

SVEIKATOS POLITIKA IR VALDYMAS

Mokslo darbai · Research Papers

HEALTH POLICY AND MANAGEMENT

1(11)

2019

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

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

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

SVEIKATOS POLITIKA IR VALDYMAS

MOKSLO DARBAI
2019 1(11)

2019
Vilnius

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

Redaktorių kolegijos pirmininkė: prof. dr. Danguolė Jankauskienė

Redaktorių kolegijos nariai:

Prof. dr. Ilze Akota, Rygos Stradinio universitetas, Latvija
Doc. Dr. Paul Daniel Bartels, Danijos Aarhus regiono ligoninė, Europos sveikatos priežiūros kokybės asociacija
Samantha Beebe, Pensilvanijos Valstybinio universiteto Sveikatos ir žmogaus vystymosi padalinio Sveikatos elgsenos studijų programos koordinatore, JAV
Prof. dr. Eglė Bilevičiūtė, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva
Prof. Dr. Marija Čaplinskienė, Valstybinė teismo medicinos tarnyba, Lietuva
Prof. dr. Vilma Čingienė, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva
Prof. dr. Aistė Diržytė, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva
Doc. dr. Vytautas Dumbliauskas, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva
Prof. habil. dr. Vilius Jonas Grabauskas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Lietuva
Doc. dr. Romualdas Gurevičius, Higienos institutas, Sveikatos informacijos centras, Lietuva
Prof. dr. Edmond Georgijevič Eidemiller, Šiaurės Vakarų I. I. Mečnikovo universitetas, Sankt Peterburgas, Rusija
Dr. Anita Yuskauskas, Pensilvanijos Valstybinio universiteto Sveikatos ir žmogaus vystymosi padalinio Sveikatos politikos ir administravimo studijų programos koordinatore, JAV
Doc. dr. Audronė Janužytė, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva
Dr. Aldona Jociūtė, Higienos institutas, Lietuva
Prof. dr. Egon Jonsson, Kalgary universitetas, Alberta universitetas, Sveikatos ekonomikos institutas, Kanada
Prof. habil. dr. Vinsas Janušonis, Klaipėdos universitetinė ligoninė, Klaipėdos universitetas
Doc. dr. Vytautas Jurkuvėnas, Higienos institutas, Vilniaus universitetas
Prof. habil. dr. Ramunė Kalėdienė, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Lietuva
Doc. Dr. Gediminas Kazėnas, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva
Doc. dr. Diane Kelly, Duke universiteto Slaugos mokslų mokykla, Šiaurės Karolinos universiteto Gilling visuomenės sveikatos mokykla, JAV
Prof. dr. Birutė Mikulskienė, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva
Doc. dr. Kęstutis Miškinis, Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikos Pulmonologijos ir alergologijos centras, Lietuva
Doc. Dr. Alina Petrauskienė, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva
Dr. Gintarė Petronytė, Higienos institutas, Lietuva
Prof. Emeritas, habil. dr. Stasys Puškorius, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva
Prof. Dr. Aelita Skaržauskienė, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva
Prof. Dr. Andrius Stasiukynas, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva
Prof. Dr. Tadas Sudnickas, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva
Prof. dr. Irena Žemaitaitytė, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva

Atsakingoji redaktorė: Prof. dr. Danguolė Jankauskienė, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva

Vykdančioji redaktorė: Doc. Dr. Rūta Dačiulytė, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva

Redakcijos adresas:

Mykolo Romerio universitetas
Politikos ir vadybos fakultetas
Politikos mokslų institutas
Ateities g. 20, LT-08303 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., International Index Copernicus, PROQUEST tarptautines duomenų bazes.

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

MYKOLAS ROMERIS UNIVERSITY

HEALTH POLICY AND MANAGEMENT

RESEARCH PAPERS
2019 1(11)

2019
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.

Editor-in-chief: Prof. Dr. Danguolė Jankauskienė, Mykolas Romeris University, Lithuania

Editorial Board:

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

Assoc. Prof. Paul Daniel Bartels, European Society for Quality in Healthcare, Aarhus County hospital, Denmark

Samantha Beebe, PennState university, Department of health and human development, USA

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

Prof. Dr. Marija Čaplinskienė, The State Forensic Medicine Service, Lithuania

Prof. dr. Vilma Čingienė, Mykolas Romeris University, Lithuania

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

Assoc. Prof. Vytautas Dumbliauskas, Mykolas Romeris University, Lithuania

Prof. Habil. Dr. Vilius Jonas Grabauskas, Lithuanian University of Health Sciences, Lithuania

Assoc. Prof. Dr. Romualdas Gurevičius, Institute of Hygiene, Lithuania

Prof. Dr. Edmond G. Eidemiller, North – Western medical State University named after I.I. Metshnikov, Saint –Petersburg, Russia

Dr. Anita Yuskauskas, PennState university Department of health and human development, USA

Doc. dr. Audronė Janužytė, Mykolas Romeris University, Lithuania

Dr. Aldona Jociūtė, Institute of Hygiene, 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, Institute of Hygiene, Vilnius University, Lithuania

Prof. habil dr. Ramunė Kalėdienė, Lithuanian University of Health Sciences, Lithuania

Assoc. Prof. Dr. Gediminas Kazėnas, Mykolas Romeris University, Lithuania

Assoc. Prof. Diane Kelly, Duke University School of Nursing and adjunct assist. prof., University of North Carolina Gillings School of Global Public Health, United States of America

Prof. dr. Birutė Mikulskienė, Mykolas Romeris University, Lithuania

Assoc. Prof. Dr. Kęstutis Miškinis, Vilnius University Hospital Santaros Klinikos, Centre of Pulmonology and Allergology, Lithuania

Doc. Dr. Alina Petrauskienė, Mykolas Romeris University, Lithuania

Dr. Gintarė Petronytė, Institute of Hygiene, Lithuania

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

Prof. Dr. Aelita Skaržauskienė, Mykolas Romeris University, Lithuania

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

Prof. Dr. Tadas Sudnickas, Mykolas Romeris University, Lithuania

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

Executive Editor: Prof. Dr. Danguolė Jankauskienė, Mykolas Romeris University, Lithuania

Managing Editor: Assoc. Prof. Rūta Dačiulytė, Mykolas Romeris University, Lithuania

Address of Editorial board:

Mykolas Romeris university

Faculty of Policy and Management

Institute of Political Sciences

Ateities 20, LT-08303 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., International Index Copernicus, PROQUEST international databases.

TURINYS

AIDA BUDREVIČIŪTĖ, RAMUNĖ KALĖDIENĖ, RENATA PAUKŠTAITIENĖ,
SKIRMANTĖ SAULIŪNĖ, LEONAS VALIUS
2 tipo cukrinio diabeto vadyba Lietuvos pirminėje sveikatos priežiūroje 7
DOI:10.13165/SPV-19-1-11-01

ŽYDRŪNĖ ŠEDYTĖ, GINTARĖ PETRONYTĖ
Širdies ir kraujagyslių ligų ir cukrinio diabeto rizikos grupių asmenų sveikatos
stiprinimo programos įgyvendinimas savivaldybėje: suinteresuotųjų perspektyva 29
DOI:10.13165/SPV-19-1-11-02

DANGUOLĖ JANKAUSKIENĖ, AIDA KOSTEREVA
Nepageidaujamų įvykių valdymas ligoninėje 40
DOI:10.13165/SPV-19-1-11-03

GINTARĖ PETRONYTĖ, RAIMONDA JANONIENĖ
Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigose suaugusiems
pacientams teikiamos fizinio aktyvumo intervencijos ekonominis vertinimas 63
DOI:10.13165/SPV-19-1-11-04

TOMAS VEDLŪGA, BIRUTĖ MIKULSKIENĖ, DAIVA ČEPURAITĖ
Elektroninės prisirašymo paslaugos analizė vartotojų požiūriu 81
DOI:10.13165/SPV-19-1-11-05

RENATA KUDUKYTĖ-GASPERĖ, DANGUOLĖ JANKAUSKIENĖ
Slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje hospitalizuotiems pacientams
bei jų artimiesiems namuose būtinų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikis 96
DOI:10.13165/SPV-19-1-11-06

CONTENT

AIDA BUDREVIČIŪTĖ, RAMUNĖ KALĖDIENĖ, RENATA PAUKŠTAITIENĖ, SKIRMANTĖ SAULIŪNĖ, LEONAS VALIUS Management of Type 2 Diabetes Mellitus at Primary Health Care Level in Lithuania 7 DOI:10.13165/SPV-19-1-11-01	7
ŽYDRŪNĖ ŠEDYTĖ, GINTARĖ PETRONYTĖ The health promotion program for individuals at risk for cardiovascular diseases and diabetes implementation in municipality: the stakeholders' perspective 29 DOI:10.13165/SPV-19-1-11-02	29
DANGUOLĖ JANKAUSKIENĖ, AIDA KOSTEREVA Management of adverse events in the hospital 40 DOI:10.13165/SPV-19-1-11-03	40
GINTARĖ PETRONYTĖ, RAIMONDA JANONIENĖ Economic evaluation of the implementation of physical activity intervention for adult patients in primary health care settings 63 DOI:10.13165/SPV-19-1-11-04	63
TOMAS VEDLŪGA, BIRUTĖ MIKULSKIENĖ, DAIVA ČEPURAITĖ Analysis of the Content of Electronic Registration Services at the User's Views 81 DOI:10.13165/SPV-19-1-11-05	81
RENATA KUDUKYTĖ-GASPERĖ, DANGUOLĖ JANKAUSKIENĖ The need of the health and social care services at home for patients hospitalized in the nursing hospital 96 DOI:10.13165/SPV-19-1-11-06	96

MANAGEMENT OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS AT PRIMARY HEALTH CARE LEVEL IN LITHUANIA

Aida Budrevičiūtė

Department of Health Management,
Faculty of Public Health, Medical Academy,
Lithuanian University of Health Sciences,
Lithuania.
Contact email aida.budreviciute@ismuni.lt.

Skirmantė Sauliūnė

Department of Health Management,
Faculty of Public Health, Medical Academy,
Lithuanian University of Health Sciences,
Lithuania.
Contact email skirmante.sauliune@ismuni.lt.

Ramunė Kalėdienė

Department of Health Management,
Faculty of Public Health, Medical Academy,
Lithuanian University of Health Sciences,
Lithuania.
Contact email ramune.kalediene@ismuni.lt.

Leonas Valius

Department of Family Medicine,
Hospital of Lithuanian University of Health
Sciences Kauno Klinikos, Lithuania.
Contact email leonas.valius@kaunoklinikos.lt.

Renata Paukštaitienė

Department of Physics, Mathematics and
Biophysics, Medical Academy,
Lithuanian University of Health Sciences,
Lithuania.
Contact email renata.paukstaitiene@ismuni.lt.

Corresponding author

Aida Budrevičiūtė

Department of Health Management,
Faculty of Public Health, Medical Academy,
Lithuanian University of Health Sciences,
Tilžės street 18, LT - 47181 Kaunas, Lithuania.
Tel.: +370 37 32 72 37; fax: +370 37 22 07 33
email aida.budreviciute@ismuni.lt,
ramune.kalediene@ismuni.lt

DOI: 10.13165/SPV-19-1-11-01

Abstract

Background. Type 2 diabetes mellitus (T2DM) is a complex disease that leads to continuous medical care with comprehensive, multifactorial strategies for reducing disease risk for patients. There is an ongoing discussion on how to better manage chronic diseases at primary health care facility level. It is recognized that continuous management of chronic diseases needs to find new ways in managing risk and outcomes of chronic diseases.

Aim of the study. To find the elements of value creation management with perspectives of priorities management and to examine the impact of factors on chronic diseases state with prognosis of T2DM progress in primary health care.

Materials and methods. The methods of the research were based on the group discussions of managers from primary health care and the survey of patients with T2DM that was conducted after the consultation of family doctor in primary health care facilities in Lithuania. Focus group discussions ($n = 48$) were conducted from May 2015 to March 2016 in 10 counties of Lithuania (31 executives of public primary health care facilities and 17 executives of private primary health care facilities). From October 2017 to January 2018, the survey of patients ($n = 510$) with T2DM was conducted (258 from public and 252 from primary health care facilities). Multinomial logistic regression was used for the analysis.

Results. The main elements of value management with focus on chronic diseases management were health promotion, quality of life, time management, satisfaction, communication, partnership with health care professionals, values and lifestyle of patients. Significant distribution among sociodemographic (income, place of residence, gender), non - clinical (affiliation to primary health care facility, self - perceived health, satisfaction with T2DM treatment, treatment options) factors were investigated. Age, gender, place of residence, self - perceived health, education, treatment options of T2DM were the factors that predicts the prognosis of T2DM progress.

Conclusions. The foundation of value elements with perspectives of priorities management provides insights to develop interventions programs and projects that would increase patient satisfaction with primary health care services. The factors evaluation on T2DM progress is the opportunity to find effective management tools that helps predict a disease evolution. The prediction of T2DM is basis for clinicians and managers in priorities setting and decision making. The results of the research can be ground for the continuous management of T2DM disease improvement in primary health care facility. The determination of elements of value management, the distribution of factors among T2DM disease states, the factors examination on chronic diseases states can be the principles of building theories.

Keywords: Primary health care, type 2 diabetes mellitus, elements of value management, quantitative research method, qualitative research method.

Introduction

Type 2 diabetes mellitus (T2DM) is a chronic disease, associated with serious complications such as retinopathy, nephropathy, neuropathy, ischemic heart disease, peripheral vascular disease and cerebrovascular disease¹, and in industrialized and developing countries it is the leading cause of death². The Heart Failure Association of the European Society of Cardiology states that the coexistence of heart failure and T2DM is common and has a strong impact on clinical management and prognosis³. Different theories explain

-
- 1 Mehrling M, Donnachie E, Bonke FC, Werner Ch, Schneider A. Disease management programs for patients with type 2 diabetes mellitus in Germany: a longitudinal population-based descriptive study. *Diabetology and Metabolic Syndrome* 2017; 9 (37): 1-8.
 - 2 Burrigge LH, Foster MM, Donald M, Zhang J, Russell AW, Jackson CL. A qualitative follow - up study of diabetes patients' appraisal of an integrated diabetes service in primary care. *Health and Social Care in the Community* 2017; 25 (3): 1031-1040.
 - 3 Seferovic PM, Petrie MC, Filippatos GS, Anker SD, Rosano G, Bauersachs J. et al. Type 2 diabetes mellitus and heart failure: a position statement from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure* 2018; 20: 853-872. doi:10.1002/ehf.1170

the observed risk factors (cardiovascular, albuminuria, obesity, smoking, undertreatment, etc.) in the impact of T2DM on survival⁴. T2DM increases the risk of cardiovascular diseases, and for patients with T2DM and without a history of cardiovascular diseases, a significantly lower relative survival in women compared with men with T2DM was found⁵. Diabetes mellitus may increase the risk of heart failure in both men and women in all age groups, especially in young people⁶. In Lithuania, the results of the research (n = 606) stated that 98% of patients with coronary heart disease had at least one of four conventional risk factors: hypertension (47.7%), diabetes (12.9%), dyslipidemia (90.1%), smoking (24.1%)⁷. In order to reduce the epidemic of coronary heart disease, much greater emphasis should be given to identify and to improve prevention of conventional risk factors as well as the lifestyle of the patient⁸. A number of factors including diabetes education, perceived and actual hyperglycemia and macrovascular complications (amputation, peripheral arterial disease, ischemic heart disease and stroke) are associated with treatment satisfaction, and self - management education programs should incorporate these factors for ongoing support in patients with T2DM⁹. In Canada, during focus group discussions (n = 79), patients' needs were expressed: assurance of satisfactory follow - up by a family physician, continuous access to services adapted to evolving needs, motivation to adopt and maintain healthy behaviors, maintenance of knowledge about diabetes, psychological support, financial constraints, and collaboration with secondary - level services and proposed solutions for improving services: facilitating access to services, disseminating information about available services, centralizing diabetes information on the internet, offering personalized services and improving interprofessional collaboration¹⁰. In Lithuania, scientists stated that diagnosis of T2DM in time provides the possibility to reduce expenses for health care system and to prolong a patient's life¹¹. Health system reforms aim at better outcomes of patients with T2DM through new models of care, and primary health care is an ideal setting for the management of complex T2DM. There is a growing interest in integrated models of service delivery for patients with T2DM that combine secondary

-
- 4 Hendricks SH, van Hateren KJJ, Groenier KH, Landman GWD, Maas AHEM, Bilo HJG. et al. Sex differences in survival of patients with type 2 diabetes in primary care (ZODIAC-50). *BMJ Open* 2017; ;7: e015870. doi:10.1136/bmjopen-2017-015870
 - 5 Van der Leeuw, van Dieren S, Beulens JWJ, Boeing H, Spijkerman AMW, van der Graaf et al. The validation of cardiovascular risk scores for patients with type 2 diabetes mellitus. *Heart* 2015; 101: 222–229. doi: 10.1136/heartjnl-2014-306068.
 - 6 Chen HF, Ho ChA, Li ChY. Risk of heart failure in a population with type 2 diabetes versus a population without diabetes with and without coronary heart disease. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 2018; 1–8. <https://doi.org/10.1111/dom.13493>
 - 7 Rinkūnienė E, Petrulionienė Ž, Laucevičius A, Ringailaitė E, Laučytė A. Tradicinių rizikos veiksnių paplitimas tarp sergančiųjų išemine širdies liga [Prevalence of conventional risk factors in patients with coronary heart disease]. *Medicina* 2009; 45 (2): 140-146
 - 8 *Ibid*
 - 9 Boels AM, Vos RC, Hermans TGT, Zuithoff NPA, Müller N, Khunti K. et al. What determines treatment satisfaction of patients with type 2 diabetes on insulin therapy? *An observational study in eight European countries*. *BMJ Open* 2017; 7: e016180. doi:10.1136/bmjopen-2017-0161805
 - 10 Vachon B, Huynh AT, Breton M, Quesnel L, Camirand M, Leblanc J. et al. Patients' expectations and solutions for improving primary diabetes care. *International Journal of Health care Quality Assurance* 2017; 30 (6): 554-567
 - 11 Norkus A, Ostrauskas R, Šulcaitė R. Laiku diagnozuoto 2 tipo cukrinio diabeto ir anksti pradėto gydymo ekonominis įvertinimas [The economic estimates of well - timed diagnostics and early treatment of type 2 diabetes mellitus]. *Medicina* 2005; 41 (10): 877-884

and primary health care expertise and facilitate better coordinated access to a network of health care providers¹². In Australia, the models of care are specific core design elements such as interdisciplinary teamwork, communication / information exchange, shared care guidelines, and training and education; together with easy access and acceptability of the service for patients with T2DM and health professionals in primary and secondary levels, and a viable funding model for sustainability¹³. Disease management programs for diabetes have been introduced with the aim at improving the quality of health care and the process of disease treatment and reducing health care expenditures¹⁴. General practitioners or family physicians play an important role in diabetes management: coordinating, continuing, comprehensive care¹⁵. T2DM is a progressive disease, and pharmacological measures are needed to avoid complications and maintain glycemic control. Moreover, we have to remember that health - related quality of life is also a complex and subjective phenomenon, and additionally the lack of human resources, health care facilities, income disparities and difference of living status have a profound effect on health-related quality of life¹⁶. Satisfaction with physician-patient interaction is an important factor in achieving better medication adherence that leads to better glycemic control and there is a need to identify strategies to improve satisfaction to improve patient adherence¹⁷. T2DM has a negative impact on health - related quality of life, satisfaction with life, and a person's life¹⁸ and has multiple socioeconomic implications¹⁹. Mostly diabetes interventions evaluated the effect on glycosylated hemoglobin with little consideration on quality of life or self - perceived health²⁰. The associations between T2DM state, patient sociodemographic characteristics, non - clinical variables, treatment options have not been fully elucidated yet²¹ [26]. The objectives of the study are:

-
- 12 BurrIDGE LH, Foster MM, Donald M, Zhang J, Russell AW, Jackson CL. A qualitative follow - up study of diabetes patients' appraisal of an integrated diabetes service in primary care. *Health and Social Care in the Community* 2017; 25 (3): 1031-1040
 - 13 BurrIDGE LH, Foster MM, Donald M, Zhang J, Russell AW, Jackson CL. A qualitative follow - up study of diabetes patients' appraisal of an integrated diabetes service in primary care. *Health and Social Care in the Community* 2017; 25 (3): 1031-1040
 - 14 MehRING M, DonnACHIE E, BonKE FC, Werner Ch, Schneider A. Disease management programs for patients with type 2 diabetes mellitus in Germany: a longitudinal population-based descriptive study. *Diabetology and Metabolic Syndrome* 2017; 9 (37): 1-8
 - 15 ThepWONGSA I, Muthukumar R, Kessomboon P. Motivational interviewing by general practitioners for type 2 diabetes patients: a systematic review. *Family Practice* 2017; 34 (4): 376-383. doi:10.1093/fampra/cmx045
 - 16 Iqbal Q, ul Hag N, Bashaar M. Profile and predictors of health related quality of life among type II diabetes mellitus patients in Quetta city, Pakistan. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2017; 15 (142). doi 10.1186/s12955-017-0717-6
 - 17 Nasir NM, Arrifin F, Yasin SM. Physician - patient interaction satisfaction and its influence on medication adherence and type 2 diabetic control in a primary care setting. *Medical Journal of Malaysia* 2018; 73 (3): 163-169
 - 18 Rosiek A, Kornatowski T, Frąckowiak - Maciejewska N, Rosiek - Kryszewska A, Wyzgowski P, Leksowski K. Health behaviors of patients diagnosed with type 2 diabetes mellitus and their influence on the patients' satisfaction with life. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2016; 12: 1783-1792.
 - 19 Sheikh BA, Arabiat DH, Holmes SL, Khader Y, Hiyasat D, Collyer D. et al. Correlates of treatment satisfaction and well - being among patients with type 2 diabetes. *International Nursing Review* 2018; 65: 114-121.
 - 20 Vadstrup ES, Frolish A, Perrild H, Borg E, Roder M. Health - related quality of life and self - related health in patients with type 2 diabetes: effects of group - based rehabilitation versus individual counselling. *Health and Quality of Life Outcomes* 2011; 9 (110): 1-8.
 - 21 Sheikh BA, Arabiat DH, Holmes SL, Khader Y, Hiyasat D, Collyer D. et al. Correlates of treatment satisfaction and well - being among patients with type 2 diabetes. *International Nursing Review* 2018; 65: 114-121.

1. To determine the elements of value management of public and private primary health care facilities in the point of view of managers of primary health care facilities.
2. To investigate the factors (sociodemographic, non - clinical) distributions among T2DM disease states in the context of continuous management of primary health care services.
3. To explore the predictions of T2DM progress with other concomitant diseases.

The main aim of the research is to find the elements of value creation management with perspectives of priorities management and to examine the impact of factors on non-communicable diseases state with prognosis of T2DM progress in the context of primary health care services.

Material and methods

Focus group discussions were conducted from May 2015 to March 2016 in 10 counties of Lithuania. A total of 48 participants were enrolled into the qualitative study: 31 executives of public primary health care facilities and 17 executives of private primary health care organizations. The mean size of the focus group was 5 participants. The mean duration of the focus group discussion was 1.21 h. Participants (primary health care facilities) were selected from the list composed by the Lithuanian Institute of Hygiene at the end of 2012. Selection was made following the principle of 50 / 50, with the intention to include the executives of both public and private primary health care facilities. The second stage of the study was the survey of patients with T2DM after receiving family doctor's services in primary health care facilities in Lithuania. The questionnaire was developed following a methodological process based on three information sources that included consultations with researchers, results of focus groups discussions, scientific literature review. A pilot study was conducted in May 2017 in Lithuania in order to evaluate the suitability of the questionnaire. The executives of primary health care facilities were informed about the pilot study by phone and / or by email. Informed consent forms and questionnaires were distributed to executives or heads of departments or family doctors working in primary health care facilities. The questionnaires were filled out by patients with T2DM after a consultation with a family doctor. The pilot study involved 33 patients with T2DM from private primary health care facilities (8 respondents) and public primary health care facilities (25 respondents). In total, 80 questionnaires were distributed, and 33 questionnaires were completed (response rate, 41%). The reliability of the questionnaire evaluated by Cronbach alfa test was 0.920. Taking into account the respondents' opinion, the questions of the questionnaire were corrected and developed. From October 2017 to January 2018, the survey was conducted and data were collected using the questionnaire given to patients with T2DM in private and public primary health care facilities in Lithuania. Inclusion criteria for this study were as follows: (1) age of ≥ 18 years, (2) diagnosis of T2DM, (3) treatment with diet and physical activities, oral hypoglycemic agents, insulin or both. Those diagnosed with type I and gestational diabetes were excluded. All who met the inclusion criteria were invited to participate. In total, 701 respondents were approached to take a part in the survey, and 510 valid questionnaires (258 from public and 252 from primary health care facilities in Lithuania) were collected, resulting in a response rate of 72.8%.

Analysis of focus groups research

Qualitative study analysis revealed the opinion of the participants of focus group discussions toward elements of value creation management in the context of perspectives of priorities management of primary health care facility. The study analysis was done based on participants' opinion, insights, and experience. The analytical approach of the qualitative study was based on the Grounded theory and the researchers following the principles of the rigor and quality of the analysis (Figure 1).

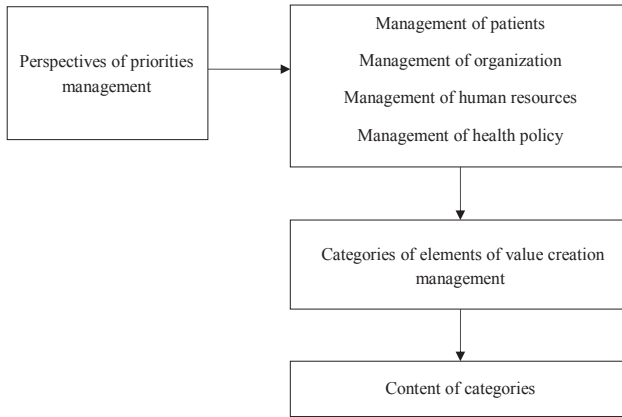


Fig. 1. *Proposed methodology of focus groups data analysis*
Source: researchers' own (2015 - 2018 year)

The data of focus groups research were analyzed as follows²²:

- The data were categorized into priorities of “Management of organization,” “Management of human resources,” “Management of patients,” “Management of health policy decision - making” from the participant perspective.
- The categories of elements of value creation management were generated and assigned to priorities.
- Each category was defined and differences and similarities were established. If the analysis categories related to the perspectives, it was predefined by the research team.

Statistical analysis

Statistical analysis was done with IBM SPSS Statistics 25. Quantitative data were normally distributed and were expressed as mean (standard deviation, SD). One factor ANOVA test was used to compare means of quantitative features. Qualitative data were described as number (n) and percentage (%), and the chi-square test for independence

22 Budrevičiūtė A, Kalėdienė R, Petrauskienė J. Priorities in effective management of primary health care institutions in Lithuania: Perspectives of managers of public and private primary health care institutions. *Plos One* 2018

(homogeneity) was used for the analysis of the data. Multinomial logistic regression was used to determine factors which have statistically significant influence on probability of different states of T2DM disease. Multinomial logistic regression results are presented as coefficients of model, p – value of Wald test, odds ratio (OR) and 95% confidence interval for odds ratio. Observed differences and relations were statistically significant if a p value was < 0.05 .

Results

During focus group discussions, the researchers sought to puzzle out the methods developing the value creation of primary health care facilities, and the elements of modern management are presented in Table 1.

Table 1. Contemporary value management of public and private primary health care facilities

Perspectives of priorities management	Elements of value creation management	
	Public primary health care facilities	Private primary health care facilities
Health policy	Partnership with health care professionals Management of changes Priorities Lobbying	Management of chronic diseases Management of risk factors Priorities
Organization	Structure Image Culture Society	Place Time management Culture Environment
Human resources	Teamwork Knowledge Communication Competencies	Teamwork Vision Communication Authority Trust Competencies
Services	Quality Health management Consultation Early diagnosis of diseases Health improvement and promotion	Quality Partnership with secondary and tertiary levels Management of results Diagnosis of diseases
Patients	Health promotion Responsibility for health Quality of life Time management Satisfaction Communication Partnership with health care professionals	Health promotion Lifestyle Values Partnership with health care professionals

During focus groups research was found that value creation for customers is essential activity of primary health care facility²³:

23 Budrevičiūtė A, Kalėdienė R, Petrauskienė J. Priorities in effective management of primary health care institutions in Lithuania: Perspectives of managers of public and private primary health care institutions. *Plos One* 2018

...To create value for patients, as competition grows in the quality of services. And everyone will automatically try to do the best that the patient would feel comfortable as much as possible... (man, private health care facility, Vilnius county)

The managers of primary health care facility expressed the elements of modern management of value creation: diagnosis of diseases and treatment results, health strengthening and refreshing, management of risk factors and chronic diseases at primary health care facilities. The managers from private and public primary health care facilities expressed that health promotion and partnership are essential elements of value creation for patients²⁴:

...The facility has to have its own management model, the priority is a patient followed by accessibility, quality, etc. (woman, public primary health care, Panevėžys county)

The managers of primary health care facilities turned their attention to the quality of services; partnership among primary, secondary, and tertiary levels; development of teamwork, communication, competencies. Based on the opinion of the leaders of both public and private primary health care facilities, appropriate personnel are the facility's capital and the largest investment is human capital²⁵:

... The patient is our priority followed by our employees that is the main capital of the facility. And it is needed to talk to them and to work with them, to solve problems, conflicts, etc... (woman, public primary health care facility, Marijampolė county)

Among 510 respondents, 348 (68.2%) were women and 162 (31.8%) were men. As much as 77.9% and 83.3% of the women and men, respectively, indicated living in urban areas. The mean age of the participants was 64.58 years (SD = 11.49), and those aged 55 to 65 years accounted for the biggest part of the patients with T2DM (32.00%). The mean age of the women and men was 64.10 (SD = 11.56) and 65.63 years (SD = 11.29), respectively. Table 2 shows the characteristics of the study population.

Table 2. Characteristics of the study population

Variables		n	%
Gender	Female	348	68.2
	Male	162	31.8
Residence	Urban	406	79.6
	Rural	104	20.4
Income	Less than 350 Eur	313	61.4
	More than 350 Eur	197	38.6
Frequency of visits to an endocrinologist	Never	42	8.2
	Once in 3 months	83	16.3
	Once in 6 months	101	19.8
	Once in 12 months	182	35.7
	Once in 24 months	51	10.0
	Less than once in 24 months	51	10.0

24 *Ibid.*

25 *Ibid.*

The statistical analysis showed that the biggest part by gender the female were attending in public and private primary health care facilities (Table 3). The most of the respondents living in urban of Lithuania: 93.3% of respondents in private primary health care facilities and 66.3% of respondents in public primary health care facilities. In our survey the most of respondents having T2DM and Cardiovascular disease, respectively 44.8% in private primary health care facilities and 41.6% in public primary health care facilities. In private primary health care facilities the biggest part of respondents were employees of physical work (34.9%). In public primary health care facilities by occupation status of respondents dominated retired (43.8%). Less than one - third (27.5%) of the patients reported having just T2DM; 72.5% and 41.0% of the patients with T2DM had concomitant chronic diseases or cardiovascular diseases, respectively. Arthritis and joint diseases were diagnosed in 9.6% of the respondents; glaucoma, 4.1%; bronchial asthma, 3.3%; kidneys diseases, 2.4%; thyroid diseases, 2.2%; prostate diseases, 1.8%; depression and other mental diseases, 1.6%; and stomach diseases, 0.8%. In the biggest part were female attending private and public primary health care facilities. The most of respondents were living in urban of Lithuania and with income less than 350 EUR. In our survey 34.9% of respondents who visiting the private primary health care facility were employees of physical work when in public primary health care facility the biggest part of respondents were retired (43.8%). Respondents with T2DM and cardiovascular diseases were the biggest part between disease state in private and public primary health care facilities. In the Table 3 are presented distributions between variables and ownership of primary health care facility.

