė, L. 2010. Sporto paslaugų kokybės vertinimas: teorinis aspektas. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai*. 53, p. 99–110.
39. Wood, N. 2004. Lean Thinking: What it is and what it isn't. *Management Services*. Vol. 48, p. 8–10.
40. Wood, N. 2004. Learning to see: How does your supply chain function? *Management Services*. Vol. 48, p.16–20.
41. Womack, J. 2005. Problems With Creativity. *Manufacturing Engineer*. Vol. 84.
42. World Health Organisation. *Quality of care. A process for making strategic choices in health systems*. 2006. Geneva: WHO Press.

Significance of the application of lean system elements in the specialised personal health care institution: staff attitude

Aušra Bilotienė Motiejūnienė
Mykolas Romeris University, Lithuania

Summary. In order to improve the quality of healthcare services and motivate health care institutions to achieve efficiency new management methods are to be found. This article offers one of the instruments created by the author – hospital health care quality evaluation model.

The model was developed during a four-stage study. 26 hospital health care quality assessment indicators, approved in Lithuania, were chosen as the basis of the study. In the first stage of the study, foreign hospital quality assessment models being practiced in other countries were analysed finding key dimensions which were later identified as quality and efficiency. In the second and third stages of the study, mathematical model for the assessment of indicators was developed. The second stage was simulated in three steps. It was firstly presumed that the maximum number of points assembled by a perfectly assessed Hospital could be 1,000 points, whereas, the lowest score possible being estimated to be – 333. During the second step, relative weight for each dimension (quality and efficiency) was calculated. Quality, as being more substantial dimension, has been given two-thirds, or 75 percent of the relative weight and efficiency accounted for one third, or 25 percent of the relative weight. The third step of the second stage consists of the calculation of value for each specific benchmark indicators assigned to the individual dimensions (quality – 15 indicators; efficiency – 11). All indicators have constant weight. The third step of the study was the assessment of size of each quality and efficiency indicator presented by a particular hospital. This size was measured in 3-point scale, where 1 point means less than the Lithuanian average, 2 – the average of Lithuania, 3 – more than the Lithuanian average. During the fourth stage of the study, the total value of points obtained by each of the 26 indicators was calculated for each hospital and hospitals were ranked from high to low scores by this total value.

Keywords: health care quality, assessment model, hospital quality indicators, ranking.

Aušra Bilotienė Motiejūnienė, Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos, visuomenės sveikatos vadybos magistrė, Vilniaus universiteto Visuomenės sveikatos instituto doktorantė. Mokslinių tyrimų kryptys: visuomenės sveikatos politika, sveikatos priežiūros sistemos administravimas ir veiklos valdymas.

Ausra Bilotiene Motiejuniene, Vilnius University Hospital Santariskiu Klinikos, Public Health management master of, PhD candidate Public Health Institute of Vilnius University. Research interests: policy of public health, health care system governance.

MOTIVATION AND RETENTION OF VOLUNTARY, NON-REMUNERATED BLOOD DONORS. LITHUANIAN CASE

Aelita Skarbalienė

Klaipėdos universitetas, H. Manto g. 84, 92294 Klaipėda, Lithuania
Nacionalinio kraujo centro Klaipėdos filialas
Naikupės g. 28, 93194 Klaipėda, Lithuania
Tel.: +370 620 54090
E-mail: aelita.skarbaliene@gmail.com

Joana Bikulčienė

Nacionalinis kraujo centras
Žolyno 34, Vilnius, Lithuania
E-mail: joana.bikulciene@gmail.com

Pateikta 2015 m. spalio 20 d., parengta spausdinti 2016 m. vasario d.

DOI:10.13165/SPV-16-1-9-06

Summary

Various scientific researches reveals that blood donated by non-remunerated blood donors is safer in many aspects. That is why identifying motivational factors affecting blood donation and recruitment of safe and low-risk donors is a challenge all around the world. Many researches were done in order to identify motivation for blood donating. But research do not study how motivation tools influence and affects motivation and retention of voluntary non-remunerated blood donors and there is a lack of scientific evidence how legislation regulation and different motivation tools applied really influence and affect motivation of voluntary, non-remunerated blood donors. Analysing the situation of blood donation in Lithuania and the experience of motivating donors could help find the connections between the decisions made and proven. The display of these connections is important because it could help to identify the most important factors for the improvement of an object researched as well as create possibilities to purposefully act, fulfil expedient intervention into the processes of legislation regulation and motivation of blood donors in order to seek to improve them and achieve better results in voluntary,

non-remunerated blood donating. Because of the importance of the question, the goal of this research was to study motivation, attraction, and retention of regular blood donors in Lithuania. The results of the study show that moral motivating, coming closer to donors (working on mobile sites), bringing personal attention to each donor inspire for donating more than material forms of motivation. And being blood donor becomes the matter of prestige.

Keywords: *blood donation, voluntary blood donation, motivation of the donors.*

Introduction

Over a million blood units are collected from donors around the world every year. Nevertheless, many more still need to be collected to meet the global demand, ensure sufficient and timely provision of blood¹. The fragile balance between blood supply and demand forces search for more efficient ways to recruit blood donors². Remuneration for blood donors is not generally accepted across the European Union. It is feared that remunerated donors might be with increased risk to transmit infectious diseases³. This knowledge established safe blood supply based on voluntary, non-remunerated donors in many countries across the world⁴. Voluntary and non-remunerated is one of the factors reducing the risk of transmitting the infections of donor origin⁵. That brings multidisciplinary approach, whereas medical issue meets the issue of social responsibility and voluntary.

The psychology and motivation of blood donors is well understood in developed countries. Identifying motivational factors affecting blood donation and recruitment of safe and low-risk donors is a challenge all around the world⁶. Many researches were done in order to identify motivation for blood donating. Some authors mark the importance of covering part of donors' socioeconomic needs⁷. Incentives offered to donors varied from health-related incentives such

¹ Damesyn, M.A., Glynn, S.A., Schreiber, G.B., Ownby, H.E., Bethel, J., Fridey, J., McMullen, Q., Garratty, G., Busch, M.P. 2003. *Behavioral and infectious disease risks in young blood donors: implications for recruitment*. Transfusion. Vol. 43, p. 1596–603.

² Ferguson, E. 1996. *Predictors of future behavior: a review of the psychological literature on blood donation*. British Journal of Health Psychology. Vol. 1, p. 287–308.

³ Zeiler, T., Kretschmer, V. 1995. *Survey of blood donors on the topic of "reimbursement for blood donors"*. Infusionsther Transfusionsmed. Vol. 22(1), p. 19–24.

⁴ Dhingra, N. 1996. *The blood supply world wide*, in Lozano, M., Contreras, M. (eds) *Global Perspectives in Transfusion*, p. 5–23.

⁵ Eastlund, T. 1998. *Monetary blood donation incentives and the risk of transfusion-transmitted infection*. Transfusion, Vol. 38, p. 874–882.

⁶ Sandborg, E. 2000. *Getting people to give blood*. Vox Sanguinis, Vol. 78, p. 297–301.

⁷ Rouger, P., Hossenlopp, C. 2005. *Blood Transfusion in Europe. The White Book*. Paris, France: Elsevier Publication.

as free medical testing⁸ including cholesterol and prostate-specific antigen (PSA) screening, blood credit, to economic incentives including tickets to events, lottery or raffle tickets, but certainly not money are emphasized by another researchers⁹. Education also called as a factor positively influencing on attitudes towards blood donation^{10,11}. Blood donors' satisfaction to the time and location of donation were found to be adherent to behaviours of blood donors^{12,13}. However, not only socio-economic needs, but a range of socio-demographic, organizational, physiological and psychological factors may influence people's willingness to donate blood¹⁴. Blood donation decision might be tempted by some covariates like altruism, social behaviour, social pressure and replacement^{15,16}. J. Žemguliienė empirically confirms the causal positive effect of donor motivation on donor relationship satisfaction and loyalty. The study also reveals the main motives for donation relevant to the surveyed donor population: to get benefit for the health during the donation procedure, to get remuneration, to fulfil the need for self-esteem by feeling respected in society, to fulfil the need for affiliation by helping other people.

But not only is the motivation of blood donors is an important issue. The retention of regular blood donors is even a bigger challenge. L. Kasraian and S. A. Torab Jahromi say that though the majority of people are able to donate blood, only a small part of them donate blood, and even lesser part of them does it on a regular basis¹⁷. The research performed by C. K. Lee et al shows that only 6% of the first-time donors become regular donors, and 62% never come again for another donation¹⁸. Thus, the main policy of the blood transfusion service is

-
- ⁸ McMahon, R., Byrne, M. 2008. *Predicting donation among an Irish sample of donors and non-donors: Extending the theory of planned behavior*. *Transfusion*, Vol. 48, p. 321–331.
- ⁹ Jacobs, B., Berege, Z.A. 1995. *Attitudes and beliefs about blood donation among adults in Mwanza Region, Tanzania*. *East Africa Medicine Journal*, Vol. 72, p. 345–348.
- ¹⁰ Jacobs, B., Berege, Z.A. 1995. *Attitudes and beliefs about blood donation among adults in Mwanza Region, Tanzania*. *East Africa Medicine Journal*, Vol. 72, p. 345–348.
- ¹¹ Olaiya, M.A., Alakija, W., Ajala, A., Olatunji, R.O. 2004. *Knowledge, attitudes, beliefs and motivations towards blood donations among blood donors in Lagos, Nigeria*. *Transfusion Medicine* Vol.14, p. 13–17.
- ¹² Nguyen, D.D., Devita, D.A., Hirschler, N.V., Murphy, E.L. 2008. *Blood donor satisfaction and intention of future donation*. *Transfusion*, Vol. 48, p. 742–748.
- ¹³ Schlumpf, K.S., Glynn, S.A., Schreiber, G.B., Wright, D.J., Randolph Steele W., Tu, Y., et al. 2008. *Factors influencing donor return*. *Transfusion*, Vol. 48, p. 264–272.
- ¹⁴ Masser, B.M., White, K.M., Hyde, M.K., Terry, D.J. 2008. *The psychology of blood donation: Current research and future directions*. *Transfusion Medical Review*, Vol. 22, p. 215–33.
- ¹⁵ Oswalt, R.M., Hoff, T.E. 1977. *The motivations of blood donors and non-donors: a community survey*. *Transfusion*, Vol. 15, p. 68–73.
- ¹⁶ Burnett, J. J. 1981. *Psychographic and demographic characteristics of blood donors*. *Journal of Consumer Research*, Vol. 8, p. 62–66.
- ¹⁷ Kasraian, L., Torab Jahromi, S.A. 2007. *Prevalence viral infections (HCV, HBS, HIV) in Shiraz blood donors from 2000 to 2005*. *Blood*, Vol. 3.
- ¹⁸ Lee, C.K., Hong, J., Hung, A. 2008. *An update of blood donor recruitment and retention in Hong Kong*. *Asian J Transfus Sci*, Vol. 2, 47–50.

motivation, attraction, and retention of regular blood donors¹⁹. The importance of these issues calls governmental and non-governmental commitment and required the need to improve research evidence in this area of practice.

Because of the importance of the question, **the goal of this research was to study motivation, attraction, and retention of regular blood donors in Lithuania**. Though there are some research studies concerning blood donation service in Lithuania performed (e.g. Stonienė, 2003; Vilkelienė, 2008; Gelmanienė, 2013; etc.), still most of the studies analyse the safety of blood and blood products, were performed to evaluate the organizational culture in the blood donation institution, and were dedicated to emphasize the importance of blood safety by voluntary and altruistic blood donation. Though there are some researches that determine the behaviours and attitudes towards voluntary blood donation and understanding the reasons for donating and not donating blood done (Kazakauskas, 2013; etc.) there is a lack of scientific evidence how legislation regulation and different motivation tools applied really influence and affect motivation of voluntary, non-remunerated blood donors. Analysing the situation of blood donation in Lithuania and the experience of motivating donors could help find the connections between the decisions made and proven. The display of these connections is important because it could help to identify the most important factors for the improvement of an object researched as well as create possibilities to purposefully act, fulfil expedient intervention into the processes of legislation regulation and motivation of blood donors in order to seek to improve them and achieve better results in voluntary, non-remunerated blood donating. Due to practical relevance, taking into account the lack of scientific research the issue of connection between decisions and motivation tools and their affection to voluntary, non-remunerated blood donation situation in Lithuania was chosen for this research.

The case study of Lithuanian National Blood Centre was chosen for this research. It was decided to review the blood donation situation in Lithuania during period 2006–2015 and after that to review recent year's legislative framework, strategic decisions, concerning blood donating, and motivation of voluntary, non-remunerated blood donors. After that connections between strategic decisions and their influence and affect to motivation of voluntary, non-remunerated blood donors will be defined.

1. Legislative framework of blood donation in Lithuania

Legislative of blood donation in Lithuania is based on the principle that human blood may be taken from a donor for transfusion purposes or for the

¹⁹ Tan, L.K. 2012. *Challenges ahead*. Annex Academia Medical Singapore, Vol. 41(6), p. 236–238.

purpose of production of blood products only of the donor's free will and with the latter's consent. The relations connected with the taking of human blood and production, export, import and transfusion of blood products shall be regulated by the Law on Blood Donation. And Law on Blood Donation includes the ordinance of the Government; orders approving the program "Developing of non-remunerated, voluntary donation for years 2004, 2005, 2006–2015 and 2016–2020"; nomenclature of blood establishments; principles of donor selection, blood donations, testing and production; rights and responsibilities of the blood donors; compensations to the blood donors; principles of transfusions; notifications of serious adverse reactions of recipients, etc.

It is important to mention, that the entire ordinance for regulating blood donations is adopted from the Directives of the European Parliament and of the Council. The European Union legislation regulating blood donations emphasizes the necessity for the member states of the European Union to restore public confidence and to ensure the provision for safe blood products which quality must fulfil the strict European Union standards, to restore public confidence. The main problem is transition from paid and relative's blood donations to unpaid (voluntary) donations, which is revealed in the first part of thesis. It is said that modern blood-transfusion practice has been founded on the principles of voluntary donor services, anonymity of both donor and recipient, benevolence of the donor, and absence of profit on the part of the establishments involved in blood transfusion services. So Member States are obliged to take the necessary measures to encourage voluntary and unpaid blood donations with a view to ensuring that blood and blood components are in so far as possible provided from such donations.

World Health Organization's documents (e.g. The Melbourne Declaration on 100 % voluntary non-remunerated donation of blood and blood components, 11 June 2009; Towards 100 % voluntary blood donation, A global framework for action, 2010) regulate that in all the countries the blood components from 2020 must be prepared only from the blood donated by voluntary, non-remunerated donors. The main motivation to promote voluntary, non-remunerated donation is ensuring the safety of the blood. Persons donating blood or blood components not for financial compensation do not have the intention to hide the lifestyle, risk factors and / or health status.

According to that and in order to ensure blood safety, the recruitment and retention of voluntary, non-remunerated donors, Lithuania chose to guide these main principles: (1) State control over blood transfusion service, (2) no private blood establishments, (3) no market in blood transfusion service and (4) paying more attention and giving financial sources to the program for developing of non-remunerated, voluntary donations.

Although the program for developing voluntary, non-remunerated donations is under the State control, each blood establishment organizes own voluntary, non-remunerated donations: advertising, lectures, mobile sessions, celebration of World Blood Donor day, etc.

2. Blood donation situation in Lithuania

In order to understand the scope of National Blood Centre activities, a brief overview of Lithuanian blood establishment is provided.

One public blood establishment (National Blood Centre), one private blood establishment and two university hospital based blood establishments were responsible for organising the blood donation in Lithuania since year 1993 to August, 2013. But State Health Care Accreditation Agency under the Ministry of Health of the Republic of Lithuania has suspended the license of Health issued to private blood establishment in April, 2013 and cancelled in August, 2013. So since August, 2013 National Blood Centre and two university hospital based blood establishments responsible for organising the blood donation in Lithuania.

The production of university hospital based blood establishments is used mainly for hospital purposes and the lack is compensated by National Blood Centre. And National Blood Centre is public institution (non-profit), established in 2003 by the Ministry of Health by merging two separate blood centres in Vilnius and Klaipeda. The main goal of the centre is to provide safe blood products to Lithuanian hospitals and to promote voluntary non-remunerated blood donations. Activity of the centre is based in 5 towns of Lithuania (Vilnius, Klaipėda, Panevėžys, Šiauliai and Kaunas). Working on fixed and mobile sites National Blood Centre is serving all hospitals in Lithuania. This brief overview shows that National Blood Centre is the main blood establishment in Lithuania. That is why its activity is very important in Lithuanian blood donation context.

Let us take a look how number of donations varied during recent years (Fig. 1).

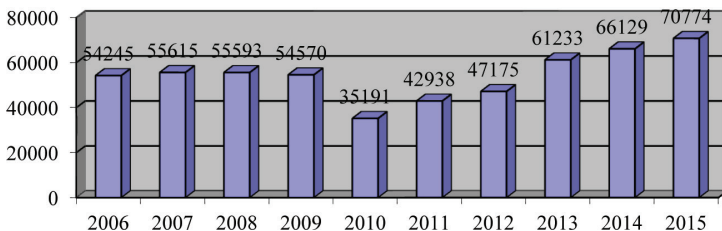


Figure 1. Number of National Blood Centre donations, year 2006–2015

The activity of this period is based by the Program for the promotion of non-remunerated donation for the year 2006–2015. The objectives of the programme

were divided into four phases: the objective of the first phase was to reach 20% voluntary, non-remunerated blood donations by December 31st, 2007. The objective of the second phase was to reach 35% voluntary, non-remunerated blood donations by December 31st, 2010. The objective of the third phase was to reach 38% voluntary, non-remunerated blood donations by December 31st, 2013. And the objective of the second phase was to reach 50% voluntary, non-remunerated blood donations by December 31st, 2015. Numbers of the voluntary, non-remunerated blood donations are shown in Figure 2.

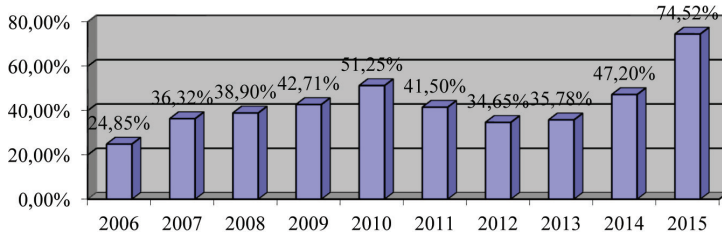


Figure 2. Percentage of National Blood Centre non-remunerated donations, year 2006–2015

It is obvious that the objectives of the phase 1 and 2 have been achieved. The reasons for which the objectives of the phase 3 were not achieved were discussed in the governmental level. It was decided that competition between public and national blood establishments may be the reason. Unethical and improper communication between the public and national blood establishments, dissemination of unfairly negative information about the activities of public blood establishments, and the injurious effects of the black technology were recognized as the reasons causing peoples distrust.

In response to the situation and in accordance with the obligations of the European Parliament and of the Council and World Health Organization some strategic decisions on the Governmental and institutional level were done. As it was said before, State Health Care Accreditation Agency under the Ministry of Health of the Republic of Lithuania has suspended the license of Health issued to private blood establishment in April, 2013 and cancelled in August, 2013. And blood donation establishments and nongovernmental organizations signed the agreement on cooperation for promoting voluntary, non-remunerated blood donation. It was agreed to cooperate in the field of dissemination of the idea of voluntary, non-remunerated blood donation and promotion of it through generally acceptable existing and new media features.

Due to the clear Government position about voluntary, non-remunerated blood donation the unrest has fallen, society saw that only public non-profit

organizations may engage in blood donation activities. That highly increased people confidence in blood donation.

Along with Government activities National Blood Centre made some institutional changes and decided to move to another donors motivating strategy. Institutional changes include development and expansion. New blood collection points for only non-remunerated donors to give blood were founded; a lot of trips to new places and events like community festivals, feast, etc. were organized. Institutional shake-up was a part of institutional changes. Special department for implementation of blood donation program was established, specialists and not random people were involved in the organisation of blood donation, and coordinating activities with the branches of the National Blood Centre become better. New image of the Centre was also created. Image of the National Blood Centre as the blood centre of entire Lithuania was and still is created with the new symbolism.

Communication and collaboration with the medical doctors and hospitals was improved. Annual international conference concerning blood donations, transfusion and haematology are organizing. International speakers are invited to do presentations in Lithuania. Most often after that Lithuanian speakers are invited to do presentations and share the good practice also.

The main aspects of the new non-remunerated donations strategy are the prestigious donor's image building, moving toward the donor, but not only calling him. Different activities help to do that. Some of them need to be detailed and described.

It is noticed that involving famous people – musicians, singers, artists, sportsmen, etc. – is very well accepted by donors and potential donors. Famous people talk about donating blood, donate blood by themselves and bring the message to the society. Donors recognize this message very inspirable.

Inspirable message to donate blood comes from the church too. Famous priests and monks were invited to talk about donating blood and sharing oneself with people. It seems that people receives that information well. Working on mobile sites during the different church events and feasts demonstrates that. A lot of voluntary, non-remunerated donors donate blood during these events.