Table 3. Variables distributions among ownership form of primary health care facility

Variables		Ownership of primary health care facility		Value of Chi - square	p value
		Private, n (%)	Public, n (%)		
Gender	Female	152 (60.3)	198 (76.7)	15.977	< 0.001
	Male	100 (39.7)	60 (23.3)		
Residence	Urban	235 (93.3)	171 (66.3)	57.141	< 0.001
	Rural	17 (6.7)	87 (33.7)		
Income	< 350 EUR	141 (56.0)	172 (66.7)	6.173	< 0.013
	> 350 EUR	111 (44.0)	86 (33.3)		
Occupation status	Retired	70 (27.8)	113 (43.8)	18.645	< 0.001
	Employees of physical work	88 (34.9)	59 (22.9)		
	Employees of intellectual work	82 (32.5)	81 (31.4)		
	Other (housewife, unemployed)	12 (4.8)	5 (1.9)		
Disease state	T2DM	86 (36.0)	54 (22.0)	21.059	< 0.001
	T2DM + cardiovascular diseases	107 (44.8)	102 (41.6)		
	T2DM + cardiovascular diseases + other concomitant diseases	46 (19.2)	89 (36.3)		

The respondents indicated that the options of T2DM treatment were diet and physical activities (41.2%), treatment with tablets (40.2%), treatment with insulin (11.0%), treatment with tablets and insulin (7.5%). Respondents with T2DM, T2DM and cardiovascular diseases visiting private primary health care facilities, when in the biggest part respondents with T2DM and cardiovascular diseases and other concomitant diseases visiting public primary health care facilities. The distributions of factors between disease state (T2DM, T2DM along with cardiovascular diseases, T2DM along with cardiovascular and other concomitant diseases) and sociodemographic as well as non - clinical factors are presented in Table 4.

Table 4. *Distribution of sociodemographic and non - clinical variables among patients with different disease states*

Variable		Disease state, n (%), number of respondents			p value
		T2DM	T2DM + cardiovascular diseases	T2DM + cardiovascular diseases + other concomitant diseases	
Income	< 350 EUR	63 (45)	138 (66)	91 (67.4)	< 0.001
	>350 EUR	77 (55)	71 (34)	44 (32.6)	
Residence	Urban	120 (85.7)	174 (83.3)	87 (64.4)	< 0.001
	Rural	20 (14.3)	35 (16.7)	48 (35.6)	
Affiliation to primary health care facility	Private	86 (61.4)	107 (51.2)	46 (34.1)	< 0.001
	Public	54 (38.6)	102 (48.8)	89 (65.9)	
Gender	Female	99 (70.7)	132 (63.2)	105 (77.8)	0.015
	Male	41 (29.3)	77 (36.8)	30 (22.2)	
Self - perceived health	Good	64 (45.7)	156 (74.6)	110 (81.5)	< 0.001
	Poor	76 (54.3)	53 (25.4)	25 (18.5)	
Satisfaction with T2DM treatment	Not satisfied	14 (10)	30 (14.4)	8 (5.9)	0.045
	Satisfied	126 (90)	179 (85.6)	127 (94.1)	
Treatment of T2DM	Physical activity and diet	55 (39.3)	79 (37.8)	68 (50.4)	< 0.001
	Tablets	69 (49.3)	84 (40.2)	39 (28.9)	
	Insulin	15 (10.7)	26 (12.4)	11 (8.1)	
	Tablets + insulin	1 (0.7)	20 (9.6)	17 (12.6)	
Education	Primary	12 (8.57)	43 (20.57)	31 (22.96)	0.002
	Secondary	59 (42.14)	81 (38.76)	55 (40.74)	
	Higher college	40 (28.57)	50 (23.92)	17 (12.59)	
	Higher university	29 (20.72)	35 (16.75)	32 (23.71)	

Using multinomial logistic regression, the control group was patients with T2DM, the case groups were patients with T2DM and cardiovascular diseases, patients with T2DM and cardiovascular diseases and other concomitant diseases. The regression model fit for the research data: the Nagelkerke coefficient of determination $R^2 = 0.333$. The proposed model correctly classified 55.7% of the patients with T2DM, 61.7% of the patients with T2DM and cardiovascular diseases, and 50.0% of the patients with T2DM, cardiovascular and other concomitant diseases (Table 5).

Table 5. *The model of multinomial logistic regression*

State of disease	Variable	B	p value	OR	95% confidence interval for OR	
					Lower bound	Upper bound
T2DM + cardiovascular diseases	Residence place (urban vs. rural)	0.129	0.711	1.138	0.574	2.256
	Age	0.057	<0.001	1.059	1.035	1.084
	Gender (female vs. male)	-0.224	0.385	0.799	0.481	1.326
	Self – perceived health (good vs. poor)	0.782	0.003	2.186	1.305	3.664
	Education (primary vs. higher university)	0.292	0.543	1.339	0.522	3.437
	Education (secondary vs. higher university)	0.037	0.914	1.038	0.528	2.039
	Education (higher college vs. higher university)	-0.178	0.625	0.837	0.409	1,711
	Diabetes treatment (physical activities vs. insulin)	-0.566	0.138	0.568	0.269	1.198
	Diabetes treatment (tablets vs. insulin)	-0.762	0.450	0.467	0.221	0.984
Satisfaction with treatment (not satisfied vs. satisfied)	0.714	0.061	2.043	0.968	4.312	
T2DM + cardiovascular diseases + other concomitant diseases	Age	0.103	<0.001	1.109	1.077	1.142
	Residence (urban vs. rural)	-1.258	<0.001	0.284	0.138	0.585
	Gender (female vs. male)	0.505	0.115	1.657	0.885	3.104
	Self – perceived health (good vs. poor)	1.04	<0.001	2.828	1.462	5.470
	Diabetes treatment (physical activities vs. insulin)	0.133	0.759	1.142	0.489	2.665
	Diabetes treatment (tablets vs. insulin)	-0.541	0.225	0.582	0.243	1.394
	Satisfaction with treatment (not satisfied vs. satisfied)	-0.337	0.522	0.714	0.254	2.003
	Education (primary vs. higher university)	-0.649	0.224	0.523	0.184	1.487
	Education (secondary vs. higher university)	-0.442	0.255	0.643	0.3	1.376
	Education (higher college vs. higher university)	-1.364	0.003	0.256	0.105	0.622

In the 1 first part of the Table 5 people who had T2DM with cardiovascular diseases were compared with people who had T2DM only. Findings of the comparison showed that age, self – perceived health, treatment of T2DM were significant predictors of the occurrence of T2DM with cardiovascular diseases. With every increase in age, the odds of having T2DM with cardiovascular diseases increase (OR = 1.059 95% OR CI 1.035-1.084). Poor self – perceived health of respondents increasing the odds of having T2DM with cardiovascular diseases (OR = 2.186 95% OR CI 1.305-3.664). Treatment of T2DM with tablets was associated with 2 fold lower odds (OR = 0.467; 95% OR CI 0.221-0.984) of having T2DM and cardiovascular diseases compared with treatment with insulin.

In the 2 second part of the Table 5 people who had T2DM with cardiovascular diseases and other concomitant diseases compared with people who had just T2DM. The findings of the comparison showed that age of respondents, residence, treatment of T2DM, education were significant predictors of T2DM with cardiovascular diseases and other concomitant diseases. With every increase of age, the odds of having T2DM with cardiovascular diseases increase (OR = 1.109 95% OR CI 1.077-1.142). In urban living respondents having T2DM and cardiovascular diseases, and T2DM with other concomitant diseases is lower than respondents living in rural of country (OR = 0,284 95% OR CI 0.138-0.585). Respondents with higher college education having lower odds (OR = 0.256 95% OR CI 0.105-0.622) of TD2M with cardiovascular diseases and T2DM with other concomitant diseases than respondents with higher university education. Respondents with poor self – perceived health having bigger odds of T2DM with cardiovascular diseases and other concomitant diseases (OR = 2.828 95% OR CI 1.462-5.47).

Discussion

This study advances understanding of the elements of value creation for patients with T2DM and the factors impact on T2DM development. In this research, we propose the model of the factors having the impact on T2DM prognosis and examine the influence of the factors on disease states.

In the scientific literature, there is ongoing discussion on value creation for patients and the impact of factors on T2DM disease state. Our group discussions revealed the elements of value creation with focus on chronic diseases management. In modern management, value creation is a paradigm involving multiple stakeholders in the marketing process, who work together at various points of the consumption process to create value for patients²⁶. It is viewed as a process in which organizations and consumers interact at various stages of consumption to create the service²⁷. In our study during group discussions, the priorities in value management were revealed as health policy, organization, human resources, services, patients. The managers of primary health care facilities in Lithuania expressed the importance of chronic disease management for value delivery for patients. In their point of view, it is important to manage effectively the elements of value creation for patients in achieving better outcomes of chronic disease management. It was found that the main elements of

26 Zainuddin N, Tam L, McCosker A. Serving yourself: value self - creation in health care service. *Journal of Services Marketing* 2016; 30 (6): 586-60.

27 *Ibid.*

value creation at patient level are values of patients, health promotion and lifestyle, quality of life, communication and partnership, responsibility for health, time management, satisfaction. In Lithuania, it was found that compared with men, women had significantly higher satisfaction with hospital care²⁸. It is stated that social support from family, friends or significant other has a different impact of health locus of control in men and women groups²⁹. The researchers investigated how differences in quality of life, effective coverage of diabetes, and service satisfaction associated with differences in the structures, processes, and the context of T2DM services (extending Donabedian's Structure – Process - Outcome model) in six European countries (Finland, Germany, Greece, Netherlands, Spain, United Kingdom)³⁰. Using the regression models, it was explained that 44% of variance in service satisfaction, mostly by structure (human resources, equipment, physical accessibility of diabetes care facilities, time access to facilities), process (hours of care, number of follow - up visits, comprehensiveness of information, costs of services, responsiveness of diabetes care, empathy, communication) variables³¹. The models explained 23% of variance in quality of life between the networks, much of which is related to contextual (sociodemographic characteristic, stage of diabetes, lifestyle) variables³². The findings of the Brazilian study showed that patients with T2DM (n = 100) were overall satisfied with the duration of diagnosis consultation and to a great extent seemed to understand the key topics of lifestyle changes, disease, its causes, treatment and the most of them seemed to accept T2DM in a positive way³³. Motivational interviewing used in general practice can improve the outcomes of patients with T2DM as satisfactory with family doctor service, beliefs and understanding of diabetes, motivation for behavioral changes, clinical variables (blood pressure, dyslipidemia, glycemic state), and physical activities³⁴. Our study results showed that age, gender, place of residence, and income of patients with T2DM had an impact on self - perceived health. In our study was a statistically significant associations between disease states (T2DM, T2DM with cardiovascular diseases, T2DM with cardiovascular diseases and other concomitant disease) and disease treatment duration, age of patients, duration of visiting the same primary health care facility. Our study showed no statistically significant relationships between satisfaction with treatment and self - perceived health. The Polish study (n = 50) showed that the intensity of severity of health behavior and satisfaction with life of T2DM patients depended on the gender of the patient, and the analysis of patients' behaviors in four categories (proper eating habits, health practices, preventive behaviors, positive mental attitude) showed substantial correla-

28 Bliuvaitė S, Šinkariova L. Sergančiųjų 2 tipo cukriniu diabetu sveikatos kontrolės lokuso, socialinio palaikymo bei pasitenkinimo suteikiama pagalba ligoninėje sąsajos [Health locus of control, social support and patient satisfaction with hospital care interaction among adults with type 2 diabetes]. *Tarptautinis psichologijos žurnalas: biopsichosocialinis požiūris [International Journal of Psychology: A Biopsychosocial Approach]* 2012; 11: 9-29.

29 *Ibid.*

30 Mahdavi M, Vissers J, Elkhuizen S, van Dijk M, Vanhala A, Karampli E, et al. The relationship between context, structure, and processes with outcomes of 6 regional diabetes networks in Europe. *PlosOne* 2018

31 *Ibid.*

32 *Ibid.*

33 Vencio S, Paldanius PM, Blüher M, Giannella - Neto D, Caiado - Vencio R, Strain WD. Understanding the barriers and improving care in type 2 diabetes: Brazilian perspective in time to do more in diabetes. *Diabetology and Metabolic Syndrome* 2017; 9 (46): 1-8. doi 10.1186/s13098-017-0244-y.32.

34 Thepwongsa I, Muthukumar R, Kessomboon P. Motivational interviewing by general practitioners for type 2 diabetes patients: a systematic review. *Family Practice* 2017; 34 (4): 376-383. doi:10.1093/fampra/cmx045

tion of the Health Behavior Inventory and the Satisfaction with Life Scale³⁵. The findings of the study in Bangladesh indicated that age, area of residence, education level, social status, family income, expense, tobacco, body mass index, family history, physical exercise and hard diseases had the worst impact on quality of life among all factors of T2DM³⁶. The review on the management of T2DM in the Middle Eastern countries has identified that knowledge, beliefs, cultural, and lifestyle factors plays an important role in patients' decisions regarding medication adherence and lifestyle interventions³⁷. The study conducted in Nigeria (n = 184) found that knowledge of diabetes mellitus among patients with diabetes was poor and related to age, education level, satisfaction with education received, employment status, and household wealth³⁸. In India, the objectives of the study (n = 78) were to explore the relationship between self-efficacy (a person's belief about his / her ability to successfully execute duties and responsibilities), outcome expectancy (a factor contributing to the enhancement of self-management) and self - management (the cornerstone of diabetes care and is crucial to prevent complications of diabetes) among T2DM patients³⁹. The results of the study showed that self-efficacy, outcome expectancy and self-management were positively correlated and that self - efficacy and outcome expectancy contributed to self - management of patients with T2DM⁴⁰. The Malaysian study (n = 266) failed to disclose significant direct relationships between diabetes knowledge and quality of life or satisfaction⁴¹. There was a significant indirect effect of diabetes knowledge on impact of quality of life via attitudes: as the level of diabetes knowledge increased, the negative impact of quality of life was reduced through the mediating factor of attitudes⁴². In Lithuania, it was found (n = 53) that there were no significant associations of patients with T2DM emotional state and quality of life with duration of the disease⁴³. No significant differences in emotional state and quality of life were found between males and females with T2DM, who were treated with oral antidiabetic and insulin medications⁴⁴. In Pakistan, T2DM patients (n = 300) attending public and private hospitals were targeted for data collection through questionnaire, and age, duration of

-
- 35 Rosiek A, Kornatowski T, Frąckowiak - Maciejewska N, Rosiek - Kryszewska A, Wyzgowski P, Leksowski K. Health behaviors of patients diagnosed with type 2 diabetes mellitus and their influence on the patients' satisfaction with life. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2016; 12: 1783-1792.
- 36 Miah A, Ma Y. Analysis the significant risk factors on type 2 diabetes perspective of Bangladesh. *Diabetes Metabolic Syndrome* 2018; 12 (6): 897-902
- 37 Alsairafi ZK, Taylor KMG, Smith FJ, Alattar AT. Patients' management of type 2 diabetes in Middle Eastern countries: review of studies. *Patient Preference and Adherence* 2016; 10: 1051-1062
- 38 Jasper US, Ogundunmade BG, Opara MCh, Akinrolie O, Pyiki EB, Umar A. Determinants of diabetes knowledge in a cohort of Nigerian diabetics. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders* 2014; 13 (39): 1-8.
- 39 Lalnuntluangi R, Chelli K, Padhy M. Self - efficacy, outcome expectancy and self - management of type 2 diabetes patients. *Indian Journal of Health and Well-being* 2017; 8 (9): 1040-1043.
- 40 *Ibid.*
- 41 Gilis - Januszewska A, Lindström J, Tuomilehto J, Piwonska - Solska B, Topór - Mądry R, Szybinski Z. et al. Sustained diabetes risk reduction after real life and primary health care setting implementation of the diabetes in Europe prevention using lifestyle, physical activity and nutritional intervention (DE-PLAN) project. *BMC Public Health* 2017; 17 (198): 1-7
- 42 *Ibid.*
- 43 Lašaitė L, Lašienė J, Kazanavičius G, Goštautas A. Sergančiųjų 2 tipo cukriniu diabetu emocinės būklės ir gyvenimo kokybės sąsajos su lipidų koncentracija, ligos trukme bei vartojamais vaistais [Associations of emotional state and quality of life with lipid concentration, duration of disease, and the way of treating the disease in persons with type 2 diabetes mellitus]. *Medicina* 2009; 45 (2): 85-94.
- 44 *Ibid.*

disease, number of prescribed medications, medication adherence and treatment satisfaction were found to be significantly associated health-related quality of life⁴⁵. The Malaysian study involved 197 T2DM patients from primary health facilities and reported that patient education level, number of oral antidiabetic medication taken, and type of insulin regime used affected the interaction outcome between a patient with T2DM and a physician⁴⁶. In Jordan, the descriptive correlational study (n = 1002) found that perception about T2DM treatment was worse among women than men, and heart disease as a comorbidity with diabetes was also a significant indicator for low treatment satisfaction⁴⁷. The researchers identified the phases of T2DM progression: Prior to any Diagnosis, Pre - diabetic (diagnosed), Onset of T2DM, Health Maintenance and Prevention, Complications-Minor or Major⁴⁸. In Europe initiated the DE - PLAN project (Diabetes in Europe: Prevention Using Lifestyle, Physical Activity and Nutritional Intervention) and its implemented by the principles of lifestyle intervention⁴⁹. The results of the study (n = 105) showed that T2DM prevention through lifestyle intervention delivered by trained nurses in primary health care level leads to weight reduction of the patients⁵⁰. The beneficial outcomes as cardiovascular risk factors change and diabetes risk reduction can be maintained during long - time observation⁵¹. In Netherlands, people with T2DM and cardiovascular diseases follow a cognitive behavioral program aimed at modifying dietary behavior, physical activity, smoking behavior and its used methods as motivational interviewing and problems solving treatment focusing on intrinsic motivation for change and self-management⁵². The absolute risk of diabetes - related long - term complications (neuropathy, nephropathy, retinopathy, amputation, dialysis, blindness, stroke, coronary sclerosis) is not communicated and therefore often overestimated by patients, public health media, and health care professionals⁵³. The study carried out in the United Arab Emirates (n = 490) reported that the prevalence of T2DM was 23% with hypertension, obesity, and dyslipidemia being the most common T2DM comorbidities and found that levels of estimated glomerular filtration rate and disease duration were the most

-
- 45 Iqbal Q, ul Hag N, Bashaar M. Profile and predictors of health related quality of life among type II diabetes mellitus patients in Quetta city, Pakistan. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2017; 15 (142). doi 10.1186/s12955-017-0717-6.
 - 46 Nasir NM, Arrifin F, Yasin SM. Physician - patient interaction satisfaction and its influence on medication adherence and type 2 diabetic control in a primary care setting. *Medical Journal of Malaysia* 2018; 73 (3): 163-169
 - 47 Sheikhh BA, Arabiat DH, Holmes SL, Khader Y, Hiyasat D, Collyer D. et al. Correlates of treatment satisfaction and well - being among patients with type 2 diabetes. *International Nursing Review* 2018; 65: 114-121
 - 48 Crangle CE, Bradley C, Carlin PF, Esterhay RJ, Harper R, Kearney PM. et al. Exploring patient information needs in type 2 diabetes: a cross sectional study of questions. *PlosOne* 2018; 13 (11): 1-19. e0203429. doi.org/10.1371/journal.pone.0203429
 - 49 Kueh YCh, Morris T, Ismail AAS. The effect of diabetes knowledge and attitudes on self - management quality of life among people with type 2 diabetes. *Psychology, Health and Medicine* 2017; 22 (2): 138-144.
 - 50 *Ibid.*
 - 51 *Ibid.*
 - 52 Lakerveld J, Bot SDM, Chinapaw MJ, van Tulder MW, van Oppen P, Dekker JM. et al. Primary prevention of diabetes mellitus type 2 and cardiovascular diseases using a cognitive behavior program aimed at lifestyle changes in people at risk: design of a randomized controlled trial. *BMC Endocrine Disorders* 2008; 8 (6): 1-11
 - 53 Kunnis N, Freyer M, Müller N, Kielstein V, Müller UA. Expectations and fear of diabetes - related long - term complications in people with type 2 diabetes at primary care level. *Acta Diabetologica* 2018. doi: 10.1007/s00592-018-1217-9

significant risk factors for the development of complications⁵⁴. The major complications of T2DM considered in this study were coronary artery disease, nephropathy, peripheral neuropathy, and retinopathy, while age and renal function were the most useful predictors for the development of T2DM complications⁵⁵. As with any scientific research, there are number of study limitations and future directions. Researchers pointed out the need of study that is adapted for chronic disease in the context of services of primary health care in Lithuania. It is highly recommended to compare the model within other noncommunicable diseases and to find similarities / dissimilarities. The study employed a qualitative (group discussions with managers from primary health care facilities) and a quantitative (survey of patients with T2DM) approach. It is highly recommended for wider perspective to use qualitative method in research the opinion of patients with T2DM. Opinion of family doctors and other front-line employees also important in development of noncommunicable diseases management. For future research it is important to develop the management model of T2DM with focus on value management elements and their impact on management perspectives (organization, culture, communication, human resources, quality, financial management, etc.).

Conclusions

1. During focus groups research the elements of value management of public and private primary health care facilities in the point of view managers were determined. It was found the value management elements with health policy, organization, human resources, services, patients management perspectives. The priorities management is important for public and primary health care facilities. The managers from public primary health care facilities expressed that partnership with health care professionals, management of changes, lobbying are the main elements of value management in the context of the health policy perspective. Management of chronic diseases and risk factors are the main elements of value management in private primary health care facilities. The element culture of organization is important for public and private primary health care facilities. The managers from public and private primary health care facilities pointed out that teamwork, communication, competencies are the main elements of human resources management. The elements of services management include quality and competencies in the context of primary health care services. In opinion of the managers from primary and public primary health care facilities the main element of patient management is health promotion. Identification of value creation elements provides with opportunities to develop health management programs and projects, increasing patient satisfaction with services provided in primary health care.
2. In the research sociodemographic (age, gender, place of residence) and non-clinical (self-perceived health, treatment options) factors distributions among T2DM disease states were investigated. Evaluation of prognostic factors non-clinical: self

54 Jelinek HF, Osman WM, Khandoker AH, Khalaf K, Lee S, Almahmeed W. et al. Clinical profiles, comorbidities and complications of type 2 diabetes mellitus in patients from United Arab Emirates. *BMJ Open Diabetes Research and Care* 2017; 5: e000427. doi:10.1136/bmjdr-2017-000427

55 *Ibid.*

- perceived health, treatment options) according to the T2DM course is the cornerstone of patient segmentation and a possibility to find effective solutions for disease management, which would help predict a disease course and possible outcomes.
3. The prognosis of T2DM progress is concerned with improving the accuracy of future disease outcomes and modelling of prognosis can give relevant clinical and non-clinical information in modern primary health care. The prognostic value of T2DM helps for clinicians and managers in decision making, setting the priorities and goals of continuous care of noncommunicable disease.

Practical implications of the results of the study

It is highly recommended to define the challenges and possibilities in continuous management and to determine the priorities of risk factors of chronic diseases management in primary health care facility. Searching for the competitive advantage of primary health care facility, it is expedient to create the partnership between primary health care facility and society, between primary, secondary and tertiary health care levels in case to improve friendly and healthy environment for patients. At the level of primary health care facility, it is important to develop structure of an organization with focus on continuous management of chronic diseases, and to strengthen the image and culture of health. The main direction in managing people in primary health care facility is based on knowledge and competencies improvement, communication and teamwork making better. Attention should be paid at the quality of services of primary health care facility and to introduce additional health care services for patients with chronic non-communicable diseases. The employees of primary health care facility can support patients in building their lifestyle with focus on quality of life and health promotion. Effective interventions are important for noncommunicable diseases management in primary health care level and patients involvement in risk factors management can be the priority of T2DM management.

Acknowledgments

The authors would like to thank the participants of the study and their views expressed in the study.

Conflicts of interest

The authors report no conflicts of interest. The authors alone are responsible for the content and writing of the paper.

Ethical aspects

Approval to conduct the study was given by Kaunas Regional Biomedical Research Ethics Committee (17 April 2014, No. BE-2-11). The authors applied to the Lithuania State Data Protection Inspectorate for study's participant personal data protection (27 November 2014, No. DVT2-2009).

Financial Disclosure

The authors received no specific funding for this work.

References

1. Alsairafi ZK, Taylor KMG, Smith FJ, Alattar AT. Patients' management of type 2 diabetes in Middle Eastern countries: review of studies. *Patient Preference and Adherence* 2016; 10: 1051-1062.
2. Budrevičiūtė A, Kalėdienė R, Petrauskienė J. Priorities in effective management of primary health care institutions In Lithuania: Perspectives of managers of public and private primary health care institutions. *Plos One* 2018. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209816>.
3. Bliuvaitė S, Šinkariova L. Sergančiųjų 2 tipo cukriniu diabetu sveikatos kontrolės lokuso, socialinio palaikymo bei pasitenkinimo suteikiama pagalba ligoninėje sąsajos [Health locus of control, social support and patient satisfaction with hospital care interaction among adults with type 2 diabetes]. *Tarptautinis psichologijos žurnalas: biopsichosocialinis požiūris [International Journal of Psychology: A Biopsychosocial Approach]* 2012; 11: 9-29.
4. Boels AM, Vos RC, Hermans TGT, Zuithoff NPA, Müller N, Khunti K. et al. What determines treatment satisfaction of patients with type 2 diabetes on insulin therapy? *An observational study in eight European countries*. *BMJ Open* 2017; 7: e016180. doi:10.1136/bmjopen-2017-0161805.
5. BurrIDGE LH, Foster MM, Donald M, Zhang J, Russell AW, Jackson CL. A qualitative follow - up study of diabetes patients' appraisal of an integrated diabetes service in primary care. *Health and Social Care in the Community* 2017; 25 (3): 1031-1040.
6. Chen HF, Ho ChA, Li ChY. Risk of heart failure in a population with type 2 diabetes versus a population without diabetes with and without coronary heart disease. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 2018; 1–8. <https://doi.org/10.1111/dom.13493>.
7. Crangle CE, Bradley C, Carlin PF, Esterhay RJ, Harper R, Kearney PM. et al. Exploring patient information needs in type 2 diabetes: a cross sectional study of questions. *PlosOne* 2018; 13 (11): 1-19. e0203429. doi.org/10.1371/journal.pone.0203429.
8. Gilis - Januszewska A, Lindström J, Tuomilehto J, Piwonska - Solska B, Topór - Mądry R, Szybinski Z. et al. Sustained diabetes risk reduction after real life and primary health care setting implementation of the diabetes in Europe prevention using lifestyle, physical activity and nutritional intervention (DE-PLAN) project. *BMC Public Health* 2017; 17 (198): 1-7.
9. Hendricks SH, van Hateren KJJ, Groenier KH, Landman GWD, Maas AHEM, Bilo HJG. et al. Sex differences in survival of patients with type 2 diabetes in primary care (ZODIAC-50). *BMJ Open* 2017; ;7: e015870. doi:10.1136/bmjopen-2017-015870.
10. Iqbal Q, ul Hag N, Bashaar M. Profile and predictors of health related quality of life among type II diabetes mellitus patients in Quetta city, Pakistan. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2017: 15 (142). doi 10.1186/s12955-017-0717-6.

11. Jasper US, Ogundunmade BG, Opara MCh, Akinrolie O, Pyiki EB, Umar A. Determinants of diabetes knowledge in a cohort of Nigerian diabetics. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders* 2014; 13 (39): 1-8.
12. Jelinek HF, Osman WM, Khandoker AH, Khalaf K, Lee S, Almahmeed W. et al. Clinical profiles, comorbidities and complications of type 2 diabetes mellitus in patients from United Arab Emirates. *BMJ Open Diabetes Research and Care* 2017; 5: e000427. doi:10.1136/bmjdr-2017-000427.
13. Kueh YCh, Morris T, Ismail AAS. The effect of diabetes knowledge and attitudes on self - management quality of life among people with type 2 diabetes. *Psychology, Health and Medicine* 2017; 22 (2): 138-144.
14. Kunns N, Freyer M, Müller N, Kielstein V, Müller UA. Expectations and fear of diabetes - related long - term complications in people with type 2 diabetes at primary care level. *Acta Diabetologica* 2018. doi: 10.1007/s00592-018-1217-9.
15. Lakerveld J, Bot SDM, Chinapaw MJ, van Tulder MW, van Oppen P, Dekker JM. et al. Primary prevention of diabetes mellitus type 2 and cardiovascular diseases using a cognitive behavior program aimed at lifestyle changes in people at risk: design of a randomized controlled trial. *BMC Endocrine Disorders* 2008; 8 (6): 1-11.
16. Lalnuntluangi R, Chelli K, Padhy M. Self - efficacy, outcome expectancy and self - management of type 2 diabetes patients. *Indian Journal of Health and Well-being* 2017; 8 (9): 1040-1043.
17. Lašaitė L, Lašienė J, Kazanavičius G, Goštautas A. Sergančiųjų 2 tipo cukriniu diabetu emocinės būklės ir gyvenimo kokybės sąsajos su lipidų koncentracija, ligos trukme bei vartojamais vaistais [Associations of emotional state and quality of life with lipid concentration, duration of disease, and the way of treating the disease in persons with type 2 diabetes mellitus]. *Medicina* 2009; 45 (2): 85-94.
18. Mahdavi M, Vissers J, Elkhuizen S, van Dijk M, Vanhala A, Karampli E. et al. The relationship between context, structure, and processes with outcomes of 6 regional diabetes networks in Europe. *PlosOne* 2018; 2). e0192599. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192599>.
19. Miah A, Ma Y. Analysis the significant risk factors on type 2 diabetes perspective of Bangladesh. *Diabetes Metabolic Syndrome* 2018; 12 (6): 897-902.
20. Mehring M, Donnachie E, Bonke FC, Werner Ch, Schneider A. Disease management programs for patients with type 2 diabetes mellitus in Germany: a longitudinal population-based descriptive study. *Diabetology and Metabolic Syndrome* 2017; 9 (37): 1-8.
21. Nasir NM, Arrifin F, Yasin SM. Physician - patient interaction satisfaction and its influence on medication adherence and type 2 diabetic control in a primary care setting. *Medical Journal of Malaysia* 2018; 73 (3): 163-169.
22. Norkus A, Ostrauskas R, Šulcaitė R. Laiku diagnozuoto 2 tipo cukrinio diabeto ir anksti pradėto gydymo ekonominis įvertinimas [The economic estimates of well - timed diagnostics and early treatment of type 2 diabetes mellitus]. *Medicina* 2005; 41 (10): 877-884.
23. Rosiek A, Kornatowski T, Frąckowiak - Maciejewska N, Rosiek - Kryszewska A, Wyzgowski P, Leksowski K. Health behaviors of patients diagnosed with type 2

- diabetes mellitus and their influence on the patients' satisfaction with life. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2016; 12: 1783–1792.
24. Rinkūnienė E, Petrulionienė Ž, Laucevičius A, Ringailaitė E, Laučytė A. Tradicinių rizikos veiksnių paplitimas tarp sergančiųjų išemine širdies liga [Prevalence of conventional risk factors in patients with coronary heart disease]. *Medicina* 2009; 45 (2): 140-146.
 25. Seferovic PM, Petrie MC, Filippatos GS, Anker SD, Rosano G, Bauersachs J. et al. Type 2 diabetes mellitus and heart failure: a position statement from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure* 2018; 20: 853-872. doi:10.1002/ejhf.1170.
 26. Sheikh BA, Arabiat DH, Holmes SL, Khader Y, Hiyasat D, Collyer D. et al. Correlates of treatment satisfaction and well - being among patients with type 2 diabetes. *International Nursing Review* 2018; 65: 114–121.
 27. Thepwoonga I, Muthukumar R, Kessomboon P. Motivational interviewing by general practitioners for type 2 diabetes patients: a systematic review. *Family Practice* 2017; 34 (4): 376–383. doi:10.1093/fampra/cmz045.
 28. Van der Leeuw, van Dieren S, Beulens JWJ, Boeing H, Spijkerman AMW, van der Graaf et al. The validation of cardiovascular risk scores for patients with type 2 diabetes mellitus. *Heart* 2015; 101: 222–229. doi: 10.1136/heartjnl-2014-306068.
 29. Vachon B, Huynh AT, Breton M, Quesnel L, Camirand M, Leblanc J. et al. Patients' expectations and solutions for improving primary diabetes care. *International Journal of Health care Quality Assurance* 2017; 30 (6): 554-567.
 30. Vadstrup ES, Frolish A, Perrild H, Borg E, Roder M. Health - related quality of life and self - related health in patients with type 2 diabetes: effects of group - based rehabilitation versus individual counselling. *Health and Quality of Life Outcomes* 2011; 9 (110): 1-8.
 31. Vencio S, Paldanius PM, Blüher M, Giannella - Neto D, Caiado - Vencio R, Strain WD. Understanding the barriers and improving care in type 2 diabetes: Brazilian perspective in time to do more in diabetes. *Diabetology and Metabolic Syndrome* 2017; 9 (46): 1-8. doi 10.1186/s13098-017-0244-y.32.
 32. Zainuddin N, Tam L, McCosker A. Serving yourself: value self - creation in health care service. *Journal of Services Marketing* 2016; 30 (6): 586-60.