Not only church, but politicians both at the national and municipality level understand the important of the blood donation. Many of them became blood donors during different events in the municipalities. And after that they come for donating again and again every time the mobile team of the National Blood Centre comes to town. In these cases mayors often become the non-remunerated blood donation flagman in the municipalities.

Another way of communication is directed to non-governmental organizations. There are several of them in Lithuania that are oriented to transplantation problems. All the organisations share good practice, organize

conferences and events, share information about each other's activities. That creates strong community connections.

The notion that a strong country is a strong community ties and mutual assistance is entrenched in the contacts with the military and paramilitary organizations. Different military corps is involved in blood donation campaigns. Soldiers are always voluntary, non-remunerated donors with own blood donation traditions. It is noticed that more and more soldiers become blood donors every year.

On more directions for working are schoolchildren. Many lectures and tours in the National Blood Centre are organized yearly. And this activity brings the results and creates nice tradition – more and more youths come to celebrate their 18th birthday by donating blood. They call it “becoming an adult meaningfully”. After this first donation they come for donating periodically.

It is the must to mention that all the communication is done mostly by the persons working at the National Blood Centre. But voluntaries often join the activities as helpers. Most often these voluntaries are young people. Talking about the donating from the young person brings confidence to the society.

It should be mentioned that each voluntary, non-remunerated blood donor get some small tokens after each donation. It is a tradition since old times and not considered as a form of material motivation.

Conclusions and suggestions

The realization of the voluntary, non-remunerated donation strategy is hard day to day work done by the specialists of the National Blood Centre and voluntaries. And it brings the results. As Figure 2 shows, year 2014 was the break point in Lithuania blood donation system. The percentage of voluntary, non-remunerated donors rises strongly. And results of the year 2015 are better than expected.

Going back and analysing how decisions made and new strategy for recruitment of voluntary, non-remunerated blood donors could influence and affect the situation of donations in Lithuania it is evident that decisions were made timely and the strategy chosen was right.

The results shows that moral motivating, coming closer to donors (working on mobile sites), bringing personal attention to each donor inspire for donating more than material forms of motivation. And being blood donor becomes the matter of prestige.

Lithuanian National Blood Centre's strategy for recruitment voluntary, non-remunerated blood donors brings the good results. Remembering that identifying motivational factors affecting blood donation and recruitment of safe and low-risk donors is a challenge all around the world (Sandborg, 2000),

it could be said, that the activities that brought good results in Lithuania could become good practice guide for recruitment and motivation of voluntary, non-remunerated blood donors in other countries also.

Literature

1. Burnett, J. J. 1981. *Psychographic and demographic characteristics of blood donors*. Journal of Consumer Research, Vol. 8, p. 62-66.
2. Damesyn, M.A., Glynn, S.A., Schreiber, G.B., Ownby, H.E., Bethel, J., Fridey, J., McMullen, Q., Garratty, G., Busch, M.P. 2003. *Behavioral and infectious disease risks in young blood donors: implications for recruitment*. Transfusion. Vol. 43, p. 1596-603.
3. Dhingra, N. 1996. *The blood supply world wide*, in Lozano, M., Contreras, M. (eds) Global Perspectives in Transfusion, p. 5-23.
4. Eastlund, T. 1998. *Monetary blood donation incentives and the risk of transfusion-transmitted infection*. Transfusion, Vol. 38, p. 874-882.
5. Ferguson, E. 1996. *Predictors of future behavior: a review of the psychological literature on blood donation*. British Journal of Health Psychology. Vol. 1, p. 287-308.
6. Folléa, G. 2014. *Why achieving self-sufficiency in blood products based on volunteer non-remunerated donors is now more important than ever? The EBA point of view for Lithuania*. Presentation at Voluntary blood donor recruitment workshop for specialists and volunteers.
7. Gelmanienė, R. 2013. *Evaluation of the organizational culture in the blood donation institution*. Master thesis. Kaunas.
8. Jacobs, B., Berege, Z.A. 1995. *Attitudes and beliefs about blood donation among adults in Mwanza Region, Tanzania*. East Africa Medicine Journal, Vol. 72, p. 345-348.
9. Kasraian, L., Torab Jahromi, S.A. 2007. *Prevalence viral infections (HCV, HBS, HIV) in Shiraz blood donors from 2000 to 2005*. Blood, Vol. 3.
10. Kazakauskas, P. 2013. *The evaluations of Kaunas blood center donors' motivation and factors related with it*. Master thesis. Kaunas.
11. Masser, B.M., White, K.M., Hyde, M.K., Terry, D.J. 2008. *The psychology of blood donation: Current research and future directions*. Transfusion Medical Review, Vol. 22, p. 215-33
12. McMahon, R., Byrne, M. 2008. *Predicting donation among an Irish sample of donors and non-donors: Extending the theory of planned behavior*. Transfusion, Vol. 48, p. 321-331.
13. Nguyen, D.D., Devita, D.A., Hirschler, N.V., Murphy, E.L. 2008. *Blood donor satisfaction and intention of future donation*. Transfusion, Vol. 48, p. 742-748.
14. Olaiya, M.A., Alakija, W., Ajala, A., Olatunji, R.O. 2004. *Knowledge, attitudes, beliefs and motivations towards blood donations among blood donors in Lagos, Nigeria*. Transfusion Medicine Vo. 14, p. 13-17.
15. Oswalt, R.M., Hoff, T.E. 1977. *The motivations of blood donors and non-donors: a community survey*. Transfusion, Vol. 15, p.68-73.
16. Rouger, P., Hossenlopp, C. 2005. *Blood Transfusion in Europe. The White Book*. Paris, France: Elsevier Publication.

17. Sandborg, E. 2000. *Getting people to give blood*. Vox Sanguinis, Vol.78, p.297–301.
18. Schlumpf, K.S., Glynn, S.A., Schreiber, G.B., Wright, D.J., Randolph Steele W., Tu, Y., et al. 2008. *Factors influencing donor return*. Transfusion, Vol.48, p.264–272.
19. Stonienė, L. 2003. Kraujo donorų požiūris į donorystę. Master thesis. Kaunas.
20. Tan, L.K. 2012. Challenges ahead. Annex Academia Medical Singapore, Vol.41(6), p.236–238.
21. Vilkelienė, S. 2008. Infection Markers Prevalence Evaluation among Blood Donors in the National Blood Centre. Master thesis. Kaunas.
22. Zeiler, T., Kretschmer, V. 1995. *Survey of blood donors on the topic of “reimbursement for blood donors”*. Infusionsther Transfusionsmed. Vol.22(1), p.19–24.

Neatlygintinos kraujo donorystės skatinimas Lietuvoje

Aelita Skarbalienė, Joana Bikulčienė

Klaipėda, Klaipėdos universitetas

Santrauka. Mokslo tyrėjai, įvairių nacionalinių ir tarptautinių institucijų ir organizacijų (tarp jų, Europos Komisija, Parlamentas, Pasaulio sveikatos organizacija) pažymi savanoriškos, neatlygintinos kraujo donorystės svarbą. Pagrindinis motyvas neatlygintinai donorystei skatinti – kraujo saugumo užtikrinimas. Mokslškai pagrįsta, jog asmenys, duodantys kraujo ar jo sudėtinųjų dalių ne dėl piniginės kompensacijos, neturi motyvacijos slėpti savo gyvenimo būdo, rizikos faktorių bei sveikatos būklės. Dėl to Pasaulio sveikatos organizacija įpareigojo visas valstybes nuo 2020 m. kraujo komponentus ruošti tik iš neatlygintinų donorų kraujo. Vykdamt šiuos įpareigojimus ir siekiant maksimalios paruošiamo produkto kokybės įvairios šalys kuria strategijas ir įgyvendina priemones neatlygintinų kraujo donorų telkimui, o mokslo tyrėjai vykdo tyrimus, siekdami nustatyti efektyvias donorus motyvuojančias priemones. Visgi pasigendama tyrimų, kaip vyksta pasirinktų strategijų įgyvendinimas, kaip pasiteisina vienos ar kitos pasirinktos priemonės, kokią tendenciją jos sukelia ilgesniame laikotarpyje.

Dėl to buvo pasirinkta nagrinėti kraujo donorystės skatinimo situacija Lietuvoje. Šiuo metu šalyje kraujo donorystės veiklą vykdo trys valstybinės institucijos: du ligoninių kraujo centrai ir Nacionalinis kraujo centras. Ligoninių kraujo centrai kraujo donorystės veiklą vykdo siekdamos patenkinti savo poreikį, Nacionalinis kraujo centras padeda joms esant kraujo komponentų trūkumui ir aptarnauja likusias Lietuvos ligonines. Nacionalinį kraujo centrą vertinant kaip pagrindinę kraujo donorystės įstaigą Lietuvoje, ji pasirinkta šio tyrimo atveju.

Patvirtinus Neatlygintinos kraujo donorystės propagavimo 2006–2015 metų programą, pagrindiniai siekiai suskirstyti į keturis etapus. Pirmojo etapo tikslas – iki 2007 m. gruodžio 31 d. pasiekti 20 proc. neatlygintinų kraujo donacijų, antrojo etapo tikslas – iki 2010 m. gruodžio 31 d. pasiekti 35 proc. neatlygintinų donacijų, trečiojo etapo tikslas – iki 2013 m. gruodžio 31 d. pasiekti 38 proc. neatlygintinų donacijų ir ketvirtojo etapo tikslas – iki 2015 m. gruodžio 31 d. pasiekti 50 proc. neatlygintinų donacijų. Įvertinus rezultatus matyti, kad trečiojo etapo tikslas nepasiektas. Ieškant priežasčių manoma, kad nepakankamą neatlygintinos kraujo donorystės plėtrą galėjo lemti neetiškas privačios (2013 metais uždarytos) ir valstybinių kraujo donorystės įstaigų bendravimas, nesąžininga kon-

kurencija, nepagrįstai neigiamos informacijos apie valstybinių kraujo donorystės įstaigų veiklą skleidimas (ypač 2011 m.). 2010–2011 metais stipriai kritęs visuomenės pasitikėjimas kraujo donorystės sistema reikalavo esminių pokyčių ir naujų strateginių sprendimų valstybiniu ir instituciniu mastu. Buvo pasirašytas visų kraujo donorystės įstaigų ir nevyriausybinių donorų organizacijų susitarimas dėl bendradarbiavimo propaguojant neatlygintą kraujo donorystę. Susitarta bendradarbiaujant skleisti neatlygintinos kraujo donorystės idėją, skatinti neatlygintą kraujo donorystę visomis visuotinai priimtinomis priemonėmis, bendrauti etiškai ir teikti tik teisingą informaciją apie kraujo donorystės veiklą. Nacionalinis kraujo centras, savo ruožtu, taip pat ėmėsi veiklos pokyčių. Viena strateginių krypčių – donoro įvaizdžio kūrimas, kita – ėjimas link donoro, o ne tik jo kvietimas atvykti.

Analizuojant šių sprendimų ir visų vykdomų veiklų poveikį neatlygintų donorų srautui matyti, kad 2014 metai gali būti vadinami lūžio metais Lietuvos kraujo donorystėje, kuomet neatlygintų donorų procentas žymiai išaugo, o 2015 metais neatlygintų donorų skaičius keliamus reikalavimus ženkliai viršijo.

Raktiniai žodžiai: kraujo donorystė, neatlygintinas kraujo donoras, donorų motyvacija.

Aelita Skarbalienė, Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Sveikatos tyrimų ir inovacijų mokslo centro mokslo darbuotoja, socialinių mokslų daktarė; Nacionalinio kraujo centro Klaipėdos filialo direktoriaus pavaduotoja. Mokslinių tyrimų kryptys: lyderystė sveikatos sistemoje, kraujo donorystės veiklos organizavimas, sveikatos politika

Joana Bikulčienė, Nacionalinio kraujo centro direktorė. Mokslinių interesų kryptys: kraujo donorystės veiklos organizavimas, sveikatos politika

Aelita Skarbalienė, Doctor of Social Sciences, is research scientist at Klaipėda University, Faculty of Health Sciences, Health research and innovation Science Center and Deputy Director at National Blood Center, Klaipėda Branch. Research interests: leadership in healthcare, organization of blood donation, health policy

Joana Bikulčienė, is Director at National Blood Center. Research interests: organization of blood donation, health policy.

SOCIALINIO ATSPARUMO PO EKSTREMALIŲŲ ĮVYKIŲ STIPRINIMAS: PIRMOSIOS PSICHOLOGINĖS PAGALBOS TEIKIMO PRINCIPAI

Vilma Miglinė

Mykolo Romerio universitetas Sveikatos tyrimų laboratorija
Ateities g. 20, LT-08303 Vilnius, Lietuva
Telefonas (8 5) 271 4625
Elektroninis paštas: vilma.migline@gmail.com

Pateikta 2015 m. rugsėjo 1 d., parengta spausdinti 2015 m. lapkričio 15 d.

DOI:10.13165/SPV-16-1-9-07

Santrauka

Visame pasaulyje didėja susirūpinimas ne tik dėl klimato kaitos pasekmių, kurios pasireiškia dažnėjančiomis ir aštrėjančiomis gamtinėmis ekstremaliosiomis situacijomis. Didžiulį susirūpinimą kelia ir kintama geopolitinė situacija, todėl dažnėja kariniai konfliktai, teroristiniai išpuoliai, didėja pabėgėlių srautas į Europos šalis. Šiame kontekste per ateinančius metus ir dešimtmečius svarbiausia bus gebėti efektyviai prisitaikyti prie greitai kintančio pasaulio ir tinkamai pasirengti grėsmėms, galimai kylančioms valstybei ir žmonėms.

Tyrimai rodo, kad galimai traumuojamieji įvykiai, tokie kaip, karai, gamtinės ir technologinės katastrofos bei ekonominės krizės turi neigiamų psichologinių pasekmių. Traumuojamųjų įvykių poveikis turi savybę kauptis. Užsitęsę traumuojamieji įvykiai sukelia ypač neigiamas pasekmes tiek fizinei, tiek psichinei sveikatai. Todėl siektinas tikslas – sustiprinti visuomenės socialinį atsparumą, kad tokios visuomenės gebėtų neutralizuoti bet kokio sukrėtimo poveikį ir laiku atsigauti po jo.

Šio straipsnio tikslas – atlikus mokslinės literatūros ir praktinių pavyzdžių analizę, pagrįsti pirmosios psichologinės pagalbos teikimo principų svarbą ir pateikti siūlymus siekiant didinti socialinį atsparumą ekstremalių įvykių kontekste.

Atlikta analizė patvirtina, kad įvairios psichologinės intervencijos yra efektyvios siekiant išvengti psichikos sveikatos sutrikimų ir gydant ankstyvasias trauminio streso reakcijas. Kaip priimtinausia intervencijos forma po traumuojamųjų įvykių rekomenduojama pirmoji psichologinė pagalba. Pagrindiniai šios inter-

vencijos tikslai yra saugumo, komforto, stabilumo, socialinės paramos ir informacijos suteikimas, kurie ir atsispindi penkiuose pirmosios psichologinės pagalbos teikimo principuose. Kvalifikuotos pirmosios psichologinės pagalbos teikimo organizavimas ir suteikimas laikantis šiuolaikinių, mokslškai pagrįstų principų, žymiai prisideda prie psichosocialinio atsparumo stiprinimo.

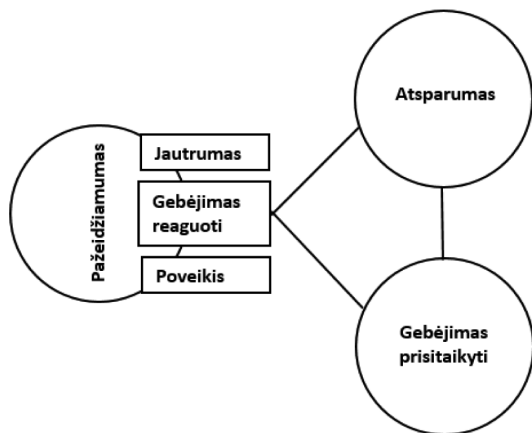
Reikšminiai žodžiai: pirmoji psichologinė pagalba, psichinė sveikata, ekstremalieji įvykiai, katastrofos, socialinis atsparumas.

Įvadas

Šalys, bendruomenės, organizacijos ir individai – visi gyvena kintamoje aplinkoje. Kintamoje aplinkoje atsiradusios grėsmės varijuoja savo stiprumu, dažniu ir gali paveikti socialinės sistemos vidų arba išorę. Gamtinės nelaimės, pandemijos, teroristiniai išpuoliai, ekonominės krizės, technologinės ir žmogaus veiklos sukeltos katastrofos – visa tai gali sutrikdyti normalų visuomenės funkcionavimą ir kelti pavojų veiklos tęstinumui. Todėl įvairių sričių mokslininkai telkiasi spręsti plačią mokslinę problemą, kaip sumažinti potencialiai pavojingų situacijų nuspėjamumą ir kompleksiškumą, kad būtų galima sumažinti ekstremaliųjų situacijų riziką ir padidinti gyventojų, turto ir aplinkos saugumą.

Vienas nelaimių rizikos valdymo siekinių yra objekto, reiškinio arba sistemos atsparumas. Pažeidžiamumo, atsparumo ir prisitaikymo sąvokos yra glaudžiai susijusios (1 pav.). Kalbant apie socialinį atsparumą, jis susideda iš daugybės veiksnių, turinčių jam įtakos. Labai svarbią vietą šiame kontekste užima būtent psichinė sveikata ir atsparumo didinimas. 2012 m. PSO Asamblėja priėmė rezoliuciją WHA 65.4 dėl psichikos sutrikimų globalinės reikšmės ir būtinybės kiekvienos šalies sveikatos ir socialinio sektoriaus koordinuoto veiksmų plano psichikos sveikatai užtikrinti¹. Šiame dokumente teigiama, kad įvairūs stresoriai, tokie kaip, gamtinės katastrofos, kariniai konfliktai, civiliniai neramumai gali turėti didelį poveikį psichikos sveikatai. Kiekvienas individas ir skirtingos bendruomenės skirtingai pažeidžiami įvairių EĮ.

¹ World Health Organization. *Global Burden of Mental Disorders and the Need for a Comprehensive, Coordinated Response from Health and Social Sectors at the Country Level*. 2012.



1 pav. Ryšys tarp pažeidžiamumo, atsparumo ir gebėjimo prisitaikyti

Parengta pagal: Gallopín, G. C. 2006. Linkages between vulnerability, resilience, and adaptive capacity. *Global environmental change*. 16(3), 293–303.

Kyla nemažai diskusijų dėl atsparumo abibrėžimo, tačiau atsparumą galima apibūdinti kaip individų, bendruomenių, organizacijų arba kitų socialinių sistemų gebėjimą išlaikyti santykius ir pusiausvyrą tarp įvairių elementų reikšmingų trukdžių kontekste dėl gebėjimo sutelkti savo resursus ir kompetencijas valdyti poreikius, iššūkius ir pokyčius, su kuriais susiduriama. Pastaruoju metu apibrėžiant individų arba socialinių sistemų gebėjimą atsispirti grėsmingoms situacijoms dažnai vartojama atsparumo sąvoka². Išskiriami trys atsparumo lygmenys: individualus, bendruomenės ir nacionalinis. Pastarieji du lygmenys dar vadinami socialiniu atsparumu³.

Individualaus atsparumo koncepcija vystėsi psichologijos ir elgsenos mokslų šakose, jo reikšmė – suprasti, kokie adaptaciniai gebėjimai padeda kai kuriems individams toliau efektyviai funkcionuoti ir demonstruoti teigiamus rezultatus ekstremaliųjų įvykių kontekste⁴. Individualus atsparumas vaizduojamas kaip apsauginių faktorių rinkinys, ir ypač kaip pozityvios adaptacijos procesas reaguojant į ekstremaliuosius įvykius⁵. Požiūris į atsparumą, kaip į pozityvią adap-

² Norris, F. H.; Stevens, S. P.; Pfefferbaum, B.; Wyche, K. F.; & Pfefferbaum, R. L. 2008. Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. *American journal of community psychology*. 41(1–2), p. 127–150.

³ Kimhi, S. 2014. Levels of resilience: Associations among individual, community, and national resilience. *Journal of Health Psychology*. 1(7).

⁴ Castleden, M.; McKee, M.; Murray, V.; Leonardi, G. 2011. Resilience thinking in health protection. *Journal of Public Health (Oxf)*. 33(3), p. 369–377.

⁵ Dutton, M. A.; Greene, R. 2011. Resilience and crime victimization. *Journal of Trauma Stress*. 2010. 23(2), p. 215–222.

taciją, skatino tirti, kokie veiksniai gali turėti įtakos atsparumui ekstremaliųjų situacijų kontekste.

Bendruomenės atsparumas apibrėžiamas kaip išlikęs bendruomenės gebėjimas ištvirti ir atsigausti po ekstremaliųjų įvykių (ekonominė krizė, pandemijos, gamtinės kilmės ar žmogaus veiklos sukeltos katastrofos)⁶. A. Chandra su bendraautoriais literatūros apžvalgoje išskyrė penkis kertinius bendruomenės atsparumo elementus: fizinė ir psichologinė sveikata, socialinis, ekonominis teisingumas ir gerovė, efektyvi rizikos komunikacija, vyriausybinių ir nevyriausybinių organizacijų integracija bei socialinis bendrumas⁷. Autoriai susiejo minėtus penkis atsparumo elementus ir aštuonis veiksmų svertus: sveikatingumas, prieinamumas, išsilavinimas, įsitraukimas, savarankiškumas, partnerystė, kokybė ir efektyvumas. Šie svertai – ypač geras pagrindas rengiant programas ir praktikuojantis stiprinti socialinį atsparumą⁸.

Nacionalinio arba socialinio atsparumo koncepcija yra plati, apimanti visuomenės stiprybę ir jos gebėjimą išlikti. Nacionalinį atsparumą lemia keturi pagrindiniai socialiniai komponentai: patriotizmas, optimizmas, socialinė integracija ir pasitikėjimas politinėmis bei visuomeninėmis institucijomis⁹.

Sąvoka „pažeidžiamumas“ dažnai siejama su sistemos jautrumu patirtai žalai¹⁰. Pažeidžiamumas – tai sistemos jautrumo ekstremaliųjų įvykių poveikiui laipsnis. Platesniame kontekste sąvoka pažeidžiamumas dažniausiai apibrėžiamas kaip atsparumas daugeliui neigiamų poveikių – tai apima poveikį sukrėtimams, išorinį stresą, jautrumas sukrėtimams (laipsnis, kai sistema yra paveikiama arba pakeičiama dėl sukrėtimų) ir sistemos gebėjimas reaguoti¹¹. Taigi, pažeidžiamumo koncepcija yra labai kompleksiška, turinti įtakos daugeliui veiksnių ir dėl to dinamiškai kintanti.

Prisitaikymas yra labai svarbi socialinio atsparumo stiprinimo dalis. Prisitaikymas – tai veiksmai, kurių imamasi siekiant sumažinti neigiamą EĮ poveikį arba netgi pasinaudoti privalumais, kurie gali susidaryti tokių situacijų metu. Tokie veiksmai labai skiriasi savo poveikio laipsniu (ir veikianos sistemos siekiamais ar pasiektais pokyčiais), laiku, kai šių veiksmų imamasi, ir tuo, kas

⁶ Nuwayhid, I.; Zurayk, H.; Yamout, R.; Cortas, C. S. Summer 2006 war on Lebanon: A lesson in community resilience. *Global public health*. 6(5), p. 505–519.

⁷ Chandra, A.; Acosta, J.; Meredith, L. S. et al. 2010. *Understanding Community Resilience in the Context of National Health Security: A Literature Review*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.

⁸ Chandra, A.; Williams, M.; Plough, A. et al. 2013. *Getting actionable about community resilience: the Los Angeles County Community Disaster Resilience Project*. *American Journal of Public Health*. 103(7), p. 1181–1189.

⁹ Kimhi, S.; Eshel, Y. 2015. The Missing Link in Resilience Research. *Psychological Inquiry*. 26(2), p. 181–186.

¹⁰ Adger, W. N. 2006. Vulnerability. *Global environmental change*. 16(3), p. 268–281.

¹¹ Gallopi'n, G. C. 2006. Linkages between vulnerability, resilience and adaptive capacity. *Global Environmental Change*. 16(3), p. 293–303.

imasi šių veiksmų. Psichinės sveikatos pagalbos teikimas po EĮ didina paveiktos socialinės sistemos prisitaikymą prie naujos realybės¹².

Šio straipsnio **tikslas** – pagrįsti pirmosios psichologinės pagalbos teikimo principų svarbą ir pateikti siūlymus, siekiant padidinti socialinį atsparumą ekstremaliųjų įvykių kontekste. Tikslui pasiekti nustatyti šie **uždaviniai**:

- Apžvelgti ankstyvos psichinės sveikatos intervencijos būtinybę, istorinius aspektus.
- Išskirti rizikos ir pažeidžiamumo veiksnius psichinės sveikatos sutrikimams pasireikšti.
- Išanalizuoti penkis pirmosios psichologinės pagalbos principus.
- Apibendrinus analizės rezultatus, pateikti siūlymus psichosocialiniam atsparumui stiprinti.

Uždaviniams įgyvendinti taikytas mokslinės literatūros, tarptautinių organizacijų strateginių ir rekomendacinio pobūdžio dokumentų, praktinių pavyzdžių analizės **metodas**.

1. Psichinės sveikatos ankstyvoji intervencija po ekstremaliųjų įvykių

Pateikiama vis daugiau įrodymų, kad, siekiant išvengti PTSS ir gydant ankstyvasias trauminio streso reakcijas, įvairios psichologinės intervencijos yra efektyvios. Ankstyvomis laikomis tokios intervencijos, kurios taikomos per pirmuosius 3 mėn. nuo patirto EĮ.

Dauguma ekspertų sutaria dėl bendrųjų ankstyvosios psichologinės intervencijos principų. Propaguojamas poreikių hierarchijos modelis. Pirmiausia rekomenduojama pasirūpinti nukentėjusiųjų išgyvenimu, sveikatos būkle ir saugumu ir tik vėliau nagrinėti psichologinius simptomus (1 lentelė)¹³.

1 lentelė. Poreikių modelio hierarchija

Poreikių modelio hierarchija	<ul style="list-style-type: none"> • Išgyvenimo poreikiai, pvz., pabėgimas/išsigelbėjimas • Pirminė medicinos pagalba, pvz., pirmoji pagalba – gaivinimas, kraujavimo sustabdymas • Fiziniai poreikiai, pvz., vanduo, maistas, pastogė, drabužiai • Saugumo/apsaugos poreikiai, pvz., baimės sumažinimas • Antrinė medicinos pagalba, pvz., lūžusių galūnių imobilizacija • Psichosocialiniai poreikiai, pvz., reakcija į įvykį • Pripažinti poreikiai, pvz., bandymas įvykiui suteikti prasmę
-------------------------------------	---

Šaltinis: Roberts, N. 2009. Early Intervention following Traumatic Events. *Psychiatry*. 8(8): 297–300.

¹² Moser, S. C. 2010. Now more than ever: the need for more societally relevant research on vulnerability and adaptation to climate change. *Applied Geography*. 30(4), p. 464–474.

¹³ Roberts, N. 2009. Early Intervention following Traumatic Events. *Psychiatry*. 8(8), p. 297–300.

Vis daugiau dėmesio sulaukia laipsniški ankstyvosios intervencijos modeliai¹⁴. Pagrindiniai elementai yra neatidėliotina socialinė ir praktinė parama, švietimas, didelės rizikos asmenų identifikavimas, vertinimas, simptomų stebėseną, ankstyvoje intervencija, pakartotinis įvertinimas ir psichinės sveikatos sutrikimų gydymas¹⁵. Ekstremalieji įvykiai paveikia labai didelio skaičiaus žmonių veiklą ir gyvenimą. Įvykus didelės apimties EĮ, stiprus išbandymas tenka panaudojant turimus išteklius. Būtent todėl turėtų būti parengti atsako į šiuos įvykius modeliai. Tubūt vienas didžiausių iššūkių – padaryti pagalbą prieinamą tiems, kam jos ištis reikia¹⁶.

Esama įvairių gairių ir protokolų, kaip suteikti psichosocialinę paramą, skleisti informaciją per žiniasklaidą po EĮ. Deja, dažnai stebima natūrali tendencija bendruomenėje neigti kančios ir žalos realybę¹⁷. Idėja teikti psichologinę pagalbą po EĮ nėra nauja. Mėginimai teikti psichologinę pagalbą jau aprašomi nukentėjusiesiems Pirmojo pasaulinio karo metu¹⁸. Krizių intervencijos pradininku laikomas A. Kaplan¹⁹. Jo sukurti principai panaudoti streso valdymo po EĮ modeliuose²⁰.

Daugelį metų ankstyvuojų laikotarpiu po EĮ buvo labai populiarios psichologinės apklausos. Terminas „psichologinės apklausos“ apima keletą pusiau struktūrizuotų intervencijų, kai grupė ar asmuo apklausiami netrukus po EĮ²¹. Psichologinės apklausos metodu buvo siekiama suvaldyti ūminę reakciją į stresą. Vėlesni tyrimai ir metaanalizės neparodė teigiamo tokios taktikos poveikio, o kai kuriuose net nustatyta pablogėjusių simptomų²². Dėl to Gairėse perspėjama šio intervencijos metodo nebenaudoti²³.

¹⁴ Bisson, J. I.; Cohen, J. A. 2006. Disseminating Early Interventions following Trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 19, p. 583–95.

¹⁵ Brewin, C. R.; Scragg, P.; Robertson, M. et al. 2008. Promoting Mental Health following the Bombings: A Screen and Treat Approach. *Journal of Traumatic Stress*. 21, p. 3–8.

¹⁶ Litz, B. T. 2008. Early Intervention for Trauma: Where are We and Where do We Need to Go? A Commentary. *Journal of Traumatic Stress*. 21, p. 503–6.

¹⁷ Alexander, D. A. 1996. Trauma Research: a New Era. *Journal of Psychosomatic Research*. 41, p. 1–5.

¹⁸ Raphael, B. 1986. *When Disaster Strikes. How Individuals and Communities Cope with Catastrophe*. New York: Basic Books.

¹⁹ Kaplan, A. 1964. *Chapter VII: Models. In The Conduct of Inquiry: Methodology for Behavioral Science*. San Francisco, CA: Chandler, p. 258–291.

²⁰ Everly, G. S.; Mitchell, J. T. 1997. Critical Incident Stress Management (CISM): A New Era and Standard of Care in Crisis Intervention. Ellicott City, M. D.: Chevron. *Family Therapy*. 30, p. 45–59.

²¹ Rose, S.; Bisson, J.; Churchill, R. et al. 2002. Psychological Debriefing for Preventing Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2(2).

²² Sijbrandij, M.; Olff, M.; Reitsma, J. B. et al. 2006. Emotional or Educational Debriefing after Psychological Trauma. Randomised Controlled Trial. *British Journal of Psychiatry*. 189, p. 150–5.

²³ Foa, E. B.; Keane, T. M.; Friedman, M. J. et al. (Eds.). 2008. *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Guilford Press.

2. Pirmoji psichologinė pagalba

Taigi, priimtinausia intervencijos forma tuoj po traumos laikoma „pirmoji psichologinė pagalba“ (PPP) (angl. *Psychological first aid*). Tai lanksti, empatiška ir informatyvi parama, taikoma per pirmąsias valandas arba dienas po įvykio. Pagrindiniai PPP tikslai yra saugumo, komforto, stabilumo, socialinės paramos ir informacijos suteikimas. PPP sulaukė plataus traumos ekspertų pripažinimo²⁴. Pastaruoju metu susidomėjimas PPP ypač padidėjo. Pirmasis PPP 1986 m. aprašė B. Rafaelis ir L. Newman²⁵. Pagrindinis jo dėmesys skiriamas funkciniam psichikos atsigavimui, o ne psichopatologijai. PPP padeda prisitaikymui ir gebėjimui spręsti problemas lavinti tiems asmenims, kuriems nustatyta rizika²⁶. Teikiant psichologinę pagalbą po EĮ, reikia atsižvelgti į tai, kaip asmenys ir bendruomenės reaguoja į tuos įvykius, kas gali būti aukos ir kam yra didžiausia neigiamo poveikio rizika (2 lentelė)²⁷. Pažymėtina, kad pažeidžiamumą didinantys veiksniai vienoje geografinėse vietovėse gali veikti kaip atsparumą didinantys kitose²⁸.

2 lentelė. PTSS rizikos ir pažeidžiamumo veiksniai

Prieš traumą buvę veiksniai	<ul style="list-style-type: none"> • Seksualinis išnaudojimas vaikystėje • Įvykusios netektys ir traumos praeityje • Piktnaudžiavimas kenksmingomis medžiagomis • Socialiniai arba ekonominiai trūkumai, išsilavinimo stygius • Greta vykstantys gyvenimo stresoriai • Moteriškoji lytis • Amžius (maži vaikai ir vyresni žmonės)
EĮ metu veikiantys veiksniai	<ul style="list-style-type: none"> • Įvykio staigumas ir netikėtumas • Realios grėsmės gyvybei suvokimas (savo arba kitų) • Baisių įvykių regėjimas arba kiti neigiami jutiminiai potyriai • Buvimas arti įvykio vietos (bendras dozės-atsako ryšys) • Didelės asmeninės netektys • Žmogaus sukelta katastrofa • Išžęsta poveikio trukmė (pvz., įstrigimas spąstuose)

²⁴ Van Ommeren, M.; Saxena, S.; Saraceno, B. 2005. Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus? *Bulletin of the World Health Organization*. 83(1), p. 71–75.

²⁵ Raphael, B.; Newman, L. 2000. *Disaster Mental Health Response Handbook*. Parramatta: NSW Institute of Psychiatry.

²⁶ Young, B. 2006. The Immediate Response to Disaster: Guidelines for Adult Psychological First Aid. In *Ritchie, E. C.; Watson, P. J.; Friedman, M. J. (Eds.), Interventions following Mass Violence and Disasters: Strategies for Mental Health Practices*. New York: Guilford Press, p. 134–154.

²⁷ Alexander, D. A. 2005. Early Mental Health Intervention after Disasters. *Advances in Psychiatric Treatment*. 11(1), p. 12–18.

²⁸ Gruebner, O.; Lowe, S. R.; Sampson, L. et al. 2015. The geography of post-disaster mental health: spatial patterning of psychological vulnerability and resilience factors in New York City after Hurricane Sandy. *International Journal of Health Geographics*. 14(1), p. 16.

Po traumos veikiantys veiksniai	<ul style="list-style-type: none"> • Sunkios ūminės psichologinės reakcijos • Paramos stygius: socialinės ir šeimos narių • Priešiškos aplinkinių reakcijos (pvz., kaltinimas arba kančios nepripažinimas) • Išgyvenusiojo kaltės jausmas
--	---

Šaltinis: Alexander, D. A. 2005. Early Mental Health Intervention after Disasters. *Advances in Psychiatric Treatment*. 11(1): 12–18.

E. Sales ir bendraautorių²⁹ atliktame tyrime aprašomos trys reakcijos į traumą fazės. Pirmoji fazė; *poveikio*, kurios metu auka jaučiasi pažeidžiama, bėgė ir priklausoma nuo kitų. Antroji fazė; *atsokimo/atastrankos* (angl. *recoil*), kurios metu auka patiria nuotaikų svyravimus, baimę ir pyktį EĮ. Trečioji; *reorganizacijos* fazė, kai EĮ patirtis yra asimiliuojama, žmogus susitaiko su nauja patirtimi ir gyvena toliau.

Pirmojoje poveikio fazėje susidaro unikali galimybė tinkamai paveikti nukentėjusį asmenį. Ištyrusi naujausius mokslo duomenis, S. E. Hobfoll su bendraautoriais 2007 m. pasiūlė penkis principus, kuriais remiantis turi būti teikiama psichologinė pagalba ūminiu laikotarpiu po EĮ³⁰.

2.1. Pirmosios psichologinės pagalbos pagrindiniai elementai

Panašią kaip S. E. Hobfoll koncepciją išvystė ir J. Zohar su bendraautoriais 2009 m. Laikotarpis, kuriuo ankstyvoji intervencija yra efektyvi, vadinamas „galimybių langu“³¹. Remiantis minėtais principais, buvo sukurta pirmoji psichologinė pagalba. Šiai intervencijai dabar teikiama pirmenybė ūminiu laikotarpiu po EĮ. PPP – tai įrodymais pagrįstas modelis, naudojamas pirmomis valandomis arba dienomis po EĮ³². PPP principai atitinka visus pagrindinius standartus, keliamus tokio tipo intervencijoms: moksliskai pagrįsta, pritaikoma praktikoje ir gali būti adaptuojama įvairiose kultūrose.

PPP sudaro pagrindiniai aštuoni elementai:

1. Kontaktas ir įtraukimas.
2. Saugumas ir komfortas – tikslas yra suteikti saugumą ir emocinį komfortą.
3. Stabilizacija – tikslas yra sumažinti EĮ sukeltą stresą.

²⁹ Sales, E.; Baum, M.; Shore, B. 2007. Victim Readjustment following Assault. *Journal of Social Issues*. 1984. 40, p. 117–136.

³⁰ Hobfoll, S. E.; Watson, P.; Bell, C. C. et al. *Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence*. *Psychiatry*. 70, p. 283–315.

³¹ Zohar, J.; Sonnino, R.; Juven-Wetzler, A. et al. 2009. *Can Posttraumatic Stress Disorder be Prevented?* *CNS Spectrums*. 14, p. 44–51.

³² Stuber, M. L.; Schneider, S.; Kassam-Adams, N. et al. 2006. *The Medical Traumatic Stress Toolkit*. *CNS Spectrums*. 11(2), p.137–142.

4. Informacijos kaupimas – siekiama įvertinti išgyvenusiojo būtiniausias poreikius.
5. Praktinė pagalba – tikslas sudaryti aplinką, kurioje išgyvenusysis gali pradėti spręsti problemas
6. Socialinės paramos teikimas
7. Informacija apie prisitaikymo galimybes: žodžiu ir raštu pateikiama informacija apie prisitaikymo įgūdžius ir atsigavimo po EĮ koncepcija
8. Ryšys su pagalbos tarnybomis; šio etapo tikslas – informuoti išgyvenusiuosius apie tarnybas, kurios jiems prieinamos ir gali suteikti pagalbą.

PPP modelis sėkmingai taikomas įvairiose socialinėse grupėse, kaip antai, vaikų ir paauglių, gelbėtojų, išgyvenusiujų EĮ ir kariškių bei jų šeimų³³. Teikiant psichologinę pagalbą, patariama naudoti mažiau direktyvius, bet daugiau į žmogų orientuotus metodus, suteikiant efektyvią psichinės sveikatos pagalbą po didelių EĮ³⁴. Kita vertus, psichologijos mokslo pasiekimai neturėtų apsiriboti vien EĮ galutinėmis stadijomis ir akcentuoti vien traumų pasekmių gydymą. Psichologiją reikėtų integruoti į visas penkias EĮ stadijas: planavimą, krizės komunikaciją, atsaką, pagalbą ir atsigavimą³⁵. Taip psichologija taptų pagrindiniu plačių tarpdalykinių paslaugų komponentu likviduojant EĮ visuomenės sveikatos sistemoje³⁶.

2.2. Pirmosios psichologinės pagalbos penki pagrindiniai principai

Siekiant sušvelninti neigiamą ekstremaliojo įvykio poveikį visuomenės psichinei sveikatai, ankstyvuojau laikotarpiu po masinių EĮ turi būti taikomos įrodymais pagrįstos intervencijos. S. E. Hobfoll ir bendraautorai 2007 m. aprašė penkis pagalbos principus ankstyvojoje fazėje po EĮ³⁷.

Pirmas – tai *saugumo jausmo teikimas*. Įrodyta, kad tiems, kuriems pavyksta atgauti santykinį saugumo jausmą tuojau po EĮ, sumažėja psichinės sveikatos sutrikimų rizika³⁸. Jeigu po EĮ grėsmės išlieka, prasideda biologiniai atsakai, kurie

³³ Phillips, S. B.; Kane, D. 2006. *Guidelines for Working with First Responders (Firefighters, Police, Emergency Medical Service and Military) in the Aftermath of Disaster*. New York: American Group Psychotherapy Association.

³⁴ Litz, B.; Gray, M.; Bryant, R. et al. 2002. Early Intervention for Trauma: Current Status and Future Directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 9(2), p. 112–134.

³⁵ Jacobs, G. 1995. The Development of a National Plan for Disaster Mental Health. *Professional Psychology*. 26, p. 543–549.

³⁶ Mangelsdorff, A. D. (Ed.). 2006. *Psychology in the Service of National Security*. Washington, DC: American Psychological Association.

³⁷ Hobfoll, S. E., *supra note*, 70, p. 283–315.

³⁸ Grieger, T. A.; Fullerton, C. S.; Ursano, R. J. 2003. Posttraumatic Stress Disorder, Alcohol Use, and Perceived Safety after the Terrorist Attack on the Pentagon. *Psychiatric Services*. 54(10), p. 1380–1382.

didina baimę ir nerimą³⁹. Žmonėms reikia suteikti „koreguojamąją“ informaciją tam, kad jie realiai vertintų grėsmes ateityje⁴⁰.

Sukurta keletas strategijų, kurios skatina psichologinio saugumo jausmą. Individualiame lygmenyje svarbiausia nutraukti potrauminio dirgiklio generalizaciją, kuri jungia negrėšmingus vaizdus, žmones arba kitus dalykus su pavojingais dirgikliais, susijusiais su pradine traumos grėsme⁴¹. Taikomos šios asociacijos: „Tiltas, kuris sugriuvo, yra pavojingas, tačiau ne visi tiltai yra pavojingi“ arba „Ta naktis buvo nesaugi, tačiau ne visos naktys yra nesaugios“. Tokios intervencijos skatina adaptacijos ir prisitaikymo įgūdžius⁴². Vykstant karo veiksams, paprasčiausiai padeda asmenų, greitai reaguojančių į stresą, perkėlimas toliau nuo įvykio epicentro. Tai sunaikina grėsmės-išgyvenimo fiziologijos automatizmą⁴³.