2 TIPO CUKRINIO DIABETO VADYBA LIETUVOS PIRMINĖJE SVEIKATOS PRIEŽIŪROJE

Santrauka. 2 tipo cukrinis diabetas yra kompleksinė liga, kurios valdymui reikalinga tęstinė bei suprantama medicininė priežiūra ir rizikos veiksnių mažinimo daugiafunkcinės strategijos. Diskutuojama apie efektyvesnį lėtinių neinfekcinių ligų valdymą pirminėje sveikatos priežiūroje. Pripažįstama, kad reikalingi nauji sprendimai tęstinei lėtinių neinfekcinių ligų rezultatų vadybai. Tyrimo pagrindinis tikslas yra nustatyti vertės pacientams kūrimo elementus ir įvertinti veiksnių riziką 2 tipo cukrinio diabeto eigai. Taikyti kokybinis (pirminės sveikatos priežiūros vadovų grupinės diskusijos) ir kiekybinis (pacientų, sergančių 2 tipo cukriniu diabetu, anoniminė apklausa po šeimos gydytojo konsultacijos) tyrimo metodai. Grupinių diskusijų tyrimas (n = 48) atliktas nuo 2015 m. gegužės mėn. iki 2016 m. gegužės mėn. 10 šalies apskričių. Anoniminė pacientų apklausa (n = 510) atlikta nuo 2017 m. spalio mėn. iki 2018 m. sausio mėn. Duomenys analizuoti naudojant daugianarę logistinę regresiją. Nustatyti pagrindiniai vertės kūrimo elementai, kurie apima sveikatos stiprinimą, gyvenimo kokybę, laiko vadybą, pasitenkinimą, komunikaciją, partnerystę su sveikatos priežiūros specialistais, vertybes, pacientų gyvenimo būdą. Tyrimo rezultatai atskleidė reikšmingus sociodemografinių (pajamos, gyvenamoji vieta, lytis) ir kitų (prisirašymą prie pirminės sveikatos priežiūros, savo sveikatos suvokimas, pasitenkinimas 2 tipo cukrinio diabeto gydymu, gydymo pasirinkimai) veiksnių pasiskirstymą. Respondentų amžius, savo sveikatos supratimas, 2 tipo cukrinio diabeto gydymo pasirinkimai yra pagrindiniai veiksniai, nusakantys kardiovaskulinių ligų atsiradimą. Nustatyta, kad respondentų amžius, išsilavinimas, gyvenamoji vieta, 2 tipo cukrinio diabeto gydymo pasirinkimai yra veiksniai, lemiantys kardiovaskulinių ir kitų lėtinių ligų atsiradimą. Vertės elementų nustatymas yra pagrindas kurti ir įgyvendinti lėtinių neinfekcinių ligų intervencijos programas ir projektus, kurie gali padėti valdyti ligų pasekmes ir didinti pacientų pasitenkinimą teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis. Veiksnių, lemiančių 2 tipo cukrinio diabeto eigą, nustatymas yra galimybė surasti efektyvias vadybos ligų valdymo priemones. 2 tipo cukrinio diabeto eigos numatymas padeda gydytojams ir vadovams nustatyti prioritetus bei priimti sprendimus. Tyrimo rezultatai gali būti pritaikomi tiek teoriškai, tiek praktiškai lėtinių neinfekcinių ligų valdyme pirminėje sveikatos priežiūroje.

Raktiniai žodžiai: Pirminė sveikatos priežiūra, 2 tipo cukrinis diabetas, vertės elementai, kokybinis tyrimas, kiekybinis tyrimas

Aida Budrevičiūtė, PhD student at Lithuanian University of Health Sciences, Master of Public Health Management. In 2005 she defended master thesis "Evaluation of the use of marketing elements at an outpatient hospital" at Lithuanian University of Health Sciences (formerly - Kaunas University of Medicine). Research interests: health management, value creation, competitiveness, type 2 diabetes mellitus, primary health care.

Prof. Ramunė Kalėdienė, MD, MPH, PhD, Habilitated Doctor, Dean of the Faculty of Public Health, Head of the Department of Health Management at Lithuanian University of Health Sciences. She is also president of Lithuanian Public Health Association, member of dif-

ferent committees at the Lithuanian Ministry of Health, expert of Health Committee at the Parliament of Lithuania, member of the National Board of Health at the Lithuanian Parliament. Ramunė Kalėdienė serves as expert of the accreditation of programs of public health for European region and beyond, is member of Scientific Committee of European Public Health Association. For several years, she has chaired the Peer Review Committee of the Association of Schools of Public Health of European Region (ASPHER), was member of the Board of ASPHER. Her scientific interests cover social and demographic inequalities in health and health care, epidemiology of suicides. She is author or co-author of several textbooks and more than 300 scientific publications.

Renata Paukštaitienė, Lithuanian University of Health Sciences, associate professor in department of Physics, Mathematics and Biophysics. Research interests: statistical methods and their application to biomedical data analysis.

Skirmantė Sauliūnė MD, MPH, PhD is full time professor at the Department of Health Management, Lithuanian University of Health Sciences (Lithuania). Areas of scientific interests are health care practice and management, quality and accessibility of health care services, inequalities in health and health care. She participated or led several international projects as a scientist. Professor Sauliūnė has published many scientific papers in peer-reviewed journals on epidemiology, causes and consequences of injuries, inequalities in health and health care, accessibility and quality of health care services.

Prof. Leonas Valius, MD (family physician), PhD, Chairman, Department of Family Medicine of Lithuanian University of Health Sciences (formerly - Kaunas University of Medicine), Chair of Clinic of Family Medicine at University Hospital. He also is President of The College of Family Physicians in Lithuania, WONCA Europe Council Member, Adviser at MOH of Lithuania for Primary Health Care, Adviser at Parliament Health Care Committee of Lithuania for Primary Health Care. Leonas Valius was local expert of WB project Support of Lithuania health care reform strategy development 1995-1996 and local expert of EU PHARE project ECPC “Technical assistance in support primary health care development in Lithuania” 1997-1998. He was a trainer of PHC teamwork training, obtained during EU PHARE project Support to health care reform and primary health care development in Lithuania (2000). Leonas Valius is one of key constructors and implementers of Postgraduate curricula for re-training district doctors into family physicians in period 1997 - 2005. Also he is training program coordinator, lecturer, tutor of seminars in Program for Armenian participants “Study Tour to Lithuania on “Health Promotion and Primary Healthcare”, and training program coordinator, lecturer, tutor of seminars in Swiss-Ukrainian Perinatal Health Project for Ukrainian participants “Study Tour to Lithuania on “Perinatal care and Family health care management”. Prof. Leonas Valius is Investigator of projects EUPRIMECARE, CERCA, CHRODIS+. He is Editor – in – Chief of the peer reviewed journal “Lithuanian General Practitioner”.

ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ IR CUKRINIO DIABETO RIZIKOS GRUPIŲ ASMENŲ SVEIKATOS STIPRINIMO PROGRAMOS ĮGYVENDINIMAS SAVIVALDYBĖJE: SUINTERESUOTŲJŲ PERSPEKTYVA

Žydrūnė Šedytė

Mykolo Romerio universiteto Viešojo valdymo fakulteto
Politikos mokslų institutas
Ateities g. 20, LT-08303, Vilnius, Lietuva
Elektroninis paštas: zydrune.sedyte@gmail.com

Gintarė Petronytė

Mykolo Romerio universiteto Viešojo valdymo fakulteto
Politikos mokslų institutas
Ateities g. 20, LT-08303, Vilnius, Lietuva
Elektroninis paštas: ginpetr@mruni.eu

DOI: 10.13165/SPV-19-1-11-02

Santrauka. Straipsnyje analizuojama pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – PAASPI) ir savivaldybės visuomenės sveikatos biuro (toliau – savivaldybės VSB) įgyvendinama širdies ir kraujagyslių ir cukrinio diabeto rizikos grupių asmenų sveikatos stiprinimo programa (toliau – sveikatos stiprinimo programa) Panevėžio miesto savivaldybėje. 2018 m. sausį–vasarį atliktame kokybiniame tyrime, taikant pusiau struktūruotą interviu, dalyvavo dešimt atstovų iš PAASPI ir savivaldybės VSB, sudariusių bendradarbiavimo sutartis.

Įgyvendinant sveikatos stiprinimo programą PAASPI ir savivaldybės VSB pagrindinėmis bendradarbiavimo formomis lieka oficialių dokumentų siuntimas elektroniniu paštu ir darbo susitikimai PAASPI. Jų bendradarbiavimo vystymui būtinos prielaidos – savivaldybės VSB aktyvaus įsitraukimo didinant rizikos grupės asmenų dalyvavimo apimtis, PAASPI sveikatos stiprinimo programos įgyvendinimo koordinavimo ir bendradarbiavimo iniciavimo su savivaldybės VSB. Sveikatos stiprinimo programos įgyvendinimo pagrindinės kliūtytys: sisteminiu lygmeniu – teisinis reglamentavimas; organizaciniu lygmeniu – savivaldybės gydytojo ir PAASPI administracijos reikalingų veiksnių stoka, neefektyvus šeimos gydytojų teikiamų paslaugų organizavimas, nepakankamas sveikatos stiprinimo programos koordinavimas PAASPI; tarpasmeniniu lygmeniu – pacientų motyvacijos stoka, jų ir šeimos gydytojų vyraujantis neigiamas požiūris į sveikatos stiprinimo programos įgyvendinimą.

Reikšminiai žodžiai: širdies ir kraujagyslių ligos, cukrinis diabetas, sveikatos stiprinimo programa, pirminė sveikatos priežiūra, visuomenės sveikatos priežiūra, paslaugų integracija.

Įvadas

Daugelyje valstybių didėjantis lėtinių neinfekcinių ligų (toliau – LNL) paplitimas kelia iššūkių sveikatos priežiūros sistemoms ir didina ekonominę našą, susijusią su nedarbinumu ir priešlaikiniu mirtingumu.¹ Ekonomikos prognozės rodo, kad dėl LNL 2030 m. pasaulio valstybių bendras vidaus produktas (toliau – BVP) mažės 5 proc. (pasaulio ekonomikos augimo nuostoliai sieks apie 47 trilijonus JAV dolerių).²

Įvairiose politikos srityse veikiančios tarptautinės organizacijos (Jungtinės Tautos, Pasaulio sveikatos organizacija (toliau – PSO)) ragina vyriausybes imtis veiksmų, nukreiptų į LNL prevenciją ir valdymą.^{3, 4} PSO pateikė įrodymų apie ekonomiškai efektyvias intervencijas (angl. *best buys*), skirtas LNL ir pagrindiniams jų rizikos veiksniams valdyti.⁵ Šalyse, kuriose itin paplitusios LNL, investuotas vienas JAV doleris į šias intervencijas 2030 m. duotų septynių JAV dolerių grąžą⁶. Sprendimų priėmėjai skatinami investuoti į jų įgyvendinimą, kad būtų pasiekti gyventojų sveikatos ir ekonomikos tikslai.⁷

2017 m. Lietuvoje išlaidos sveikatos priežiūrai sudarė 6,3 proc. BVP (Europos Sąjungos (toliau – ES) 28 valstybių narių vidurkis – 9,6 proc. BVP).⁸ Tarptautinė ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (toliau – EBPO) prognozuoja, kad EBPO šalyse išlaidos sveikatos priežiūrai augs vidutiniškai 2,7 proc. kasmet (nuo 2015 m.) ir sudarys 10,2 proc. BVP 2030 m.⁹ Lietuvoje, lyginant su kitomis EBPO šalimis, išlaidos sveikatos apsaugai nuo BVP nedaug mažės dėl mažėjančio gyventojų skaičiaus.¹⁰ Šalių vyriausybės gali suvaldyti sveikatos priežiūros išlaidų didėjimą taikydamos įvairias politikos priemones, viena jų – sveikatos stiprinimo ir ligų prevencijos strategijų įgyvendinimas sveikatos priežiūros sistemoje.

Lietuvoje, įgyvendinant sveikatos priežiūros reformas, ilgą laiką prioritetas neteiktas sveikatos stiprinimui ir ligų, kurių galima išvengti, prevencijai bei LNL valdymui pirminėje sveikatos priežiūros sistemoje.¹¹ Šalyje išvengiama mirtingumo (mirtys nuo ligų ar būklių, kurių galima išvengti taikant prevencines ir / ar diagnostavimo, ir / ar gydymo prie-

1 *Towards an EU strategic framework for the prevention of non-communicable diseases (NCDs)*. European Chronic Disease Alliance (ECDA), European Public Health Alliance (EPHA) and NCD Alliance, 2019.

2 Bloom, D. E., Cafiero, E. T., Jané-Llopis, E., et al., *The global economic burden of non-communicable diseases*. Geneva: World Economic Forum, 2011.

3 *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020*. World Health Organization. Geneva: WHO, 2013.

4 *Political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases*. A/RES/73/2. Nations General Assembly. Resolution adopted by the United Nations General Assembly on 10 October 2018.

5 *Tackling NCDs: 'best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases*. World Health Organization. WHO: Geneva, 2017.

6 *Saving lives, spending less: a strategic response to noncommunicable diseases*. World Health Organization. WHO: Geneva, 2018.

7 *Tackling NCDs, supra note 5*.

8 *Health at a Glance: Europe 2018: state of health in the EU cycle*. Organization for Economic Co-Operation and Development. Paris: OECD, 2018.

9 Lorenzoni, L., Marino, A., Morgan, D., James, C., Health spending projections to 2030: new results based on a revised OECD methodology, *OECD Health Working Paper*, Nr. 110. Paris: OECD, 2019.

10 *Ibid.*

11 Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimas Nr. XI-1430 „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2011, Nr. 73-3498.

mones) rodiklis vienas didžiausių ES¹², ir tai rodo būtinybę didinti sveikatos priežiūros sistemos efektyvumą bei gerinti įrodymais grįstų prevencinių priemonių įgyvendinimą.

Šalyje įgyvendinant LNL valdymo politikos priemones nuo 2004 m. vykdomos širdies ir kraujagyslių ligų bei piktybinių navikų ankstyvos diagnostikos prevencinės programos¹³,¹⁴,¹⁵,¹⁶, integruvus jas į pirminę sveikatos priežiūros sistemą. Nuo 2014 m. įgyvendinamas širdies ir kraujagyslių ligų ir cukrinio diabeto rizikos grupės asmenų sveikatos stiprinimo tvarkos aprašas (toliau – sveikatos stiprinimo programa), skirtas ligų rizikos grupių asmenų sveikatai stiprinti¹⁷. Sveikatos stiprinimo programos metinės vykdymo ataskaitos teikiamos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai, tačiau šalyje neatlikta tyrimų, analizuojančių jos įgyvendinimą ją vykdančių PAASPI ir savivaldybės VSB atstovų požiūriu. Ši programa įgyvendinama taikant integruotą pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų modelį, kurio efektyvumą valdant LNL ir jų rizikos veiksnius bus galima įvertinti ilgalaikeje perspektyvoje. Pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sektorių bendradarbiavimas teikiant paslaugas mažai tyrinėtą¹⁸, todėl šios srities tyrimai tampa reikšmingi, įgyvendinant efektyvesnę LNL valdymo politiką savivaldos lygmeniu. Šio straipsnio tikslas – įvertinti PAASPI ir savivaldybės VSB atstovų požiūrį į sveikatos stiprinimo programos įgyvendinimą savivaldybėje.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Kokybinis tyrimas, taikant pusiau struktūruotą interviu, atliktas 2018 m. sausį–vasarį. Šiame tyrime tikslingai pasirinkta Panevėžio miesto savivaldybė (joje sveikatos stiprinimo programa įgyvendinama nuo 2015 m., be to, ji vykdoma aktyviau, lyginant su kitomis savivaldybėmis¹⁹) ir jame dalyvauti pakviesti trijų PAASPI, sudariusių sutartis su Panevėžio teritorine ligonių kasa, ir savivaldybės VSB atstovai. Tyrime buvo taikomi įstaigų (a) ir jų atstovų (b–d) atrankos kriterijai: a) PAASPI ir savivaldybės VSB pasirašiusios bendradarbiavimo sutartį; b) PAASPI administratoriai (įstaigos ar struktūrinio padalinio vadovas),

-
- 12 Lithuania: Country Health Profile 2017. State of Health in the EU. Organization for Economic Co-Operation and Development and European Observatory on Health Systems and Policies. Paris: OECD / Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies, 2017.
 - 13 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V-913 „Dėl Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2005, Nr. 145-5288.
 - 14 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-482 „Dėl Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto lėšų, finansavimo programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2004, Nr. 104-3856.
 - 15 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 23 d. įsakymas Nr. V-729 „Dėl Atrankinės mamografinės patikros dėl krūtis vėžio finansavimo programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2005, Nr. 117-4249.
 - 16 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymas Nr. V-508 „Dėl Storosios žarnos ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2009, Nr. 79-3321.
 - 17 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugsėjo 22 d. įsakymas Nr. V-979 „Dėl Širdies ir kraujagyslių ligų ir cukrinio diabeto rizikos grupių asmenų sveikatos stiprinimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, *Teisės aktų registras*, 2016, Nr. 13068.
 - 18 Gurevičius, R., Valentienė, J., Kutkaitė, S., *Sveikatos sinergija – ateities sveikatos modelio sėkmės garantas*. Vilnius, 2012.
 - 19 2018 m. širdies ir kraujagyslių ligų ir cukrinio diabeto grupių asmenų sveikatos stiprinimo programos vykdymo ataskaita. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras. Vilnius, 2018, <http://www.smlpc.lt/media/image/Naujienoms/2017%20metai/neinfekcines/SKL%20programos%20vykdymas%202018/SKL_CD_programos_ataskaita_2018_.pdf> [žiūrėta 2019-08-26].

atsakingi už veiklos organizavimą ir valdymą; c) šeimos gydytojai, įgyvendinantys sveikatos stiprinimo programą PAASPI; d) savivaldybės VSB atstovai, koordinavę bent vienos sveikatos stiprinimo programos įgyvendinimą. Tyrime dalyvavo dešimt informančių – dvi PAASPI administratorės, penkios šeimos gydytojos ir trys savivaldybės VSB specialistės. Tyrime taikytas autorių parengtas ir žvalgomojo tyrimo metu išbandytas klausimynas apie PAASPI ir savivaldybės VSB bendradarbiavimą bei kliūtis, ribojančias sveikatos stiprinimo programos įgyvendinimą. Kokybinių duomenų analizei taikytas turinio (angl. *content*) analizės metodas, leidžiantis daryti išvadas remiantis analizuojamu tekstu.²⁰

Tyrimo rezultatai

1. Tarpinstitucinis bendradarbiavimas įgyvendinant sveikatos stiprinimo programą

Tyrimo informantai pagrindinėmis PAASPI ir savivaldybės VSB tarpusavio bendradarbiavimo formomis įvardijo oficialių dokumentų siuntimą elektroniniu paštu ir reguliarius darbo vizitus į PAASPI (komunikacija su PAASPI administracija ir šeimos gydytojais, teikiamos konsultacijos pacientams, informacinės medžiagos dalijimas). Vieni informantai pozityviai vertino institucijų bendradarbiavimą, tačiau kiti minėjo bendradarbiavimo stoką. Vieni informantai bendradarbiavimą vertino kaip formalų: <...> *Popierinė, daugiau nieko ir nematau <...>, atsiunčia šituos grafikus ir viskas [savivaldybių VSB – aut. past.] <...> [PAASPI – AD1]; <...> tai mes [savivaldybių VSB – aut. past.] informaciją teikiame elektroniniais paštais ir prašome, kad jie [PAASPI – aut. past.] siųstų pacientus [VSB – 3].* Kiti informantai nurodė PAASPI iniciatyvos stoką: *Mano nuomone, tai trūksta gydymo įstaigų pastangų, daugiausiai, tai mes darom <...> [savivaldybių VSB – aut. past.] [VSB – 1]; <...> kiek tos informacijos teikiame, kiek su tais vadovais įstaigų bendradarbiaujame, kad siųstų, kaip sakyti, prašymo vos ne būdu, kad kas gali siųsti, o jie [PAASPI – aut. past.] tai, aišku, mažokai prisideda [VSB – 3].²¹*

Informantai įvardijo sąlygas, kurių reikia tarpinstituciniam bendradarbiavimui plėtoti įgyvendinant sveikatos stiprinimo programą. Keli informantai pažymėjo, kad PAASPI ir savivaldybės VSB bendradarbiavimas būtų efektyvesnis, jei PAASPI būtų paskirtas asmuo, atsakingas už sveikatos stiprinimo programos įgyvendinimą: <...> *kiek gali ant to daktaro krauti, jei kiekviena įstaiga ten priimtų kažkokį žmogų, kad ir pusę etato, kuris visą tai tvarkytų, bet tai yra pinigai papildomi, todėl kiekviena įstaiga sukasi, taip kaip jiems išeina ir apkrauna sesutes [PAASPI – ŠG5]; <...> tiesiog reikia įstaigoje paskirti už programą atsakingą žmogų <...> [PAASPI – ŠG4].* Keli informantai nurodė, kad stiprinant bendradarbiavimą savivaldybės VSB dirbantys specialistai galėtų aktyviai įsitraukti į sveikatos stiprinimo programos dalyvių sąrašų formavimo procesą: <...> *bet aš galvoju, kad biuras turi didesnę rodyti aktyvumą, ir patys pasiskambinti, tai ar čia problema ir užsiimti tokiu darbu, patiems kviesti pacientus <...> [PAASPI – AD1]; Man tai atrodo, kad čia turėtų biurai organizuoti tų pacientų pritraukimą, nes mes galim tam laiko skirti, mes galim iš viso vieną žmogų skirti, kuris vien su tuo dirbtų visam miestui, o klinikoje, kiek gi tas šeimos gydytojas*

20 Židžiūnaitė, V., Sabaliauskas, S., *Kokybiniai tyrimai: principai ir metodai*. Vilnius: Vaga, 2017.

21 Informantų kalba netaisoma.

gali? [VSB – 1] bei organizuoti susitikimus su pacientais PAASPI, kurių metu informuoti juos apie galimybę dalyvauti sveikatos stiprinimo programoje: <...> *būtų galima biurui kažkokią paskaitėlę prvesti, sukviesti pacientus pas mus įstaigoje, parašyti skelbimą ir sukviesti mūsų pacientus, gal dar kažkas susigundyty, gal įtikinamai pakalbėty, įtikintų žmones sudalyvauti programoje* [PAASPI – AD2]. Pasak informanto, reikėtų bendrų renginių, kuriuose būtų pristatomas sveikatos stiprinimo programos įgyvendinimas bei aptariamose jos gerinimo kryptys: <...> *nėra daug tų konferencijų, kur sveikatos specialistai ir gydytojai dalyvauja, bet teritorinė ligonių kasa rengia kiekvienais metais, kaip ir atskaitinę konferenciją, kur susirenka ne tik mūsų apskrities specialistai, tai per ją būtų galima daugiau informuoti, nors ten ir būna pristatoma programa, kaip vyksta jos įgyvendinimas Panevėžio mieste, tuo pačiu sužino apie tai ir kitų miestų gydytojai* <...> [VSB – 2].

2. Kliūtys, ribojančios sveikatos stiprinimo programos įgyvendinimą

Nors visi informantai pripažino sveikatos stiprinimo programos naudą, tačiau jie įgyvendindami šią programą susiduria su kliūtimis, kylančiomis sisteminiu, organizaciniu ir tarpasmeniniu lygmenimis. Du informantai sisteminę kliūtį, įgyvendinant sveikatos stiprinimo programą, įvardijo teisinį reglamentavimą. Pasak jų, reikėtų aiškiai reglamentuoti pacientų siuntimo į sveikatos stiprinimo programą procesą, nustatant siunčiamų dalyvauti joje pacientų apimtį, nes PAASPI ir savivaldybių VSB bendradarbiavimo sutartys neįpareigoja PAASPI atsiųsti konkretaus pacientų skaičiaus: <...> *pasirašėm bendradarbiavimo sutartis, aišku, geranoriškai visi pasirašė, nes kadangi jos neįpareigoja, ta prasme, bendradarbiauti įpareigoja, bet neįpareigoja, kad konkretus būtų atsiųstų dalyvių, pacientų skaičius* [VSB – 2]; <...> *nėra nustatyta, kiek ten nusiųsti tų žmonių, gali gi ir nieko nenusiųsti* [VSB – 1]. Kiti informantai pagrindinėmis organizacinėmis sveikatos stiprinimo programos įgyvendinimo kliūtimis nurodė savivaldybės gydytojo ir PAASPI administracijos nepakankamą skiriamą prioritetą sveikatos stiprinimo programai įgyvendinti: *Savivaldybės sveikatos skyriaus vedėjas [savivaldybės gydytojas – aut. past.] yra tarpininkas ir jis turi nukreipti, tai pačiai gydymo įstaigai, jeigu jie ten vėluoja, ar ten neduoda sąrašų* <...>, *bet kažkaip iš jo tai aktyvumo nėra* <...> [VSB – 1]; *Aš galvoju, kad pirma nuo viršūnės, jeigu įstaigos vadovai žino* <...> *kad ir tų penkminučių metu informuoti gydytojus, kad jūs turite kviešti, bet yra tikrai daug šeimos gydytojų, kurie net nežinojo apie tą programą, tai čia labai trūko to žinojimo iš viršaus, kad nuleistų gydytojams* <...> [PAASPI – ŠG5] ir šeimos gydytojų didelius darbo krūvius: *Mes turime 10 min. žmogui, o dar tą anketą užpildyti, ją išaiškinti, dar prikalbinti dalyvauti, paskui dar vėl tuos sąrašus nešk, tiesiog nėra laiko* [PAASPI – ŠG3]; <...> *jeigu su kiekvienu turėtume laiko po pusvalandį pašnekėti, tai ir įtikintum, bet kada pacientui yra 5 arba 6 minutės, tai yra pokalbis trumpas, ar pageidaujate, ar ne, ar norėtumėte eiti, ir dažniausias atsakymas ne* [PAASPI – AD1]. Du informantai organizacinę kliūtį įvardijo ilgą sveikatos stiprinimo programos įgyvendinimo trukmę: <...> *kai pildo klausimyną pacientai baigę programą, tai dažnai nurodo, kad jiems šiek tiek programa yra per ilga, nes faktiškai jie susitinka 16 val., tai trunka apie 2 mėn. ir dar tie tarpiniai susitikimai* [VSB – 2]; <...> *būna, kad pradėję dalyviai lankyti tą programą, o ji tęsiasi ištisus metus, tai dalis pacientų nebaigia tos programos, ilga trukmė ir kažkaip atkrenta paprasčiausiai* [VSB – 1], o vienas jų nurodė savivaldybės VSB specialistų, koordinuojančių sveikatinimo programą, motyvacijos stoką: <...> *žino, koks yra sudėtingas ir sunkus darbas, todėl kad išbandė ir taip, kad pasakytų, jog aš liksiu ir koordinuo-*

siu, turėsiu grupę, nežinau, bet nebenori darbuotojai [VSB – 2]. Dauguma informantų nurodė tarpasmenines kliūtis, tokias kaip pacientų sąmoningumo, motyvacijos stoka: <...> sunku yra juos sukviesti, reikia po kelis kartus skambinti, kad įtikintum, tam pačiam žmogui <...> skambinėja [savivaldybės VSB specialistė – aut. past.] 3–4 kartus, ten iš 4 karto, tai jau sako, gerai eisiu jau, kad nebeskambinėkit [VSB – 1]; <...> kliūtys, tiek kad prikalbinti reikia žmogų, pagrindinė kliūtis yra žmogui įteikti, kad jam reikia eiti, <...> ir to supratimo kažkaip trūksta, kad čia dėl jų sveikatos [PAASPI – ŠG2]; pacientų laiko stygius: <...> tai darbingo amžiaus žmonės, jie neturi tam laiko, kalbant apie tuos visus mokymus sveikatos biure [PAASPI – ŠG4] bei pacientų ir šeimos gydytojų neigiamas požiūris į sveikatos stiprinimo programą: Aš vieną dalyką tik pastebiu, kad labai negatyviai pacientai žiūri į mokymus [PAASPI – AD1]; <...> kai kurie gydytojai tikrai girdėjau, kad skeptiškai žiūri į tą pačią programą [PAASPI – ŠG1].

Rezultatų aptarimas

Lietuvos gyventojų mirtingumo priežasčių struktūra nekinta jau kelis dešimtmečius – kraujotakos sistemos ligos ir piktybiniai navikai sudaro 76 proc. visų mirties priežasčių.²² Šalyje didžiausias mirtingumas išlieka nuo išeminės širdies ligos – 2017 m. duomenimis, 63,4 proc. mirusiųjų²³ (šis mirtingumo rodiklis daugiau kaip keturis kartus didesnis už ES vidurkį²⁴). Šalims investavus į širdies ir kraujagyslių ligų prevenciją ir gydymą, sumažėtų priešlaikinis mirtingumas nuo LNL.²⁵ Nepaisant sveikatos priežiūros sistemoje taikytinų veiksmingų ir ekonomiškai efektyvių sveikatos stiprinimo ir ligų prevencijos intervencijų, EBPO šalys joms įgyvendinti skiria mažiau nei 3 proc. sveikatos priežiūros išlaidų.²⁶ Todėl šalys ieško efektyvesnių sveikatos priežiūros modelių, kuriuos taikant būtų teikiamos koordinuotos ir integruotos sveikatos priežiūros paslaugos.

Nuo 2014 m. Lietuvoje įgyvendinama sveikatos stiprinimo programa, sveikatos priežiūros sektoriams teikiant integruotas pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas. Atliktas šios programos įgyvendinimo savivaldybėje vienas pirmųjų tyrimų išryškino jos vykdymo aktualijas ir problemines sritis, kuriose reikėtų imtis veiksmų.