Visuomenės sveikatos lygmenyje saugumo jausmą skatina gynybinių resursų atkūrimas. Būtina pateikti objektyvią informaciją po EĮ, nes, jos stingant, kyla gandai ir eskaluojamos tiesos, neatitinkančios gąsdinančios istorijos apie įvykį⁴⁴. Pastebėta, kad neretai baimė dėl artimųjų saugumo yra didesnė nei baimė dėl paties savęs. Būtent todėl būtina kuo skubiau suteikti informaciją apie artimuosius⁴⁵. Taigi, saugumo jausmo suteikimas apima ir apsaugą nuo blogų žinių, gandų bei kitų veiksnių.

Atkreiptinas dėmesys į tai, kad netgi žiniasklaidos priemonių, ypač televizijos laidų apie įvykusią nelaimę nuolatinis žiūrėjimas palaiko nesaugumo jausmą bendruomenėje⁴⁶. Tai gali būti ypač žalinga vaikams, kurie, žiūrėdami televizijos vaizdus apie nelaimę, mano, kad katastrofa dar tęsiasi⁴⁷. Siekiant išvengti neigiamos

³⁹ Bryant, R. A. 2006. Cognitive Behavior Therapy: Implications from Advances in Neuroscience. In Kato, N.; Kawata, M.; Pitman, R. K. (Eds.). *PTSD: Brain mechanisms and clinical implications*. Tokyo: Springer-Verlag, p. 255–270.

⁴⁰ Smith, K.; Bryant, R. A. 2000. The Generality of Cognitive Bias in Acute Stress Disorder. *Behavior Research and Therapy*. 38, p. 709–715.

⁴¹ Resick, P. A.; Nishith, P.; Weaver, T. L. et al. 2002. A Comparison of Cognitive-processing Therapy with Prolonged Exposure and a Waiting Condition for the Treatment of Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Female Rape Victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70(4), p. 867–879.

⁴² Najavits, L. M. 2002. *Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*. New York: Guilford.

⁴³ Solomon, Z.; Shklar, R.; Mikulincer, M. 2005. Front Line Treatment of Combat Stress Reaction: A 20-Year Longitudinal Evaluation Study. *American Journal of Psychiatry*. 162, p. 2309–2314.

⁴⁴ Hobfoll, S. E.; London, P. 1986. The Relationship of Self-concept and Social Support to Emotional Distress among Women during War. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 4, p.189–203.

⁴⁵ Bleich, A.; Gelkopf, M.; Solomon, Z. 2003. Exposure to Terrorism, Stress-related Mental Health Symptoms, and Coping Behaviors among a Nationally Representative Sample in Israel. *Journal of the American Medical Association*. 290(5), p. 612–620.

⁴⁶ Torabi, M. R.; Seo, D. 2004. National Study of Behavioral and Life Changes since September 11. *Health Education & Behavior*. 31(2), p. 179–192.

⁴⁷ Lengua, L. J.; Long, A. C.; Smith, K. I. et al. 2005. Pre-attack Symptomatology and Temperament as Predictors of Children's Responses to the September 11th Terrorist Attacks. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 46(6), p. 631–645.

įtakos po EĮ, svarbu riboti per įvairias žiniasklaidos priemones skleidžiamą informaciją. Tėvai itin turėtų riboti tokios informacijos žalingą poveikį savo vaikams.

Antras principas – nusiramavimo skatinimas. Tam tikras susijaudinimo lygis yra normalus atsakas patyrus EĮ. Tačiau jam pasiekus tokį lygį, kuris sutrikdo miegą, valgymą, skysčių vartojimą, kasdienę veiklą, didėja psichopatologijos rizika ateityje⁴⁸. Pernelyg didelis susijaudinimas sukelia padidėjusį rizikos suvokimą. Tuomet išorinė aplinka suvokiama kaip potencialiai pavojinga neproporcingai turimai objektyviai informacijai. Neutralūs dirgikliai vertinami kaip pavojingi. Didėjant baimei, pasireiškia vengimo simptomai. Pradedama vengti ir bendravimo su kitais žmonėmis. Asmens gebėjimas funkcionuoti sumažėja būtent tuo metu, kai optimalus funkcionavimas ypač svarbus. Pagrindinė priežastis, dėl kurios psichologinės apklausos pastaraisiais metais buvo taip sukritikuotos, yra ta, kad jos didina susijaudinimą. Prašyti žmones išreikšti savo jausmus iškart po traumos gali būti žalinga, nes tuo metu labiausiai reikia nusiraminti ir grąžinti pusiausvyrą⁴⁹. Nerimo valdymas yra pagrindinis psichoterapinio gydymo uždavinys⁵⁰. Nerimastingą emocionalumą atsveria gilaus kvėpavimo pratimai, raumenų atpalaidavimo technikos, jogos pratimai, meditacija – visa tai padeda atsipalaiduoti⁵¹.

Vaistų reikšmė ankstyvuju laikotarpiu po EĮ yra gana kontraversiškas klausimas. Tyrimų metu nagrinėtas antiadrenerginė vaistų, antidepresantų ir anksiolitikų poveikis psichinei sveikatai. Būtina pabrėžti, kad benzodiazepinai, nors iš pradžių ir turi raminamąjį poveikį, vėliau gali didinti PTSS riziką⁵². Svarbu paminėti, jog teigiamos emocijos ir humoras padeda sėkmingiau prisitaikyti prie EĮ⁵³. Žmones reikia įtraukti į veiklą, kuri skatina teigiamas emocijas, ir riboti veiklas, susijusias su neigiamomis emocijomis. Žmonėms, jaučiantiems lengvą nerimą, žinių žiūrėjimą reikėtų riboti iki vieno karto rytą, po pietų ar ankstyvą popietę (bet ne prieš miegą). Labiau nerimastingiems asmenims naujienas turėtų pranešti draugai arba šeimos nariai, kurie tik pateikia faktus ir nehiperbolizuoja

⁴⁸ Bryant, R. A.; Harvey, A. G.; Guthrie, R. M. et al. 2003. Acute Psychophysiological Arousal and Posttraumatic Stress Disorder: A Two-year Prospective Study. *Journal of Traumatic Stress*. 16(5), p. 439–443.

⁴⁹ McNally, R. J.; Bryant, R. A.; Ehlers, A. 2003. Does Early Psychological Intervention Promote Recovery from Posttraumatic Stress? *Psychological Science in the Public Interest*. 4(2), p. 45–79.

⁵⁰ National Institute for Clinical Excellence. *The Management of PTSD in Primary and Secondary Care*. 2005. London: Author.

⁵¹ Somer, E.; Tamir, E.; Maguen, S. et al. 2005. Brief Cognitive-behavioral Phone-Based Intervention Targeting Anxiety about the Threat of Attack: A Pilot Study. *Behavior Research and Therapy*. 43(5), p. 669–679.

⁵² Gelpin, E.; Bonne, O. B.; Peri, T. et al. 1996. Treatment of Recent Trauma Survivors with Benzodiazepines: A Prospective Study. *Journal of Clinical Psychiatry*. 57(9), p. 390–394.

⁵³ Fredrickson, B. L.; Tugade, M. M.; Waugh, C. E. et al. 2003. What Good are Positive Emotions in Crisis? A Prospective Study of Resilience and Emotions following the Terrorist Attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*. 84, p. 365–376.

įvykių. Nusiramimą skatina ir į problemą orientuotas prisitaikymas. Svarbu padėti nukentėjusiesiems suskaldyti problemą į mažus kontroliuojamus vienetus ir sudaryti prielaidas mažoms pergalėms⁵⁴.

Kalbant apie bendruomenę, labai svarbi psichoedukacija. Tokia intervencija pasirodė esanti labai efektyvi mažinant PTSS pasireiškimą. Ji apima švietimą apie normalias reakcijas po EĮ, nerimo valdymo techniką, miego higieną, gaires, kaip naudotis žiniasklaidos priemonėmis. Šviečiamąją medžiagą galima skleisti įvairiomis žiniasklaidos priemonėmis⁵⁵.

Trečias principas – *asmeninio bei kolektyvinio veiksmingumo skatinimas*. Vienas pagrindinių uždavinių psichologijoje yra kontrolės teigiamoms baigtims jausmo atkūrimas. Labai dažnai individai praranda kompetenciją susidoroti su įvykiais, kuriuos jie patiria. Iš pradžių tie įvykiai yra susiję su pačiu EĮ, bet greitai generalizuojasi į fundamentalią jausmą „aš negaliu to padaryti“. Svarbu padėti žmonėms išsiugdyti įgūdžius nugalėti grėsmes ir spręsti problemas⁵⁶. Asmens veiksmingumo padidėjimas nebūna izoliuotas, jam reikia sėkmingų partnerių sprendžiant dideles problemas, kurios būna dažnos po EĮ. Dėl to su individualiu veiksmingumu glaudžiai susijęs ir kolektyvinis veiksmingumas⁵⁷. Įvykus didelės apimties katastrofai, žmonės žino, kad jie arba „nuskęs“, arba „išplauks kartu“. Kolektyvinio veiksmingumo jausmą gali skatinti įvairios veiklos: susirinkimai, religinės apeigos, mokyklų atstatymas⁵⁸. Kolektyvinis veiksmingumas turi būti skatinamas ir šeimoje, kuri dažnai yra pagrindine socialinės pagalbos teikėja⁵⁹.

Visgi tikėjimas savo jėgomis greitai žlunga, jeigu nėra paremtas sėkmingais veiksmais⁶⁰. Skubiosios pagalbos darbuotojai, gelbėtojai, kariškiai turi išmokti

⁵⁴ Silver, R. C.; Holman, E. A.; McIntosh, D. N. et al. 2002. Nationwide Longitudinal Study of Psychological Responses to September 11. *Journal of the American Medical Association*. 288, p. 1235–1244.

⁵⁵ Goenjian, A. K.; Walling, D.; Steinberg, A. M. et al. 2005. A Prospective Study of Posttraumatic Stress and Depressive Reactions among Treated and Untreated Adolescents 5 Years after a Catastrophic Disaster. *American Journal of Psychiatry*. 162, p. 2302–2308.

⁵⁶ Resick et al., *supra note*, 70, p. 867–879.

⁵⁷ Benight, C. C. 2004. Collective Efficacy following a Series of Natural Disasters. *Anxiety, Stress, and Coping*. 17(4), p. 401–420.

⁵⁸ Saltzman, W. R.; Layne, C. M.; Steinberg, A. M. et al. 2006. Trauma/grief-focused Group Psychotherapy with Adolescents. In L. A. Schein, H. I. Spitz, G. M. Burlingame, & P. R. Mushkin (Eds.), *Psychological Effects of Catastrophic Disasters: Group Approaches to Treatment*. New York: Haworth, p. 669–730.

⁵⁹ de Jong, J. T. V. M. 2002. Public Mental Health, Traumatic Stress and Human Rights Violations in Low-income Countries: A Culturally Appropriate Model in Times of Conflict, Disaster and Peace. In J. De Jong (Ed.), *Trauma, War and Violence: Public Mental Health in Sociocultural Context*. New York: Plenum-Kluwer, p. 1–91.

⁶⁰ Bandura, A. 1997. *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York: W. H. Freeman.

savo ir kolektyvinio veiksmingumo, tikėti savo lyderiais, pačiais savimi ir savo grupe kaip vienetu⁶¹.

Ketvirtas principas – *susijungimo skatinimas*. Socialiniai ryšiai įgalina sužinoti apie dalykus, būtinus po EĮ, pavyzdžiui, ar yra saugaus vandens. Socialiniai ryšiai taip pat sudaro galimybes praktiniam problemų sprendimui, emociniam supratimui, traumas sukeltų potyrių pasidalijimui, reakcijų į EĮ normalizavimui. Svarbiausias žingsnis po kiekvieno EĮ yra atkurti ryšius su artimaisiais. Po 2005 m. Londone įvykusių bombų sprogdinimų delsimas atgaivinti tokius ryšius buvo didžiuoju rizikos veiksniu psichopatologijai išsivystyti⁶². Tai ypač svarbu ir vaikams ir paaugliams. Jų susitikimas su tėvais po EĮ yra pagrindinis tikslas⁶³. Viename tyrimų karą (kitose šalyse) išgyvenę Bostono paaugliai buvo mokomi socialinės paramos būdų ir jiems buvo formuojami įgūdžiai, kaip rasti tokios paramos šaltinius. Toks gydymo būdas buvo labai efektyvus⁶⁴.

Visgi labai svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad paramos teikėjų veikla gali būti kenksminga ir sukelti labai didelę žalą⁶⁵. Po EĮ bendruomenėje gali sustiprėti ir rasiniai, religiniai, etniniai, socialiniai konfliktai. Žmonės pradeda nepasitikėti vieni kitais, tampa mažiau tolerantiški. Tokiais susiskirstymais

dažnai bando pasinaudoti politikai, besistengiantys labiau paremti „savąją“ grupę, kaip tai atsitiko Šri Lankoje⁶⁶.

Penktas principas – *vilties suteikimas*, stengiantis grąžinti gyvenimą į įprastinę būseną. EĮ dažnai sukelia požiūrį į pasaulį sukrėtimą, sutrumpėjusios ateities viziją, jausmą, kad „viskas yra prarasta“. EĮ yra patirtis, kuriai žmonės nepasiruošę ir kuri peržengia jų turimą prisitaikymo mechanizmą. Viltis – tai teigiamas į veiksma orientuotas tikėjimas, kad ateityje bus geriau⁶⁷. Nors viltis išgyvenama asmeniškai, jai pretekstą sukuria realios aplinkybės, pavyzdžiui, uragano „Andrew“ (JAV, 1992 m.) aukoms vienas ryškiausių PTSS rizikos veiks-

⁶¹ Chen, G. L.; Bliese, P. D. 2002. The Role of Different Levels of Leadership in Predicting Selfand Collective Efficacy: Evidence for Discontinuity. *Journal of Applied Psychology*. 87(3), p. 549–556.

⁶² Rubin, G. J.; Brewin, C. R.; Greenberg, N. et al. 2005. Psychological and Behavioral Reactions to the Bombings in London on 7 July 2005: Cross-sectional Survey of a Representative Sample of Londoners. *British Medical Journal*. 331(7517), p. 606–611.

⁶³ Hagan, J. F. 2005. Psychosocial Implications of Disaster or Terrorism on Children: A Guide for the Pediatrician. *Pediatrics*. 116(3), p. 787–795.

⁶⁴ Cox, J.; Davies, D. R.; Burlingame, G. M. et al. 2007. Effectiveness of a Trauma/grief-focused Group Intervention: A Qualitative Study with War-exposed Bosnian Adolescents. *International Journal of Group Psychotherapy*. 57(3), p. 319–345.

⁶⁵ Andrews, B.; Brewin, C. R.; Rose, S. 2003. Gender, Social Support, and PTSD in Victims of Violent Crime. *Journal of Traumatic Stress*. 16(4), p. 421–427.

⁶⁶ Somasundaram, D.; Jamunantha, C. S. 2002. Psychosocial Consequences of War: Northern Sri Lankan Experience. In *De Jong, T. V. J. M. (Ed.). Trauma, War and Violence: Public Mental Health in Sociocultural Context*. New York: Plenum-Kluwer, p. 205–258.

⁶⁷ Haase, J.; Britt, T.; Coward, D. et al. 1992. Simultaneous Concept Analysis of Spiritual Perspective, Hope, Acceptance, and Self-transcendence. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*. 24, p. 141–147.

nių buvo negebėjimas užtikrinti lėšų namams atstatyti ir po to sekęs vilties praradimas⁶⁸. Viltį galima suteikti įvairiomis intervencijos priemonėmis – nuo individualių iki grupinių. Išmokto optimizmo ir teigiamos psichologijos modelis skatina vilties jausmą, motyvaciją mokytis ir planuoti ateitį⁶⁹. Dar viena intervencija, skatinanti viltį, yra dialogas su pačiu savimi⁷⁰. Šio dialogo metu rekonstruojamos neracionalios baimės, kontroliuojamas savęs menkinimo jausmas ir skatinamas teigiamas prisitaikymas. Atkuriant viltį, labai svarbus komponentas yra „dekatastrofizavimas“. Katastrofizavimas trukdo prisitaikyti, kai kurie žmonės tokiu būdu ruošiasi blogiausiam. Ankstyvosios pažintinių funkcijų elgesio terapijos intervencijos užkerta kelią neigiamų procesų formavimuisi⁷¹. Neretai žmonės galvoja, jog niekada daugiau neturės namų. Daug veiksmingiau jiems yra skiepyti mintį, kad namą atstatyti užtruks keletą mėnesių. Bendruomenės lygmenyje viltį padeda skatinti žiniasklaida, mokyklos, universitetai, bendruomenės lyderiai. Jie gali padėti žmonėms orientuotis į teigiamus tikslus, taip formuodami jų, kaip individų ir bendruomenių, stiprybę. Viltį skatina įsitraukimas į tokią veiklą, kaip valymo ir atstatymo darbai, vizitai į namus arba kraujo donorystė.

Įgyvendinant šiuos principus, būtina atsižvelgti į vietinę kultūrą ir papročius. Šių principų įgyvendinimas gali labai skirtis Rytuose ir Vakaruose, išsivysčiusiose ir besivystančiose šalyse⁷².

Išvados ir rekomendacijos

Taigi, pagrindiniai socialinio atsparumo bruožai yra sistemos gebėjimas sugerti sukrėtimą ir išlaikyti pagrindinius savo atributus; sistemos gebėjimas organizuotis; gebėjimas prisitaikyti atsiradusių pokyčių kontekste. Kadangi pastaraisiais metais pasaulyje daugėja įvairių didelio masto ekstremaliųjų įvykių, socialinio atsparumo stiprinimas yra labai svarbi sritis. Katastrofos gali visam laikui pakeisti žmogaus gyvenimą arba jo galimybę visavertiškai funkcionuoti. Ekstremaliųjų situacijų sukeltos psichologinės ir socialinės pasekmės gali trukti trumpai, tačiau jos gali ilgam neigiamai paveikti populiacijos psichinę sveikatą ir psichosocialinę gerovę. Mokslinėje literatūroje yra pateikiama daug įrodymų, kad traumuojamieji įvykiai gali sukelti psichologinių problemų dideliame žmo-

⁶⁸ Ironson, G.; Wynings, C.; Schneiderman, N. et al. 1997. Post-traumatic Stress Symptoms, Intrusive Thoughts, Loss, and Immune Function after Hurricane Andrew. *Psychosomatic Medicine*. 59, p. 128–141.

⁶⁹ Seligman, M. E. P.; Steen, T. A.; Park, N. et al. 2005. Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*. 60, p. 410–421.

⁷⁰ Foa, E. B.; Rothbaum, B. O. 1998. *Treating the Trauma of Rape: Cognitive-behavioral Therapy for PTSD*. New York: Guilford.

⁷¹ Resick et al., *supra* note, 70, p. 867–879.

⁷² De Jong, T. V. J. M., *supra* note, p. 1–91.

nių skaičiui, dėl to gali išsivystyti įvairios lėtinės ligos bei padidėti bendrasis mirtingumas. Daugelis tokių žmonių niekada neieško ir jiems nereikalinga psichinės sveikatos tarnybų pagalba, jie pasikliauja savo pačių natūraliais prisitaikymo gebėjimais, socialine parama ir bendruomenės resursais. Tačiau nemaža žmonių dalis turės psichologinių ir psichiatrinių problemų (potrauminio streso sindromas, depresija, fobijos, nerimo sutrikimai, toksinių medžiagų ir alkoholio vartojimas), kurios ilgainiui gali tapti lėtinėmis.

Teigiama, kad psichinės sveikatos intervencinės programos turėtų būti kuriamos vadovaujantis tarptautinėmis gairėmis ir dokumentais, būtinai atsižvelgiant į žmogaus teises. Psichinės sveikatos stiprinimo intervencijos turi būti integruotos į skirtingus sveikatos priežiūros lygius – tai yra privalomas, tačiau ne vienintelis šios sistemos elementas. Būtina sukurti koordinuotą tinklą, užtikrinantį tinkamą paciento nukreipimą tarp pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros grandžių. Turi būti užtikrinta ir sunkių psichinių sutrikimų turinčių asmenų bendroji medicininė (ne tik psichiatrinė) priežiūra. Bendruomenės psichikos sveikatos centrų sukūrimas taip pat gali būti labai naudingas. Šie centrai gali atlikti klinikinį arba techninį (persiuntimo, švietimo arba priežiūros) vaidmenį.

Rekomenduojama, kad būtų užtikrinami kvalifikuotos pirmosios psichologinės pagalbos teikimo po ekstremaliųjų įvykių organizavimas ir savalaikis teikimas laikantis šiuolaikinių, mokslškai pagrįstų pagalbos teikimo principų. Šių rekomendacijų laikymasis daug prisideda prie psichosocialinio atsparumo stiprinimo. Kaip priimtinausia intervencijos forma po traumuojančių įvykių turi būti taikoma pirmoji psichologinė pagalba. Šios intervencijos pagrindiniai tikslai yra saugumo, komforto, stabilumo, socialinės paramos ir informacijos suteikimas. Kvalifikuotos pirmosios psichologinės pagalbos teikimo organizavimas ir savalaikis teikimas, laikantis šiuolaikinių, mokslškai pagrįstų principų, daug prisideda prie psichosocialinio atsparumo stiprinimo. Atkreiptinas dėmesys į tai, kad svarbu ne tik planuoti veiksmus, tarpinstitucinį bendradarbiavimą, bet parinkti ir kvalifikuotą personalą bei nuolatos vykdyti atitinkamus mokymus.

Literatūra

1. Adger, W. N. 2006. Vulnerability. *Global environmental change*. 16(3), p. 268–281.
2. Alexander, D. A. 1996. Trauma Research: a New Era. *Journal of Psychosomatic Research*. 41 p. 1–5.
3. Alexander, D. A. 2005. Early Mental Health Intervention after Disasters. *Advances in Psychiatric Treatment*. 11(1), p. 12–18.
4. Andrews, B.; Brewin, C. R.; Rose, S. 2003. Gender, Social Support, and PTSD in Victims of Violent Crime. *Journal of Traumatic Stress*. 16(4), p. 421–427.
5. Bandura, A. 1997. *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York: W. H. Freeman.

6. Benight, C. C. 2004. Collective Efficacy following a Series of Natural Disasters. *Anxiety, Stress, and Coping*. 17(4), p. 401–420.
7. Bisson, J. I.; Cohen, J. A. 2006. Disseminating Early Interventions following Trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 19, p. 583–95.
8. Bleich, A.; Gelkopf, M.; Solomon, Z. 2003. Exposure to Terrorism, Stress-related Mental Health Symptoms, and Coping Behaviors among a Nationally Representative Sample in Israel. *Journal of the American Medical Association*. 290(5), p. 612–620.
9. Brewin, C. R.; Scragg, P.; Robertson, M. *et al.* 2008. Promoting Mental Health following the Bombings: A Screen and Treat Approach. *Journal of Traumatic Stress*. 21, p. 3–8.
10. Bryant, R. A. 2006. Cognitive Behavior Therapy: Implications from Advances in Neuroscience. In Kato, N.; Kawata, M.; Pitman, R. K. (Eds.). *PTSD: Brain mechanisms and clinical implications*. Tokyo: Springer-Verlag, p. 255–270.
11. Bryant, R. A.; Harvey, A. G.; Guthrie, R. M. *et al.* 2003. Acute Psychophysiological Arousal and Posttraumatic Stress Disorder: A Two-year Prospective Study. *Journal of Traumatic Stress*. 16(5), p. 439–443.
12. Castleden, M.; McKee, M.; Murray, V.; Leonardi, G. 2011. Resilience thinking in health protection. *Journal of Public Health (Oxf)*. 33(3), p. 369–377.
13. Chandra, A.; Acosta, J.; Meredith, L. S. *et al.* 2010. Understanding Community Resilience in the Context of National Health Security: A Literature Review. *Santa Monica, CA: RAND Corporation*.
14. Chandra, A.; Williams, M.; Plough, A. *et al.* 2013. Getting actionable about community resilience: the Los Angeles County Community Disaster Resilience Project. *American Journal of Public Health*. 103(7), p. 1181–1189.
15. Chen, G. L.; Bliese, P. D. 2002. The Role of Different Levels of Leadership in Predicting Self and Collective Efficacy: Evidence for Discontinuity. *Journal of Applied Psychology*. 87(3), p. 549–556.
16. Cox, J.; Davies, D. R.; Burlingame, G. M. *et al.* 2007. Effectiveness of a Trauma/grief-focused Group Intervention: A Qualitative Study with War-exposed Bosnian Adolescents. *International Journal of Group Psychotherapy*. 57(3), p. 319–345.
17. de Jong, J. T. V. M. 2002. Public Mental Health, Traumatic Stress and Human Rights Violations in Low-income Countries: A Culturally Appropriate Model in Times of Conflict, Disaster and Peace. In J. De Jong (Ed.), *Trauma, War and Violence: Public Mental Health in Sociocultural Context*. New York: Plenum-Kluwer, p. 1–91.
18. Dutton, M. A.; Greene, R. 2010. Resilience and crime victimization. *Journal of Trauma Stress*. 23(2), p. 215–222.
19. Everly, G. S.; Mitchell, J. T. 1997. Critical Incident Stress Management (CISM): A New Era and Standard of Care in Crisis Intervention. Ellicott City, M. D.: Chevron. *Family Therapy*. 30, p. 45–59.
20. Foa, E. B.; Keane, T. M.; Friedman, M. J. *et al.* (Eds.). *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. 2008. Guilford Press.
21. Foa, E. B.; Rothbaum, B. O. 1998. *Treating the Trauma of Rape: Cognitive-behavioral Therapy for PTSD*. New York: Guilford.

22. Fredrickson, B. L.; Tugade, M. M.; Waugh, C. E. *et al.* 2003. What Good are Positive Emotions in Crisis? A Prospective Study of Resilience and Emotions following the Terrorist Attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*. 84, p. 365–376.
23. Gallopri'n, G. C. 2006. Linkages between vulnerability, resilience and adaptive capacity. *Global Environmental Change*. 16(3), p. 293–303.
24. Gelpin, E.; Bonne, O. B.; Peri, T. *et al.* 1996. Treatment of Recent Trauma Survivors with Benzodiazepines: A Prospective Study. *Journal of Clinical Psychiatry*. 57(9), p. 390–394.
25. Goenjian, A. K.; Walling, D.; Steinberg, A. M. *et al.* 2005. A Prospective Study of Posttraumatic Stress and Depressive Reactions among Treated and Untreated Adolescents 5 Years after a Catastrophic Disaster. *American Journal of Psychiatry*. 162, p. 2302–2308.
26. Grieger, T. A.; Fullerton, C. S.; Ursano, R. J. 2003. Posttraumatic Stress Disorder, Alcohol Use, and Perceived Safety after the Terrorist Attack on the Pentagon. *Psychiatric Services*. 54(10), p. 1380–1382.
27. Gruebner, O.; Lowe, S. R.; Sampson, L. *et al.* 2015. The geography of post-disaster mental health: spatial patterning of psychological vulnerability and resilience factors in New York City after Hurricane Sandy. *International Journal of Health Geographics*. 14(1), p. 16.
28. Haase, J.; Britt, T.; Coward, D. *et al.* 1992. Simultaneous Concept Analysis of Spiritual Perspective, Hope, Acceptance, and Self-transcendence. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*. 24, p. 141–147.
29. Hagan, J. F. 2005. Psychosocial Implications of Disaster or Terrorism on Children: A Guide for the Pediatrician. *Pediatrics*. 116(3), p. 787–795.
30. Hobfoll, S. E.; London, P. 1986. The Relationship of Self-concept and Social Support to Emotional Distress among Women during War. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 4, p. 189–203.
31. Hobfoll, S. E.; Watson, P.; Bell, C. C. *et al.* 2007. Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry*. 70, p. 283–315.
32. Ironson, G.; Wynings, C.; Schneiderman, N. *et al.* 1997. Post-traumatic Stress Symptoms, Intrusive Thoughts, Loss, and Immune Function after Hurricane Andrew. *Psychosomatic Medicine*. 59, p. 128–141.
33. Young, B. 2006. The Immediate Response to Disaster: Guidelines for Adult Psychological First Aid. In *Ritchie, E. C.; Watson, P. J.; Friedman, M. J. (Eds.), Interventions following Mass Violence and Disasters: Strategies for Mental Health Practices*. New York: Guilford Press, p. 134–154.
34. Jacobs, G. 1995. The Development of a National Plan for Disaster Mental Health. *Professional Psychology*. 26, p. 543–549.
35. Kaplan, A. 1964. *Chapter VII: Models*. In *The Conduct of Inquiry: Methodology for Behavioral Science*. San Francisco, CA: Chandler, p. 258–291.
36. Kimhi, S. 2014. Levels of resilience: Associations among individual, community, and national resilience. *Journal of Health Psychology*. 1(7).

37. Kimhi, S.; Eshel, Y. 2015. The Missing Link in Resilience Research. *Psychological Inquiry*. 26(2), p. 181–186.
38. Lengua, L. J.; Long, A. C.; Smith, K. I. et al. 2005. Pre-attack Symptomatology and Temperament as Predictors of Children's Responses to the September 11th Terrorist Attacks. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 46(6), p. 631–645.
39. Litz, B. T. 2008. Early Intervention for Trauma: Where are We and Where do We Need to Go? A Commentary. *Journal of Traumatic Stress*. 21, p. 503–6.
40. Litz, B.; Gray, M.; Bryant, R. et al. 2002. Early Intervention for Trauma: Current Status and Future Directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 9(2), p. 112–134.
41. Mangelsdorff, A. D. (Ed.). 2006. *Psychology in the Service of National Security*. Washington, DC: American Psychological Association.
42. McNally, R. J.; Bryant, R. A.; Ehlers, A. 2003. Does Early Psychological Intervention Promote Recovery from Posttraumatic Stress? *Psychological Science in the Public Interest*. 4(2), p. 45–79.
43. Moser, S. C. 2010. Now more than ever: the need for more societally relevant research on vulnerability and adaptation to climate change. *Applied Geography*. 30(4), p. 464–474.
44. Najavits, L. M. 2002. *Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*. New York: Guilford.
45. National Institute for Clinical Excellence. 2005. *The Management of PTSD in Primary and Secondary Care*. London: Author.
46. Norris, F. H.; Stevens, S. P.; Pfefferbaum, B.; Wyche, K. F.; Pfefferbaum, R. L. 2008. Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. *American journal of community psychology*. 41(1–2), p. 127–150.
47. Nuwayhid, I.; Zurayk, H.; Yamout, R.; Cortas, C. S. 2011. Summer 2006 war on Lebanon: A lesson in community resilience. *Global public health*. 6(5), p. 505–519.
48. Phillips, S. B.; Kane, D. 2006. *Guidelines for Working with First Responders (Firefighters, Police, Emergency Medical Service and Military) in the Aftermath of Disaster*. New York: American Group Psychotherapy Association.
49. Raphael, B. 1986. *When Disaster Strikes. How Individuals and Communities Cope with Catastrophe*. New York: Basic Books.
50. Raphael, B.; Newman, L. 2000. *Disaster Mental Health Response Handbook*. Parramatta: NSW Institute of Psychiatry.
51. Resick, P. A.; Nishith, P.; Weaver, T. L. et al. 2002. A Comparison of Cognitive-processing Therapy with Prolonged Exposure and a Waiting Condition for the Treatment of Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Female Rape Victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70(4), p. 867–879.
52. Roberts, N. 2009. Early Intervention following Traumatic Events. *Psychiatry*. 8(8), p. 297–300.
53. Rose, S.; Bisson, J.; Churchill, R. et al. 2002. Psychological Debriefing for Preventing Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2(2).
54. Rubin, G. J.; Brewin, C. R.; Greenberg, N. et al. 2005. Psychological and Behavioral Reactions to the Bombings in London on 7 July 2005: Cross-sectional Survey of a Representative Sample of Londoners. *British Medical Journal*. 331(7517), p. 606–611.

55. Sales, E.; Baum, M.; Shore, B. 1984. Victim Readjustment following Assault. *Journal of Social Issues*. 40, p. 117–136.
56. Saltzman, W. R.; Layne, C. M.; Steinberg, A. M. *et al.* 2006. Trauma/grief-focused Group Psychotherapy with Adolescents. In L. A. Schein, H. I. Spitz, G. M. Burlingame, & P. R. Mushkin (Eds.), *Psychological Effects of Catastrophic Disasters: Group Approaches to Treatment*. New York: Haworth, p. 669–730.
57. Seligman, M. E. P.; Steen, T. A.; Park, N. *et al.* 2005. Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*. 60, p. 410–421.
58. Sijbrandij, M.; Olf, M.; Reitsma, J. B. *et al.* 2006. Emotional or Educational Debriefing after Psychological Trauma. Randomised Controlled Trial. *British Journal of Psychiatry*. 189, p. 150–5.
59. Silver, R. C.; Holman, E. A.; McIntosh, D. N. *et al.* 2002. Nationwide Longitudinal Study of Psychological Responses to September 11. *Journal of the American Medical Association*. 288, p. 1235–1244.
60. Smith, K.; Bryant, R. A. 2000. The Generality of Cognitive Bias in Acute Stress Disorder. *Behavior Research and Therapy*. 38, p. 709–715.
61. Solomon, Z.; Shklar, R.; Mikulincer, M. 2005. Front Line Treatment of Combat Stress Reaction: A 20-Year Longitudinal Evaluation Study. *American Journal of Psychiatry*. 162, p. 2309–2314.
62. Somasundaram, D.; Jamunantha, C. S. 2002. Psychosocial Consequences of War: Northern Sri Lankan Experience. In De Jong, T. V. J. M. (Ed.). *Trauma, War and Violence: Public Mental Health in Sociocultural Context*. New York: Plenum-Kluwer, p. 205–258.
63. Somer, E.; Tamir, E.; Maguen, S. *et al.* 2005. Brief Cognitive-behavioral Phone-Based Intervention Targeting Anxiety about the Threat of Attack: A Pilot Study. *Behavior Research and Therapy*. 43(5), p. 669–679.
64. Stuber, M. L.; Schneider, S.; Kassam-Adams, N. *et al.* 2006. The Medical Traumatic Stress Toolkit. *CNS Spectrums*. 11(2), p. 137–142.
65. Torabi, M. R.; Seo, D. 2004. National Study of Behavioral and Life Changes since September 11. *Health Education & Behavior*. 31(2), p. 179–192.
66. Van Ommeren, M.; Saxena, S.; Saraceno, B. 2005. Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus? *Bulletin of the World Health Organization*. 83(1), p. 71–75.
67. World Health Organization. 2012. *Global Burden of Mental Disorders and the Need for a Comprehensive, Coordinated Response from Health and Social Sectors at the Country Level*.
68. Zohar, J.; Sonnino, R.; Juven-Wetzler, A. *et al.* 2009. Can Posttraumatic Stress Disorder be Prevented? *CNS Spectrums*. 14, p. 44–51.

Promoting Social Resilience to Disasters: the Principles of Delivery of Psychological First Aid

Vilma Miglinė

Mykolas Romeris University, Health Research Laboratory, Vilnius, Lithuania

Summary. *Concern is increasing all over the world not only about the consequences of climate change, namely increasingly frequent and heavier natural disasters. Changing geopolitical situation with armed conflicts, terrorist attacks, increased influx of refugees to European countries causes a great concern as well. In this context, it will be important to be able to effectively adopt to a rapidly changing world over the coming years and decades and properly prepare to potential threats to countries and inhabitants.*

Research shows that potentially traumatic events, such as wars, natural and technological disasters and economic crises have negative psychological consequences. The impact of traumatic events has the ability to accumulate. Persistent traumatic events lead to significant negative consequences on the physical and mental health. Therefore, a desirable objective would be to create a resilient social systems which are able to neutralize any disaster impact and time to recover from it. In this way, social systems will be more secure.

The purpose of this article is to analyse current scientific literature and case studies to justify the importance of principles of psychological first aid aiming to increase the resistance of social systems in the context of extreme events by providing appropriate recommendations.

Performed analysis supports the efficiency of various psychological interventions in prevention of mental health disorders and the treatment of early traumatic stress reactions. Psychological first aid is recommended as the most efficient method of intervention. Psychological first aid is constructed around five core principles: safety, comfort, stabilization, connection with social supports and information gathering. Qualified psychological first aid organization and timely delivery with modern, science-based approach significantly contributes to the psychosocial resilience of social systems.

Keywords: *psychological first aid, mental health, extreme events, disasters, social resilience.*

Vilma Miglinė, Mykolas Romeris universiteto Politikos ir vadybos fakulteto Vadybos instituto doktorantė. Mokslinių tyrimų kryptys: visuomenės pažeidžiamumas ir psichosocialinis atsparumas ekstremaliesiems įvykiams, krizių valdymas.

Vilma Miglinė, PhD student at the Institute of Management, Faculty of Politics and Management, Mykolas Romeris University. Research interests: public vulnerability and psychosocial resilience to extreme events, crisis management.

PACIENTŲ POŽIŪRIS Į PSICHIKOS DIENOS STACIONARO TEIKIAMAS PASLAUGAS: ATVEJO ANALIZĖ

Rasa Šulskienė

Alytaus psichikos sveikatos centras
Naujoji g. 48, LT-62381 Alytus, Lietuva
Elektroninis paštas: rasinux@gmail.com

Aldona Gaižauskienė

Vilniaus Kolegija
Saltoniškių g. 58, LT-08105, Vilnius, Lietuva
Mykolo Romerio universitetas
Ateities 20, LT-08303 Vilnius
Elektroninis paštas: aldon.gaizauskienes@gmail.com

Pateikta 2015 m. rugsėjo 8 d., parengta spausdinti 2015 m. lapkričio 16 d.

DOI:10.13165/SPV-16-1-9-08

Santrauka

Psichikos sutrikimai tampa viena didžiausių sveikatos problemų pasaulyje. Efektyvūs sprendimai psichinės sveikatos priežiūros srityje įmanomi taikant modernius prevencijos, gydymo ir reabilitacijos metodus. Tuo tikslu atidaromi Psichikos dienos stacionarai.

Šio straipsnio tikslas – įvertinti pacientų požiūrį į Psichikos dienos stacionaruose teikiamas paslaugas. Atliktas kokybinis tyrimas. Penkių pacientų požiūris į teikiamas paslaugas buvo analizuotas taikant naratyvinio tyrimo strategiją neformalizuotu atviros formos interviu. Tyrimas parodė, kad pacientams svarbu informuotumas apie galimas gauti paslaugas, pagarba, optimaliausias paslaugos parinkimas. Vertinat paslaugų organizavimą gydymo pradžioje, galima išvelgti neigiamus pirmuosius įspūdžius, susijusius su nežinomybe, baime. Jauki gydymo įstaigos aplinka teigiamai veikia pacientų adaptaciją ir teigiamą atsaką į iškilusias baimes. Gydymosi laikotarpiu tyrimo dalyviai išskyrė jiems svarbius psichosocialinius pokyčius, fizinės sveikatos negalavimų simptomatikos sumažėjimą, tai su-

siedami su mažesniu vaistų vartojimu. Teigiamai buvo vertinama galimybė gauti paslaugas savo mieste, nebūti izoliuotiems stacionarioje psichiatrijos įstaigoje.

Raktiniai žodžiai: psichinės sveikatos priežiūros paslaugos, psichikos dienos stacionarai, pacientų požiūris.

Įvadas

Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis psichikos sutrikimai sudaro apie 12 proc. visų ligų, o iki 2020 m. šis skaičius gali išaugti iki 15 proc.¹ Tad psichinė sveikata tampa svarbiausia XXI a. pradžios visuomenės sveikatos sritimi, reikalaujančia kiekybiškai ir kokybiškai naujų investicijų bei sprendimų.

Visuomenė „medikalizuotai“ bandė spręsti su žmogaus psichika susijusias problemas. Norint pakeisti psichikos susirgimų didėjimo tendencijas, būtina naujai pažvelgti į psichikos sutrikimų gydymą, jungiant medicinos, reabilitacijos, šeimos ir pačios visuomenės vaidmenį ir ieškoti efektyvių būdų skatinti psichinę piliečių gerovę². Sprendžiant su psichine sveikata susijusias problemas reikalingas kompleksinis požiūris, ypač akcentuojant bendruomenines paslaugas. Tuo tikslu atidaromi Psichikos dienos stacionarai (PDS).

Lietuvoje pirmieji dienos stacionarai buvo įkurti prie Universitetinių psichiatrijos ligoninių. Jie funkcionuoja iki šiol. Dienos stacionaras – tai tarpinė grandis tarp stacionarinio ir ambulatorinio gydymo arba dalinė hospitalizacija. Jame pacientai dieną aktyviai gydomi psichotropiniais medikamentais, jiems taikomos įvairios psichiatriinės reabilitacijos priemonės, psichoterapija, bet nakčiai jie grįžta į namus³. Stacionaruose turėtų būti grupinės psichoterapijos, meno, muzikos ir darbo terapijos paslaugos, tačiau pirmieji psichiatrijos ligoninėse įkurti psichiatrijos dienos stacionarai išliko daugiau priklausomi nuo biomedicininio ligų gydymo modelio, kai svarbiausias psichikos ligų gydymo būdas išlieka farmakoterapija.

Gavus ES paramą 2007–2013 m. pradėta vykdyti priemonė „Psichikos dienos stacionarų (centrų) įkūrimas“. Iš ES struktūrinių fondų steigiami stacionarai turi daug panašumų su funkcionuojančiais psichiatrijos ligoninėse, tačiau galima išvelgti ir daug skirtumų.

¹ WHO, *Mental health atlas 2011*, Geneva: World Health Organization, 2011, p. 82, prieiga per internetą: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9799241564359_eng.pdf (žiūrėta 2015-02-01).