PAASPI ir savivaldybės VSB, vykdydami teisės akto priskirtas funkcijas²⁷, tarpusavyje derina sveikatos stiprinimo programos veiklas, tačiau būtina vystyti koordinuotą tarpinstitucinį bendradarbiavimą. Pagrindinė tarpinstitucinio bendradarbiavimo forma, įgyvendinant sveikatos stiprinimo programą, yra oficialių dokumentų siuntimas elektroniniu paštu. Be to, savivaldybės VSB atstovai, prisiimdami atsakomybę už programos įgyvendinimo rezultatus, plėtoja dialogą organizuodami susitikimus PAASPI. Nors bendradarbiavimą inicijuoja savivaldybės VSB, jam vystyti reikalingas PAASPI indėlis. Tyrimas leidžia teigti, kad PAASPI taikomas ligų diagnostavimo ir gydymo modelis, o LNL valdymo mo-

22 Lietuvos sveikatos statistika 2017. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Vilnius, 2018, <http://hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/LT_sveik_stat_health/Lietuvos_sveikatos_statistika_2017_2.pdf> [žiūrėta 2019-08 26].

23 Ibid.

24 Lithuania: Country Health Profile 2017, supra note 12.

25 Bertram, M. Y., Sweeny, K., Lauer, J. A., et al., Investing in non-communicable diseases: an estimation of the return on investment for prevention and treatment services, *Lancet*, 2018, 391: 2071–2078.

26 Gmeinder, M., Morgan, D., Muelle, M., How much do OECD countries spend on prevention? *OECD Health Working Paper*, Nr. 101. Paris: OECD, 2017.

27 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugsėjo 22 d. įsakymas Nr. V-979, supra note 17.

delių, efektyviai taikomų kitų šalių pirminės sveikatos priežiūros sistemose²⁸, įgyvendinamas ribotas. Šiems modeliams ir kitoms LNL valdymo intervencijoms įgyvendinti būtina stiprinti pirminę sveikatos priežiūros sistemą.

Atliktas tyrimas išryškino sveikatos stiprinimo programos įgyvendinimo sisteminės, organizacinės ir tarpasmeninės kliūtis. Sveikatos stiprinimo programos įgyvendinimą riboja galiojantys teisės aktai (apima ir sudarytas bendradarbiavimo sutartis tarp PAASPI ir savivaldybės VSB), kurie neįpareigoja PAASPI siūsti pacientų dalyvauti joje (neapibrėžti programos įgyvendinimo rodikliai, jie neįtraukti į PAASPI siektinų veiklos vertinimo rodiklių ar šeimos gydytojų gerų darbo rezultatų rodiklių sąrašą). Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė pažymi, kad šalyje dar nesusiformavo praktika, kad asmens sveikatos priežiūros specialistai nukreiptų gyventojus į visuomenės sveikatos biurus, teikiančius sveikatos stiprinimo paslaugas, todėl neužtikrinama, jog šiomis paslaugomis naudotųsi didžiausių ligų riziką turintys gyventojai ir mažėtų sveikatos netolygumai šalyje.²⁹ Be to, įgyvendinant sveikatos stiprinimo programą stinga politinio palaikymo ir kryptingų veiksmų savivaldybėse. Nors teisės aktas reglamentuoja savivaldybės administracijos įgaliojimus įgyvendinant sveikatos stiprinimo programą³⁰, nepakankamai įgyvendinamos savivaldybės gydytojui priskirtos funkcijos.³¹ Savivaldybės gydytojas, vykdydamas jam pavestas funkcijas³², turėtų imtis lyderystės vystant tarpinstitucinį bendradarbiavimą, įgyvendinant sveikatos stiprinimo programą. Nacionalinė sveikatos taryba, Lietuvos Respublikos Seimui atskaitinga sveikatos politikos koordinavimo institucija, išreiškusi susirūpinimą sveikatos politikos įgyvendinimu savivaldybių lygmeniu, ragina stiprinti savivaldybės gydytojo instituciją.³³ Sistemos lygmeniu lieka spręstini sveikatos stiprinimo programos organizavimo ir valdymo klausimai, lemiantys jos įgyvendinimo efektyvumą. Vadovaujantis 2018 m. sveikatos stiprinimo programos vykdymo ataskaita, rizikos grupei priklausančių asmenų dalyvavimo joje apimtis yra maža (dalyvavo 1469 asmenys, iš jų 387 asmenys (26,34 proc.) programos nebaigė).³⁴ Vertinant programą baigusius rizikos grupės asmenų sveikatos būklės ir gyvenamos rodiklių reikšmių pokyčių duomenis, itin pagerėjo savijautos (80 proc.), fizinio aktyvumo (79 proc.) ir mitybos (78 proc.) (ypač daržovių ir vaisių, riebaus maisto vartojimo) rodikliai. Kitų rodiklių reikšmių (kraujo biocheminiai ir kraujotakos rodikliai, fiziniai kūno rodikliai, alkoholio vartojimas ir rūkymas) teigiami pokyčiai mažesni.³⁵ Savivaldybių VSB įgyvendinama sveikatos stiprinimo programa siekiama rizikos grupės asmenims suteikti žinių ir keisti jų gyvenamos įpročius. Šios programos koncepcija yra iš karto mažinti kelis LNL ligų (širdies ir kraujagyslių ligų, cukrinio diabeto) rizikos veiksnius, todėl ją galima laikyti daugelio veiksnių intervencija (angl. *multifactorial intervention*),

28 Davy, C., Bleasel, J., Liu, H., et al., Effectiveness of chronic care models: opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 2015, 15: 194.

29 *Visuomenės sveikatos stiprinimo organizavimas savivaldybėse*. Valstybinio audito ataskaita Nr. VA-P-10-2-3. Valstybės kontrolė. Vilnius, 2015.

30 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugėjo 22 d. įsakymas Nr. V-979, *supra note 17*.

31 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. lapkričio 17 d. įsakymas Nr. V-1299 „Dėl Savivaldybės gydytojo pavyzdinių nuostatų patvirtinimo“, *Teisės aktų registras*, 2015, Nr. 18498.

32 *Ibid.*

33 Nacionalinės sveikatos tarybos 2015 m. kovo 26 d. nutarimas Nr. N-1 „Dėl savivaldybės gydytojo vaidmens sveikatinimo veikloje“, <<http://sveikatostaryba.lt/wp-content/uploads/2017/01/del-savivaldybes-gydytojo-vaidmens-sveikatinimo-veikloje-1.pdf>> [žiūrėta 2019-08-26].

34 2018 m. *širdies ir kraujagyslių ligų ir cukrinio diabeto grupių asmenų sveikatos stiprinimo programos vykdymo ataskaita*, *supra note 19*.

35 *Ibid.*

taikoma rizikos grupės asmenims. Yra įrodymų, kad pirminėse sveikatos priežiūros įstaigose ar bendruomenėse teikiamos tokios daugelio veiksnių intervencijos, valdant širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnius, turi didesnę teigiamą poveikį asmenų sveikatos būklės rodiklių (pavyzdžiui, sistolinio ir diastolinio arterinio kraujospūdžio, cholesterolio) nei gyvenamosios (pavyzdžiui, rūkymo, mitybos ir kt.) pokyčiams.^{36, 37} Valdant LNL Lietuvoje, iššūkis yra taikomų priemonių efektyvumo vertinimas ir įrodymais grįstų priemonių įgyvendinimas sveikatos priežiūros sistemoje, siekiant laukiamų ilgalaikių rezultatų.

Šalinant sveikatos stiprinimo programos įgyvendinimo kliūtis PAASPI aktualu įgyvendinti organizacinius pokyčius (pavyzdžiui, stiprinti komandinį darbą, taikyti skatinančią siekti gerų darbo rezultatų apmokėjimo sistemą ir pan.). Tyrimas rodo, kad PAASPI reikėtų savivaldybės VSB paramos didinant pacientų informuotumą ir motyvaciją, siekiant jų aktyvaus dalyvavimo sveikatos stiprinimo programoje. Be to, savivaldybėje spręstinas klausimas yra ir socialinių partnerių įtraukimas į sveikatos stiprinimo programos įgyvendinimą, siekiant ilgalaikio jos rezultato.

Įgyvendinant sveikatos stiprinimo programą svarbu ne tik pasiekti rodikliai (dalyvavusių rizikos grupės asmenų apimtys), bet ir gebėjimas sukurti tvarią partnerystę, paremtą pasidalyta lyderyste ir glaudžiu bendradarbiavimu, leidžiančiu abiem sveikatos sektoriams įgyvendinti naudingus strateginius tikslus, kuriuos būtų sudėtingiau pasiekti atskirai vykdomomis priemonėmis.

Išvados

PAASPI ir savivaldybės VSB pagrindinės bendradarbiavimo formos lieka oficialių dokumentų siuntimas elektroniniu paštu ir darbo susitikimai PAASPI, todėl jų bendradarbiavimui plėtoti būtina, kad savivaldybės VSB aktyviai įsitrauktų didinant rizikos grupės asmenų dalyvavimo apimtį, PAASPI koordinuotų sveikatos stiprinimo programos įgyvendinimą ir inicijuotų bendradarbiavimą su savivaldybės VSB.

Pagrindinės sveikatos stiprinimo programos įgyvendinimo kliūtys: sisteminiu lygmeniu – teisinis reglamentavimas; organizaciniu – savivaldybės gydytojo ir PAASPI administracijos reikalingų veiksmų stoka, neefektyvus šeimos gydytojų darbo organizavimas, nepakankamas sveikatos stiprinimo programos koordinavimas PAASPI; tarpasmeniniu – pacientų motyvacijos stoka, jų ir šeimos gydytojų vyraujantis neigiamas požiūris į sveikatos stiprinimo programos įgyvendinimą.

Padėka

Straipsnio autorės dėkoja Panevėžio miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuro ir pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų atstovams už bendradarbiavimą ir dalyvavimą tyrime.

36 Sisti, L. G., Dajko, M., Campanella, P., et al., The effect of multifactorial lifestyle interventions on cardiovascular risk factors: a systematic review and meta-analysis of trials conducted in the general population and high risk groups, *Preventive Medicine*, 2018, 109: 8–97.

37 Alvarez-Bueno, C., Caverro-Redondo, I., Martinez-Andres, M., et al., Effectiveness of multifactorial interventions in primary health care settings for primary prevention of cardiovascular disease: a systematic review of systematic reviews, *Preventive Medicine*, 2015, 76: 68–75.

Literatūra

1. Alvarez-Bueno, C., Cavero-Redondo, I., Martinez-Andres, M., et al., Effectiveness of multifactorial interventions in primary health care settings for primary prevention of cardiovascular disease: a systematic review of systematic reviews, *Preventive Medicine*, 2015, 76: 68–75.
2. Bertram, M. Y., Sweeny, K., Lauer, J. A., et al., Investing in non-communicable diseases: an estimation of the return on investment for prevention and treatment services, *Lancet*, 2018, 391: 2071–2078.
3. Bloom, D. E., Cafiero, E. T., Jané-Llopis, E., et al., *The global economic burden of non-communicable diseases*. Geneva: World Economic Forum, 2011.
4. Davy, C., Bleasel, J., Liu, H., et al., Effectiveness of chronic care models: opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: a systematic review, *BMC Health Services Research*, 2015, 15: 194.
5. 2018 m. širdies ir kraujagyslių ligų ir cukrinio diabeto grupių asmenų sveikatos stiprinimo programos vykdymo ataskaita. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras. Vilnius, 2018, <http://www.smlpc.lt/media/image/Naujienuoms/2017%20metai/neinfekcines/SKL%20programos%20vykdymas%202018/SKL_CD_programos_ataskaita_2018_.pdf> [žiūrėta 2019-08-26].
6. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020*. World Health Organization. Geneva: WHO, 2013.
7. Gmeinder, M., Morgan, D., Muelle, M., How much do OECD countries spend on prevention? *OECD Health Working Paper*, Nr. 101. Paris: OECD, 2017.
8. Gurevičius, R., Valentienė, J., Kutkaitė, S., *Sveikatos sinergija – ateities sveikatos modelio sėkmės garantas*. Vilnius, 2012.
9. *Health at a Glance: Europe 2018: state of health in the EU cycle*. Organization for Economic Co-Operation and Development. Paris: OECD, 2018.
10. Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimas Nr. XI-1430 „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2011, Nr. 73-3498.
11. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-482 „Dėl Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto lėšų, finansavimo programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2004, Nr. 104-3856.
12. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V-913 „Dėl Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2005, Nr. 145-5288.
13. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 23 d. įsakymas Nr. V-729 „Dėl Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2005, Nr. 117-4249.
14. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymas Nr. V-508 „Dėl Storosios žarnos ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2009, Nr. 79-3321.

15. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugsėjo 22 d. įsakymas Nr. V-979 „Dėl Širdies ir kraujagyslių ligų ir cukrinio diabeto rizikos grupių asmenų sveikatos stiprinimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, *Teisės aktų registras*, 2016, Nr. 13068.
16. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. lapkričio 17 d. įsakymas Nr. V-1299 „Dėl Savivaldybės gydytojo pavyzdinių nuostatų patvirtinimo“, *Teisės aktų registras*, 2015, Nr. 18498.
17. *Lietuvos sveikatos statistika 2017*. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Vilnius, 2018, <http://hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/LT_sveik_stat_health/Lietuvos_sveikatos_statistika_2017_2.pdf> [žiūrėta 2019-08 26].
18. *Lithuania: Country Health Profile 2017. State of Health in the EU*. Organization for Economic Co-Operation and Development and European Observatory on Health Systems and Policies. Paris: OECD / Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies, 2017.
19. Lorenzoni, L., Marino, A., Morgan, D., James, C., Health spending projections to 2030: new results based on a revised OECD methodology. *OECD Health Working Paper*, Nr. 110. Paris: OECD, 2019.
20. Nacionalinės sveikatos tarybos 2015 m. kovo 26 d. nutarimas Nr. N-1 „Dėl savivaldybės gydytojo vaidmens sveikatinimo veikloje“, <<http://sveikatostaryba.lt/wp-content/uploads/2017/01/del-savivaldybes-gydytojo-vaidmens-sveikatinimo-veikloje-1.pdf>> [žiūrėta 2019-08-26].
21. *Political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases*. A/RES/73/2. Nations General Assembly. Resolution adopted by the United Nations General Assembly on 10 October 2018.
22. *Saving lives, spending less: a strategic response to noncommunicable diseases*. World Health Organization. WHO: Geneva, 2018.
23. Sisti, L. G., Dajko, M., Campanella, P., et al., The effect of multifactorial lifestyle interventions on cardiovascular risk factors: a systematic review and meta-analysis of trials conducted in the general population and high risk groups, *Preventive Medicine*, 2018, 109: 8–97.
24. *Tackling NCDs: 'best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases*. World Health Organization. WHO: Geneva, 2017.
25. *Towards an EU strategic framework for the prevention of non-communicable diseases (NCDs)*. European Chronic Disease Alliance (ECDA), European Public Health Alliance (EPHA) and NCD Alliance, 2019.
26. *Visuomenės sveikatos stiprinimo organizavimas savivaldybėse*. Valstybinio audito ataskaita Nr. VA-P-10-2-3. Valstybės kontrolė. Vilnius, 2015.
27. Židžiūnaitė, V., Sabaliauskas, S., *Kokybiniai tyrimai: principai ir metodai*. Vilnius: Vaga, 2017.

THE HEALTH PROMOTION PROGRAM FOR INDIVIDUALS AT RISK FOR CARDIOVASCULAR DISEASES AND DIABETES IMPLEMENTATION IN MUNICIPALITY: THE STAKEHOLDERS' PERSPECTIVE

Summary. *This article analysis the health promotion program for individuals at risk for cardiovascular diseases and diabetes implemented jointly by primary health care institutions and the public health bureau in the municipality of Panevėžio city. A qualitative study using a semi-structured interview method was performed in January – February 2018, involving ten representatives of primary health care institutions and the public health bureau which have concluded the cooperation agreement.*

In the context of the health promotion program implementation, the main collaboration forms between primary health care institutions and the public health bureau remain sending official documents by email and meetings in primary health care institutions. The key pre-requisites for the development of closer collaboration are an active involvement of the public health bureau in increasing participation rates of individuals at risk, primary health care institutions actions to strengthen the coordination of the health promotion program implementation in primary health settings and to initiate collaboration with the public health bureau. The main barriers of the implementation of the health promotion program were identified at systemic, organizational and interpersonal levels: legal regulation; the lack of actions of the municipality doctor and administration of primary health care institutions, ineffective work organization of family physicians, insufficient coordination of the health promotion program in primary health settings, the lack of patients motivation, their and family physicians negative attitudes forwards the implementation of the health promotion program.

Keywords: *cardiovascular diseases, diabetes, health promotion program, primary health care, public health care, integration of services.*

Žydrūnė Šedytė, Mykolo Romerio universiteto Viešojo valdymo fakulteto Politikos mokslų instituto magistrė.

Gintarė Petronytė, biomedicinos mokslų daktarė, Mykolo Romerio universiteto Viešojo valdymo fakulteto Politikos mokslų instituto lektorė. Mokslinių tyrimų kryptys: sveikatos technologijų vertinimas, sveikatos sistemos tyrimai, sveikatos politika.

Žydrūnė Šedytė, postgraduate at Mykolas Romeris University, Faculty of Public Governance, Institute of Political Science.

Gintarė Petronytė, doctor of Biomedicine Science, Mykolas Romeris University, Faculty of Public Governance, Institute of Political Science, lecturer. Research interests: health technology assessment, health system research, health policy.

NEPAGEIDAJAMŲ ĮVYKIŲ VALDYMAS LIGONINĖJE

Danguolė Jankauskienė

Mykolo Romerio universiteto
Viešojo valdymo fakulteto Politikos mokslų institutas
Ateities g. 20, LT-08303, Vilnius, Lietuva
Telefonas (+ 370 6) 8727722
Elektroninis paštas: djank@mruni

Aida Kostereva

Mykolo Romerio universitetas
Ateities g. 20, LT-08303, Vilnius, Lietuva
Telefonas (+370 6) 8584897,
Elektroninis paštas: dorlia1992@gmail.com
Pateikta 2019 m. rugsėjo 20 d., parengta spausdinti 2019 m. lapkričio 5 d.

DOI: 10.13165/SPV-19-1-11-03

Santrauka. Kiekvienos asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – ASPĮ) tikslas su-
teikti saugias ir kokybiškas paslaugas pacientams, tačiau kartais teikiant sveikatos priežiūros
(toliau – SP) paslaugas susiduriama su nepageidaujama įvykiu (toliau – NĮ), kurių nepa-
vyksta išvengti. NĮ gali pakenkti pacientui ir sukelti negrįžtamas sveikatos problemas, todėl
pacientų sauga ir NĮ medicinoje išlieka globalinė problema visame pasaulyje.

Pastaruoju metu mūsų šalyje ir pasaulyje gausėja tyrimų, įrodančių, kaip užtikrinti pa-
cientų saugą (toliau – PS), kaip teikti kokybiškas paslaugas SP sektoriuje ir sumažinti NĮ
skaičių. Europos Taryba 2009 m. pateikė rekomendacijas, kaip tobulinti PS, tačiau 2014 m.
atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad NĮ išlieka ASPĮ problema Europos Sąjungos (toliau – ES)
šalyse.¹ Kiek vėliau, 2017 m., nuspręsta, kad pateiktos rekomendacijos nacionaliniu lygiu
nepakankamai įgyvendintos. Europos Komisija įvertino, kad vis dar yra trūkumų: bendra-
darbiavimo stoka tarp ES šalių, saugos kultūros įgyvendinimo, žinių ir įgūdžių analizuojant
NĮ trūkumai.²

Straipsnyje analizuojama, kaip sekasi Lietuvoje įgyvendinti NĮ politiką, kodėl Lietuvoje
ir ES šalyse patvirtintas privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašas, tačiau šių įvy-
kių registravimas vyksta vangiai, apie daugumą jų nepranešama, slepiamas jų realus skai-
čius ir dažnis, neanalizuojamos priežastys. Per praktinį didelės ligoninės pavyzdį atliekant

-
- 1 Europos Tarybos rekomendacija dėl pacientų saugos ir su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijos ir kontrolės (2009/C 151/01). Liuksemburgas, 2009 m. birželio 19 d., https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docs/ec_2ndreport_ps_implementation_lt.pdf.
 - 2 Patient safety across Europe: the perspective of pressure ulcers, *The European Pressure Ulcer Advocacy Panel (EPUAP) and the European Wound Management Association (EWMA)*, http://www.epuap.org/wpcontent/uploads/2017/05/article-n.1-2017_patient-safety-across-europe-the-perspective-of-pressure-ulcers.pdf 2017 [žiūrėta 2019-05-15].

atvejo studiją ir kokybinį tyrimą bandoma identifikuoti NĮ valdymo veiksniai, kurie yra barjerai veiksmingai vykdyti NĮ valdymo politiką SP įstaigose.

Ižvelgiamos prielaidos sėkmingam NĮ valdymui: NĮ pranešimų sistemos elektronizavimas, kokybės standartų sukūrimas ir jų kontrolė, strateginė, tęstinė ir nuolatinė SP įstaigos administracijos lyderystė bei viso personalo įtraukimas jį motyvuojant, pritaikyti padalinio reikmėms mokymai, organizacinės kultūros laikantis konfidencialumo ir mokymosi iš klaidų palaikymas. Taip pat pastebėti ir trūkumai: žinių ir įgūdžių stoka, baimės būti nubaustam ir pažemintam įveikimas, grįžtamojo ryšio trūkumas, nacionalinės NĮ IT sistemos nebuvimas. Tai riboja NĮ valdymo proceso efektyvumą ir nacionaliniu, ir įstaigos mastu. Sėkmingas NĮ valdymo pasirinkimas tiesiogiai priklauso ir nuo vidinės tinkamos ASPĮ politikos, veiklos ir lyderystės. Nuosekliai ir ilgalaikėje perspektyvoje remiantis europinėmis rekomendacijomis planuojamos, organizuojamos ir kontroliuojamos priemonės stebint ir vertinant jų rezultatus padeda pasiekti tikslus. Dar kartą patvirtinta, kad, norint išvengti NĮ ateityje, būtina juos registruoti ir nuolat analizuoti. Todėl ES šalių NĮ valdymo politikos pamatas – tinkamo NĮ valdymo modelio, priklausomai nuo sistemos brandos, pasirinkimas; valdymo modelis apima pranešimų sistemos diegimą ASPĮ, jų analizavimą ir prevencijos veiksmų sudarymą bei įgyvendinimą. Tai padeda dalytis patirtimi, nuolat analizuoti, mokytis iš klaidų ir formuoti naują požiūrį ir PS kultūrą.

Reikšminiai žodžiai: nepageidaujami įvykiai, nepageidaujamų įvykių valdymo politika, nepageidaujamų įvykių valdymo modeliai, pacientų sauga, sveikatos priežiūros kokybė.

Įvadas

Didėjantis gyvenimo tempas, technologijų tobulėjimas, medicinos mokslo pažanga, SP reformos bei nuolat vykstantys teisinės bazės pokyčiai ne tik kelia vis aukštesnius reikalavimus SP darbuotojams, bet ir sudaro naujas prielaidas NĮ atsirasti.

Kasmet ES gydymo įstaigose nuo 4 iki 17 proc. gydomų pacientų patiria NĮ³, jų tik didėja, jie dažnai kartojasi ir sukelia didelius socialinius, moralinius ir finansinius nuostolius pacientams, SPĮ ir visuomenei. Jungtinės Karalystės sveikatos priežiūros sistema teismo ieškiniams patenkinti dėl NĮ kasmet išleidžia apie 400 mln. svarų sterlingų, o 1 mlrd. svarų sterlingų praranda dėl gydymo įstaigose pasitaikiusių hospitalinių infekcijų. Jungtinių Amerikos Valstijų išlaidos, susijusios su NĮ, siekia 17–29 mlrd. dolerių per metus.⁴ Dėl šių nuostolių pacientų sauga ir NĮ medicinoje išlieka opi problema, nepriklausomai nuo valstybės ekonominės padėties.

Siekiant užtikrinti sėkmingą NĮ valdymo procesą, būtina vykdyti ir plėtoti NĮ politiką *trimis lygmenimis*: ASPĮ, pacientų saugos institucijose ir politiką formuojančiose institucijose. Priemonės, kurios skatina NĮ valdymo politiką ir korekcinę-prevencinę veiksmų taikymą praktikoje, yra žinomos ir panašios, tačiau skirtingų valstybių ir organizacijų / įstaigų pasirengimas bei pajėgumas vykdyti ir pritaikyti šias priemones praktikoje nėra vienodas.

3 Zsifkovits, J., Zuba, M., Geissler, W., Lepuschutz, L., Pertl, D., Kernstock, E., Ostermann, H., Costs of unsafe care and cost-effectiveness of patient safety programmes. *European Commission, Health and Food Safety*, 2016.

4 Nacionalinė pacientų saugos platforma. Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos, <http://www.vaspvt.gov.lt/node/135>, [žiūrėta 2019-01-10].

Todėl NĮ valdymo modelio ir priemonių pasirinkimas turi apimti ne tik įstaigos kokybės tikslus, išsipareigojimus ir įvairias organizacines priemones, priklausomai nuo įstaigos vadybinės patirties ir brandos, bet ir atsižvelgiant į kitų įstaigų praktiką dalijimąsi patirtimi.

Daugelis Lietuvos ir užsienio autorių savo darbuose analizuoja klaidas medicinoje, NĮ rūšis ir jų dažnį, taip pat personalo požiūrį į šių įvykių registravimą, PS užtikrinimą gydymo įstaigose, tačiau NĮ valdymo politika SP sektoriuje nėra pakankamai tirta. **Tyrimo tikslas** – įvertinti nepageidaujamų įvykių valdymo politiką pasirinktoje didelėje Lietuvos ligoninėje. Remiantis didelės ligoninės pavyzdžiu atlikta atvejo studija, kurioje identifikuojamos ir analizuojamos NĮ valdymo politikos esminės problemos ir atskleidžiami sėkmingą NĮ valdymo politikos vykdymą lemiantys veiksniai bei problemos.

Tyrimo metodai. Tyrimui pasirinktas atvejo studijos metodas, kuriuo tiriama NĮ politikos formavimo ir įgyvendinimo veiksmingumas. Atliekant atvejo studiją ir vertinant NĮ politikos formavimą straipsnyje pristatoma lyginamoji Lietuvos Respublikos ir ES galiojančių teisės aktų ir dokumentų bei mokslinės literatūros analizė. Siekiant išsiaiškinti pasirinktos ligoninės NĮ valdymo politiką, buvo analizuojami šios įstaigos vidiniai dokumentai ir statistiniai NĮ duomenys. Teorinėje darbo dalyje taikomas analitinis, sisteminis ir aprašomasis metodai, kuriais vadovaujantis apibendrinama informacija, susijusi su NĮ politikos formavimu. Politikos įgyvendinimo vertinimui pasirinktas kokybinis tyrimas – pusiau struktūruotas interviu. Jį pasitelkus galima išanalizuoti esamus NĮ valdymo politikos aspektus tiek konkrečioje įstaigoje, tiek visoje sveikatos sistemoje. Taip pat pritaikytas stebėjimo dalyvaujant metodas (autorės dirba analizuojamoje įstaigoje). Konkretus praktinis SP įstaigos pavyzdys leido geriau išnagrinėti ir pasidalyti gerąja patirtimi bei išryškinti trūkumus. Pateikti argumentuoti ir pagrįsti pasiūlymai NĮ politikos formuotojams bei įgyvendintojams: kaip tobulinti NĮ valdymo politiką, kaip plėtoti PS kultūrą ir sumažinti NĮ skaičių.

Gauti tyrimo duomenys leidžia nustatyti, kokių veiksmų turėtų imtis įstaiga, su turimais ištekliais norėdama išlaikyti aukštą teikiamų SP paslaugų kokybę. Tikimasi, kad šiame straipsnyje nagrinėjama problema paskatins ASPĮ vadovus plėtoti sistemas, užtikrinančias NĮ prevenciją, atkreips jų dėmesį į NĮ valdymo modelio pasirinkimo svarbą bei būtinybę apsaugoti pacientus nuo žalos organizuojant ir pertvarkant SPP.

1. NĮ politikos formavimo analizė

1.1. NĮ valdymo modeliai

Pastaruosius dešimtmečius medicinos mokslo sritis sparčiai tobulėja, diegiamos naujausios medicinos technologijos, nuolat tobulinama gydymo ir slaugos paslaugų taktika, itin daug dėmesio sulaukia pacientų saugos užtikrinimas. Visuomenės, politikų, SP specialistų ir mokslininkų dėmesį į pacientų saugos problematiką atkreipė JAV medicinos instituto pranešimas „Klysti yra žmogiška: saugesnė sveikatos priežiūra“^{5, 6}. Po šios publi-

5 Kohn, T. L., Corrigan, J., M., Donaldson, M., S., To Err is Human: Building a Safer Health system, *Institute of Medicine* Washington, D. C.: National Academy Press, 1999, <http://www.csen.com/err.pdf>.

6 Harolds, J. A., Quality and Safety in Health Care, Part III: To Err is Human, *Clin Nucl Med* 2015, 40, 10: 794.

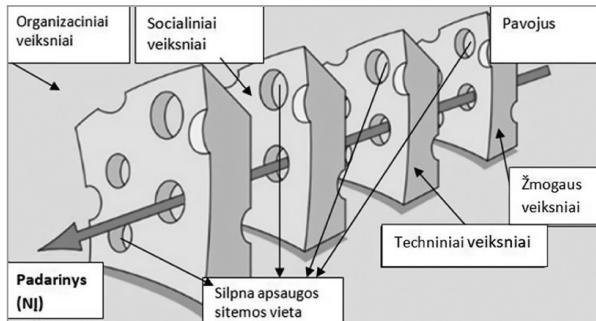
kacijos pacientų saugumo aspektai buvo iškelti į viešumą ir tapo prioritetine SP sektoriaus problema, atsirado gerokai daugiau mokslinių publikacijų ir tyrimų apie NĮ medicinoje, jų priežastis ir padarinius.

NĮ samprata mokslinėje ir metodinėje literatūroje apibrėžiama skirtingai, tačiau dažniausiai pateikiama, kad tai bet kokie nenumatyti ir netikėti incidentai, susiję su SP institucijomis ir jose teikiamomis paslaugomis, galintys sukelti ar sukėlę nepageidaujamą rezultatą, įvykę dėl medicinos paslaugų teikimo arba organizavimo aplaidumo⁷.

Remiantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 6 d. įsakymo Nr. V-401 „Dėl Privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“, kuris įsigaliojo 2019 m. sausio 1 d., NĮ „laikomi įvykiai, reakcijos, reiškiniai, aplinkybės, atsiradę dėl veikos, galėjusios sukelti ar sukėlusios nepageidaujamą išeitį (rezultatą) pacientui“⁸.

Didžioji dalis mokslininkų pripažįsta NĮ sisteminių pobūdį, todėl tik preliminariai galima teigti, kad kiekvieno įvykio aiški priežastis yra konkretaus asmens veiksmai. Galutinis NĮ atskaitų vertinimo tikslas yra nustatyti sisteminę aplinką ir priežastis.

Jungtinės Karalystės mokslininkas J. Reason jau nuo 1970 m. pasiūlė „šveicariško sūrio“ modelį, kuriuo remiantis svarbu nustatyti, kodėl NĮ nutiko ir kaip perėjo vidinės sistemos apsauginį barjerą. Tyrėjo nuomone, NĮ organizacijoje gali sukelti keli individualūs ir latentiniai veiksniai.



1 pav. J. Reason „šveicariško sūrio“ modelis

Šaltinis: pagal J. Reason, „Human error: models and management“, 2000

Šis modelis pabrėžia, kad NĮ SPS sukelia kelių veiksnių kompleksas ar net visos sistemos spragos, todėl padrikų veiksnių prevencija neužtikrina sistemos saugos. Nagrinėjant 1 paveiksle pateiktą „šveicariško sūrio“ modelį, galima pasakyti, kad sūrio „akutėms“ išsirikavus į vieną eilę susidaro viena didelė skylė, pro kurią galimas pavojus tiesia linija pereina apsaugos sistemų barjerą ir pasireiškia NĮ. Todėl labai svarbu tobulinti organi-

7 Rafter, N., Hickey, A. S., Condell R., Conroy P., O'Connor, D., Vaughan, D. Williams, Adverse events in healthcare: learning from mistakes, *QJM: An International Journal of Medicine* 2014, 108, 4: 274.

8 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 6 d. įsakymo Nr. V-401 „Dėl Privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“. *Valstybės žinios*, 2018, Nr. 14383.

zacinius, socialinius, žmogiškuosius ir techninius veiksnius kaip visą kompleksą, siekiant užkirsti galimybę susidaryti naujiems NĮ⁹.

Ligoninės iniciatyvas NĮ valdymo politikoje gali slopinti arba skatinti institucijos, su kuriomis ji sąveikauja: valstybės ir savivaldybių valdymo institucijos, finansavimo valdymo organizacijos, statistinę atskaitomybę vykdančios ar viešojo administravimo paslaugas teikiančios institucijos. Šių institucijų sprendimai tiesiogiai sietini su ligoninės veikla, nuo jų priklauso, kokią PS valdymo formą pasirinkus įstaiga teikdama SPP¹⁰. L. Paškevičius teigia, kad formuojant politiką ir diegiant PS valdymo modelius „būtina pereiti prie integruotos NĮ išaiškinimo pozicijos, remiantis proaktyviais, retroaktyviais ir reaktyviais metodais“. NĮ pranešimų ir mokymosi sistema turi būti pertvarkyta į vientisą PS įvykių valdymo sistemą, kuri susidėtų iš analizės, išaiškinimo, reagavimo ir prevencinės posistemų. Vadinasi, tai leistų sudaryti prevencinių priemonių kompleksą ir suformuoti būdus, kuriais būtų parenkami efektyviausi metodai NĮ prevencijai užtikrinti. Lietuvoje ASPĮ vadovybės nepakankamai skiria reikiamų išteklių NĮ valdyti ir vis dar nesuteikia strateginės reikšmės pacientų saugos modeliui įdiegti. Visi čia įvardyti veiksniai nulemia tokią vangią vykdomos NĮ valdymo politikos eigą¹¹.

1.2. NĮ politikos formavimo priemonės ir modeliai kai kuriose ES šalyse

Sveikatos apsaugos ministerija, vykdydama sveikatos politiką ir įgyvendindama viešojo valdymo funkcijas SP sistemoje, turi laikytis nurodymų, rekomenduojamų tarptautiniu lygiu: nustatyti SP viziją ir misiją, rengti strategijas, tobulinti skirtingų sektorių bendradarbiavimą, užtikrinti ataskaitų rengimą, parengti darnią SP sistemą, remtis teisine baze, plauti informaciją, susijusią su visuomenės sveikata¹². Lygiai tokių pačių nurodymų reikėtų laikytis įgyvendinant efektyvią NĮ valdymo politiką.

Visų išvardytų nurodymų laikomasi Danijos valstybėje, plėtojant NĮ valdymo politiką. Sėkmingas Danijos NĮ valdymo politikos modelis remiasi tuo, kad darbuotojas, pateikęs duomenis apie NĮ, nebaudžiamas; jų sistemos pagrindas – mokytis iš padarytų klaidų, be to, metinėje ataskaitoje kiekvienas vadovas turi pateikti informaciją, kaip buvo užtikrintas grįžtamasis ryšys. Šios valstybės nacionalinė agentūra, kuri atsakinga už NĮ valdymą, pateikia ne tik savo šalies duomenis apie užregistruotus NĮ, bet ir kitų šalių duomenis, kurie yra prieinami. Taip Danijos SP specialistai gauna gana daug naudingos informacijos apie NĮ ir gali analizuoti SP įstaigų duomenis bei stebėti NĮ tendencijas tarptautiniu lygiu¹³.

9 Shashi, S., Gating the holes in the Swiss cheese (part I): Expanding professor Reason's model for patient safety, *J Eval Clin Pract* 2018, 24: 189, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5901035/pdf/JEP-24-187.pdf>.

10 Paškevičius, L., *Kompleksinis pacientų saugos įvykių valdymas Lietuvos ligoninėse*: daktaro disertacija. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2017, p. 83, <http://talpykla.elaba.lt/elaba-fedora/objects/elaba:21323590/datastreams/MAIN/content>.

11 *Ibid.*, p. 81–82.

12 Veillard, J. H., Brown, A. D., Baris, E., Permanand, G., Klazinga, N. S., Health System Stewardship of National Health Ministries in the WHO European region: Concepts, Functions and Assessment Framework, *Health Policy*, 2011, 103, 2–3: 192,197.

13 Citizen and Patient Involvement Strategy, *Styrelsen for patientsikkerhed*, 2017; <https://stps.dk/en/publications/2017/citizenandpatientinvolvement%20strategy/~media/304D1E92CAFD4EC1ACC17A6755F2E282.ashx%201,5> [žiūrėta 2018-07-10].

Airijoje jau nuo 2004 m. efektyvią NĮ valdymo politiką ir modelių užtikrina įdiegta nacionalinė NĮ registravimo sistema. Šalies duomenų bazėje galima matyti bendrą NĮ vaizdą pagal jų prigimtį ir dažnį. Už NĮ analizę nacionaliniu mastu atsakingi asmenys analizuoja NĮ ir bendradarbiauja su ASPĮ, sveikatos politikos formuotojais, klinikinių skundų ekspertais bei nacionaliniu lygiu teikia korekcinį-prevencinį veiksmų planą kitiems metams¹⁴.

Pirmieji žingsniai PS srityje Jungtinėje Karalystėje buvo žengti dar 1997 m., nuo tada pradėtos kurti SPS valdymo ir gerinimo priemonės. Nuo 2003 m. ėmė veikti nacionalinė informacijos teikimo ir mokymosi sistema, kuriai padedant buvo kuriami nauji veiksmai ir priemonės SPP tobulinti. Šios Jungtinės Karalystės sistemos valdymo modelis skatina visus SP specialistus aktyviai dalyvauti NĮ stebėjimo ir registravimo procese, nes didelis užregistruotų NĮ skaičius rodo paslaugų teikėjų atvirumą plėtojant PS kultūrą, o ne žemą SPP kokybę. Kuo didesnis užregistruotų NĮ pranešimų skaičius, tuo didesnė tikimybė parengti naudingas rekomendacijas ir užtikrinti mokymąsi nacionaliniu lygiu^{15, 16}.

Lietuvoje nors sveikatos paslaugų kokybės politika pripažįstama svarbia, NĮ valdymo modelis nacionaliniu ir ASPĮ mastu vis dar kuriamas. Aktyvesnė NĮ valdymo veikla prasižėdė nuo 2010 m. gegužės 6 d., kai buvo išleistas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-401 „Dėl Privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“¹⁷.

Reikia pabrėžti, kad Lietuvoje iki šiol nėra sukurtos nacionaliniu mastu veikiančios NĮ registravimo sistemos, todėl dirbantys SP specialistai neturi galimybės palyginti savo įstaiigos duomenų su kitų ASPĮ duomenimis. Neatliekama užregistruotų NĮ kokybiška analizė. Dėl šios priežasties Lietuva nepateko į 22 ES šalių sąrašą, kuriame šalys narės pateikia duomenis apie savo šalyje užregistruotus NĮ. Didelė tikimybė, kad vangiai vykstantis NĮ valdymo procesas susijęs su fragmentišku atsakingų už NĮ institucijų bendradarbiavimu, nes jos tarpusavyje nesikeičia duomenimis apie gautus pranešimus ir nesiima lyderystės viosoje sveikatos sistemoje.

Apibendrinus Lietuvos NĮ valdymo politikos pagrindinius aspektus galima išvelgti trūkumų SPS, kurie riboja NĮ valdymo proceso efektyvumą nacionaliniu mastu. Tačiau remiantis straipsnyje pateiktu pavyzdžiu pastebėtina, kad sėkminga NĮ valdymo politika tiesiogiai priklauso ir nuo vidinės ASPĮ veiklos iniciatyvų bei aktyvumo. Panašias išvadas pateikė C. Macrae, 2016 m. atlikusi tyrimą. Autorė nustatė, kad NĮ valdymo proceso efektyvumą riboja ne tik viosoje šalyje pasitaikantys SPS nesklaidumai, bet ir lokaliai (ASPĮ) esami valdymo politikos trikdžiai: neužtikrinamas grįžtamasis ryšys, vadovų šališkumas, nepakankama SP specialistų atsakomybė registruojant NĮ ir netinkama ataskaitų analizė¹⁸.

14 Mekšriūnaitė, S., Rudaitis, K., *Nepageidaujamų įvykių registravimo sistemų ES šalyse apžvalga*. Vilnius: Higienos institutas, 2013: 7, 8.

15 Guidance notes on National Reporting and Learning System organization patient safety incident reports“, *NHS Improvement*, 2017, kovas; https://improvement.nhs.uk/documents/843/OPSIR_guidance_notes_March_2017.pdf.

16 Learning from patient safety incidents, *NHS Improvement*; <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?q=workbooks>.

17 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2010, Nr. 55, 2703.

18 Macrae, C. The problem with incident reporting, *BMJ Qual Saf*, 2016, 25:74; <https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/29387/the-problem-with-incident-reporting>.

2017 m. buvo apžvelgtos NĮ valdymo politikos ir praktikos tendencijos ir priemonės penkiose šalyse, turinčiose didelę patirtį valdant NĮ: JAV, Jungtinėje Karalystėje, Kanadoje, Naujojoje Zelandijoje ir Australijoje. Gauti tyrimo rezultatai atskleidė penkis pagrindinius aspektus, atspindinčius problemas, susijusias su NĮ valdymu: 1) PS teorijos ir pacientų lūkesčių neatitikimas, 2) teisinės bazės (reglamentuojančios kokybės gerinimą) ir tiesos atskleidimo neatitikimas, 3) iššūkis politikų formuotojams plačiai diegti NĮ valdymo politiką, 4) iššūkis užtikrinti atvirą NĮ pranešimų registravimą taikant atsakomybės kompensavimo priemones, 5) iššūkis, susijęs su NĮ priežasties nustatymo atskleidimu. Potencialūs problemų sprendimai apima SP darbuotojų švietimą, kartu su paskatomis praktiškai įtvirtinti NĮ valdymo politiką, geriau supažindinti specialistus su galiojančiais teisės aktais, parengti išsamias mokymo programas, kuriose būtų pateikiama naudinga ir aktuali informacija apie NĮ valdymą¹⁹.

Dėl tam tikrų politinių, finansinių ir kitų priežasčių kai kurių šalių SPS yra geriau pasirengusi spręsti problemas, susijusias su NĮ valdymu ASPĮ, tačiau nėra nė vienos ASPĮ visame pasaulyje, kuri būtų visiškai apsaugota nuo NĮ ir jų padarinių. Kompleksinis požiūris formuojant NĮ valdymo modelį būtinas siekiant sumažinti šių įvykių atsiradimo dažnį ir padarinius.

1.3. NĮ valdymo politiką reglamentuojantys dokumentai Lietuvoje

Lietuvos pacientų saugos judėjimo pradžia sietina su XX a. paskutiniu dešimtmečiu, kai šalyje buvo pradėta kurti nacionalinė sveikatos politika: parengti teisės aktai, reglamentuojantys pacientų saugą, pradėti moksliniai tyrimai NĮ ir PS srityje, viešosios administracinės organizacijos gavo nurodymą kuruoti priskirtas pacientų saugos sritis²⁰.

Plėtojant NĮ prevenciją, registravimo ir stebėsenos sistemas, Lietuvoje patvirtintas pagrindinis teisės aktas, reglamentuojantis informacijos apie NĮ registravimo tvarką Lietuvos Respublikos ASPĮ – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 6 d. įsakymas „Dėl Privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. Registruoti NĮ Lietuvoje buvo reglamentuota ir anksčiau, tačiau šiame įsakyme pateikiamas konkretesnis ir patikslintas NĮ apibrėžimas, privalomų registruoti NĮ sąrašas ir institucijos, atsakingos už šių įvykių informacijos rinkimą.

Įsakyme numatyta, kad ASPĮ duomenis apie NĮ saugo ir renka įstaigos medicininio audito skyriaus darbuotojai / padalinio vadovas, įstaigos vadovas ar kiti įstaigos vadovo įgalioti darbuotojai. ASPĮ vadovas įstaigoje tvirtina NĮ pranešimų vidaus tvarką ir kontroliuoja, kad būtų jos laikomasi. Įsakymo nuostatų laikymąsi ASPĮ tikrino Valstybinė medicininio audito inspekcija prie SAM. ASPĮ galėjo savanoriškai, atsižvelgdamos į savo teikiamų paslaugų spektrą, registruoti ir kitus NĮ, kurie nėra nurodyti šiame įsakyme Aktyvi tokių įvykių registracija pradėta vykdyti nuo 2012 m., Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministrui patvirtinus ASPĮ, teikiančių stacionarines ASPP, vertinimo rodiklius

19 Wu, W. Albert, et al., Disclosing Adverse Events to Patients: International Norms and Trends“, *Journal of Patient Safety*, 2017, 13, 1: 47; https://journals.lww.com/journalpatientsafety/Abstract/2017/03000/Disclosing_Adverse_Events_to_Patients__8.aspx.

20 Paškevičius, L., *supra note p.* 14.

sąrašą²¹. Įsakymo pakeitimas paskelbtas 2015 m. – praplėstas reikšmingų SPP kokybei rodiklių sąrašas²².

Siekiant tobulinti NĮ registravimą, stebėseną ir prevenciją, sveikatos apsaugos ministro 2016 m. balandžio 14 d. įsakymu Nr. V-492 pakeistas Privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių registravimo tvarkos aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 6 d. įsakymu Nr. V-401 „Dėl Privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

Remiantis pakeitimais, nuo 2016 m. Higienos institutas (HI) tapo atsakingas už NĮ, taip pat buvo įpareigotas rinkti informaciją apie juos ir rengti metines ataskaitas vietoj Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Toks sprendimas buvo pagrįstas sėkminga HI patirtimi registruojant NĮ ir vykdant šių įvykių stebėseną bei prevenciją. NĮ registravimo ir stebėsenos kontekste buvo svarbu, kad HI turėjo patirties šiuo klausimu, nes dalyvavo ir sėkmingai įvykdė ES projektą „Visuomenės sveikatos priežiūros kokybės gerinimas, diegiant visuomenės sveikatos technologijų vertinimo sistemą ir nepageidaujamų įvykių registravimo sistemą“. Be to, svarbi aplinkybė buvo ir tai, kad HI neatlieka viešojo administravimo funkcijų. Nuo 2016 m. gegužės 6 d. HI įsipareigojo vykdyti NĮ stebėseną, rinkti ir apibendrinti kitų SPI teikiamą informaciją, rengti praėjusių kalendorinių metų apibendrintą ataskaitą, teikti NĮ prevencijos tobulinimo priemones bei siūlymus, užtikrinti grįžtamąjį ryšį ir plėtoti NĮ stebėsenos sistemas²³. HI daug dėmesio skyrė pacientų saugos kultūrai formuoti ir NĮ politikos analizei atlikti.

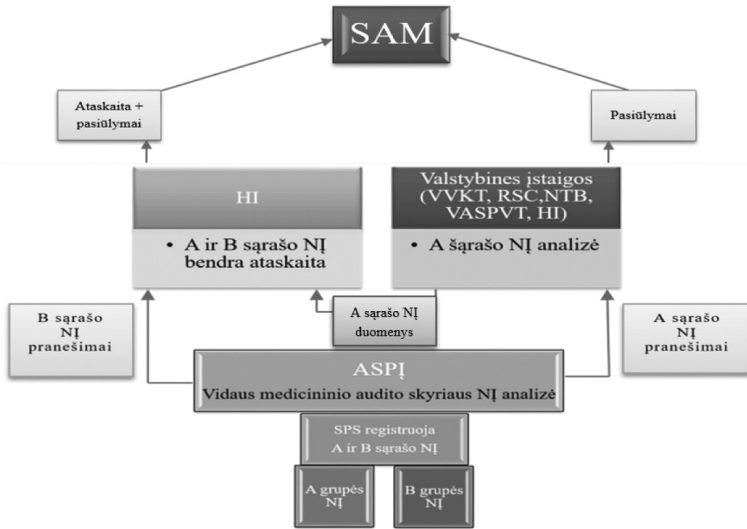
Nuo 2019 m. sausio 1 d. įsigaliojo įsakymo papildymas Nr. V-1001 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 6 d. įsakymo Nr. V-401 „Dėl Privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. Įsakymu praplėstas NĮ sąrašas, suskirstant jį į dvi – A ir B – dalis. Svarbus žingsnis buvo B sąrašo sudarymas. Šalia A sąrašo nustatytų NĮ, susijusių su pacientų radiacine apšvita, medicinos priemonių ir prietaisų budra, vaistinių preparatų naudojimu, kraujo ir jo komponentų ruošimu ar transfuzija, audinių, ląstelių, organų donorystės ir transplantacijos procesu ir pagalbiniu apvaisinimu bei hospitaline infekcija, nuo 2019 sausio 1 d. visos Lietuvos ASPĮ turi registruoti ir septynis B sąrašo NĮ: „B1 – nepageidaujami įvykiai, susiję su chirurginėmis, diagnostinėmis ir gydomosiomis invazinėmis procedūromis; B2 – nepageidaujami įvykiai, susiję su pacientų ar jų kūno dalių identifikacija; B3 – nepageidaujami įvykiai, susiję su pacientų griuvimais / iškritimais ASPĮ ar jos aplinkoje; B4 – nepageidaujami įvykiai, susiję su pacientų elgesiu; B5 – nepageidaujami įvykiai, susiję su pacientų transportavimu; B6 – hospitalinė infekcija, kuri sukėlė paciento mirtį; B7 – kiti nepageidaujami įvykiai.“ Naujame apraše pateiktas patikslintas NĮ apibrėžimas, A ir B NĮ sąrašų duomenų registravimo ir pildymo formos, B sąrašo NĮ duomenų pildymo

21 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2012, Nr. 141-7287.

22 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 6 d. įsakymo Nr. v-401 „Dėl privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“. *Valstybės žinios*, 2016, Nr. 30109.

23 Plentaitė, A., Pakeistas privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių registravimo tvarkos aprašas, *Visuomenės sveikata*, 2016, 2: 73.

forma bei aiškiai apibrėžtos institucijų, atsakingų už NĮ stebėseną, funkcijos. Tokie įsakymo patikslinimai ir papildymai buvo lauktini ir reikšmingi – jie leis nuodugniai analizuoti sisteminę NĮ atsiradimo priežastis ir sudarys galimybę nacionaliniu lygiu formuoti NĮ kasmetines apskaitas. Schematiškai nauja NĮ stebėsenos tvarka pavaizduota 1 paveiksle²⁴.



1 pav. Lietuvos NĮ stebėsenos tvarka (įsigaliojo nuo 2019 m.)

Šaltinis: S. Babinskas „Pakeista nepageidaujamų įvykių registravimo tvarka“, 2018

HI, remdamasis nauju ES projektu „Sveikatos sektoriaus procesų valdymo tobulinimas, plėtojant visuomenės sveikatos stebėseną“, 2017–2020 m. planuoja įdiegti naują visuomenės sveikatos stebėsenos informacinę sistemą, kurią pasitelkus bus tobulinamas NĮ sistemos kompiuterizavimas. Toks sistemos tobulinimas leis užtikrinti greitesnę, efektyvesnę ir patogesnę NĮ stebėsenos lygį vietiniu ir visos šalies mastu²⁵.

Remiantis sveikatos apsaugos ministro 2017 m. lapkričio 15d. įsakymu Nr. V-1292 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programos patvirtinimo“, Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programos 2018–2020 m. įgyvendinimo priemonių plano 2 uždavinio, 12 punktu, HI iki 2020 m. turi nacionaliniu lygiu įdiegti el. NĮ ASPI registravimo sistemą²⁵.

Atlikta Lietuvos dokumentų, reglamentuojančių NĮ valdymo politiką ASPI, analizė parodė, kad šalyje trūksta tęstinės koordinuotos veiklos PS gerinti, tačiau per tokį trumpą laiką pasiektas palyginti nemažas progresas NĮ politikos formavimo srityje. Lietuvos institucijų, atsakingų už PS ir NĮ pranešimų registravimą, pagrindinis siekis – sukurti ben-

24 Babinskas, S., Pakeista nepageidaujamų įvykių registravimo tvarka, *Visuomenės sveikata* 2018, 3, 82: 73; [http://www.hi.lt/uploads/pdf/zurnalo_vs%20info/Vs%202018%203\(82\)%20PRAK%20Nepageidaujami%20ivykiai.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/zurnalo_vs%20info/Vs%202018%203(82)%20PRAK%20Nepageidaujami%20ivykiai.pdf).

25 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2017, Nr. 18130.

draž SP kokybės vertinimo sistemą. Nuo 2019 m. einamųjų metų Lietuva, kaip ir kitos ES valstybės, turės įdiegti nacionaliniu lygiu veikiančią NĮ stebėsenos sistemą. Be abejo, tai didelis pasiekimas, labai padėsiantis sveikatos politiką formuojančioms institucijoms realizuoti NĮ valdymą, kad jis taptų efektyvesnis ir patogesnis.

2. NĮ politikos įgyvendinimo analizė

2.1. Ligoninėje vykdoma nepageidaujamų įvykių valdymo politika

Pasirinktoje Lietuvos ligoninėje teikiamos aukščiausio lygio specializuotos asmens sveikatos priežiūros paslaugos (ASPP). Įstaigos veikla neapsiriboja vien tik praktine sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir mokslo bei studijų veikla, ji apima ir vadybines inovacijas, tokias kaip informacinių technologijų integravimas į kasdienį darbą, šiuolaikinės kokybės vadybos sistemos pritaikymas teikiant SP paslaugas, struktūros ir procesų valdymo pokyčiai.

NĮ valdymo modelio pasirinkimas yra sudėtinė pasirinktos ligoninės kokybės politikos dalis. Ligoninėje valdymo politiką pradėta įgyvendinti 2000 m. Remiantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-401 dėl NĮ, ligoninės elektroninėje ligos istorijos (ELI) informacinėje sistemoje jau pildoma forma ir pateikiami duomenys apie visus privalomus registruoti NĮ.

Vykdam NĮ valdymo kokybės užtikrinimo procedūrą, visi įstaigos darbuotojai, atsakingi už pacientų priėmimą, jų ligų diagnostiką ir gydymą, įvykus NĮ, nedelsdami turi pateikti duomenis į ELI informacinę sistemą ir informuoti padalinio, kuriame įvyko NĮ, vadovą.

ELI informacinėje sistemoje užregistruoto NĮ duomenys iškart perduodami medicininio audito ir korupcijos prevencijos skyriaus darbuotojams, kurie organizuoja tolimesnį įvykio analizę, svarstymą padalinyje ir atitinkamai administraciniu lygmeniu, apibendrina, imasi prevencinių veikslių tarpininkaudami tarp padalinio ir administracijos. Siekiant sėkmingai vykdyti NĮ valdymo politiką, NĮ valdymo procedūroje aiškiai apibrėžiamos asmenų, atsakingų už procedūros vykdymą, funkcijos ir pareigos²⁶. Visi struktūrinių padalinių vadovai turi užtikrinti klaidų valdymą laiku, kad būtų užtikrinamos saugios ir kokybiškos SPP bei išvengta NĮ ateityje.

Svarbu paminėti, kad šalia kasdienio NĮ analizės padaliniuose darbo kasmet medicininio audito skyriaus vedėja viešai įstaigos darbuotojams pateikia apibendrintus ir išanalizuotus metinės ataskaitos duomenis apie ligoninėje užregistruotus NĮ ir jų tendencijas. Taip pat pristato pranešimą apie kokybės ir NĮ valdymą ligoninėje, nagrinėja dažniausiai pasitaikančias sistemines klaidas²⁷. NĮ analizės metu pagrindinis dėmesys skiriamas tam, ko galima pasimokyti ir kaip išvengti NĮ ateityje. Viešas svarstymas padaliniuose duoda teigiamus rezultatus. Šalia to atliekama ir daug kitų kokybės užtikrinimo veikslių, kurie padeda ir daro įtaką NĮ valdymui (pvz., pacientų ir darbuotojų apklausos, sudaromi rizi-

26 VšĮ ligoninės generalinio direktoriaus 2017 m. kovo 22 d. įsakymas Nr. V-181 „Dėl procedūros „Nepageidaujamų įvykių valdymas“ tvirtinimo“.

27 *Ibid.*

kos valdymo planai, darbuotojai motyvuojami kuriant kokybės dokumentus, registruojamos ir nagrinėjamos neatitiktys ir kt.).

Nagrinėjant ligoninėje vykdomą NĮ politiką, būtina atkreipti dėmesį, kad įstaiga turi sukurtą ir patvirtintą strateginį veiklos planą 2017–2025 metams. Viena iš strateginio plano kryptių yra kokybiškos medicinos paslaugos, jai priskiriamas uždavinys išlaikyti aukštą visų medicinos paslaugų kokybę. Kaip jau minėta anksčiau, teikiamų paslaugų kokybė tiesiogiai susijusi su PS ir saugos kultūros įgyvendinimu, o NĮ yra svarbus kokybės įrankis. Remiantis šiuo uždaviniu galima teigti, kad įstaigos vadovai, įžvelgdami NĮ valdymo politikos svarbą, sieja ją su strateginio veiklos plano tikslų įgyvendinimu, taip pat trejus metus iš eilės jie skyrė prioritetą tinkamų kokybės užtikrinimo procedūrų ir reglamentų sukūrimui ir įgyvendinimui, skatindami ir motyvuodami už tai atsakingus darbuotojus. Įgyvendinant NĮ politiką yra justi administracijos ir darbuotojų, ypač medicininio audito skyriaus, lyderystė.

2.2. NĮ paplitimas ligoninėje

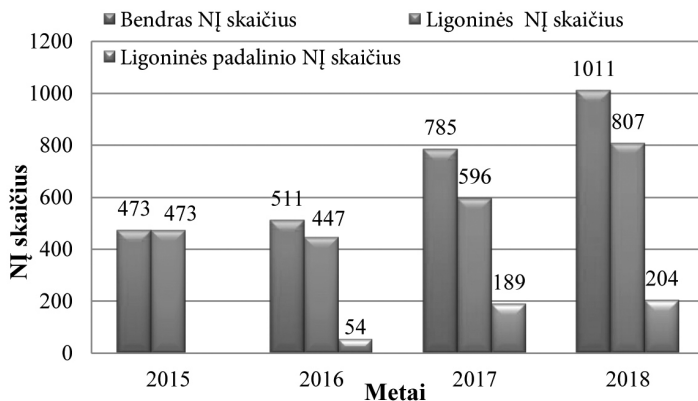
Jau keletą dešimtmečių ligoninė sprendžia su PS susijusias problemas vietos ir nacionaliniu lygiu. Įstaiga taiko įvairias NĮ valdymo sistemas paslaugų saugumui gerinti, glaudžiai bendradarbiauja ir dalijasi gerąja patirtimi su kitomis ASPI. Pasiriktas NĮ valdymo modelis ligoninėje orientuotas į visų darbuotojų suinteresuotumą aktyviai dalyvauti užtikrinant PS. Ilgalaikė ir tęstinė politika bei dėmesys jai įgyvendinti per nuolatinę analitinę veiklą ir viešumo užtikrinimą tik įstaigos viduje bei galimybę mokytis iš klaidų pasitelkus informacinių technologijų teikiamus privalumus bei pradėta kurti rizikos valdymo sistema leidžia atvirai ir nešališkai išnagrinėti ir imtis NĮ prevencijos priemonių.

Gerą postūmį davė dalyvavimas projektuose. Ligoninė sėkmingai įgyvendino 2014 m. gegužę–2015 m. balandį ES struktūrinės paramos projektą „Visuomenės sveikatos priežiūros kokybės gerinimas, diegiant visuomenės sveikatos technologijų vertinimo sistemą ir nepageidaujamų įvykių registravimo sistemą“²⁸. Įdiegusi šį modelį, nuo 2015 m. įstaiga pradėjo pildyti elektroninę NĮ pranešimo formą ELI informacinėje sistemoje. Išbandytas modelis patobulino esamą įstaigoje pranešimų formą, nuo tada pagerėjo grįžtamojo ryšio ir konfidencialumo užtikrinimas.

Analizuojant NĮ paplitimą ligoninėje 2015–2018 m. pastebėta, kad smarkiai didėja užregistruotų pranešimų skaičius (3 pav.)²⁹. 2018 m. bendras registruotų NĮ skaičius, lyginant su 2015 m., akivaizdžiai išaugo. Reikia atkreipti dėmesį, kad 2017 m. ligoninėje registruotų NĮ skaičius, lyginant su 2016 m., padidėjo 33,3 proc. (3 pav.). 2016 m. užregistruota 511 pranešimų. 2016–2017 m. matomas stabilus NĮ registravimo didėjimas: NĮ, susijusių su slaugos procesu (pragulos, griuvimai), taip pat NĮ, sietinų su vaistinių preparatų naudojimu, bei kitų NĮ. Bendras užregistruotų NĮ pranešimų skaičius, lyginant 2017 ir 2018 m., išaugo 29 proc. Atkreiptinas dėmesys, kad ligoninės padaliniai ėmus registruoti NĮ nuo 2017 m. iki 2018 m. 7,9 proc. padaugėjo užregistruotų NĮ.

28 Janonienė, R., Baigtas projektas „visuomenės sveikatos priežiūros kokybės gerinimas, diegiant visuomenės sveikatos technologijų vertinimo sistemą ir nepageidaujamų įvykių registravimo sistemą“, *Visuomenės sveikata* 2015, 4, 71: 118.

29 Všet ligoninės elektroninės nepageidaujamų įvykių pranešimų sistemos registras 2015–2018 m.



3 pav. Ligoninėje užregistruotų NĮ skaičius nuo 2015 m. iki 2018 m.

Šaltinis: sudaryta darbo autorių pagal VŠĮ ligoninės elektroninės NĮ pranešimų sistemos registro duomenis 2015–2018 m.

Ligoninė aktyviai registruoja NĮ ir nacionaliniu lygiu. 2016 m. įstaigos NĮ pranešimų skaičius sudarė daugiau nei trečdalį visų šalyje registruotų pranešimų. Taigi vyrauja supratimas, kad šiame NĮ politikos formavimo ir įgyvendinimo etape labai svarbu kuo gausiau registruoti NĮ, kad galėtume išsiaiškinti dažniausiai pasitaikančias ir daugiausia problemų keliančias problemas bei jas spręsti, taip pat įtvirtinti organizacinę kultūrą, parentą edukacija ir nebaudžiamumu. NĮ valdymo politika ligoninėje vykdoma tinkama kryptimi, nes statistiniai duomenis rodo, kad nuo 2015 m. privalomų registruoti NĮ pranešimų skaičius smarkiai padidėjo. Galima teigti, kad ligoninės personalas pradėjo noriai registruoti NĮ, padidėjo jų motyvacija, iniciatyvumas, atgalinis ryšys, radosi draugiškas požiūris siūlant administracijos ir kolegų pagalbą. 2018 m. padaugėjo įvykių, susijusių su hospitaline infekcija, skaičius, todėl ligoninės administracija ėmė išsamiau analizuoti galimas priežastis ir skirti daugiau dėmesio ir išteklių šiai problemai spręsti.