² Davidonienė O. *Psichikos sveikatos politikos raida ir problemos*, 2009, prieiga per internetą: http://ssvp2012.mruni.eu/wp-content/uploads/2011/10/11_PSICHIATRIJA_2012.pdf (žiūrėta 2014-09-09).

³ LR sveikatos apsaugos ministro 1999 m. gegužės 27 d. įsakymas Nr. 256 „Dėl pirminio, antrinio ir tretinio lygių psichiatrijos ir psichoterapijos paslaugų teikimo suaugusiems reikalavimų bei bazinių kainų tvirtinimo“

Naujai steigiamuose PDS didelis dėmesys skiriamas pacientų gyvenimo kokybei. Mokymų, konsultacijų metu pacientai mokomi atpažinti ir įveikti krizes, sužinoti aktualias gydymo ir reabilitacijos naujienas. Padedama prisitaikyti visuomenėje, gerinami bendravimo ir socialiniai įgūdžiai. Naujai steigiamuose PDS galima įgyvendinti daug veiksmingų terapijos rūšių, kurios nereikalauja didelių finansinių investicijų. Sveikatos sutrikimams šalinti ir juos palengvinti, atsipalaiduoti nuo varginančių simptomų bei kūrybinėms galioms išlaisvinti ir ugdyti taikomi įvairūs užimtumo terapijos metodai⁴. Tai Meno terapija, iš kurių dažniausiai naudojama dailės, muzikos, judesio terapija, pastarosios skatina realizuoti kūrybines galias⁵. Siekiant sumažinti įtampą, streso sukeliamas pasekmes, pagerinti asmens biopsichosocialinį funkcionavimą, naudojami įvairūs atsipalaidavimo metodai, vienas iš jų – relaksacija. Pastebėta, kad relaksacija mažina ne tik įtampą, bet ir pyktį bei nerimą. Minėtos būklės ypač būdingos asmenims, turintiems psichikos sutrikimų, todėl relaksacija plačiai naudojama ir psichikos stacionare⁶.

Naujai steigiami PDS – tai tarsi perėjimas nuo institucine globa pagrįstų paslaugų prie veiksmingų bendruomeninių paslaugų, kai pačiame pavadinime išlieka institucinis įvardinimas, bet pačiuose stacionaruose remiamasi ne stacionaro, o namų aplinkos samprata, teikiant paslaugas pacientams⁷. Tai ypač svarbus ir novatoriškas požiūris, galima sakyti, žingsnis link modernios, pacientų poreikius atitinkančios psichinės sveikatos priežiūros Lietuvoje.

Paslaugų kokybės gerinimas yra kiekvienos valstybės sveikatos priežiūros sistemos svarbiausias uždavinys. Vis dažniau pripažįstama, jog paciento dalyvavimas yra raktinis elementas tobulinat sveikatos priežiūros sistemas. Todėl būtina dažniau tirti pacientų nuomonę, jų požiūrį į paslaugų kokybę ir jų puoselėjamus lūkesčius⁸. Lietuvoje atlikta pakankamai daug tyrimų, nagrinėjančių

⁴ Tjörnstrand C., et al., *Participation in day centres for people with psychiatric disabilities – a focus on occupational engagement*//*British Journal of Occupational Therapy*, Nr. 76(3), 2013, p. 144-150. Prieiga per internetą <http://bj.o.sagepub.com/content/76/3/144.full.pdf+html> (žiūrėta 2014-12-06).

⁵ Dubodelova Ž., Mačiulaitis R., *Meno terapija kaip gydymo metodas asmenims, turintiems specialiųjų poreikių (psichikos sutrikimų)*//*Sveikatos mokslai*, Vol. 22, Nr. 4, 2012, p. 23-28.

⁶ Perminas A. ir kt., *Progresuojančios raumenų relaksacijos ir relaksacijos su klasikinė muzika galimybės mažinti psichofiziologinę įtampą*//*Tarptautinis psichologijos žurnalas: biopsichosocialinis požiūris*, Nr. 8, 2011, p. 83-97, prieiga per internetą: http://www.psyjournal.vdu.lt/wp/wp-content/uploads/2011/08/IJP_8_2011_53.pdf (žiūrėta 2015-02-10)

⁷ Voronaja N., *Pirminis psichikos sveikatos priežiūros lygis: problemos ir sprendimo būdai*// *Nervų ir psichikos ligos*, Nr. 1 (45), 2010, p. 1-4.

⁸ Gurevičius R. *Kuriant į pacientą orientuotą sveikatos priežiūros sistemą. Visuomenės sveikata*. 2015/1(68) 8-15

pacientų požiūrį į teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę^{9, 10, 11, 12}. Visgi darbo autoriams nepavyko rasti mokslinių tyrimų, nagrinėjančių psichinės sveikatos sutrikimų turinčių asmenų nuomonę apie jiems teikiamas paslaugas. Šio straipsnio tikslas – įvertinti psichikos sutrikimų turinčių pacientų požiūrį į teikiamas paslaugas naujai įsteigtuose Psichikos dienos stacionaruose.

Tyrimo metodologija

Psichikos sutrikimų turinčių pacientų požiūriui įvardyti buvo atliktas kokybinis tyrimas. Jis sudaro sąlygas išskirti kokybines charakteristikas ir plačiau pažvelgti į problemą per individualią žmogaus patirtį apie tiriamą reiškinį¹³. Tyrimas buvo atliktas X įstaigoje 2014 m. gruodžio mėn. – 2015 m. sausio mėn. Prieš atliekant tyrimą, pirmiausia buvo gautas X įstaigos vadovo leidimas. Vadovaujantis tyrimo etikos principais, didžiausias dėmesys skirtas tyrėjo etikai tyrimo dalyvių požiūriu. Kadangi tyrimo dalyviai buvo asmenys, turintys psichinės sveikatos sutrikimų, jiems suprantama forma aptarta ir užtikrinta, kad gauti duomenys ir jų atvirumas nebus panaudoti prieš juos, neturės jokios įtakos ateityje, norint gydytis Psichikos dienos stacionare. Dalyvavimas tyrime buvo laisvanoriškas.

Tyrimo dalyvavo penki asmenys, kuriems pagal Tarptautinę 10 peržiūros statistinę ligų ir sveikatos problemų klasifikaciją buvo diagnozuotas psichikos sveikatos sutrikimas. Jie turėjo skirtingą neįgalumo lygį, hospitalizacijos ir ligos trukmės patirtį ir praėjo visą 30 darbo dienų gydymo kursą Psichikos dienos stacionare.

⁹ Jankauskienė D. *Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo pacientų požiūriu palyginimas Lietuvoje ir kai kuriose Europos šalyse. Sveikatos politika ir valdymas*, 2012; 1(4): 84-101

¹⁰ Kairys J., Šturienė R., Lamanauskaitė M. *Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas pagal pacientų demografines ir socialines charakteristikas. Visuomenės sveikata*, 2014, 24 tomas, Nr. 2, p. 5-14.

¹¹ Kelauskaitė S., Stankūnas M., Sauliūnė S. *Kauno miesto gyventojų nuomonės apie pasitenkinimą pirminės sveikatos priežiūros paslaugomis įvertinimas. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*, 2012 m. kovas (T. 16, Nr. 3).

¹² Štaras K., Vedlūga T., Kalvelytė N. *Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės prieinamumo ir priimtimumo vertinimas ir analizė. Sveikatos mokslai* 2013, 23, Nr. 4, p. 27-33.

¹³ Kardelis K., *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*, Šiauliai: Lucilijus, 2007, 397 p.

1 lentelė. Demografinės tyrimo dalyvių charakteristikos

Tyrimo dalyvio	Lytis	Amžius	Diagnozė	Išsilavinimas	Profesija	Darbingumas	Neįgalumas	Hospitalizacijų skaičius iki PDS per pastaruosius dvejus metus	Kiek metų serga
1 (A)	V	52 m.	F25.2	Aukštasis	Inžinierius	Pagal patentą	+	6	5
2 (B)	M	50 m.	F33.1	Aukštesnysis	Darželio auklėtoja	Dirbanti	-	-	1
3 (C)	M	40 m.	F33.2	Aukštasis	Farmacininkė	Nedirba	+	12	15
4 (D)	M	54 m.	F33.2	Aukštasis	Mokytoja	Nedirba	+	17	20
5 (E)	V	52 m.	F33.1	Aukštesnysis	Geodezininkas	Dirbantis	-	-	10

Siekiant nevaržyti, neformalizuoti, bet išgirsti ir suprasti pačių tyrimo dalyvių patirtis kaip priimtinausia šiai tiriamųjų grupei pasirinkta pasakojimo forma buvo naratyvas. Naratyvo analizė – tai tyrimo strategija, „kuri pripažįsta, kad konkrečios išsakytos „istorijos“ pateikia įžvalgas apie žmonių išgyvenamas patirtis. <...> Remdamasis analizės procesais, leidžiančiais atrasti pagrindines naratyvo temas tekstuose, kurias išsako žmonės apie savo išgyvenimus, tyrėjas atranda, kaip žmonės supranta ir suteikia prasmę savo veiklai ir gyvenimui“¹⁴.

Kokybinio tyrimo naratyviniam metodui buvo pasirinktas neformalizuotas atviros formos interviu. Pagrindinis šio interviu tipo privalumas – interviu individualizavimas ir tiesioginis ryšys su tyrimo dalyviu. Naratyvinė tyrimo analizė buvo atlikta pagal B. Bitino ir kt.¹⁵ pateiktus žingsnius. Pokalbis su pacientais buvo pradedamas klausimu: „Prašau, papasakokite, kokia jūsų asmeninė gydymosi patirtis Psichikos dienos stacionare. Kokie jūsų išpūdžiai, pastebėjimai, teigiami arba neigiami pokyčiai, nauda arba praradimai. Prašau laisvai, savo nuožiūra papasakoti, kas jums atrodo svarbaus įvyko per šį laikotarpį, kokių buvo sunkumų. Galbūt yra kažkas, ką norėtumėte papasakoti, jeigu žinotumėt, kad

14 Bitinas B., Rupšienė L., Židžiūnaitė V., *Kokybinių tyrimų metodologija*, Klaipėda: S. Jokudžio leidykla, 2008, 303 p.

15 Bitinas B., Rupšienė L., Židžiūnaitė V., *Kokybinių tyrimų metodologija*, Klaipėda: S. Jokudžio leidykla, 2008, 303 p.

būsit išgirstas tų asmenų, nuo kurių priklauso šios paslaugos tęstinumas, organizavimas, prasmės matymas bei finansavimo skyrimas“.

Gauti tyrimo duomenys buvo analizuojami taikant kokybinę turinio (*content*) analizę.

Tyrimo rezultatai ir jų aptarimas.

Atlikus interviu analizę, išsiskyrė trys vyraujančios temos:

- „Susidūrimo“ su *Psichikos dienos stacionaru patirtis*.
- *Pirmoji savaitė Psichikos dienos stacionare*.
- *Gydymo rezultatai*.

„**Susidūrimo“ su Psichikos dienos stacionaru patirtis.** Visi tyrimo dalyviai savo pasakojimo pradžioje daugiau arba mažiau akcentavo, kaip jie sužinojo apie galimybę gydytis Psichikos dienos stacionare, ypač medikų, artimųjų vaidmenį. Kadangi tokio tipo paslauga pakankamai „jauna“, dar nėra pakankamai žinoma visiems gyventojams kaip alternatyva stacionariniam gydymui, pirmą siūlymą gauti tokią paslaugą visi tyrimo dalyviai įsiminė ir išskyrė atskira pasakojimo dalimi:

„...Sergu jau ne pirmus metus, kai labai blogai pasijaučiu, žmona priverčia, žinot, gero norėdama... gal neverčia, bet... hm... važiuoju gydytis į Marias. Tą sykį pas gydytoją irgi palydėjo žmona ir pasakė, kad man jau reikia važiuot, kad reikia siuntimo, o ji nuveš mane. Tačiau gydytoja pradėjo šnekinti, visko klausinėti ir sako, galėtumėt šį sykį pabandyti nevažiuot į Marias, nes <...> pradėjo veikti dienos centras ar tai stacionaras, paskui paaiškino, kad ten reikės kasdien lankytis, ateiti rytą, o po pietų grįžti namo. Aš iš karto sutikau, kad tik į tą kalėjimą nereikėtų... Žmonai nepatiko, nes manęs neišvežė mėnesiui“ 1 (A).

Antroji informantė 2 (B) ypač jausmingai prisiminė „susidūrimą“ su Psichikos dienos stacionaru. Jos tai pirmoji patirtis su psichiatrais, psichikos liga. Net skyrių pavadinimai, specialistų psichiatrų įvardijimai jai kėlė „siaubą“: „Gyvenime nesusidūriau su jokiom psichikos ligom, o dar baisiau psichiatrais, kai man pasiūlė į čia (PDS) pradėjo žemė slyst iš po kojų. Aš ką, kokia psichinė?.. Ar su manim jau taip blogai? Aš normalus žmogus, normali moteris, man nieko netrūksta. Man viskas gerai. <...> Jau kurį laiką išsirašinėju pas šeimos gydytoją visai lengvų raminamųjų vaistų. 2 (B).

Atsiskleidžia daugelis įvairialypių baimių bei „susidūrimo“ su psichiatru reikšmė. Kaip tai neįprasta tyrimo dalyviui, ko gero, neatsiejama nuo aplinkos poveikio bei patirties, nes „pas psichiatrą lankytis, tai jau kažkas ne taip“ 2 (B).

Trečiojo tyrimo dalyvio patirties pasakojime daug praeities nulemtų veiksmų, kurie ilgainiui tampa įprasti ir net suteikiantys saugumo jausmą, nepriklausomai nuo rezultatų: „Negaliu gyvent be Žiegždrių. Man patinka tik tikri stacionarai, išvažiuoji ir pinigų susitaupai, nereik valgyt daryt, už butą minimaliai mokėt ir visas. <...> kai mano daktarė (gydytoja psichiatrė) pasakė, kad dabar nereikia į Žiegždrius, o reiks lankyt kažkokį dienos stacionarą, pasiutau rimtai. Pasakiau niekur aš neisiu.“ 3 (C). Naujos paslaugos pateikimas trečiajam tyrimo dalyviui prilygo saugumo praradimą.

„Iki šiol mane gelbėjo tik Marios (Psichiatrijos Marių ligoninė), aš taip įpratus ir man gerai. <...> Tačiau syki pamačiau per televizorių, paskui ir laikraštį pastebėjau, kad <...> atsiradė Psichikos dienos stacionaras, <...> dar iš kažko išgirdau labai gerų atsiliepimų. <...> Syki nuėjau dėl mamos pas šeimos daktarę, užsiminiau kaip ten tas dienos stacionaras, sakau gal man pabandyt, o ji ir sako: – tu ką, nori su kokiais „durniais“ kartu susėdus piešt? Negalėjau atsigaust kelias dienas, <...> juk ji net nežinojo, kad aš ir esu ta „durnė“ 4 (D).

Penktasis tyrimo dalyvis užsiminė ir apie įstaigos pavadinimo sukeltą vidinę įtampą.

„Kai gydytoja pasiūlė siuntimą į dienos stacionarą, sulaikiau viską savyje. Tiesiog žinojau, kad darbe padirbt negaliu, galvoju kaip nors ištersiu. <...> Jaudino ne tai, kad aš patenku į tokią įstaigą, bet kad taip aršiai vadinasi, o jei kas sužinos... bet sutikau“ 5 (E).

Sergantieji dėl savo ligos pažeidžiami stipriau nei sveiki asmenys, labiau veikiami aplinkos. Vertinant ir analizuojant šią ir kitas pasakojimų dalis ir norint suprasti, išvelgti pasakojimuose įprasminas reikšmes, svarbu atsižvelgti į surinktą tyrimo dalyvių anamnezę.

2 (B) ir 5 (E) informantų ligos priešistorė akivaizdžiai skiriasi nuo kitų trijų tyrimo dalyvių. Jie iki šiol nebuvo susidūrę su stacionaria pagalba ir net neįsivaizduoja kaip tai vyksta. Priešinga kitų trijų informantų 1 (A), 3 (C) ir 4 (D) patirtis, jiems nėra naujiena psichiatrinė pagalba, tai toli gražu ne pirmasis ligos epizodas, jie „ilgamečiai“ psichinės sveikatos priežiūros paslaugų gavėjai. Tad ir pojūčiai skiriasi. Iš šios pasakojimo dalies išskirtos dvi kokybinės temos: Informavimo apie paslaugą pateikimo būdai, informavimo svarba (2 lentelė).

2 lentelė. Tyrimo dalyvių patirtis dėl galimybės sužinoti ir gauti paslaugas Psichikos dienos stacionare.

Tema	Potemė	Patvirtinantys tyrimo dalyvių teiginiai
Informavimo apie paslaugą pateikimo būdai	Medikų vaidmuo	<p>„Tą sykį pas gydytoją irgi atlydėjo žmona ir pasakė, kad man jau reikia važiuot, kad reikia siuntimo o ji nuveš mane. Tačiau gydytoja pradėjo šnekinti mane, visko klausinėti ir sako, kad galėtumėt šį sykį pabandyti nevažiuot į Marias, nes <...> pradėjo veikti dienos centras ar tai stacionaras...“ 1 (A).</p> <p>„Jau kurį laiką išsirašinėjau pas šeimos daktarę visai lengvų raminaujamųjų vaistų. <...> Ji (šeimos gydytoja) pasiūlė užėiti pas psichiatrą ir išsirašyti siuntimą į dienos stacionarą...“ 2 (B).</p> <p>„kai mano daktarė (gydytoja psichiatrė) pasakė, kad dabar nereikia į Žiegdrius, o reiks lankyt kažkokį dienos stacionarą“ 3 (C).</p>
	Visuomenės vaidmuo	<p>„iš kažko girdėjau, kad ten (PDS) tikrai padeda tokiem kaip aš“ 1 (A).</p> <p>„kaip prisiminiau, tai viena bendradarbė buvo minėjusi anksčiau, kad jos giminaitė lankė tokį centrą (PDS), bet ji gal normaliai sirgo. O aš...“ 2 (B).</p> <p>„kaimynė, kai gerdavom kavą, vis pasakojo, kad ir ji norėtų į tą naują centrą (PDS). Sakė, kad ten žmonėms gerai būna, kad net susidraugauja, žmonėmis pasijaučia...“ 4 (D).</p> <p>„kai pasijuntu labai blogai, žmona priverčia, žinot, kaip gera norėdama... gal neverčia, bet... hm... važiuoju gydytis į Marias. Tą sykį pas gydytoją irgi palydėjo žmona ir pasakė, kad man jau reikia važiuot, kad reikia siuntimo ir nuveš mane.“ 1 (A).</p>
	Artimųjų vaidmuo	<p>„Grįžus iš daktarės vos sulaukiau vakaro, vėl per „skaipą“ su dukra pabendraut... Puoliau verkt, ji mane išklausė, įtikino, kad tai normalu, kad užsienyje seniai tokie dienos centrai veikia ir normalūs, sveiki žmonės lankosi...“ 2 (B).</p> <p>„nors dukra man jau anksčiau minėjo, kad ir mūsų mieste atsidaros toks stacionaras, kur galima rytais nueit, ten kažką įdomaus veikia, o vakarais, ar po pietų grįžti į namus, bet man taip nepatinka, man tiesiog patogiau pagyventi ne namie“ 3 (C).</p> <p>„Atsigavus po šoko papasakojau vyrui, jis mane palaikė, pasakė, kad tau reikia į žmones išeit, sako pabandyk“ 4 (D).</p> <p>„būsena vedė iš proto, konfliktai darbe ir dar siunčia į dienos stacionarą (PDS). Visa laimė savaitgalį grįžo dukra, prasitariau jai, ji mane padrąsino, kažkaip suprato“ 5 (E).</p>

Tema	Potemė	Patvirtinantys tyrimo dalyvių teiginiai
	Žiniasklaidos vaidmuo	<p>„kaip tik tą dieną, kai grįžau visa suirzus, pasimetus namo, vakare įsijungiau televizorių, vietinės televizijos kanalą, ėjo laida apie mediciną ir reportaže rodė kaip atrodo tas dienos centras (PDS), atlėgo, nes atrodė ne baisiai“ 2 (B).</p> <p>„Aš namie visada guliu lovoj ir gelbsti tik televizorius. Apie šitą centrą (PDS) jau seniai mačiau per televiziją, net kelias pažįstamas darbuotojas mačiau, čia iš tų laikų, kai dirbau“ 3 (C).</p> <p>„tačiau sykį pamačiau per televizorių, kad <...> atsidarė Psichikos dienos stacionaras. Karts nuo karto pagalvodavau“ 4 (D).</p>
Informavimo svarba	„sukauptos“ patirties reikšmė, įtaka pacientui	<p>„sergu jau ne pirmus metus, Tą sykį <...> gydytoja pradėjo šnekinti mane, visko klausinėti ir sako, galėtumėt šį sykį pabandyti nevažiuot į Marias, nes <...> pradėjo veikti dienos centras ar tai stacionaras“ 1 (A).</p> <p>„Gyvenime nesusidūriau su jokiai psichikos ligom, o dar baisiau psichiatrais, kai man pasiūlė į čia (PDS), pradėjo žemė slyst iš po kojų. Ar aš kokia psichinė?..“ 2 (B).</p> <p>„Negaliu gyvent be Žiegzdrių. Man patinka tik tikri stacionarai“ 3 (C).</p> <p>„iki šiol mane gelbėjo tik Marios (Psichiatrijos Marių liginė), aš taip įpratus ir man gerai“ 4 (D).</p>
	Nukreipimas optimaliam gydymo būdai bendruomenėje	<p>„galėtumėt šį sykį pabandyti nevažiuot į Marias, nes <...> pradėjo veikti dienos centras ar tai stacionaras, paskui paaiškino, kad ten reikės kasdien. Aš iš karto sutikau, kad tik į tą kalėjimą nereikėtų.“ 1 (A).</p> <p>„ji (šeimos gydytoja) pasiūlė užėiti pas psichiatrą ir išsirašyti siuntimą į dienos stacionarą“ 2 (B).</p> <p>„dabar nereikia į Žiegzdrius, o reiks lankyt kažkokį dienos stacionarą“ 3 (C).</p> <p>„Kai pasiūlė gydytoja siuntimą į dienos stacionarą, bet sutikau“ 5 (D).</p>

Iš atliktos analizės matyti, koks svarbus patiems tiriamiesiems informavimo apie paslaugas etapas. Atsižvelgiant į pagrindinius Psichinės sveikatos politikos principus, prioritetinėmis kryptimis šiame etape tampa žmogaus teisių, pagarbos aspektas, optimaliausias paslaugos pasiūlymas, parinkimas atsižvelgiant į psichinę asmens būklę.