SP darbuotojai nuo 2015 m. sistemingai registruoja net tik privalomus, bet ir kitus pagal klasifikatorių suskirstytus NĮ. Kaip rodo aptariamos ligoninės patirtis, matyti, kad gydymo įstaiga įgyvendina visus NĮ valdymo politikos etapus³⁰.

30 Kostereva, A., *Nepageidaujamų įvykių valdymo politikos analizė ligoninėje*: magistro baigiamasis darbas. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2019.

2. 3. NĮ politikos įgyvendinimo vertinimo tyrimas

2.3.1. Bendroji tyrimo proceso logika

Siekiant įvertinti NĮ valdymo politiką ligoninėje buvo pasirinktas kokybinis tyrimo metodas – pusiau struktūruotas interviu. Jis leidžia nuodugniai surinkti ir išanalizuoti naudingą informaciją, išvelgti naujus ir visiškai netikėtus tiriamo objekto aspektus³¹.

Tyrimo uždaviniai buvo išsiaiškinti, kaip atsakingi darbuotojai vertina NĮ politikos priemones, kokius mato teigiamus ir neigiamus pasiekimus ir problemas bei ką siūlytų tobulinti.

Planuojant tyrimo eigą pasirinkti 6 ligoninės sveikatos priežiūros srities darbuotojai: ligoninės administracijos darbuotojai, centrų vadovai, darbuotojai, atsakingi už NĮ valdymo politikos organizavimą ir vykdymą.

Visi tyrimo informantai pasirinkti naudojant netikimybinį, tikslinį tiriamųjų atrankos būdą. Su tyrimo informantais iš anksto buvo suderinta pusiau struktūruoto interviu vieta, laikas, trukmė. Prieš pradėdant interviu informantai buvo supažindinti su tyrimo etikos principais.

Interviu klausimai raštu pateikti susipažinti informantams prieš derinant interviu laiką ir vietą. Pokalbis vyko pagal iš anksto parengtus klausimus, pokalbį įrašant į diktofoną. Nenukrypstant nuo tyrimo problemos, buvo užduodami ir papildomi klausimai. Analizuojant interviu metu gautus tyrimo duomenis buvo taikomas kokybinis turinio analizės metodas. Atsakymai pagal raktazodžius ir tipinius posakius suskirstyti į kategorijas ir subkategorijas ir išanalizuoti pagal sutampančius ir dažniausiai pasikartojančius bei panašius atsakymus.

2.3.2. Tyrimo rezultatai

Atlikus tyrimą paaiškėjo, kad visi informantai išvelgia didelę NĮ pranešimo el. sistemos naudą. Įdiegus šią sistemą, jie mato svarbius teigiamus pokyčius įstaigos vidinėje veikloje. Palyginti su popierine sistema, tai yra didelis laimėjimas įstaigai, jis palengvina NĮ registravimą.

Visų informantų mintys patvirtina, kad NĮ pranešimų el. sistema formuoja darbuotojų sisteminių požiūrį į šių įvykių registravimą, leidžia greičiau ir kokybiškiau atlikti užregistruotų NĮ išsamią analizę ir padeda vykdyti efektyvią NĮ valdymo politiką. Įdiegta ir veikianti NĮ pranešimų el. sistema – didelis žingsnis į priekį siekiant teikti saugias SPP paslaugas ir puoselėti PS kultūrą ligoninėje.

Vertinant respondentų požiūrį į veiksnius, kurie labiausiai padeda arba trukdo valdyti NĮ ligoninėje, nustatyta, kad NĮ pranešimo el. sistemos sukūrimas ir nuolatinis tobulinimas, grįžtamojo ryšio užtikrinimas ir darbuotojų motyvavimas padeda sėkmingai valdyti NĮ ligoninėje. O baimė, laiko ir edukacijos stoka sukelia pagrindinius trikdžius valdant NĮ. Vienas iš informantų pabrėžė: <...> *darbuotojams niekas netrukdo registruoti NĮ. Registras yra labai aiškioje vietoje, registras visiems prieinamas, registravimo forma yra sukurta labai*

31 Bitinas, B., Rupšienė, L., Žydzūnaitė, V. *Kokybinių tyrimų metodologija*. Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė, 2008, 15.

*trumpa ir paprasta, ir registravimui realiai sugaištinamos 5 min. Viskas paprasta, suprantama ir aišku.*³²

Norėta išsiaiškinti informantų požiūrį, kokių veiksmų turi imtis įstaigos vadovybė, kad užtikrintų tinkamą NĮ valdymo politiką. Taip pat buvo naudinga išgirsti, kaip informantai siūlo gerinti ligoninės NĮ ataskaitų ir pranešimų kultūrai kokias sistemas diegti, kad sveikatos priežiūros darbuotojai galėtų aktyviai dalyvauti formuodami kokybės politiką.

Informantai yra suinteresuoti sėkmingai vykdyti NĮ valdymo politiką. Pateikta daug pasiūlymų, kurie tiesiogiai susiję su ligoninėje vykdomu strateginiu planu. Informantai siūlo tobulinti esamą NĮ pranešimų el. sistemą, sukurti naują el. duomenų apdorojimo sistemą ir diegti naujas sistemas, kurios leistų NĮ valdymą padaryti efektyvesnę. Informantai pabrėžė, kad administracija turi skirti daugiau dėmesio personalo kultūros mokymui ir motyvacinių sistemų kūrimui, nes šių sistemų nauda yra labai didelė. Sukurtos sistemos padėtų ne tik centrų vadovams, bet ir kiekvienam darbuotojui suprasti NĮ registro svarbą įstaigos kokybės politikos formavimo procese.

Vieno informanto teigimu: *Būtina automatinė duomenų apdorojimo sistema, kad ji būtų įdiegta. Rankiniu būdu skaičiuoti, kiek ir kokių NĮ užregistruota, yra neefektyvu, todėl reikia sukurti duomenų apdorojimo On-line sistemą, tai ypač būtų aktualu administracijai, kad atsidarius registrą iš karto matytųsi bendra NĮ augimo kreivė, ar tu matai augimo kreivę pagal tam tikras rūšis ir pagal augimo arba nusileidimo kreivę kiekviename padalinyje atskirai.*

Buvo siekiama sužinoti, kaip dažnai reikėtų ligoninės darbuotojams organizuoti mokymus apie NĮ prevencinių priemonių naudojimo galimybes. Paaiškėjo, kad informantams sunku tiksliai pasakyti, kaip dažnai reikėtų organizuoti mokymus, tačiau jie pabrėžė, kad mokymus apie NĮ prevencinių priemonių naudojimo galimybes reikia organizuoti kiekvienam skyriui / centrui atskirai, nes NĮ skiriasi pagal savo specifiką: *Plačiąja prasme pažiūrėjus, visos ligoninės mokymai neįmanomi. <...>. Galbūt mokymai tikrai galėtų vykti centro, arba netgi skyriaus ribose, kad visi žmonės galėtų aktyviai dalyvauti tame; NĮ analizę turėtų pasidaryti kiekvienas skyrius atskirai. Kokie dažniausiai pasitaiko NĮ ir tada priklausomai nuo skyriaus administracijos priklauso, kaip dažnai reikėtų juos aptarinėti.* Visi prieina prie išvados, kad mokymų organizavimas bei vykdymas yra svarbus veiksnys gerinant SPP efektyvumą.

Siekiant nuodugniai išanalizuoti pasirinktą objektą, interviu klausimyną sudarė du specifiniai klausimai, skirti tik ligoninės centrų vadovams. Stengtasi išsiaiškinti, kaip atskiruose centruose vykdomas NĮ valdymas, kokių pokyčių reikia esamai NĮ pranešimų el. sistemai ir ką centrų vadovai siūlo gerinant NĮ valdymo ir formavimo politiką ateityje.

Visi informantai patvirtina, kad ligoninėje vykdoma NĮ valdymo politika turi ir gali būti tobulinama siekiant geresnių šio proceso rezultatų. Todėl darbuotojai turi suprasti viso šito proceso naudą ir tikslą. Vis dėlto organizuojant NĮ valdymo politiką ligoninėje kyla kliūčių, kurios trukdo siekti geresnių rezultatų. Centrų vadovai pripažįsta NĮ pranešimų svarbą ir nori, kad jų centruose šios srities valdymas būtų efektyvesnis. Informantai siūlo kiekvienam centrui atskirai iškelti prioritetinius tikslus ir organizuoti darbą, orientuotą į tikslų vykdymą. Tai bus sprendžiama per pradėtą kurti rizikos valdymo sistemą, tačiau dar ne visi centrai ją įdiegė. Paaiškėjo, kad vis dėlto darbuotojus dar kausto baimė, ir

32 Respondentų kalba netaisoma.

ši problema lieka neišspręsta: *Nėra viskas taip paprasta, kad darbuotojai nebijotų registruoti NĮ. Juk ką sako mokslininkai – vienas dalykas, aplink mes turime visuomenę, mes turime mediją, automatiškai šita visa aplinka vidinė mūsų ligoninėje, sąlygoja baimę, ne ligoninė, o visuomenės požiūris į gydytojus, požiūris į sveikatos priežiūrą ir panašiai.*

Centrų vadovai siūlo keisti audito skyriaus susitikimų su centrų vadovais formą ir dažnį, taip pat organizuoti mokymus mažesnėse grupėse, kad būtų užtikrintas efektyvesnis informacijos perėmimas. Informantų mintys, kad NĮ registravimui skirtiems mokymams ir susitikimams galėtų būti skiriama daugiau dėmesio, parodo, jog jiems mokymai yra svarbūs ir reikšmingi, į juos žiūrima kaip į vieną iš pagrindinių NĮ valdymo prevencijos gerinimo priemonių.

Siekiant atskleisti ne tik ligoninės centrų vadovų nuomonę ir požiūrį, du klausimai, orientuoti į NĮ valdymo svarbą vietos ir nacionaliniu lygiu, buvo skirti ligoninės administracijos darbuotojams. Norėta išsiaiškinti, kokius tikslus būtų galima iškelti centrų vadovams ir kitiems administracijos darbuotojams siekiant sėkmingai vykdyti NĮ registravimą ir analizavimą.

Ligoninės administracijos darbuotojų pasiūlyti tikslai orientuoti į centrų vadovų darbo organizavimą ir į visų darbuotojų suinteresuotumą dalyvauti NĮ valdymo procese. Informantai vienaip ar kitaip atkreipė dėmesį į tai, kad norint, jog NĮ registravimas būtų sklandus, šiame procese kasdien turi aktyviai dalyvauti visi ligoninės darbuotojai, o administracija turi nuolat ieškoti sprendimo būdų, kaip būtų galima įtraukti ir skatinti darbuotojus. Diduma sakė, kad tikslus, orientuotus į sėkmingą NĮ valdymą ligoninėje, turi vykdyti ir įstaigos centrų vadovai, ir visi darbuotojai: *Tikslai turi būti visiems darbuotojams vienodi, kadangi NĮ nereikia sieti vien su centru vadovu, tikslai turi būti skirti tiems, kurie dirba praktinį darbą; Reikia siekti, kad darbuotojai tiesiog suprastų, kad NĮ registravimas ir stebėseną – yra eilinis darbas.*

Tyrimo metu taip pat paaiškėjo, kokių veiksmų nacionaliniu lygmeniu turi imtis nepageidaujamų įvykių stebėseną ir analizę atliekanti institucija, kad būtų sumažintas šių įvykių pasikartojimo dažnumas. Pasiūlyta plėsti šalyje privalomų registruoti NĮ sąrašus ir diegti naujus, visoms ASPĮ galiojančius standartus: *Visi registrai turi būti elektroniniai, turi būti sukurtos jungtys tarp institucijų koordinuojančių NĮ stebėseną, kad įstaigos galėtų perdavinėti duomenis. Tuomet, kai bus tai padaryta, tada darbuotojai pradės tą daryti noriai.* Didžioji dalis apklaustųjų pripažįsta, kad vis dėlto pasigendama grįžtamojo ryšio ir vietos, ir nacionaliniu lygiu. Nacionaliniu lygmeniu NĮ stebėseną ir analizę atliekančioms institucijoms siūlyta daugiau dėmesio skirti duomenų analizei, užtikrinti SP specialistų edukaciją ir eliminuoti veiksnius, kurie trukdo vykdyti veiksmingą NĮ valdymą, taip pat siūlyta: *Labai svarbu, kad Higienos institutas bendradarbiautų su didžiosiomis Lietuvos ASPĮ, atsižvelgtų į jų patirtį bei sprendimus dėl tolimesnio NĮ registravimo priimtų kartu su įstaigomis.*

Kalbant apie vykdomą NĮ valdymą pasirinktoje ligoninėje pabrėžtina: *Situacija Lietuvoje šiuo metu yra tokia, kad mūsų ligoninė ženkliai išsiveržė į priekį, mes registruojame NĮ daugiau negu privaloma ir teikiame ataskaitas teisės aktų nustatyta tvarka. Mes matome tame prasmę.*

Tyrimo rezultatų apibendrinimas ir aptarimas

Ligoninė, siekdama efektyviai spręsti SP sistemos problemas, formuoja ir vykdo NĮ valdymo politiką. Įdėta daug pastangų į sėkmingai funkcionuojančio NĮ valdymo modelio sukūrimą. Teškomi būdai, kaip skatinti darbuotojus registruoti NĮ pranešimus el. sistemoje, kaupiti ir analizuoti pranešimų duomenis.

NĮ pranešimo el. sistemos sukūrimas smarkiai pagerino NĮ registravimo procesą ligoninėje. Visi informantai pamatė NĮ pranešimų el. sistemos naudą: pagerėjo SPP kokybė, sutaupyta išteklių, užtikrinama prevencija. Pranešimų pateikimas reikiamu laiku padeda ne tik SP specialistui, bet ir pacientui išvengti galimų neigiamų padarinių. Kiekvienas užregistruotas įvykis yra analizuojamas, sutelkiant visas pastangas grįžtamajam ryšiui užtikrinti. Audito skyriaus darbuotojai glaudžiai bendradarbiauja su skyrių centrų vadovais, aptaria esamas problemas, stebi, kokios priemonės įgyvendintos, kad nepasikartotų panašių pagal pobūdį NĮ.

Neabejotinai darbuotojų edukacijos svarba yra neatskirama NĮ valdymo dalis. Mokymai turi būti profesionalūs ir reguliarūs bei organizuojami kiekvienam centrui atskirai. Už jų vykdymo organizavimą turi būti atsakingi tam tikri asmenys, kurių darbas tiesiogiai susijęs su įvykusiais NĮ.

Tyrimo metu paaiškėjo, kad pagrindiniai veiksniai, padedantys vykdyti NĮ valdymą ligoninėje, yra šie: NĮ pranešimų el. sistema, NĮ registravimas, pranešimų analizė, dalijimasis gerąja patirtimi su kolegomis, mokymasis iš klaidų. Mokslininkai teigia, kad vienas iš pagrindinių veiksnių, trukdančių sėkmingai vykdyti NĮ valdymo politiką SPĮ, – baimė dėl bausmės. Darbuotojai baiminasi ir drausminių veiksmų, įskaitant baimę prarasti darbą³³. Lygiai tokius pat pastebėjimus išsakė pasirinktos ligoninės darbuotojai – baimė dėl bausmės, grįžtamojo ryšio, laiko ir darbuotojų edukacijos stoka yra esminės NĮ valdymo srities problemos. Informantai atkreipė dėmesį į tai, kad kaltės arba atsakomybės perkėlimas – žalingas valdymo veiksnys, kuris trukdo pasiekti veiksmingų rezultatų, todėl ligoninės NĮ valdymas orientuotas į NĮ pranešimų registravimą, stebėseną ir prevenciją.

Ligoninėje teikiamų paslaugų kokybę lemia daug veiksnių, tačiau vienas iš svarbiausių – į pacientą orientuotos, saugios paslaugos. Siekiant teikti kokybiškas ir saugias SPP, būtina įdėti nemažai pastangų. ASPĮ vadovai turi taikyti bendrą NĮ valdymą, tačiau šiuo metu dalis ligoninės darbuotojų vis dar pasigenda grįžtamojo ryšio iš įstaigos administracijos ir audito skyriaus. Centrų vadovai norėtų reguliariai matyti apibendrintus pokyčių rezultatus, todėl siūlytina dažniau organizuoti susirinkimus, skirtus NĮ valdyti. A. Leigh-Brown pabrėžia, kad siekiant užtikrinti grįžtamąjį personalo ir įstaigos administracijos ryšį būtinas analizuoti užregistruotus NĮ. Analizė – labai reikšmingas valdymo proceso etapas³⁴.

NĮ valdymas tiesiogiai priklauso nuo ligoninės administracijos požiūrio ir vizijos, kaip visa bendra sistema turėtų funkcionuoti. V. Janušonis ir G. Kasap nurodo, kad NĮ valdymo politiką ligoninėje lemia ne tik administracijos požiūris ir vykdomi pokyčiai, bet ir tokie

33 Robertson, J. J., Long, B., Suffering in Silence: Medical Error and its Impact on Health Care Providers, *J Emerg Med*, 2018, 54, 4: 405; [https://www.jem-journal.com/article/S0736-4679\(17\)31167-8/fulltext](https://www.jem-journal.com/article/S0736-4679(17)31167-8/fulltext).

34 Leigh-Brown, A., *Adverse Events Management Policy*. Scotland, 2015, 5–7; https://nhs.uk/media/1204/b1626_adverse_events_management_policy.pdf 100.

veiksniai kaip kiekvieno darbuotojo individualios charakteristikos bruožai, bendradarbiavimas su darbo vadovais, kolegomis, pacientais, įstaigos vidiniai įstatai ir darbo aplinka³⁵.

Iš gautų tyrimo duomenų matyti, kad ligoninė pasirinko tinkamą NĮ valdymo politikos kryptį, sąžiningai teikia visoms institucijoms įstatymų nustatyta tvarka ataskaitas, susijusias su NĮ valdymu. Visi informantai suinteresuoti siekti geresnių rezultatų ir pritaria NĮ valdymo pokyčiams.

L. Marmienė ir L. Paškevičiaus teigimu, NĮ pranešimų ir mokymosi sistema turi būti pertvarkyta į vientisą PS įvykių valdymo sistemą, kuri susidės iš analizės, išaiškinimo, reagavimo ir prevencinės sistemos. Taip galima bus sudaryti prevencinių priemonių kompleksą ir suformuoti būdus, kuriais bus atrenkami efektyviausi metodai NĮ prevencijai užtikrinti^{36, 37}.

Racionalus ligoninės administracijos požiūris į prioritetų teikimą NĮ valdymui, edukaciją ir nuolatinę sistemos tobulinimą yra neatsiejami veiksniai, nuo kurių priklauso kokybės politikos formavimas ligoninėje. Svarbiausia – ligoninė turi pasirinkti tokį NĮ valdymo būdą, kuris atitiktų jos vadybos išsivystymo lygį (pvz., tik pradėdant diegti labai svarbu skatinti kiekybiškai registruoti kuo daugiau įvykių), būtų priimtinas visiems darbuotojams pagal jų supratimo lygį, kuris skatintų formuoti ir garantuoti sisteminių bei tęstiną SPP kokybės politiką gerinimą. ASPĮ kokybės politiką formuoja įstaigų vadovai, todėl jų valdymas turi būti nukreiptas ne tik į praeitį, bet ir į ateitį – potencialiai identifikuojant galimą riziką ir priemones jai mažinti.

Šiame straipsnyje aptariamos ligoninės sėkmę lemia tinkamai pasirinkto strateginio plano vykdymas ir administracijos, įskaitant medicininio audito skyrių, indėlis: norminių dokumentų sukūrimas, organizacinės darbo kultūros gerinimas, ataskaitų išsami analizė, atsakomybės suformulavimas, IT sistemos plėtra, darbuotojų edukacijos gerinimas, darbų planavimas ir tolygus jų paskirstymas. Pasirinktoje įstaigoje NĮ valdymo politika yra veiksminga ir vykdoma atsižvelgiant į teisės aktuose nurodytus reikalavimus, tačiau nacionaliniu mastu teisinė bazė reikalauja pakeitimų, būtina plėsti NĮ sąrašą ir diegti NĮ stebėsenos el. sistemas visoje šalyje.

Išvados

1. Ligoninės NĮ politika tiek ją formuojant, tiek įgyvendinant yra nuosekli, tinkama ir veiksminga; jos sėkmę lemia tinkamai pasirinkto strateginio plano vykdymas ir administracijos, įskaitant medicininio audito skyrių, indėlis, norminių dokumentų sukūrimas, organizacinės darbo kultūros gerinimas, ataskaitų išsami analizė, atsakomybės suformulavimas, IT sistemos plėtra, darbuotojų edukacijos gerinimas, darbų planavimas ir tolygus jų paskirstymas, nacionaliniu lygiu teikiamos NĮ pranešimų ataskaitos, dalyvavimas projektuose, glaudus bendradarbiavimas ir dalijamasis gerąja patirtimi su kitomis ASPĮ, darbuotojų įtraukimas į NĮ valdymą, kasmetinių ataskaitų rengimas ir viešas pristatymas ligoninėje.

35 Janušonis, V., Kasap, G., Nepageidautini įvykiai sveikatos priežiūroje: medikų požiūris į jų registraciją ir pranešimus išvystytos infrastruktūros daugiaprofilinėse ligoninėse, *Sveikatos mokslai*, 2012, 22, 4: 62–69.

36 Marmienė, L., *Asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūrio į pacientų saugą bendrojo pobūdžio ligoninėse vertinimas*: daktaro disertacija. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, 2015.

37 Paškevičius, L., *supra note* 10: 81–82.

2. NĮ valdymas dar tobulintinas: ne visi skyriai vienodai aktyviai skiria dėmesį NĮ registravimui ir analizei, NĮ valdymas nepakankamai išnaudojamas PS gerinti, todėl reikėtų vis dar skatinti gausiau registruoti NĮ pranešimus, kad būtų galima užčiuopti dažniausiai pasikartojančias problemas, nes tinkamam rizikų valdymui reikalingas operatyvinės informacijos pasikeitimas ir efektyvus grįžtamojo ryšio užtikrinimas.
3. Nacionaliniu lygiu vis dar neužtikrinta NĮ elektroninė registracija, reikia pagerinti atliekamas analizes ir viešinimą, atgalinį ryšį, tarpusavio bendradarbiavimą ir patirties dalijimąsi tarp įstaigų.

Rekomendacijos

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai

1. Pasitelkus informacines technologijas nacionaliniu lygiu tobulinti NĮ registravimo ir stebėsenos sistemą: integruoti NĮ sistemą ir NĮ stebėseną atliekančias institucijas į vieną bendrą sistemą, pritaikant ją šiems įvykiams registruoti, stebėsenai ir analizei, kad būtų registruojami privalomi ir neprivalomi NĮ, siekiant išvengti pranešimų ir duomenų dubliavimosi. Visos ASPĮ turi įdiegti bendrą NĮ pranešimų el. sistemą, kuri leistų greitai ir patogiai kaupti, generuoti ir dalytis užregistruotais NĮ pranešimais su NĮ stebėseną atliekančiomis institucijomis. Sukūrus tokią sistemą, būtina vesti visiems SPI darbuotojams įvadinius mokymus, kurie būtų susiję su sistemos diegimu ir naudojimu.
2. Nacionaliniu lygmeniu papildyti teises aktą, reglamentuojantį privalomų registruoti NĮ stebėseną: plėsti NĮ sąrašą (įtraukti NĮ, susijusius su įstaigos organizacine kultūra, žmogiškaisiais veiksniais, komunikacija, įstaigos aplinka), šių įvykių identifikavimo šaltinius (pacientų skundus prilyginti NĮ), įpareigoti ASPĮ papildomai registruoti kitus NĮ, kurie nėra privalomi registruoti teisės akto nustatyta tvarka, numatyti detalią NĮ stebėsenos ir viešinimo tvarką, kuri apimtų NĮ priežasčių ir pasekmių analizę bei prevencinių priemonių planavimą.
3. Atsižvelgiant į valstybės biudžeto lėšas, numatyti finansinį mechanizmą SP specialistų kvalifikacijai tobulinti, kuris teisės aktų nustatyta tvarka aiškiai apibrėžtų lėšų šaltinius ir atsakomybę dėl tikslingo finansavimo paskirstymo.
4. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakyme „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programos patvirtinimo“ papildyti Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programos 2018–2020 m. įgyvendinimo priemonių plano 12 punktą „Įdiegti Nacionalinę elektroninę nepageidaujamų įvykių ASPĮ registravimo sistemą“: atlikti (sukurti ir plėtoti) nacionaliniu lygiu mokslinį tyrimą, kuriuo remiantis bus galima įvertinti naudojamų ASPĮ NĮ pranešimų sistemų tinkamumą ir identifikuoti tobulintinas sritis.

Higienos institutui

1. Sukurti ir naudoti kompiuterizuotą NĮ stebėsenos programą, kuri leistų kaupti, rūšiuoti, stebėti ir analizuoti duomenis per tam tikrą ataskaitinį laikotarpį.
2. Tęsti ir tobulinti bendradarbiavimą su ASPĮ ir A sąrašo NĮ stebėseną vykdančiomis institucijomis, dalytis kitų įstaigų sėkmingos praktikos pavyzdžiais, gerąją NĮ valdymo patirtimi, žiniomis, rengti ir skleisti bendrąsias prevencines priemones ASPĮ.

Ligoninės administracijai

1. Tobulinti esamą NĮ pranešimų el. sistemą, atsižvelgiant į įsakymo pakeitimus: įtraukti B sąrašo NĮ, pasitelkus IT specialistų pagalbą įdiegti automatinį NĮ duomenų apdorojimą ir rezultatų pateikimą interaktyviuoju būdu ligoninės el. erdvėje (taip sistema automatiškai apdorotų gautų NĮ pranešimų duomenis, sudarytų diagramas / kreives, darbuotojai galėtų stebėti visų ir kiekvieno centro atskirai NĮ pranešimų skaičių, pobūdį ir pasikartojimo dažnį).
2. Numatyti ir efektyviai paskirstyti žmogiškuosius ir finansinius išteklius, siekiant veiksmingai vykdyti NĮ stebėseną, analizę, prevencines priemones, rengti rekomendacijas ir mokymus SP specialistams, skleisti informaciją, susijusią su NĮ valdymo politika.
3. PS kultūrą ligoninėje formuoti per SP specialistų *lyderystės* veiksmus, motyvuoti ir įkvėpti kiekvieną darbuotoją taip, kad jis suvoktų savo asmeninę svarbą ir įnašą plėtojant PS, įsteigti prizą centrui, pasiekusiam reikšmingų rezultatų NĮ valdymo srityje, ir jį už tai apdovanoti.
4. Atsižvelgiant į duomenų apsaugos politikos nuostatas, daugiau dėmesio skirti ir dažniau akcentuoti NĮ pranešimų el. sistemos anonimiškumo ir konfidencialumo užtikrinimo svarbą: aplinkybės, nurodytos el. sistemoje, negali būti naudojamos teisme, viešai paskelbtos arba atskleistos trečiosioms šalims, viešinamos per metinį susirinkimą, taip pat darbuotojas, užregistravęs NĮ pranešimą, negali būti baudžiamas.

Literatūra

1. Babinskas, S., Pakeista nepageidaujamų įvykių registravimo tvarka, *Visuomenės sveikata* 2018, 3, 82: 73; [http://www.hi.lt/uploads/pdf/zurnalo_vs%20info/Vs%202018%203\(82\)%20PRAK%20Nepageidaujami%20ivykiai.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/zurnalo_vs%20info/Vs%202018%203(82)%20PRAK%20Nepageidaujami%20ivykiai.pdf).
2. Bitinas, B., Rupšienė, L., Žydzūnaitė, V., *Kokybinių tyrimų metodologija*. Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė, 2008, 15.
3. Citizen and Patient Involvement Strategy, *Styrelsen for patientsikkerhed*, 2017; https://stps.dk/en/publications/2017/citizenandpatientinvolvement%20strategy/~/_media/304D1E92CAFD4EC1ACC17A6755F2E282.ashx%201,5 [žiūrėta 2019-07-10].
4. Europos Tarybos rekomendacija dėl pacientų saugos ir su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijos ir kontrolės (2009/C 151/01), Liuksemburgas, 2009 m. birželio 19 d.; https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docs/ec_2ndreport_ps_implementation_lt.pdf.

5. Guidance notes on National Reporting and Learning System organization patient safety incident reports, *NHS Improvement*, 2017, kovas; https://improvement.nhs.uk/documents/843/OPSIR_guidance_notes_March_2017.pdf.
6. Harolds, J. A., Quality and Safety in Health Care, Part III: To Err is Human“, *Clin Nucl Med* 2015, 40, 10: 794.
7. Janonienė, R., Baigtas projektas „visuomenės sveikatos priežiūros kokybės gerinimas, diegiant visuomenės sveikatos technologijų vertinimo sistemą ir nepageidaujamų įvykių registravimo sistemą“, *Visuomenės sveikata*, 2015, 4, 71: 118.
8. Janušonis, V., Kasap, G., Nepageidautini įvykiai sveikatos priežiūroje: medikų požiūris į jų registraciją ir pranešimus išvystytos infrastruktūros daugiaprofilinėse ligoninėse, *Sveikatos mokslai*, 2012, 22, 4: 62–69.
9. Kostereva, A., *Nepageidaujamų įvykių valdymo politikos analizė ligoninėje*: magistro baigiamasis darbas. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2019.
10. Learning from patient safety incidents, *NHS Improvement*, 2018 m. rugsėjo 28 d.; <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?q=workbooks>.
11. Leigh-Brown, A., *Adverse Events Management Policy*, Scotland, 2015, 5–7; https://nhs.uk/media/1204/b1626_adverse_events_management_policy.pdf 100.
12. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2010, Nr. 55, 2703.
13. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2012, Nr. 141-7287.
14. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 6 d. įsakymo Nr. v-401 „Dėl Privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“. *Valstybės žinios*, 2016, Nr. 30109.
15. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2017, Nr. 18130.
16. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 6 d. įsakymo Nr. V-401 „Dėl Privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“. *Valstybės žinios*, 2018, Nr. 14383.
17. Kohn, L., T., Corrigan, J. M., Donaldson, M. S., To Err is Human: Building a Safer Health system, *Institute of Medicine*. Washington, D. C.: National Academy Press, 1999; <http://www.csen.com/err.pdf>.
18. Macrae, C., The problem with incident reporting, *BMJ Qual Saf.*, 2016, 25:74; <https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/29387/the-problem-with-incident-reporting>.
19. Marmienė, L., *Asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūrio į pacientų saugą bendrojo pobūdžio ligoninėse vertinimas*: daktaro disertacija. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, 2015.
20. Mekšriūnaitė, S., Rudaitis, K., Nepageidaujamų įvykių registravimo sistemų ES šalyse apžvalga. Vilnius: Higienos institutas, 2013: 7, 8.