Pirma savaitė Psichikos dienos stacionare. Tolesniame pasakojime visi penki tyrimo dalyviai išskyrė pirmos savaitės Psichikos dienos stacionare patirtį. Tai „virto“ į atskirą emocionalų pasakojimą. Pirmą savaitę tiriamieji jautėsi ne saugūs dėl naujos, neįprastos aplinkos, nepažįstamų darbuotojų, kitų lankytojų,

„neišbandytų“, „keistų“ paslaugų. Pasakojimai buvo jautrūs, subtilūs, atspindintys adaptacijos svarbą ir reikšmę, nulemtą begalės vidinių baimių: būti nepriimtamam, nesuprastam, baimė nepritapti, baimė „kad kas nepamatytų, kad čia lan-kausi“ 2 (B). Tad galima teigti, jog svarbu tinkamai organizuoti paslaugas būtent pirmomis dienomis.

Išskirtos dvi pirmos savaitės temos: paslaugų organizavimo svarba ir paslaugų specifika (3 lentelė).

3 lentelė. Tyrimo dalyvių patirtis pirmą savaitę Psichikos dienos stacionare

Tema	Potemė	Patvirtinantys tyrimo dalyvių teiginiai
Pirmos savaitės paslaugų organizavimo svarba	Nežinomybės baimė	„Net kojos drebėjo, kai vykau į šitą (PDS) stacionarą, kaip kas bus“ 1 (A). „Nieko nemačiau ir nieko negirdėjau, nežinau kas man darėsi per tą laiką (pirmas dienas), net valgyt negalėjau“ 5 (E).
	Baimė būti „nepriimtam“, „atstumtam“	„galvoje kirbėjo, ar supras mane, <...> gal aš vienas toks „nenormalus“ čia“ 1 (A). „ar aš nepasirodysiu per stipri „ligonė“, gal reikėjo geriau važiuot į ligoninę (Psichiatrijos stacionarą)“ 4 (D). „ar neišsijuoks iš manęs, ar nepasišaipys, man juk taip dažnai niekas nesiseka, visas krenta iš rankų, žmona sako, kad tik sugadint viską sugebu“ 1 (A).
	Stigmos problematika	„žmona visą savaitę rėkė, kad tu ne toks kaip visi <...> ir reikėjo geriau tave vežt į Žiegždrius, nors būčiau pailsėjus“ 1 (A). „baisiausia buvo, kai visi klausia kur pradėjau vaikščiot, ką sakyt aš bijau, kad nesužinotų“ 3 (C). „iki ko aš nusivariau, kad čia (PDS) patekau. Darbe ir taip konfliktiška situacija, sužinotų dabar valdžia kur aš, <...> net silpna pasidaro nuo tos minties“ 5 (E).
	Kontakto su aplinkiniais reikšmė	„baisiausia kol nepažįsti kitų, kitų žmonių ir tų darbuotojų, ar pavyks susikalbėt“ 1 (A). „kol nieko nepažinojau, „nejūrtau“ kaip ir kas čia, pažįstamų neturėjau – siauba“ 5 (E).
	„Lovos“ reikšmė	„net atsigult nėra kur, tai kaip čia aš pasveiksiu?..“ 1 (A). „kai pradėjo viską pasakot, vedžiot, nustebeu – o lovų iš tikro čia nėra?“ 2 (B). „bet aš norėjau tik lovos ir kad mane mėnesiui užmigdytų. Tas dienas net rėčiau ant personalo, kad noriu tik gulėt“ 3 (C).

Tema	Potėmė	Patvirtinantys tyrimo dalyvių teiginiai
Pirmos savaitės paslaugų organizavimo specifika	Nuolatinis (pagal individualų poreikį) informavimas apie paslaugas	<p>„gelbėjo tai, kad labai kantriai, maloniai šimtus kartų man viską išaiškino, pasakydavo, kur mano grupės vyksta užsiėmimas, kur dabar man eit“ 1 (A).</p> <p>„kai tik įžengiau per duris, mane labai maloniai pasitiko, labai išsamiai viską išaiškino, tik man tada viskas „virė“ galvoj“ 2 (B).</p> <p>„jūs neįsivaizduojat, net sarmata prisimint, bet man reikėjo, kad primintų, paaiškintų visą tą laiką (pirmą savaitę) gal šimtą kartų“ 5 (E).</p>
	Supažindinimo su kiekvienu specialistu atskirai reikšmė	<p>„kelias darbuotojas pažinojau iš anksčiau, bet dėl savo gyvenimo gėdijausi, o jos kaip niekur nieko su manim, taip gražiai visos. Net ir kitos vardais prisistatė, „pakvipo“ ne lignonine...“ 3 (C).</p> <p>„Aš šitiek kartų gulėjusi lignoninėse ir buvau nemačius, kad visi specialistai tau asmeniškai prisistatytų, pasilabintų. Aš net pasijaučiau ne tokia jau baisi“ 4 (D).</p> <p>„galvojau, kad liksiu net nepastebėtas, o čia visos pasisveikino, paaiškino kokiu klausimu pas ką kreip- tis...“ 5 (E).</p>
	Empatiško personalo elgesio reikšmė	<p>„Kaip dabar pagalvoju, jei ne toks geras kolektyvas tom pirmom dienom aš būčiau neatlaikęs“ 1 (A).</p> <p>„nors pirmos dienos buvo košmariškos, <...> „persilaužiau“ tik po personalo padrąsinimo. Po kiek vieno užsiėmimo mūsų paklausdavo, kaip jautiesi, <...> net nesakius jei tik pamatydavo, kad kažkas ne taip, negerai jautiesi, visada priešdavo, pakalbindavo“ 2 (B).</p> <p>„Ignoravau, pykau, kad aš čia turiu eit, bet mane tiek šnekindavo ir niekada nepasipiktino mano elgesiu“ 3 (C).</p>
	„Namų aplinkos“ reikšmė	<p>„Tikėjaisi lignoninės kaip ir visos, duos lovą, spintelę, o čia viskas vos ne kaip namie, net poilsio kambarys su televizorium, o virtuvėj net namie taip smagu nėra“ 1 (A).</p> <p>„man kaip auklėtojai iškart akį patraukė koridoriuose komodos su visokiais gražiais daiktėliukais. Jauku, miela, visur paveikslai, įvairūs rankdarbiai, darbai iš medžio, o sėdėt minkštusuočiai kokie“ 2 (B).</p> <p>„Pasijaučiau kaip sanatorijoje, gal net kaip namie...“ 4 (D).</p> <p>„Buvau priblokštas, kad čia viskas priešingai nei bet kokioj lignoninėj. Čia taip gražu, net smagu, visur net gėlių žydinčių primerkta“ 5 (E).</p>

Tema	Potemė	Patvirtinantys tyrimo dalyvių teiginiai
	Personalo „be baltų chalataų“ reikšmė	„Personalas net apsirengęs kaip mes, paprastai, kažkaip nesijauti, kad su baisiu daktaru kalbi, kažkaip kaip su sau lygiu gaudavosi“ 1 (A). „visos be chalataų, po kiek laiko pradėjo atrodyt, kad net kaip lygus su lygiu“ 5 (E).
	Lankstus užsiėmimų grafikas	„net visas terapijas paskirstė pagal tai, kaip man geriau, net manęs klausė“ 1 (A). „kaip pagalvoju, tas pirmas dienas viską taikė prie manęs, jei iš vis nieko nenorėdavau daryt, sesutė vedavosi prieš ant smėlio <...> ir aš kažkaip išsikalbėdavau, tada vėl prisijungdavau prie kitų“ 3 (C).
	Pacientų skirstymas į grupes	„Iš pradžių kai pamačiau kiek čia daug pacientų, galvojau neišbūsiu. Bet kai nuėjau į užsiėmimus, kur mes būdavom po kelis, visai kitaip pasijaučiau“ 1 (A). „kai kurių žmonių, charizmatiškų, ypač kurie daug šneka, net pakęst negalėdavau ir būčiau trenkus ir išėjus, bet terapijose dalyvaudavom po ne daug ir kažkaip man su normaliais papuolė“ 3 (C).

Analizuojant pirmos savaitės paslaugų organizavimo svarbos temą, išryškėja potemės, kurias galima būtų priskirti psichologiniams veiksniams: nežinomybės baimė, baimė būti „nepriimtam“, „atstumtam“, stigmatos problematika, kontakto su aplinkiniais reikšmė, „lovos“ reikšmė. Tai suprantama, nes sunki žmogaus sąveika su nauja aplinka, su kitais žmonėmis įtraukia emocijas ir sudaro sąlygas neigiamų asociacijų telkimuisi.

Stigmatos problematiką pabrėžė visi penki tyrimo dalyviai. Trys tyrimo dalyviai išskyrė kontakto su aplinkiniais dienos stacionare reikšmę, kuri sietina su apsunkinta, psichinėms ligoms būdinga adaptacija: „baisiausia, kol nepažįsti kitų, kitų žmonių ir tų darbuotojų,...“ 1 (A); „tomis dienomis nenorėjau nieko matyt, nenorėjau bendraut, viskas erzino, bet viena būt irgi nebegalėjau“ 4 (D).

Taigi, vertinant pirmos savaitės paslaugų organizavimo svarbos temą, galima įžvelgti neigiamą pirmųjų išpūdžių, lūkesčių neatitikimo, nežinomybės, baimių, stigmatos problematiką. Antroje temoje – pirmos savaitės paslaugų organizavimo specifika t. y. pasakojimo metu akcentuojama „tarsi kas padėjo įveikti“ pirmoje temoje išskirtus neigiamus veiksnius. Visų tyrimo dalyvių pasakojimai atskleidė „šilto“ bendravimo, supažindinimo su kiekvienu specialistu atskirai, empatiško personalo elgesio bei „jaukios namų aplinkos“ reikšmę. Aplinkos vaidmuo turi svarbų vaidmenį, o būtent, gydymo įstaiga „pasitinkanti“ „jaukios namų aplinkos“ įvaizdžiu teigiamai veikia pacientų adaptaciją ir teigiamą atsaką į atsiradusias baimes.

Gydymo rezultatai. Vėlesnėje pasakojimo dalyje visi penki tyrimo dalyviai dalijosi įspūdžiais apie tolesnį gydymo laikotarpį Psichikos dienos stacionare. Skirtingai nei pirmuose naratyvuose, dabar mintys buvo reiškiamos ramiai, sklandžiai, be iki tol vyravusių ryškių emocijų. Buvo jaučiama, kad pirmuose naratyvuose atskleista problematika, gydymui tęsiantis, pamažu virto teigiama gydymo patirtimi. Tyrimo dalyviai išskyrė dvi jiems svarbias temas: paslaugų vertinimas ir gydymo laikotarpio svarba (4 lentelė).

4 lentelė. Tyrimo dalyvių gydymosi Psichikos dienos stacionare vertinimas ir rezultatai.

Tema	Potemė	Patvirtinantys tyrimo dalyvių teiginiai
Paslaugų, vertinimas	Specialistų individualių konsultacijų reikšmė	<p>„iki šiol nebuvau tiek daug kartų atvirai kalbėjęs su psichologe, socialine, o gydytoja irgi turėdavo laiko išklausti, <...> nes iš pradžių prie kitų negalėjau pasisakyti“ 1 (A).</p> <p>„kai išsikalbėjau viena su tomis daktarėmis, po truputį pradėjau drąsėti ir grupėse“ 2 (B).</p> <p>„jei ne individualios konsultacijos, būčiau ir likus užsisklendus“ 3 (C).</p>
	Terapinių užsiėmimų reikšmė	<p>„Per juos aš tiek sužinojau, man taip padėjo susigaudyti savyje, savo aplinkoje“ 1 (A).</p> <p>„Galiausiai taip patiko, užsimiršau apie savo vienvė“ 2 (B).</p> <p>„Visi taip išsikalbėdavom, kartais ir susiginčydavom, bet per tai daug pamačiau, suvokiau, net apsisprendžiau“ 3 (C).</p> <p>„Kai pagalvoju, kiek galimybių turėjau save išbandyti. Mes ir piešėm, ir dainavom, ir kepėm, o tos relaksacijos. <...> Mes taip atradom bendrų dalykų“ 4 (D).</p> <p>„Per tuos aptarimus pradėjau jaustis suprstas, padrąsėjau. Užsiėmimuose galėjau pasakyti tai, ko namie negaliu. O kiek patarimų iš kitų gavau“ 5 (E).</p>
Gydymosi Psichikos dienos stacionare svarba	Psichologiniai pokyčiai	<p>„dabar jaučiuosi saugus, suprstas ir galiu kitus suprast, neturiu viduj to baisaus pykčio visiems.“ 1(A).</p> <p>„Supratau, kad nesu aš viena tokia, vėl pradėjau planuotis dienas, laukt pavasario“ 2 (B).</p> <p>„Aš suvokiau, kad nesu aš niekas, aš žmogus, lygiavertis žmogus“ 3 (C).</p> <p>„Vėl noriu gyventi, tiesiog pamačiau prasmę gyventi, supratau, kad pirmiausia pati turiu norėti“ 4 (D).</p> <p>„Radau ramybę su savim, viskas susidėliojo į savo vietas, jaučiuosi pajėgus spręsti savo problemas“ 5 (E).</p>

Tema	Potemė	Patvirtinantys tyrimo dalyvių teiginiai
	Socialinių santykių pokyčiai	<p>„Pradėjau jaust atsakomybę už šeimą, laukiu grįžtančios dukros, supratau, kad žmona man linki gero“ 1 (A).</p> <p>„Pradėjau vėl bendrauti su draugėmis, tiesiog nelaukiu iš kitų, o pati pradėdau“ 2 (B).</p> <p>„Atsiprašiau dukros, kad ją tiek metų skaudinau“ 3 (C).</p> <p>„Pradėjau neatstumt artimųjų, papasakojau, kaip jaučiuosi“ 4 (D).</p> <p>„Nusprendžiau kiekvieną savaitgalį pasitikt grįžtančią dukrą ir net iškepiu jai čia išmuktą pyragą. Gyvenime nebuvau to daręs, visa šeima apako“ 5 (E).</p>
	Fizinės sveikatos simptomatikos gerėjimas	<p>„Man neplyšta jau galva ir net stuburo skausmai sumažėjo“ 1 (A).</p> <p>„Nustojo šokinėt spaudimas“ 3 (C).</p> <p>„Jaučiuosi žvalesnė, energinga, neuždūstu taip, o galvos skausmą ir pamiršau“ 4 (D).</p>
	Mažesnis vaistų vartojimas	<p>„Anksčiau aš vaistus saujom gėriau, specialiai perdozuodavau, kai būdavo blogai. Dabar man reik minimaliai“ 3 (C).</p> <p>„Iki šiol tik vaistų dozės didinimu mane gydė. Tarėmės su gydytoja, buvo nelengva, bet beveik pusiau sumažino dozes, bijojau, priešinausi, bet dabar džiaugiuosi“ 4 (D).</p>
	Galimybė būti „neuždarytam“	<p>„Aš nesitikėjau, kad man gali pagerėt būnant namuose, aš taip dėkingas už galimybę būti „neuždarytam“ 1 (A).</p> <p>„ten „paros stacionare“ gyvenimas eina nuo vaistų dozės iki vaistų dozės eilutėje, o čia tu jautiesi žmogumi, tu laisvas, neizoliuotas“ 4 (D).</p>

Tyrimo metu trys pacientai akcentavo individualias konsultacijas kaip jiems labai svarbų paslaugų teikimo aspektą. Penki tyrimo dalyviai pabrėžė terapijų užsiėmimų reikšmę. Trys tyrimo dalyviai kaip gydymosi Psichikos dienos stacionare rezultatą išskyrė socialinių santykių pokyčius, kas neatsiejama nuo psichinės savijautos bei emocinės būklės kitimo: „Pradėjau jaust atsakomybę už šeimą, laukiu grįžtančios dukros, supratau, kad žmona man linki gero“ 1 (A); „Pradėjau vėl bendrauti su draugėmis, tiesiog nelaukiu iš kitų, o pati pradėdau“ 2 (B); „Atsiprašiau dukros, kad ją tiek metų skaudinau“ 3 (C). „Pradėjau neatstumt artimųjų, papasakojau, kaip jaučiuosi“ 4 (D).

Du tyrimo dalyviai akcentavo ir atskira pasakojimo dalimi išskyrė galimybės „būti neuždarytam“ potemę. Jie vertino kaip neįtikėtiną dalyką psichinės sveika-

tos pagerėjimą neatsiduriant įprastiniame stacionare: „Aš nesitikėjau, kad man gali pagerėti būnant namuose, aš taip dėkingas už galimybę būti „neuždarytam“ 1 (A); „ten „paros stacionare“ gyvenimas eina nuo vaistų dozės iki vaistų dozės eilutėje, o čia tu jautiesi žmogumi, tu laisvas, neizoliuotas“ 4 (D).

Apibendrinus galima teigti, jog visi tyrimo dalyviai išskyrė jiems svarbius psichosocialinius pokyčius, trys tyrimo dalyviai išskyrė ir fizinės sveikatos negalavimų simptomatikos sumažėjimą, du dalyviai tai susiejo ir su mažesniu vaistų vartojimu arba dozių mažinimu. Du tyrimo dalyviai labai vertino galimybę gauti paslaugas savo mieste, nebūti izoliuotiems stacionarioje psichiatrijos ligoninėje.

Išvados

1. Atlikus interviu analizę, išryškėjo trys vyraujančios temos: „susidūrimo“ su Psichikos dienos stacionaru patirtis; pirma savaitė Psichikos dienos stacionare; gydymo rezultatai.
2. „Susidūrimo“ su Psichikos dienos stacionaru patirties pasakojime galima išvelgti, koks svarbus patiems tiriamiesiems informuotumas apie galimas paslaugas. Labai svarbus žmogaus teisių, pagarbos aspektas, optimaliausias paslaugos pasiūlymas, parinkimas, atsižvelgiant į psichinę asmens būklę.
3. Vertinant pirmos savaitės paslaugų organizavimą, galima išvelgti neigiamą pirmųjų įspūdžių, nežinomybės, baimių, stigos problematiką. Tyrimo dalyvių pasakojimai atskleidė „šilto“ bendravimo, supažindinimo su kiekvienu specialistu atskirai, empatiško personalo elgesio bei „jaukios namų aplinkos“ reikšmę. Aplinka turi didelę reikšmę, o būtent gydymo įstaiga „pasitinkanti“ „jaukios namų aplinkos“ įvaizdžiu teigiamai veikia pacientų adaptaciją ir turi teigiamą atsaką į atsiradusias baimes.
4. Vertindami gydymo rezultatus, tyrimo dalyviai išskyrė jiems svarbius psichosocialinius pokyčius, fizinės sveikatos negalavimų simptomatikos sumažėjimą, tai susiedami su mažesniu vaistų vartojimu. Teigiamai buvo vertinama galimybė gauti paslaugas savo mieste, nebūti izoliuotiems stacionarioje psichiatrijos ligoninėje.

Apibendrinus tyrimo išvadas galime teigti, jog pacientai teigiamai vertino X Psichikos dienos stacionare teikiamas paslaugas. Gautais tyrimo rezultatais gali pasinaudoti ir kitų Psichikos dienos stacionarų vadovai bei administratoriai, gerindami psichinės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kokybę.