21. Nacionalinė pacientų saugos platforma. Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos; <http://www.vaspvt.gov.lt/node/135> [žiūrėta 2019-01-10].
22. Patient safety across Europe: the perspective of pressure ulcers, *The European Pressure Ulcer Advocacy Panel (EPUAP) and the European Wound Management Association (EWMA)*; http://www.epuap.org/wpcontent/uploads/2017/05/article-n.1-2017_patient-safety-across-europe-the-perspective-of-pressure-ulcers.pdf 2017 [žiūrėta 2019-05-15].
23. Paškevičius, L., *Kompleksinis pacientų saugos įvykių valdymas Lietuvos ligoninėse*: daktaro disertacija. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2017, <http://talpykla.elaba.lt/elaba-fedora/objects/elaba:21323590/datastreams/MAIN/content>.
24. Plentaitė, A., Pakeistas privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių registravimo tvarkos aprašas, *Visuomenės sveikata*, 2016, 2: 73.
25. Rafter, N., Hickey, A., Condell, S., Conroy, R., O'Connor, P., Vaughan, D., Williams, D., Adverse events in healthcare: learning from mistakes, *QJM: An International Journal of Medicine* 2014, 108, 4: 274.
26. Robertson, J. J., Long, B., Suffering in Silence: Medical Error and its Impact on Health Care Providers, *J Emerg Med*, 2018, 54, 4: 405; [https://www.jem-journal.com/article/S0736-4679\(17\)31167-8/fulltext](https://www.jem-journal.com/article/S0736-4679(17)31167-8/fulltext).
27. Shashi, S., et all., Gating the holes in the Swiss cheese (part I): Expanding professor Reason's model for patient safety, *J Eval Clin Pract* 2018, 24: 189; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5901035/pdf/JEP-24-187.pdf>.
28. Veillard, J. H., Brown, A. D., Baris, E., Permanand, G., Klazinga, N. S., Health System Stewardship of National Health Ministries in the WHO European region: Concepts, Functions and Assessment Framework, *Health Policy* 2011, 103, 2–3: 192, 197.
29. VŠĮ ligoninės generalinio direktoriaus 2017 m. kovo 22 d. įsakymas Nr. V-181 „Dėl procedūros „Nepageidaujamų įvykių valdymas“ tvirtinimo“.
30. VŠĮ ligoninės elektroninės nepageidaujamų įvykių pranešimų sistemos registras 2015–2018.
31. Wu, W. Albert, et al., Disclosing Adverse Events to Patients: International Norms and Trends, *Journal of Patient Safety* 2017, 13, 1: 47; https://journals.lww.com/journalpatientsafety/Abstract/2017/03000/Disclosing_Adverse_Events_to_Patients__8.aspx.
32. Zsifkovits, J., Zuba, M., Geissler, W., Lepuschütz, L., Pertl, D., Kernstock, E., Ostermann, H., Costs of unsafe care and cost-effectiveness of patient safety programmes, *European Commission, Health and Food Safety*, 2016.

MANAGEMENT OF ADVERSE EVENTS IN THE HOSPITAL

Danguolė Jankauskienė
Aida Kostereva

Mykolas Romeris University, Lithuania

Summary. *The goal of every health care institution (HCI) is to provide safe and high-quality services to patients, but sometimes the provision of health care (HC) services result in unavoidable adverse events (AE). AE can harm and cause irreversible health problems to the patient, so patient safety and AE remain a global concern worldwide.*

Recently there has been a growing number of researches both locally and worldwide on how to ensure patient safety (PS), how to deliver quality services in HC sector, and how to reduce the number of AE. Council of Europe has issued recommendations on how to improve HC services, but according to the results of the survey conducted in 2014, AE remain a big problem in EU countries. Later in 2017, it has been noted that the recommendations were insufficiently implemented at a national level. The European Commission has pointed out some shortcomings: lack of cooperation between EU countries, deficiencies in safety culture implementation, lack of knowledge and skills in analyzing AE.

This article analyzes the success of AE policy implementation in Lithuania, why Lithuania and the EU countries have created a mandatory AE register, but the registration of these events is slow, most of them are still unreported, their real number and frequency are still hidden, and their causes are not analyzed. Based on a case study and qualitative study in one large hospital, attempts are made to identify the factors of AE management that constitute a barrier to effective AE management policy in healthcare institutions.

Prerequisites for successful AE management consist of electronisation of AE reporting system, development and control of quality standards, strategic, continuous and ongoing leadership of HC administration and staff involvement and their motivation, also adjusted training, creating organizational culture of confidentiality and learning from mistakes. Some shortcomings were also noted: lack of knowledge and skills, overcoming fears of being punished and humiliated, lack of feedback, lack of national AE IT system. This limits the efficiency of the AE management process both nationally and locally. Successful choice of AE management model directly depends on the internal policies, operations, and leadership of HC institution. Well-planned, organized and controlled measures, based on European recommendations, help to achieve the objectives by monitoring and evaluating their results in a consistent and long-term manner. It is confirmed, that AE registration and continuous analysis is key to prevent future AE. Therefore, the basis of EU countries' AE management policy is choosing the right AE management model according to the maturity of the system, which includes the implementation of the reporting system in HC institutions and, most importantly, the analysis and development of prevention actions. This helps to share experience, constantly analyze, learn from mistakes, and shape a new approach and PS culture.

Keywords: *adverse events, adverse events management policy, adverse events management models, patient safety, health care quality.*

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.

Aida Kostereva, Mykolo Romerio universiteto Viešojo valdymo fakulteto Politikos mokslų instituto magistrė. Mokslinių tyrimų kryptis: sveikatos politika ir vadyba.

Aida Kostereva, postgraduate at Mykolas Romeris University, Faculty of Public Governance, Institute of Political Science. Research interest: health policy and management

PIRMINĖS AMBULATORINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE SUAUGUSIEMS PACIENTAMS TEIKIAMOS FIZINIO AKTYVUMO INTERVENCIJOS EKONOMINIS VERTINIMAS

Gintarė Petronytė

Higienos institutas
Didžioji g. 22, LT-01128, Vilnius, Lietuva
Telefonas (+370 5) 261 6681
Elektroninis paštas: gintare.petronyte@hi.lt

Raimonda Janonienė

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Visuomenės sveikatos fakulteto
Profilaktinės medicinos katedra
Tilžės g. 18, LT-47181, Kaunas, Lietuva
Telefonas (+370 37) 337 672
Elektroninis paštas: raimonda.janoniene@ismuni.lt

DOI: 10.13165/SPV-19-1-11-04

Santrauka. Straipsnyje vertinami pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigose (toliau – PAASPI) suaugusiems pacientams teikiamos fizinio aktyvumo intervencijos kaštai bei ekonominė nauda sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos sistemoms per 10 metų.

Šios intervencijos ekonominis vertinimas atliktas apskaičiuojant jos pradines diegimo investicijas ir einamuosius kaštus per trejus metus. Fizinio aktyvumo intervencija vertinta atliekant kaštų ir naudos analizę, skaičiuojant sutaupytus sveikatos priežiūros kaštus, tenkančius vienam ligos atvejui, ir sutaupytas nedarbingumo dėl ligų išmokas. Be to, apskaičiuoti fizinio aktyvumo intervencijos teikimo kaštai, tenkantys vieniems išsaugotiems gyvenimo metams. Atlikta vienpusė jautrumo analizė, vertinant du fizinio aktyvumo intervencijos veiksmingumo scenarijus.

Pradinės fizinio aktyvumo intervencijos įgyvendinimo PAASPI investicijos sudarytų apie 25 200 Eur. Šios intervencijos teikimo kaštai būtų 1 513 935,37 Eur per trejus metus. Jos grynoji nauda iš sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos sistemų perspektyvos per 10 metų siektų 4 533 373,29 Eur (optimistinis scenarijus) arba 1 509 185,72 Eur (pesimistinis scenarijus), atitinkamai vienas investuotas euras į šią intervenciją duotų 4 Eur arba 2 Eur grąžą. Vienam fiziškai neaktyviam pacientui, kuris taptų fiziškai aktyvus ir išvengtų ligų, tektų nuo 1971 Eur (optimistinis scenarijus) iki 3953 Eur (pesimistinis scenarijus) fizinio aktyvumo intervencijos teikimo kaštų. PAASPI teikiant šią intervenciją būtų išsaugoma nuo 407 (optimistinis scenarijus) iki 203 (pesimistinis scenarijus) gyvenimo metų, atitinkamai vieniems išsaugotiems gyvenimo metams tektų nuo 3949,11 Eur iki 7918,85 Eur fizinio aktyvumo intervencijos teikimo kaštų. Lietuvos PAASPI trejus metus teikiama fizinio aktyvumo

intervencija būtų ekonomiškai naudinga vertinant sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos sistemų aspektu.

Reikšminiai žodžiai: pirminė sveikatos priežiūra, fizinis aktyvumas, intervencija, kaštų ir naudos analizė, ekonominis vertinimas.

Ivadas

Vienas iš įrodytų lėtinių neinfekcinių ligų (toliau – LNL) rizikos veiksnių – fizinio aktyvumo stoka – laikomas ketvirtu bendro mirtingumo rizikos veiksniu, lemiančiu 5 proc. mirtingumo pasaulyje, o dėl šio rizikos veiksnio išsivystančios LNL sudaro 3,4 proc. bendros ligų naštos, vertinamos negalios pakoreguotais gyvenimo metais (angl. *disability adjusted life years, DALY*).¹ Įvairiose šalyse fizinio aktyvumo stoka didina ekonominę naštą, susijusią su sveikatos priežiūros išlaidomis ligoms gydyti, jų sukeltu nedarbingumu ir priešlaikiniu mirtingumu.² Pagrindinių LNL (širdies kraujagyslių, insulto, antro tipo cukrinio diabeto, krūties ir storosios žarnos vėžio) sveikatos priežiūros išlaidos dėl fizinio aktyvumo stokos Europos šalyse siekė 11,7 mlrd. tarptautinių dolerių (sudarė 0,55 proc. sveikatos priežiūros išlaidų), Lietuvoje – 21,3 tūkst. tarptautinių dolerių (sudarė 0,46 proc. sveikatos priežiūros išlaidų) (2013 m. duomenys).³

Europos Sąjungos (toliau – ES) šalyse atliktas tyrimas rodo, kad niekada nesportuoja ir nesimankština 46 proc. suaugusiųjų (ES vidurkis), o Lietuvoje – 51 proc. (2017 m. duomenys).⁴ Nuo 2009 m. ES šalyse, kaip ir Lietuvoje, matoma fiziškai neaktyvių suaugusiųjų didėjimo tendencija.⁵ ES šalyse viena pagrindinių fizinio neaktyvumo didėjimo priežasčių laikoma įrodymais grįstos politikos stoka, kad būtų galima imtis politinių veiksmų.⁶ Pasaulio sveikatos organizacija (toliau – PSO) ir ES institucijos ragina šalis įgyvendinti fizinį aktyvumą skatinančią politiką, įtraukiant įvairių sektorių veiksmus.^{7, 8} PSO pateikė įrodymų apie fizinį aktyvumą skatinančias ekonomiškai efektyvias intervencijas, kurios duoda didžiausią grąžą sveikatai mažiausiai investuojant (angl. *best buys*), ir kitas intervencijas bei ragina šalis jas įgyvendinti.⁹

Siekiant efektyviau valdyti LNL ir stiprinti į pacientą orientuotus sveikatos priežiūros modelius įvairių šalių pirminės sveikatos priežiūros sistemose įgyvendinamos fizinio ak-

-
- 1 GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015, *Lancet*, 2016, 388: 1659–1724.
 - 2 Ding, D., Lawson, K. D., Kolbe-Alexander, T., et al., The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases, *Lancet*, 2016, 388 (10051).
 - 3 *Ibid.*
 - 4 *Sport and physical activity*. Report. European Commission. Special Eurobarometer 472, 2018.
 - 5 *Ibid.*
 - 6 Council recommendation on promoting health-enhancing physical activity across sectors. Council of the European Union, *Official Journal of the European Union*, 2013, C 354/1.
 - 7 *Ibid.*
 - 8 *Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world*. World Health Organization. Geneva: WHO, 2018.
 - 9 *Tackling NCDs: 'best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases*. World Health Organization. Geneva: WHO, 2017.

tyvumo intervencijos¹⁰, ES šalyse plačiau taikomos fizinio aktyvumo individualios konsultavimo ir paskyrimo intervencijos.^{11, 12} Yra mokslo įrodymų, kad PAASPI teikiamos fizinio aktyvumo intervencijos, tokios kaip trumpa konsultacija „žaliasis receptas“ (angl. *green prescription*), individualių pratimų paskyrimas (angl. *exercise on referral*; *exercise on prescription*), individualios konsultacijos (angl. *brief advice*), gali būti veiksmingos ir ekonomiškai efektyvios.^{13, 14, 15} Tokių intervencijų teikimo mechanizmas nesukurta pirminės sveikatos priežiūros sistemoje Lietuvoje, tačiau vienoje savivaldybėje pradėtas diegti PAASPI pacientams paskirto fizinio aktyvumo teikimo modelis.¹⁶ Siekiant gyventojų sveikatos efekto turimais ribotais ištekiais šalyje aktualu taikyti mokslo įrodymais pagrįstas ir ekonomiškai efektyvias fizinio aktyvumo intervencijas.

Šio straipsnio tikslas – įvertinti pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigose suaugusiems pacientams teikiamos fizinio aktyvumo intervencijos kaštus ir ekonominę naudą sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos sistemoms.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Fizinio aktyvumo intervencija. Remiantis mokslo įrodymais^{17, 18, 19} ir įvertinus pirminės sveikatos priežiūros sistemos ypatumus Lietuvoje šiame vertinime buvo apibrėžti fizinio aktyvumo (toliau – FA) intervencijos, teikiamos PAASPI, komponentai: a) trumpa šeimos gydytojo FA konsultacija (4–5 min.), kuria siekta įvertinti paciento FA taikant klausimyną, suteikti reikalingą informaciją ir pasiūsti pas kitą specialistą; b) viena 30 min. individuali FA konsultacija, teikiama slaugytojo ir / ar kito sveikatos priežiūros specialisto (pvz., visuomenės sveikatos priežiūros specialisto), kuria siekta nustatyti paciento individualius FA tikslus ir parengti FA planą, atsižvelgiant į paciento sveikatos būklę, FA lygį ir išskeltus FA tikslus; c) slaugytojo ir / ar kito sveikatos priežiūros specialisto teikiamos trys 15 min. individualios konsultacijos telefonu, skirtos paciento individualiam FA planui ir jo įgyvendinimui aptarti (pvz., individualus žingsnių skaičius per dieną ir jų didinimas)

-
- 10 Lion, A., Vuillemin, A., Thornton, J. S., et al., Physical activity promotion in primary care: a utopian quest? *Health Promotion International*, 2018: 1–10.
 - 11 *Promoting physical activity in the health sector. Current status and success stories from the European Union member states of the WHO European Region.* World Health Organization. Copenhagen: WHO, 2018.
 - 12 Kallings, L. V., The organisation of promoting physical activity in health care – examples from Nordic countries, *Clinical Health Promotion*, 2016, 6: 27–30.
 - 13 Orrow, G., Kinmonth, A. L., Sanderson, S., et al., Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials, *BMJ*, 2012, 344: 1389.
 - 14 Garrett, S., Elley, C. R., Rose, S. B., et al., Are physical activity interventions in primary care and the community cost-effective? A systematic review of the evidence, *The British Journal of General Practice*, 2011, 61: 125–133.
 - 15 G. C., V., Wilson, E. C. F., Suhrcke, M., et al., Are brief interventions to increase physical activity cost-effective? A systematic review, *British Journal of Sports Medicine*, 2016, 50: 408–417.
 - 16 Klaipėdos rajono savivaldybės tarybos 2019 m. birželio 27 d. sprendimas Nr. T11-191 „Klaipėdos rajono gyventojų sveikatą stiprinančio fizinio aktyvumo skatinimo intervencijų tvarkos aprašas“, <<https://www.klaipedos-r.lt/index.php?785662338>> [žiūrėta 2019-08-25].
 - 17 Janonienė, R., Radzevičiūtė, I., Sobotienė, A., Valintėlienė, R., Suaugusių asmenų fiziniam aktyvumui skatinti taikomų intervencijų veiksmingumas: sisteminė apžvalga ir metaanalizė, *Visuomenės sveikata*, 2015, 4 (71): 10–26.
 - 18 Petronytė, G., Janonienė, R., Suaugusiems asmenims skirtų fizinio aktyvumo intervencijų, kurias vykdančios taikomos savikontrolės priemonės, veiksmingumas ir ekonominis efektyvumas, *Visuomenės sveikata*, 2017, 2 (77): 9–20.
 - 19 Armit, C. M., Brown, W. J., Marshall, A. L., et al., Randomized trial of three strategies to promote physical activity in general practice, *Preventive Medicine*, 2009, 48 (2): 156–163.

bei motyvacinėi paramai, siekiant nustatyti FA tikslų ir kt., teikti; d) žingsniavimas (savikontrolės priemonė), skirta FA matuoti; ir e) FA registravimo dienoraštis (kontrolinis lapas, kuriame pacientas kiekvieną savaitę registruotų žingsnių skaičių). Šiame vertinime keltos prielaidos: a) FA intervencija būtų teikiama pacientams, naujai prisiregistravusiems prie PAASPI ir bent kartą per metus lankantis pas šeimos gydytoją, kuris, įvertinęs paciento sveikatos būklę, rekomenduotų didinti FA; b) tikslinė populiacija – 20–64 m. pacientai; c) FA intervencijos teikimo laikotarpis – 3 metai; d) FA intervencijos veiksmingumas – 51 proc. po 6 mėn.²⁰

Fiziškai neaktyvių pacientų dalis PAASPI. Šiame vertinime naudoti Higienos instituto Sveikatos informacijos centro iš Valstybinės ligonių kasos informacinės sistemos SVEIDRA pateikti 2011–2013 m. duomenys apie naujai prisirašiusių prie PAASPI 15 m. ir vyresnių asmenų (pacientų) skaičių. Siekiant apskaičiuoti fiziškai neaktyvių pacientų dalį, kuriems PAASPI būtų taikoma FA intervencija, naudoti Kūno kultūros ir sporto departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės užsakymu atlikto reprezentatyvaus 15–75 m. Lietuvos gyventojų tyrimo duomenys.²¹ Šiame tyrime respondentams buvo pateiktas klausimas „Ar užsiimate kita aktyvia fizine veikla, pavyzdžiui, važiuojate dviračiu, dirbate sode, kieme, aktyviai vaikštote ir pan.“ (galimi atsakymų variantai: „5 kartus per savaitę ir dažniau“; „3–4 kartus per savaitę“; „1–2 kartus per savaitę“; „1–3 kartus per mėnesį“; „rečiau nei kartą per mėnesį“; „niekada“). Šiame vertinime fiziškai neaktyviais laikyti respondentai, kurie kita fizine veikla užsiėmė rečiau nei kartą per mėnesį ir niekada. Kiti respondentai buvo priskirti fiziškai aktyvių grupei. Šio tyrimo duomenimis, 29 proc. (n = 440) Lietuvos gyventojų (vyrų ir moterų) fiziškai neaktyvūs.

FA intervencijos veiksmingumas. Remiantis C. M. Armit ir kt.²² atliktu kontroliuojamu atsitiktinių imčių tyrimu buvo keliami prielaida, kad fiziškai aktyvesni taptų 51 proc. pacientų, kuriems būtų suteikta FA intervencija. Šiame vertinime fiziškai aktyvesniu asmeniu po taikytos FA intervencijos PAASPI buvo laikomas asmuo, kuris atitinka PSO fizinio aktyvumo rekomendacijas (užsiimama vidutinio intensyvumo fizine veikla mažiausiai 150 min. per savaitę arba mažiausiai 75 min. per savaitę didelio intensyvumo fizine veikla (kuri apima FA darbe ir namuose, laisvalaikio FA, sportinę veiklą, FA susisiekimo tikslais)).²³ Be to, šiame vertinime kelta prielaida, kad PAASPI trejus metus teikiant FA intervenciją 25 proc. pacientų jos nebaigė²⁴. Modeliuojant FA intervencijos poveikį buvo keliami prielaida, kad FA intervencijos 1–3-iais teikimo metais prie PAASPI prisirašiusių pacientų skaičius bus kaip 2011–2013 m.

FA intervencijos teikimo kaštų vertinimas. Šiame vertinime buvo keliami prielaida, kad šeimos gydytojai įvertins visų naujai prisirašiusių prie PAASPI pacientų fizinį aktyvumą ir, esant poreikiui, juos pasiūš dalyvauti trejus metus teikiamoje FA intervencijoje.

20 *Ibid.*

21 Lietuvos gyventojų fizinio aktyvumo tyrimas. Kūno kultūros ir sporto departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. Vilnius, 2016, <https://kksd.lrv.lt/uploads/kksd/documents/files/Statistika/Tyrimai/2016_gruodzio_Spinter_ataskaita_Lietuvos_gyventoju_fizinio_aktyvumo_tyrimas.pdf> [žiūrėta 2018-02-20].

22 Armit, C. M., Brown, W. J., Marshall, A. L., et al., *supra note* 19.

23 *Global recommendations on Physical Activity for Health. 18-64 years old.* World Health Organization, 2011, <http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/> [žiūrėta 2018-03-02].

24 Tong, H. L., Laranjo, L., The use of social features in mobile health interventions to promote physical activity: a systematic review, *npj Digital Medicine*, 2018, 1: 43.

FA intervencijos teikimo kaštai buvo skaičiuojami trejiems metams. Pagrindinės FA intervencijos teikimo kaštų skaičiavimo prielaidos pateikiamos 1 lentelėje. Fizinio aktyvumo klausimyno, skirto paciento FA įvertinti, parengimo (esant poreikiui vertimo iš užsienio kalbos) kaštai nebuvo įskaičiuoti į FA intervencijos teikimo kaštus.

1 lentelė. Fizinio aktyvumo intervencijos teikimo kaštų skaičiavimo prielaidos

Prielaida	Šaltinis / skaičiavimo pagrindimas
Šeimos gydytojas, slaugytojas ir / ar kitas sveikatos priežiūros specialistas gauna darbo užmokesį už teikiamą FA intervenciją. Kito sveikatos priežiūros specialisto darbo užmokesis vertintas kaip slaugytojo.	Šeimos gydytojo ir slaugytojo darbo užmokesčio vidurkis apskaičiuotas remiantis 2017 m. Valstybinės ligonių kasos prie LR SAM duomenimis apie vieno etato darbo užmokesį (DU bruto): gydytojo DU vidurkis – 1779 Eur, slaugytojo DU vidurkis – 874 Eur). Šių specialistų vieno etato darbo užmokesis apskaičiuotas pridėjus darbdavio mokamus mokesčius (30,98 proc. mokesis „Sodrai“ ir 0,2 proc. mokesis Valstybės garantiniam fondui), taikant „Sodros“ darbo vietos skaičiuoklę.
Šeimos gydytojas, slaugytojas ir / ar kitas sveikatos priežiūros specialistas vidutiniškai dirba 21 dieną per mėnesį. Jų dienos darbo laiko trukmė (vienas etatas) – 7 darbo valandos 36 min.	Apskaičiuota vadovaujantis Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2017 m. birželio 28 d. nutarimu Nr. 534 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2017 m. birželio 21 d. nutarimo Nr. 496 „Dėl Lietuvos Respublikos darbo kodekso įgyvendinimo“ pakeitimo“ ir juo patvirtintu „Sutrumpinto darbo laiko normų ir apmokėjimo tvarkos aprašu“ ²⁵ .
Teikiant FA intervenciją bus taikomas žingsniamasis.	Žingsniamačio vidutinė rinkos kaina (12 Eur) apskaičiuota remiantis internetinės prekybos portalo (www.kaina24.lt) duomenimis (2018 m.).
Teikiant FA intervenciją reikės spausdinimo paslaugų.	Apskaičiuota remiantis Europos socialinio fondo (toliau – ESFA) prekių ir paslaugų rinkos kainų analizės skaičiuokle (2015 m.). Bus spausdinamas individualus FA registravimo dienoraštis (2 lapai).
Teikiant FA intervenciją reikės ryšio (telefono) paslaugų.	20 proc. nuo FA intervencijos teikimo kaštų.
Specialistams, teikiantiems FA intervenciją, bus organizuojami mokymai.	Valstybinėse ir privačiose PAASPI, turinčiose sutartis su Valstybine ligonių kasa prie LR SAM (2018 m. 414 PAASPI), bus organizuojamas 21 mokymas (8 val.). Mokymų kaštai apskaičiuoti remiantis ESFA prekių ir paslaugų rinkos kainų analizės skaičiuokle (2015 m.).

25 Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2017 m. birželio 28 d. nutarimas Nr. 534 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2017 m. birželio 21 d. nutarimo Nr. 496 „Dėl Lietuvos Respublikos darbo kodekso įgyvendinimo“ pakeitimo“ ir juo patvirtintas „Sutrumpinto darbo laiko normų ir apmokėjimo tvarkos aprašas“, *Teisės aktų registras*, 2017, Nr. 11190, < <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/29b996a15d6811e7a53b83ca0142260e> > [žiūrėta 2018-10-20].

Lietuvos gyventojų sergamumas ligomis. Šiame vertinime skaičiuojant fizinio neaktyvumo nulemtų ligų riziką buvo naudoti Higienos instituto Sveikatos informacijos centro 2011–2013 m. duomenys apie ambulatorines paslaugas teikiančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose naujai užregistruotų susirgimų skaičių šiomis ligomis (2013 m. duomenys): kolorektaliniai piktybiniai navikai (C18-C21); koronarinė širdies liga (I20-I25); antro tipo cukrinis diabetas (E11); cerebrovaskulinės smegenų kraujagyslių ligos (I60-I69); krūties navikai (C50). 2011–2012 m. duomenys apie diagnozuotų kolorektalinių piktybinių navikų (C18-C21) skaičių buvo imti iš Nacionalinio vėžio registro.

Fizinio neaktyvumo nulemtų ligų rizika. Šiame vertinime buvo taikyti mokslinių tyrimų rezultatai apie fizinio neaktyvumo nulemtą riziką koronarinei širdies ligai (toliau – širdies ir kraujagyslių ligos), cerebrovaskulinei smegenų kraujagyslių ligai (toliau – insultas), antro tipo cukrinio diabeto, krūties navikų (toliau – krūties vėžys) ir kolorektalinių piktybinių navikų (toliau – storosios žarnos vėžys) išsivystymui. Fiziškai neaktyviems pacientams priskirta šių ligų rizika buvo apskaičiuota naudojant koreguotus santykinių rizikų įverčius, paimtus iš metaanalizių.^{26, 27}

FA intervencijos ekonominės naudos vertinimas. FA intervencijos ekonominei naudai įvertinti buvo skaičiuojami FA intervencijos teikimo kaštai, tenkantys vieniems išsaugotiems gyvenimo metams (angl. *costs per life years gained*), sutaupyti sveikatos priežiūros kaštai (Eur) ir sutaupyti ligų išmokų kaštai (Eur).

Išsaugoti gyvenimo metai buvo skaičiuojami remiantis I. M. Lee ir kt.²⁸, kurie įvertino, kiek gyvenimo metų papildomai laimėtų įvairių šalių gyventojai, jei fizinis neaktyvumas kaip rizikos veiksnys būtų pašalintas. Šie autoriai apskaičiavo, kad Lietuvos gyventojai papildomai laimėtų 0,53 (95 proc. PI 0,41–0,65) gyvenimo metų²⁹. Šiame vertinime buvo skaičiuojama, kiek gyvenimo metų būtų papildomai išsaugota, jei fiziškai neaktyvūs pacientai taptų fiziškai aktyvesni ir išvengtų širdies ir kraujagyslių ligų, antro tipo cukrinio diabeto, krūties vėžio, storosios žarnos vėžio ir insulto. FA intervencijos kaštai, tenkantys vieniems išsaugotiems gyvenimo metams, apskaičiuoti neįtraukiant pradinių FA intervencijos investicijų (Eur). Vieniems papildomai išsaugotiems gyvenimo metams tenkantys kaštai (Eur) apskaičiuoti taikant formulę:

$$\text{kaštai, tenkantys vieneriems išsaugotiems metams (Eur)} = \frac{\text{intervencijos kaštai (Eur)}}{\text{išsaugoti gyvenimo metai}}$$

Šiame vertinime buvo taikyti D. Ding ir kt.³⁰ apskaičiuoti (naudojant Lietuvos duomenis) sveikatos priežiūros kaštai, tenkantys vienam ligos atvejui (toliau – SPK). 2013 m. kainomis pateikti vieno ligos atvejo kaštai, išreikšti tarptautiniais doleriais, buvo perskaičiuoti į 2013 m. vertę eurais (taikant Tarptautinės ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos (toliau – EBPO) pateiktą Lietuvos 2013 m. perkamosios galios paritetą

26 Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., et al., Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy, *Lancet*, 2012, 380 (9838): 219–229.

27 Wendel-Vos, G. C., Schuit, A. J., Feskens, E. J., et al., Physical activity and stroke. A meta-analysis of observational data, *International Journal of Epidemiology*, 2004, 33 (4): 787–798.

28 Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., et al., *supra note 26*.

29 *Ibid.*

30 Ding, D., Lawson, K. D., Kolbe-Alexander, T., et al., *supra note 2*.

(toliau – PGP)³¹) ir pakoreguoti atsižvelgiant į infliaciją (taikant EBPO pateiktus 2013 m. ir 2017 m. vartotojų kainų indeksus (toliau – VKI) Lietuvai³² pagal formulę:

$$SPK(\text{Eur})(2017) = SPK(\text{Tarpt.}\$)(2013) * PGP(2013) * \frac{VKI\ 2\ 017}{VKI\ 2\ 013}$$

Apskaičiuoti sveikatos priežiūros kaštai, tenkantys vienam ligos atvejui Eur, pateikiami 2 lentelėje.

2 lentelė. Sveikatos priežiūros kaštai, tenkantys vienam ligos atvejui (Eur)

Liga	Sveikatos priežiūros kaštai, tenkantys vienam ligos atvejui (tarptautiniais doleriais) (2013) ³³	Valiutos keitimo santykis pagal EBPO, 2013 m. ³⁴	Sveikatos priežiūros kaštai, tenkantys vienam ligos atvejui Eur (2013)	Infliacijos koeficientas (VKI 2017/ VKI 2013) ³⁵	Sveikatos priežiūros kaštai, tenkantys vienam ligos atvejui Eur (2017)
Širdies ir kraujagyslių ligos	2942	0,753	2215	2,5479	5644
Insultas	6261		4714		12011
Antro tipo CD	1807		1360		3465
Krūties vėžys	2160		1626		4143
Storosios žarnos vėžys	8317		6260		15 950

Šiame vertinime sutaupyti sveikatos priežiūros kaštai buvo skaičiuojami taikant formulę:

$$\begin{aligned} & \text{sutaupyti sveikatos priežiūros kaštai (Eur)} \\ & = \text{sveikatos priežiūros kaštai, tenkantys vienam ligos atvejui (Eur)} \\ & * \text{fiziškai aktyvių pacientų skaičius po FA intervencijos} \end{aligned}$$

Šiame vertinime naudoti Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos 2013 m. išmokėtų nedarbingumo išmokų pagal ligas (širdies ir kraujagyslių ligos, insultas, antro tipo cukrinis diabetas, krūties vėžys ir storosios žarnos vėžys) duomenys. Sutaupyti kiekvienai ligai išmokų kaštai buvo skaičiuojami taikant formulę:

$$\begin{aligned} & \text{sutaupyti ligos išmokos kaštai (Eur)} \\ & = \text{ligos išmokos kaštai, tenkantys vienam asmeniui (Eur)} \\ & * \text{fiziškai aktyvių pacientų skaičius po FA intervencijos} \end{aligned}$$

31 The Organization for Economic Co-operation and Development, <<https://data.oecd.org/conversion/exchange-rates.htm#indicator-chart>> [žiūrėta 2018-10-20].