Antra vertus, daugelyje Europos šalių vykdoma nuolatinė sisteminga pacientų poreikių stebėseną arba atliekami pavieniai tyrimai nacionaliniu arba atskirų sveikatos priežiūros įstaigų lygmeniu. Lietuvoje dažniausiai atliekami pacientų nuomonių kiekybiniai tyrimai įstaigos lygmeniu. Darbo autoriai atliko kokybinį

tyrimą, kuris sudarė sąlygas plačiau pažvelgti į problemą per individualią žmogaus patirtį apie tiriamą reiškinį. Nuolatinei stebėsenai šis tyrimo metodas nėra priimtinas, tačiau tyrimo metu pacientų pabrėžtos temos ir potėmės gali tapti pagrindu sudarant klausimyną pastoviam psichinės sveikatos paslaugų vertinimui instituciniu arba nacionaliniu lygmeniu.

Literatūra

1. WHO, *Mental health atlas 2011*, Geneva: World Health Organization, 2011, p. 82, prieiga per internetą: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9799241564359_eng.pdf (žiūrėta 2015 02 01).
2. Davidonienė O. Psichikos sveikatos politikos raida ir problemos, 2009, prieiga per internetą: http://ssvp2012.mruni.eu/wp-content/uploads/2011/10/11_PSICHIATRIJA_2012.pdf (žiūrėta 2014 09 09).
3. Drake R., et al., *Introduction to community mental health care, in Oxford Textbook of Community Mental Health*, New York: Oxford University Press, 2011, p. 3-6, prieiga per internetą: http://books.google.lt/books?id=v6Lmp8sUZf4C&pg=PA7&hl=lt&source=gbgbs_toc_r&cad=3#v=onepage&q&f=false (žiūrėta 2015 01 19).
4. Dubodelova Ž., Mačiulaitis R., *Meno terapija kaip gydymo metodas asmenims, turintiems specialiųjų poreikių (psichikos sutrikimų)*//*Sveikatos mokslai*, Vol. 22, Nr. 4, 2012, p. 23-28.
5. Foerschner A. M., *The History of Mental Illness: From 'Skull Drills' to 'Happy Pills'*//*Student Pulse*, Nr. 2(09), 2010, prieiga per internetą: <http://www.studentpulse.com/a?id=283> (žiūrėta 2014 09 10).
6. Germanavičius A., ir kt., *Žmogaus teisių stebėseną uždaroje psichikos sveikatos priežiūros ir globos institucijose (projekto ataskaita)*, Vilnius, 2005, 35 p., prieiga per internetą: https://www.hrmi.lt/uploaded/PDF%20dokai/psi_ataskaita_170x245.pdf (žiūrėta 2014 22 05)
7. Perminas A., ir kt., *Progresuojančios raumenų relaksacijos ir relaksacijos su klasikinė muzika galimybės mažinti psichofiziologinę įtampą*// *Tarptautinis psichologijos žurnalas: biopsichosocialinis požiūris*, Nr. 8, 2011, p. 83-97, prieiga per internetą: http://www.psyjournal.vdu.lt/wp/wp-content/uploads/2011/08/IJP_8_2011_53.pdf (žiūrėta 2015 02 10).
8. Povilaitienė I., Maciūtė K., *Bendruomeninės psichikos sveikatos paslaugos Lietuvoje*, Vilnius: VšĮ „Globali iniciatyva psichiatrijoje“, 2005, prieiga per internetą: http://www.perspektyvos.org/images/failai/bendr_psi_sv_paslaugos.pdf (žiūrėta 2014 12 06).
9. Pūras D., et al., *Iššūkiai įgyvendinant Lietuvos Psichikos sveikatos politiką. Mokslo studija*, Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla, 2013, 151 p., prieiga per internetą: http://www.fsf.vu.lt/dokumentai/Naujienos_Mokslo_pasiekimai/MOKSLO_STUDIJA_issukiai_igyvendinant_Lietuvos_psihikos_sveikatos_politik%C4%85.pdf (žiūrėta 2014 06 22)
10. Sheth H. C., *Deinstitutionalization or Disowning Responsibility*//*International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, Vol 13(2), 2009, p. 11-20, prieiga per internetą: http://www.psychosocial.com/IJPR_13/Deinstitutionalization_Sheth.html (žiūrėta 2015 01 19).

11. Voronaja N., *Pirminis psichikos sveikatos priežiūros lygis: problemos ir sprendimo būdai// Nervų ir psichikos ligos*, Nr. 1 (45), 2010, p. 1-4.
12. Jankauskienė D. *Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo pacientų požiūriu palyginimas Lietuvoje ir kai kuriose Europos šalyse. Sveikatos politika ir valdymas*, 2012; 1(4): 84-101.
13. Kairys J., Šturienė R., Lamanauskaitė M. *Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas pagal pacientų demografines ir socialines charakteristikas. Visuomenės sveikata*, 2014, 24 tomas, Nr. 2, p. 5-14.
14. Kelauskaitė S., Stankūnas M., Sauliūnė S. *Kauno miesto gyventojų nuomonės apie pasitenkinimą pirminės sveikatos priežiūros paslaugomis įvertinimas. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*, 2012m. kovas (T.16, Nr. 3).
15. Štaras K., Vedlūga T., Kalvelytė N. *Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės prieinamumo ir priimtimumo vertinimas ir analizė. Sveikatos mokslai* 2013, 23, Nr. 4, p. 27-33.
16. Bitinas B., Rupšienė L., Židžiūnaitė V., *Kokybinių tyrimų metodologija*, Klaipėda: S. Jokudžio leidykla, 2008, 303 p.
17. Kardelis K., *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*, Šiauliai: Lucilijus, 2007, 397 p.

Attitudes of patients towards mental day care: case study

Rasa Šulskienė

Mental Health Center of Alytus, Lithuania

Aldona Gaižauskienė

Vilniaus kolegija/University of Applied Science,
Mykolas Romeris University, Lithuania

Summary. *Mental disorders is one of the major health problem over the world. Effective solutions in the field of mental health care are possible through modern prevention, treatment and rehabilitation methods. For that purpose, Mental day care is being developed.*

The aim of this paper is to assess the attitudes of patients towards mental day care in Lithuania. The qualitative study was carried out. 5 patients' interviews were analyzed using the narrative research strategy. The study revealed what is important for the patient: awareness of the potential access to services, respect, optimal service selection. By estimating the organization at the beginning of treatment, negative feelings related to uncertainty, fear were noticed. A comfortable treatment environment positively affects patients' adaptation and positive response to emerging fears. During a period of treatment, study participants pointed out their major psychosocial changes, physical health ailments symptoms decrease, linking it with lower drug use. Patients positively assessed the opportunity to receive services in their city, and not being isolated in an inpatient psychiatric hospital.

Keywords: *mental health service, mental day care, patient attitudes.*

Rasa Šulskienė. Alytaus Psichikos sveikatos centro slaugos administratorė. Mokslinių tyrimų kryptys: sveikatos sistemos administravimas.

Aldona Gaižauskienė. Vilniaus Kolegija, Mykolo Romerio universitetas, docentė, biomedicinos mokslų daktarė. Mokslinių tyrimų kryptys: Sveikatos politikos ir sveikatos sistemos administravimo stebėseną.

Rasa Šulskienė. Nursing Administrator, Mental Health Center of Alytus. Research interests: health system governance.

Aldona Gaižauskienė. Doctor of Biomedicine sciences, Associate Professor at Mykolas Romeris University, Vilnius Kolegija/University of Applied Sciences. Research interests: monitoring of health policy and health system governance.

**INFORMACIJA MOKSLO DARBŲ
„SVEIKATOS POLITIKA IR VALDYMAS“
AUTORIAMS**

Straipsnio struktūra:

- Straipsnio pavadinimas;
- Autoriaus(-ių) vardas ir pavardė;
- Mokslo ar kitos institucijos, kuriai autorius(-iai) atstovauja, pavadinimas, adresas, telefonas, elektroninio pašto adresas;
- Straipsnio pateikimo mokslo darbų „Sveikatos politika ir valdymas“ redaktorių kolegijos atsakingajam redaktoriui data;
- Santrauka (ne trumpesnė kaip 600 spaudos ženklų) ta kalba, kuria parašytas straipsnis. Joje glaustai perteikiamas straipsnio turinys, nurodomi pagrindiniai straipsnyje analizuojami klausimai;
- Reikšminiai žodžiai (nurodomos 5–8 pagrindinės sąvokos);
- Įvadas (pagrindžiamas temos aktualumas, naujumas, apibrėžiamas mokslinių tyrimų tikslas, nurodomi tyrimo objektai, taikomi metodai, įvertinamas analizuojamos problemos (-ų) ištirtumo kitų mokslininkų darbuose laipsnis);
- Pagrindinis straipsnio tekstas – mokslinio tyrimo eiga. Pageidautina, kad tekstas būtų suskirstytas į skyrius ir poskyrius, pvz.: 2., 2.1.; 2.2.1. ir t.t.
- Straipsnis baigiamas mokslinius svarstymus arba sprendimus apibendrinančiomis ir sunumeruotomis išvadomis – būtina pateikti ir pagrįsti tyrimų rezultatus, nurodyti rekomendacijas.
- Visi straipsnyje minimi šaltiniai turi būti nurodyti literatūros sąrašė, kuris sudaromas straipsnio pabaigoje po išvadų abėcėlės tvarka. Nuorodos straipsnio pagrindiniame tekste yra sudaromos vartojant viršutinius indeksus (Footnotes) arabiškais skaičiais, kiekvieno puslapio apačioje nurodant cituojamos literatūros bibliografines nuorodas. Pageidautina, kad autoriai savo darbuose naudotų ir į literatūros sąrašą įtrauktų naujausius mokslinius šaltinius (paskelbtus per pastaruosius penkeris metus), bent penki iš jų turi būti išspausdinti leidiniuose, įtrauktuose į pripažintas tarptautines duomenų bazes. Literatūros sąrašo sudarymo ir šaltinių nurodymo pagrindiniame tekste taisyklės ir pavyzdžius rasite mokslo darbų „Sveikatos politika ir valdymas“ internetinėje svetainėje: <https://www3.mruni.eu/ojs/health-policy-and-management>
- Lietuvių kalba parašyto straipsnio pabaigoje turi būti išsami santrauka (2200 spaudos ženklų, t. y. vieno puslapio apimties) ir reikšminiai žodžiai anglų kalba. Anglų kalba parašyto straipsnio pabaigoje turi būti pateikta išsami santrauka (2200 spaudos ženklų, t. y. vieno puslapio apimties) ir reikšminiai žodžiai lietuvių kalba. Vokiečių arba prancūzų kalba parašyto straipsnio pabaigoje turi būti pateikta išsami santrauka (2200 spaudos ženklų, t. y. vieno puslapio apimties) ir reikšminiai žodžiai lietuvių ir anglų kalbomis. Santraukoje turi atsispindėti pagrindinės straipsnyje analizuojamos problemos, išvados ir pasiūlymai.
- Informacija apie autorių (-ius) pateikiama lietuvių ir anglų kalbomis (autoriaus (-ių) vardai ir pavardės, moksliniai laipsniai ir vardai, atstovaujama institucija, pareigos, mokslinių tyrimų kryptys).

Straipsnio priėmimas

- Red kolegijai pateikiama elektroninė straipsnio versija žurnalo elektroninio publikavimo sistemoje **Open Journal System (OJS)**, parengta MS Word programa Times New Roman 12 pt raidžių dydžio šriftu. Straipsnio tekstas turi būti 1,5 intervalu. Straipsnio apimtis 12–18 puslapių (apie 45 600 spaudos ženklų), mokslinių recenzijų – 2–7 puslapių (apie 20 000 spaudos ženklų), puslapiai sunumeruojami. Atskiru redaktorių kolegijos nutarimu gali būti leidžiama spausdinti ir didesnės apimties mokslinius straipsnius bei mokslines recenzijas.
- Paveikslai, schemas, diagramos lentelės, nuotraukos spausdinamos ten, kur minimos tekste. Didesnės apimties grafiniai rinkmenys gali būti įdėti lapo viršuje arba apačioje per visą jo plotą. Paveikslų, schemų, diagramų, lentelių, nuotraukų plotis negali būti didesnis kaip 84 mm (per teksto stulpelį) arba 175 mm (per visą puslapį). Tinkamiausi grafinių rinkmenų formatai – Tagged Image Format File (TIFF), Word for Windows, Corel Draw, Excel. Nuotraukos (spalvotos ir nespalvotos) turi būti geros kokybės, ryškios ir tinkamos reprodukuoti. Paveikslai, schemas, diagramos, lentelės, nuotraukos numeruojami eilės tvarka. Paveikslų, schemų, diagramų, nuotraukų pavadinimai nurodomi jų apačioje, lentelių – viršuje.
- Kiekvieną straipsnį recenzuoja ne mažiau kaip du redaktorių kolegijos paskirti recenzentai – aktyvūs mokslininkai; bent vienas iš recenzentų turi būti ne redaktorių kolegijos narys. Recenzentai yra skiriami konfidencialiai. Priimtą spaudai straipsnį autorius turi pataisyti, atsižvelgdamas į recenzentų ir redaktorių pastabas, arba motyvuotai paaiškinti, kodėl į jas nebuvo atsižvelgta. Pataisyto straipsnio elektroninė kopija pateikiama redaktorių kolegijai ne vėliau kaip po dviejų savaičių po recenzijos gavimo.

Pagal aukščiau nurodytus reikalavimus parengtus mokslinius straipsnius prašome pateikti mokslo darbų „Sveikatos politika ir valdymas“ vykdančiajam redaktoriui OJS sistemoje: <http://spv.mruni.eu>

INFORMATION FOR AUTHORS OF THE JOURNAL “HEALTH POLICY AND MANAGEMENT”

Article structure:

- The title of an article;
- Name and surname of the author(s);
- An institution (scholarly or other) the author(s) is representing: its title, address, telephone, email;
- The date of submitting the article to the managing editor of the board of editors of “Health Policy and Management”;
- Summary (at least 600 symbols) in the language the article is written in. The annotation should briefly present the content of the article, identify the main issues analysed;
- The keywords (5–8 main concepts);
- Introduction. It should address the topicality of the topic of the article, identify the purpose of the scholarly analysis, its object, applied methods and prior coverage of the issue;
- The main text of the article – the analysis of scholarly research. It is recommended to divide the text into parts and subparts (e.g. 1.2.1., 2.2.1., etc.);
- The article should be finalized with conclusions summarizing considerations or solutions – substantiated results of the research and recommendations should be provided;
- All sources referred to in the article should be provided in the list of bibliography at the end of the article. The bibliography should follow the conclusions in an alphabetical order. References in the main text should be made in footnotes, numbered consecutively in Arabic numbers, at the bottom of each page providing the bibliographic references of the cited source. It is advisable that the authors use newest scholarly sources (published in last five years) and at least five of them should be published in publications included in recognized international data bases. The rules and examples on drafting the bibliography and inclusion of references in en main text could be found in the Internet webpage of „Health Policy and Management“: <https://www3.mruni.eu/ojs/health-policy-and-management>
- If an article is published in Lithuanian, it should be followed by a detailed summary (2200 symbols, i.e. at least one page long) and keywords in English. If an article is published in English, it should be followed by a detailed summary (2200 symbols, i.e. at least one page long) and keywords in Lithuanian. If an article is published in German and French, should be followed by a detailed summary (2200 symbols, i.e. at least one page long) and keywords in Lithuanian and English. The summary must reflect all issues analyzed in an article, its conclusions and recommendations.
- The information about the author(s) is provided in Lithuanian and English: the name and surname of the author, scholarly names and degrees, an institution the author represents, position, and research fields.

Submission of articles

- Authors should submit electronic copie of the manuscript of the electronics publishing **Open Journal System (OJS)**, prepared by using MS Word program with Times New Roman fonts, 12 pt size. The text of the article should be 1, 5-spaced throughout.
- The article should be 12-18 pages (approximately 45 600 symbols), scholarly reviews should be 2-7 pages (approximately 20 000 symbols), the pages must be numbered.

Upon a separate permission of the board of editors, a longer article or scholarly review may be published. Author(s) sign one printed copy of an article and indicates the date of submission. Together with the printed text of an article, an electronic version of the text of the publication should be submitted.

- Information on author(s) should be provided on a separate page: name and surname, place of employment and its address, number of the work and mobile telephones, fax, email. This data is necessary to ensure the direct and operative communication of the board of directors, scholarly reviewers and employees of the Centre of Publishing (editors, editorstranslators, and layout editors) and the author(s). In case there are few authors, the person responsible for communication with the board of editors should be indicated.
- Pictures, schemes, diagrams, tables and photographs printed at the place of reference in the text. Large graphic files could be placed at the top or the bottom of a page, or at the bottom, fully stretching across the page. The width of the pictures, schemes, diagrams, tables should not be over 84 mm (per column) or 175 mm (per page). The best suitable formats of graphic files: Tagged Image Format File (TIFF), Word for Windows, Codel Draw, Excel. Photographs (colour and monochrome) must be of good quality, sharp and suitable for reproduction. Pictures, schemes, diagrams, tables and photographs are numbered in an alphabetical order. Titles of pictures, schemes, diagrams, and photographs are indicated at their bottom, and titles of tables are placed at the top.
- An article should be reviewed by at least two active scholars appointed by the board of editors; at least one of the reviewers should not be a member of the board of editors. The reviewers are appointed confidentially. The author(s) must correct an accredited article in accordance with the commentaries of the reviewers and editors or provide a substantiated explanation, why they have not been incorporated. The corrected version in electronic format of an article should be provided to the board of Editos not later than in two weeks after the reception of the review.

Please submit the scholarly articles prepared in accordance with the stipulated requirements to the executive editor of „Health Policy and Management“ in OJS: <http://hpm.mruni.eu>

SVEIKATOS POLITIKA IR VALDYMAS
Mokslo darbai
2016 1(9)

Redagavo: lietuvių kalba *Teresė Leskauskienė*
anglų kalba *Kristijonas Valius*
Maketavo *Jelena Babachina*

2016 05 06. 10,875 spaudos l.
Užsakymas 100893.
Išleido Mykolo Romerio universitetas
Ateities g. 20, Vilnius
Puslapis internete www.mruni.eu
El. paštas: mrulab@mruni.eu

Parengė spaudai ir spausdino UAB „Vitae Litera“
Savanorių pr. 137, LT-44146 Kaunas
Puslapis internete www.bpg.lt
El. paštas: info@bpg.lt

Turinys · Contents

Mindaugas Štelemėkas, Vaida Liutkutė, Nijolė Goštautaitė-Midttun, Aurelijus Veryga, Rugilė Ivanauskienė. Mokslo įrodymais grįstos tabako ir alkoholio kontrolės politikos formavimo vertinimas: Lietuvos Respublikos Seimo narių balsavimų retrospektyvi analizė	7	Mindaugas Štelemėkas, Vaida Liutkutė, Nijolė Goštautaitė-Midttun, Aurelijus Veryga, Rugilė Ivanauskienė. Assessing Formation of Evidence Based Tobacco and Alcohol Control Policy in Lithuania: the Retrospective Analysis of Voting of the Members of Parliament	7
Gintarė Petronytė, Vaida Aguonytė, Rolanda Valintėlienė, Ramunė Kalėdienė, Mindaugas Stankūnas. Tarpsektorinis bendradarbiavimas sveikatos netolygumų srityje suinteresuotųjų požiūriu.....	27	Gintarė Petronytė, Vaida Aguonytė, Rolanda Valintėlienė, Ramunė Kalėdienė, Mindaugas Stankūnas. Stakeholders' Attitudes Towards Intersectoral Collaboration in the Area of Health Inequalities.....	27
Danguolė Jankauskienė. Ligonių sveikatos priežiūros kokybės rodiklių vertinimo modelis.....	42	Danguolė Jankauskienė. Hospital Health Care Quality Evaluation Model	42
Skirmantė Jurevičiūtė, Ramunė Kalėdienė. Teritoriniai išvengiamos hospitalizacijos netolygumai Lietuvoje	69	Skirmantė Jurevičiūtė, Ramunė Kalėdienė. Regional Inequalities in Avoidable Hospitalisation in Lithuania ...	69
Aušra Bilotienė Motiejūnienė. LEAN metodo taikymas specializuotoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje.. /	85	Aušra Bilotienė Motiejūnienė. Significance of the Application of LEAN System Elements in the Specialised Personal Health Care Institution: Staff Attitude.....	85
Aelita Skarbalienė, Joana Bikulčienė. Neatlygintinos kraujo donorystės skatinimas Lietuvoje.....	119	Aelita Skarbalienė, Joana Bikulčienė. Motivation and Retention of Voluntary, Non-remunerated Blood Donors. Lithuanian Case	119
Vilma Miglinė. Socialinio atsparumo po ekstremaliųjų įvykių stiprinimas: pirmosios psichologinės pagalbos teikimo principai	131	Vilma Miglinė. Promoting Social Resilience to Disasters: the Principles of Delivery of Psychological First Aid	131
Rasa Šulskienė, Aldona Gaižauskienė. Pacientų požiūris į Psichikos dienos stacionaro teikiamas paslaugas: atvejo analizė	/ 151	Rasa Šulskienė, Aldona Gaižauskienė. Attitudes of Patients Towards Mental Day Care: Case Study.....	151