32 *Ibid.*

33 Ding, D., Lawson, K, D., Kolbe-Alexander, T., et al., *supra note 2.*

34 The Organization for Economic Co-operation and Development, *supra note 31.*

35 *Ibid.*

FA intervencijos ekonominė nauda skaičiuota 10 m. laikotarpiu, vertinant sutaupytus sveikatos priežiūros kaštus ir nedarbingumo dėl ligų išmokas. Atliekant skaičiavimus taikyta prielaida, kad pacientams storosios žarnos ir krūties vėžys gali išsivystyti po 8–10 m.³⁶ Grynoji FA intervencijos nauda skaičiuota lyginant FA intervencijos teikimo kaštus ir tikėtiną grąžą. Grynoji FA intervencijos nauda skaičiuota taikant 4 proc. diskonto normą.³⁷

Jautrumo analizė. Šiame vertinime buvo atlikta viapusė jautrumo analizė (angl. *one way sensitivity analysis*), siekiant įvertinti alternatyvių prielaidų poveikį FA intervencijos ekonominei naudai. Jautrumo analizė atlikta darant optimistinę (A2 scenarijus) ir pesimistinę (B scenarijus) prielaidas ir lyginant jas su pagrindinio vertinimo prielaidomis. Jautrumo analizėje buvo vertinami šie FA intervencijos scenarijai: a) A2 scenarijus – prielaida, jog 50 proc. pacientų galėtų naudoti savo mobiliuosius telefonus su išmaniaja žingsniamačio programėle³⁸; b) B scenarijus – prielaida, kad FA intervencijos veiksmingumas bus 50 proc. mažesnis nei nustatyta C. M. Armit ir kt.³⁹ tyrime (žr. 3 lentelę).

3 lentelė. Jautrumo analizės scenarijai ir prielaidos

Scenarijai	Prielaidos	
	<i>Pacientų dalis (proc.), kurie naudos mobiliuosius telefonus su išmaniaja žingsniamačio programėle vietoj žingsniamačio (prietaiso)</i>	<i>Intervencijos veiksmingumas</i>
Scenarijus A1 (Pagrindinis vertinimas)	0 proc.	51 proc. po 6 mėn.
Scenarijus A2	50 proc.	51 proc. po 6 mėn.
Scenarijus B	0 proc.	25,5 proc. po 6 mėn.

Tyrimo rezultatai

Fiziškai neaktyvių pacientų dalis. Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis, 2011–2013 m. 201 229 pacientai (92 338 vyrai ir 108 891 moteris) naujai prisirašė prie PAASPI. Remiantis Kūno kultūros ir sporto departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės tyrimo duomenimis⁴⁰ apie Lietuvos gyventojų fizinio neaktyvumo paplitimą ir keliant prielaidą, kad fiziškai neaktyvių gyventojų dalis nekito, apskaičiuota, kad 2011–2013 m. 29 proc. visų naujai prisirašiusių prie PAASPI pacientų (58 357 pacientai, iš jų 26 343 vyrai ir 32 014 moterų) buvo fiziškai neaktyvūs.

36 Brenner, D. R., Cancer incidence due to excess body weight and leisure-time physical inactivity in Canada: implications for prevention, *Preventive Medicine*, 2014, 66: 131–139.

37 *Socialinių sąnaudų-naudos analizės metodinės gairės. Sprendimų poveikio baigiamojo vertinimo gairės.* Ministro Pirmininko tarnyba. Vilnius: UAB Klaipėdos banga, 2011.

38 Statista. Forecast of the smartphone user penetration rate in Lithuania from 2015 to 2020, <<https://www.statista.com/statistics/568195/predicted-smartphone-user-penetration-rate-in-lithuania/>> [žiūrėta 2018-03-02].

39 Armit, C. M., Brown, W. J., Marshall, A. L., et al., *supra note* 19.

40 *Lietuvos gyventojų fizinio aktyvumo tyrimas, supra note* 21.

Fiziškai neaktyviems pacientams priskirtina ligų rizika, nulemta fizinio neaktyvumo. Šiame vertinime apskaičiuota fiziškai neaktyviems pacientams priskirtina ligų rizika naudojant Lietuvos gyventojų sergamumo ligomis ir metaanalizių^{41, 42} duomenis. 789 fiziškai neaktyviems pacientams įvertinta insulto rizika, atitinkamai 702 pacientams – širdies ir kraujagyslių ligų, 354 pacientams – antro tipo cukrinio diabeto, 87 pacientams – krūties vėžio ir 72 pacientams storosios žarnos rizika. Šie pacientai galėtų išvengti šių ligų, jei fizinis neaktyvumas kaip rizikos veiksnys būtų pašalintas.

FA intervencijos veiksmingumas. Remiantis C. M. Armit ir kt.⁴³ atliktu FA intervencijos veiksmingumo vertinimu ir keliant prielaidą, kad 25 proc. pacientų FA intervencijos nebaigs, apskaičiuota, kad 768 pacientai, tapę fiziškai aktyvesni, galėtų išvengti ligų, iš jų 302 pacientai insulto, 269 pacientai – širdies ir kraujagyslių ligų, 136 pacientai – antro tipo cukrinio diabeto, 34 pacientės – krūties vėžio ir 27 pacientai – storosios žarnos vėžio.

FA intervencijos teikimo kaštai. Fizinio aktyvumo intervencijai teikti PAASPI reikėtų pradinių investicijų, skirtų sveikatos priežiūros specialistų mokymams (mokymo programos parengimas ir mokymų organizavimas) ir einamųjų sąnaudų (žr. 4 lentelę). Apskaičiuota, kad pradinės investicijos sudarytų apie 25 200 Eur. Sveikatos priežiūros specialistų mokymai būtų organizuojami valstybinėse ir privačiose PAASPI, turinčiose sutartis su Valstybine ligonių kasa prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos, prieš FA intervencijos įgyvendinimą. Vėlesniais metais PAASPI teikiamos fizinio aktyvumo intervencijos kaštus sudarytų tik einamosios sąnaudos: trumpos šeimos gydytojo konsultacijos kaštai būtų 1,39 Eur, tenkantys vienam pacientui, o slaugytojo ir / ar kito specialisto FA intervencijos teikimo kaštai – 22,75 Eur, tenkantys vienam pacientui. FA intervencijos trejų metų teikimo kaštai sudarytų 1 607 446,78 Eur (kasmet kaštai sudarytų 535 815,59 Eur).

4 lentelė. Fizinio aktyvumo intervencijos teikimo pradinės investicijos ir einamosios sąnaudos (Eur)

Veikla	FA intervencijos teikimo metai			
	0 m.	1 m.	2 m.	3 m.
Pradinės investicijos				
Mokymai sveikatos priežiūros specialistams	25 200			
Einamosios sąnaudos				
Šeimos gydytojo konsultacijos teikimo kaštai ^f	Pacientų sk. kaštai eurais per metus	70 702 98 275,78	66 009 91 752,51	64 518 89 680,02

41 Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., et al., *supra* note 26.

42 Wendel-Vos, G. C., Schuit, A. J., Feskens, E. J., et al., *supra* note 27.

43 Armit, C. M., Brown, W. J., Marshall, A. L., et al., *supra* note 19.

Veikla		FA intervencijos teikimo metai			
		0 m.	1 m.	2 m.	3 m.
Slaugytojo ir / ar kito sveikatos priežiūros specialisto FA intervencijos teikimo kaštai**	Pacientų sk. kaštai eurais per metus		20 504 466 507,01	19 143 435 541,54	18 710 425 689,92
Kaštai eurais per metus		25 000	564 782,79	52 7294,05	51 5369,94

* Kaštai apima šeimos gydytojo ir jo komandoje dirbančio slaugytojo ir / ar kito sveikatos priežiūros specialisto darbo užmokestį.

** Kaštai apima slaugytojo ir / ar kito sveikatos priežiūros specialisto darbo užmokestį, žingsniačio, spausdinimo ir telefono paslaugų įkainius.

FA intervencijos ekonominė nauda. Remiantis I. M. Lee ir kt.⁴⁴ atliktais skaičiavimais ir keliant prielaidą, kad PAASPI trejus metus teikiant FA intervenciją fiziškai neaktyvūs pacientai taptų fiziškai aktyvesni, apskaičiuota, kad 768 pacientams būtų išsaugomi 407 gyvenimo metai. Teikiant šią intervenciją, vieniems išsaugotiems gyvenimo metams tektų 3949,11 Eur FA intervencijos teikimo kaštų. B scenarijaus jautrumo analizė rodo, kad teikiant FA intervenciją 383 pacientams būtų išsaugomi 203 gyvenimo metai per trejus metus, o vieniems išsaugotiems gyvenimo metams tektų 7918,85 Eur FA intervencijos teikimo kaštų.

Šiame vertinime keliant prielaidą, kad PAASPI trejus metus teikiant FA intervenciją fiziškai neaktyvūs pacientai taptų fiziškai aktyvesni ir išvengtų ligų (t. y. FA intervencija būtų veiksminga), buvo apskaičiuoti sutaupyti sveikatos priežiūros ir sutaupyti ligų išmokų kaštai (Eur) per trejus metus. Remiantis D. Ding ir kt.⁴⁵ atliktu LNL dėl fizinio neaktyvumo ekonominės naštos Lietuvoje vertinimu, apskaičiuota, jog būtų sutaupyta 6 188 310 Eur sveikatos priežiūros kaštų per trejus metus (žr. 5 lentelę). 58,62 proc. visų sutaupyty sveikatos priežiūros kaštų sudarytų išvengti insulto gydymo kaštai, atitinkamai 24,53 proc. – širdies ir kraujagyslių ligų, 7,62 proc. – antro tipo cukrinio diabeto, 6,96 proc. – storosios žarnos vėžio ir 2,28 proc. – krūties vėžio gydymo kaštai. Remiantis Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos duomenimis, apskaičiuota, jog per šį laikotarpį būtų sutaupyta 543 787,74 Eur ligų išmokų (žr. 5 lentelę). 38,36 proc. Eur visų sutaupyty ligų išmokų sudarytų išmokos dėl insulto, 32,58 proc. – dėl širdies ir kraujagyslių ligų, 11,81 proc. – dėl krūties vėžio, 10,66 proc. – dėl storosios žarnos vėžio ir 6,60 proc. dėl antro tipo cukrinio diabeto.

44 Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., et al., *supra* note 26.

45 Ding, D., Lawson, K. D., Kolbe-Alexander, T., et al., *supra* note 2.

5 lentelė. Sutaupyti sveikatos priežiūros ir ligų išmokų kaštai (Eur)

Liga		FA intervencijos teikimo metai			
		1 m.	2 m.	3 m.	1–3 metų
Širdies ir kraujagyslių ligos	Pacientai* (abs. sk.)	81	78	110	269
	Sutaupyti sveikatos priežiūros kaštai (Eur)	457 164,0	440 232,0	620 840,0	1 518 236,0
	Sutaupytos išmokos (Eur)	53 237,48	51 518,60	72 392,06	177 148,14
Insultas	Pacientai* (abs. sk.)	89	85	128	302
	Sutaupyti sveikatos priežiūros kaštai (Eur)	1 068 979,0	1 020 935,0	1 537 408,0	3 627 322,0
	Sutaupytos išmokos (Eur)	61 366,83	59 027,37	88 175,77	208 569,97
Antro tipo CD	Pacientai* (abs. sk.)	41	43	52	136
	Sutaupyti sveikatos priežiūros kaštai (Eur)	142 065,0	148 995,0	180 180,0	471 240,0
	Sutaupytos išmokos (Eur)	10 872,60	11 340,06	13 672,24	35 884,90
Krūties vėžys	Pacientai* (abs. sk.)	11	11	12	34
	Sutaupyti sveikatos priežiūros kaštai (Eur)	45 573,0	45 573,0	49 716,0	14 062,0
	Sutaupytos išmokos (Eur)	21 501,40	20 449,52	22 249,40	64 200,32
Storosios žarnos vėžys	Pacientai* (abs. sk.)	9	9	9	27
	Sutaupyti sveikatos priežiūros kaštai (Eur)	143 550,0	143 550,0	143 550,0	430 650,0
	Sutaupytos išmokos (Eur)	19 303,09	18 809,16	19 872,16	57 984,41
Iš viso	Pacientai* (abs. sk.)	231	226	311	768
	Sutaupyti sveikatos priežiūros kaštai (Eur)	1 857 331,0	1 799 285,0	2 531 694,0	6 188 310,0
	Sutaupytos išmokos (Eur)	166 281,40	161 144,71	21 6361,63	543 787,74

*Pacientai (abs. sk.), tapę fiziškai aktyvesni po taikytos FA intervencijos PAASPI.

PAASPI teikiamos FA intervencijos grynoji nauda iš sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos sistemų perspektyvos būtų 4 533 373,29 Eur per 10 metų (žr. 6 lentelę). Santykinai maži FA intervencijos kaštai, lyginant su jos nauda, gaunama sutaupius sveikatos priežiūros kaštus gydant ligas, nulemtas fizinio neaktyvumo, ir ligų išmokas, skirtas ligų sukeltam nedarbingumui apmokėti. Investavus vieną eurą į šią intervenciją, jo grąža būtų 4 Eur.

6 lentelė. Grynoji fizinio aktyvumo intervencijos nauda (Eur)
(taikant 4 proc. metinę diskonto normą)

	FA intervencijos nauda								
	FA intervencijos teikimo metai								
	0 m.	1 m.	2 m.	3 m.	...	8 m.	9 m.	10 m.	Iš viso
Intervencijos teikimo kaštai (Eur)	-25 200,00	-543 060,38	-543 060,38	-487 512,99	...	0	0	0	-1 513 935,37
Sutaupyti sveikatos priežiūros kaštai (Eur)		1 604 046,15	1 488 685,28	2 078 853,98	...	138 190,32	132 875,31	130 563,58	5 573 214,62
Sutaupyti ligų išmokų kaštai (Eur)		120 650,88	112 690,48	154 898,79	...	29 815,44	27 582,63	28 455,82	47 4094,04
Grynoji intervencijos nauda (Eur)	-25 200,00	1 181 636,65	1 113 862,77	1 775 590,77	...	168 005,76	160 457,94	159 019,40	4 533 373,29

Jautrumo analizė. Jautrumo analizės rezultatai pagal scenarijus pateikti 7 lentelėje. A2 scenarijaus jautrumo analizės rezultatai rodo, kad grynajai FA intervencijos naudai įtakos turi išmaniojo telefono su programėle vietoj žingsniamačio naudojimas: investavus vieną eurą į šią intervenciją, jo grąža – 5,38 Eur. B scenarijaus jautrumo analizėje nustatyta, kad grynoji FA intervencijos nauda sumažėtų apie tris kartus, lyginant su pagrindiniu vertinimu. Nepaisant to, FA intervenciją galima laikyti ekonomiškai naudinga: vieno euro investavimas į šią intervenciją duotų 2 Eur grąžą (atitinkamai pagrindiniame vertinime būtų 4 Eur).

7 lentelė. Jautrumo analizės rezultatai

Scenarijai	Pacientai* (abs. sk.)	Grynoji FA intervencijos nauda (Eur)
Scenarijus A1 (Pagrindinis vertinimas) FA intervencijos veiksmingumas 51 proc. po 6 mėn.	768	4 533 373,29
Scenarijus A2 FA intervencijos veiksmingumas 51 proc. po 6 mėn.	768	4 922 513,77
Scenarijus B FA intervencijos veiksmingumas 25,5 proc. po 6 mėn.	383	1 509 185,72

* Pacientai (abs. sk.), tapę fiziškai aktyvesni po taikytos FA intervencijos PAASPI.

Rezultatų aptarimas

Daugelyje šalių didėjantis LNL paplitimas ir jų nulemta našta kelia iššūkių sveikatos priežiūros sistemoms, todėl jų valdymui taikomos sveikatos stiprinimo ir prevencijos intervencijos bei diegiami efektyvesni sveikatos priežiūros modeliai pirminėje sveikatos priežiūros sistemoje. Siekiant šalyje skatinti LNL valdymo politiką formuoti remiantis įrodymais buvo atliktas Lietuvos kontekste modeliuotos, mokslo įrodymais pagrįstos PAASPI teikiamos FA intervencijos ekonominis vertinimas.

Atliekant kaštų ir naudos analizę, apskaičiuota, jog trejus metus PAASPI vykdoma FA intervencijos nauda, vertinant išvengtą žalą sveikatos priežiūros (nulemtą fizinio neaktyvumo sukeltų ligų gydymo) ir socialinės apsaugos sistemoms (nulemtą ligų nedarbingumo išmokų mokėjimu), per 10 metų sudarytų atitinkamai 5 573 214,62 Eur ir 474 094,04 Eur. Didžiąją dalį visų sutaupyto sveikatos priežiūros kaštų (83,15 proc.) ir ligų išmokų (70,94 proc.) sudarytų išvengti insulto bei širdies ir kraujagyslių ligų gydymo kaštai ir išmokos dėl šių ligų nedarbingumo. Itin didelius sutaupyto sveikatos priežiūros kaštus lemia dideli gydymo kaštai, tenkantys vienam ligos atvejui. Apskaičiuotą išvengtą žalą sveikatos priežiūros sistemai, nulemtą fizinio neaktyvumo sukeltų ligų, reikėtų vertinti kritiškai – ji gali būti gerokai mažesnė, nes šiame vertinime neanalizuoti rūkymo, alkoholio vartojimo ir kiti rizikos veiksniai, kurie taip pat turi įtakos LNL išsivystymui.

FA intervencijos trejų metų teikimo kaštai, lyginant su jos grynąja nauda (vertinant sutaupyto sveikatos priežiūros kaštus gydant LNL ligas, nulemtas fizinio neaktyvumo, ir sutaupyto ligų išmokas), gana maži. FA intervencijos teikimo kaštai sudarytų 1 513 935,37 Eur, o jos grynoji nauda vertinant sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos sistemų aspektu optimistinio scenarijaus atveju (taikant prielaidą, kad FA intervencijos veiksmingumas – 51 proc.), būtų 4 533 373,29 Eur, pesimistinio scenarijaus atveju (taikant prielaidą, kad FA intervencijos veiksmingumas – 25,5 proc.) siektų 1 509 185,72 Eur. Vienas investuotas euras į šią intervenciją sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos sistemoms duotų atitinkamai 4 Eur arba 2 Eur grąžą. Be to, šiame vertinime nustatyta (taikant prielaidą, kad FA intervencijos veiksmingumas – 51 proc.), jog FA intervencijos ekonominė nauda didėtų, jei pacientai naudotų išmanųjį telefoną su programėle vietoj žingsniamačio: investavus vieną eurą į šią intervenciją, jo grąža būtų 5,38 Eur. Taigi FA intervencijos įgyvendinimas šalyje būtų ekonomiškai naudingas, t. y. investicija į FA intervencijos teikimą atsipirktų net ir esant pesimistiniam scenarijui.

Kitose šalyse atliekant sveikatos intervencijų ekonominį vertinimą dažniau yra taikomas ne kaštų ir naudos analizės metodas, o kaštų efektyvumo (angl. *cost-effectiveness*) analizės metodas. Taikant pastarąjį metodą, intervencijos nauda išreiškiama ne pinigine išraiška, o išsaugotais kokybiško gyvenimo metais (angl. *quality adjusted life years, QALY*) ir apskaičiuojamas vertinamos ir lyginamos intervencijų bendrųjų kaštų ir naudos skirtumų santykis (angl. *incremental cost-effectiveness ratio, ICER*), kuris parodo, kiek papildomai kainuotų vieni išsaugoti kokybiško gyvenimo metai, lyginant vertinamą intervenciją (kuria planuojama įgyvendinti) lyginamos (kuri įprastai vertinimuose laikoma kaip „esama situacija“) atžvilgiu.⁴⁶ Kaštų efektyvumo analizės metodas suteikia galimybę palyginti skirtingas intervencijas. Sprendimams dėl intervencijų įgyvendinimo praktikoje priimti įvairios šalys yra nusistačiusios kaštų, tenkančių vieniems išsaugotiems kokybiškiems gyvenimo metams, ribą. Pavyzdžiui, Jungtinės Karalystės nacionalinis sveikatos ir sveikatos priežiūros kokybės institutas (angl. *the National Institute for Health and Care Excellence, NICE*) yra apskaičiavęs 20 000–30 000 svarų sterlingų / QALY ribą, kurią viršijus laikoma, kad intervencija neefektyvi. Lietuvoje nėra sukurtos bendros indeksų, leidžiančių konvertuoti išsaugotus gyvenimo metus į kokybiškus gyvenimo metus, sistemos, todėl atliekant sveikatos priežiūros intervencijų ekonominius vertinimus kokybiškų gyvenimo metų

46 Shi, C. R., Nambudiri, V. E., Research techniques made simple: cost-effectiveness analysis, *Journal of Investigative Dermatology*, 2017, 137 (7): 143–147.

rodiklis retai naudojamas. Lietuvoje taip pat nėra nustatyta kaštų, tenkančių vieniems išsaugotiems kokybiško gyvenimo metams (angl. QALY), riba, kuria vadovaujantis būtų priimami sprendimai dėl intervencijos įgyvendinimo praktikoje. Jorko universiteto mokslininkai yra apskaičiavę, kad Lietuvoje kaštų efektyvumo riba galėtų siekti nuo 5,598 iki 8,886 JAV dolerio (nuo 4965,43 iki 7881,88 Eur, taikant EBPO 2017 m. indeksą) vieniems kokybiškiems gyvenimo metams.⁴⁷

Įvairiose šalyse atlikti FA intervencijų teikiamų PAASPI ekonominiai vertinimai rodo, kad šios intervencijos yra efektyvios, t. y. jų ribinių kaštų ir naudos santykis neviršija šalyje nustatytos kaštų efektyvumo ribos vieniems kokybiškiems gyvenimo metams.^{48, 49, 50, 51} Sisteminės apžvalgos (autoriai vertino įvairių FA intervencijų ekonominę efektyvumą) rezultatai rodo, kad vieniems kokybiškiems gyvenimo metams vidutiniškai tenka nuo 348 iki 86 877 Eur FA intervencijos teikimo kaštų.⁵² Atliktame vertinime dėl duomenų trūkumo nebuvo skaičiuota, kiek būtų išsaugota kokybiškų gyvenimo metų, tačiau įvertinta, kiek būtų išsaugota gyvenimo metų. Atlikto vertinimo duomenimis, PAASPI trejus metus teikiant FA intervenciją optimistinio scenarijaus atveju būtų išsaugoti 407 gyvenimo metai, o vieniems išsaugotiems gyvenimo metams vidutiniškai tektų 3949,11 Eur FA intervencijos teikimo kaštų. Vadovaujantis Jorko universiteto mokslininkų apskaičiuota kaštų efektyvumo riba, būtų galima kalbėti apie FA intervencijos efektyvumą ir jos diegiamą praktikoje, jei atliktame vertinime būtų taikoma prielaida, kad išsaugoti gyvenimo metai būtų kokybiški.

FA intervencijų ekonominių vertinimų rezultatai įvairuoja, atsižvelgiant į taikytas ar modeliuotas FA intervencijas konkrečios šalies kontekste bei naudotus ekonominės analizės metodus, tačiau jie reikšmingi šalims, planuojančioms diegti analogiškas FA intervencijas sveikatos priežiūros sistemose. Autoriai, atlikę trumpų fizinio aktyvumo intervencijų, taikomų pirminėje sveikatos priežiūros grandyje bei bendruomenėse, sisteminę apžvalgą, pažymi, kad intervencijos, kuriose taikytas žingsniamatis, gali duoti naudą sveikatai patiriant mažas išlaidas, be to, intervencijos, taikant žingsniamatį (kaip motyvacinė priemonė ar jis taikomas su pratimų patarimais), efektyvesnės ir reikalauja mažiau kaštų, lyginant su įprasta sveikatos priežiūra ar „žaliuoju receptu“, paskirtu sveikatos priežiūros specialisto (šeimos gydytojo, bendrosios praktikos slaugytojo).⁵³ Į sisteminę apžvalgą įtrauktų keturių įvairių FA intervencijų ekonominiai vertinimai rodo, kad tektų 331–3673 Eur vienam fiziškai neaktyviam asmeniui, kad jis taptų fiziškai aktyvus per vienus metus.⁵⁴ Atlikto vertinimo rezultatai rodo, kad vienam fiziškai neaktyviam pacientui, kuris taptų fiziškai aktyvus per trejus metus ir išvengtų ligų, tektų nuo 1971 Eur (optimistinis scenarijus) iki 3952,83 Eur (pesimistinis scenarijus) FA intervencijos teikimo kaštų.

47 Woods, B., Revill, P., Sculpher, M., Claxton, K., Country-level cost-effectiveness thresholds: initial estimates and the need for further research, *Value in Health*, 2016, 19 (8): 929–935.

48 Garrett, S., Elley, C. R., Rose, S. B., et al., *supra note* 14.

49 Pavey, T. G., Anokye, N., Taylor, A. H., et al., The clinical effectiveness and cost-effectiveness of exercise referral schemes: a systematic review and economic evaluation, *Health Technology Assessment*, 2011, 15: 1–254.

50 Anokye, N. K., Lord, J., Fox-Rushby, J., Is brief advice in primary care a cost-effective way to promote physical activity? *British Journal Sports Medicine*, 2014, 48: 202–206.

51 G. C. V. S., Suhrcke, M., Hardeman, W., et al., Cost-effectiveness and value of information analysis of brief interventions to promote physical activity in primary care, *Value Health*, 2018, 21 (1): 18–26.

52 Garrett, S., Elley, C. R., Rose, S. B., et al., *supra note* 14.

53 G. C., V., Wilson, E. C. F., Suhrcke, M., et al., *supra note* 15.

54 Garrett, S., Elley, C. R., Rose, S. B., et al., *supra note* 14.

Atliktas ekonominis vertinimas paremtas prielaidomis, kitų šalių autorių tyrimais bei atliktais skaičiavimais. Šiame vertinime buvo pasirinktas FA intervencijos teikimo pesimistinis scenarijus, t. y. ji būtų teikiama tik naujai prisirašiusiems pacientams prie PAASPI ir bent kartą per metus apsilankiusiems pas šeimos gydytoją, o optimistinis scenarijus – FA intervencija teikiama visiems pacientams, bent kartą per metus apsilankantiems pas šeimos gydytoją, nebuvo vertintas, keliant prielaidą, kad būtų nustatyta didesnė jos teikimo ekonominė nauda dėl išaugusio pacientų skaičiaus. Šio vertinimo vienas iš trūkumų – fizinio aktyvumo duomenų pagal amžiaus grupes stoka, todėl FA intervencijos teikimo modeliavimas pagal amžiaus grupes, įvertinant ligų, išsivystančių dėl fizinio neaktyvumo našta, neatliktas. Kiti autoriai, naudoję Lietuvos duomenis, įvertino, jog 3–5,4 proc. LNL būtų galima išvengti, jei fizinis neaktyvumas kaip rizikos veiksnys būtų pašalintas.⁵⁵ Šiame vertinime taikyta prielaida apie FA intervencijos veiksmingumą paremta vieno kontroliuojamo atsitiktinių imčių tyrimo (kuriame taikytos FA intervencijos komponentai, panašūs į šiame vertinime pasirinktos intervencijos) rezultatais. Nors šis tyrimas priskirtinas aukšto lygmens įrodymų grupei, šiame vertinime buvo pasirinktos pesimistinės prielaidos, kad fizinio aktyvumo intervencijos veiksmingumas sumažės (vienpusė jautrumo analizė B scenarijus) ir dalis (25 proc.) pacientų jos nebaigs. Sveikatos priežiūros kaštai, tenkantys vienam ligos atvejui, buvo apskaičiuoti kitų autorių naudojant Lietuvos duomenis, todėl jie perskaičiuoti ir pakoreguoti atsižvelgiant į infliaciją. Nepaisant trūkumų ir galimų skaičiavimo paklaidų, atliktas vertinimas leidžia teigti apie PAASPI teikiamos FA intervencijos ekonominį naudingumą. Gauti rezultatai rodo, kad yra tikslinga įgyvendinti FA intervenciją pirminėje sveikatos priežiūros sistemoje, siekiant efektyviau valdyti LNL. Prieš priimant sprendimą įgyvendinti FA intervenciją šalyje tikslinga sukurti jos teikimo algoritmą ir jį išbandyti pasirinktoje (-se) PAASPI, siekiant įvertinti intervencijos organizavimo ir teikimo ypatumus.

Išvados

Pradinės fizinio aktyvumo intervencijos įgyvendinimo PAASPI investicijos sudarytų apie 25 200 Eur. Kasmet šios intervencijos teikimo kaštai būtų apie 496 245,12 Eur. Vienam fiziškai neaktyviam pacientui, kuris taptų fiziškai aktyvesnis ir išvengtų ligų, tektų apie 1971,27 Eur fizinio aktyvumo intervencijos teikimo kaštų. PAASPI trejus metus teikiamos fizinio aktyvumo intervencijos ekonominė nauda, vertinant sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos sistemų aspektu, būtų 4 533 373,29 Eur per 10 metų. Vienas investuotas euras į šią intervenciją sveikatos priežiūros sistemai duotų 4 arba 2 Eur grąžą.

Literatūra

1. Anokye, N. K., Lord, J., Fox-Rushby, J., Is brief advice in primary care a cost-effective way to promote physical activity? *British Journal Sports Medicine*, 2014, 48: 202–206.
2. Armit, C. M., Brown, W. J., Marshall, A. L., et al., Randomized trial of three strategies to promote physical activity in general practice, *Preventive Medicine*, 2009, 48 (2):156–163.

55 Ding, D., Lawson, K. D., Kolbe-Alexander, T., et al., *supra* note 2.

3. Brenner, D. R. Cancer incidence due to excess body weight and leisure-time physical inactivity in Canada: implications for prevention, *Preventive Medicine*, 2014, 66: 131–139.
4. Council recommendation on promoting health-enhancing physical activity across sectors. Council of the European Union, *Official Journal of the European Union*, 2013, C 354/1.
5. Ding, D., Lawson, K. D., Kolbe-Alexander, T., et al., The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases, *Lancet*, 2016, 388 (10051).
6. Garrett, S., Elley, C. R., Rose, S. B., et al., Are physical activity interventions in primary care and the community cost-effective? A systematic review of the evidence, *The British Journal of General Practice*, 2011, 61: 125–133.
7. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015, *Lancet*, 2016, 388: 1659–1724.
8. G. C, V. S., Suhrcke, M., Hardeman, W., et al., Cost-effectiveness and value of information analysis of brief interventions to promote physical activity in primary care, *Value Health*, 2018, 21 (1): 18–26.
9. GC, V., Wilson, ECF., Suhrcke, M., et al. Are brief interventions to increase physical activity cost-effective? A systematic review. *British Journal of Sports Medicine*. 2016; 50: 408–417.
10. *Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world*. World Health Organization. Geneva: WHO, 2018.
11. *Global recommendations on Physical Activity for Health. 18–64 years old*. World Health Organization, 2001, <http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/> [žiūrėta 2018-03-02].
12. Janonienė, R., Radzevičiūtė, I., Sobutienė, A., Valintėlienė, R., Suaugusių asmenų fiziniam aktyvumui skatinti taikomų intervencijų veiksmingumas: sisteminė apžvalga ir metaanalizė, *Visuomenės sveikata*, 2015, 4 (71): 10–26.
13. Kallings, L. V. The organisation of promoting physical activity in health care – examples from Nordic countries, *Clinical Health Promotion*, 2016, 6: 27–30.
14. Klaipėdos rajono savivaldybės tarybos 2019 m. birželio 27 d. sprendimas Nr. T11-191 „Klaipėdos rajono gyventojų sveikatą stiprinančio fizinio aktyvumo skatinimo intervencijų tvarkos aprašas“, <<https://www.klaipedos-r.lt/index.php?785662338>> [žiūrėta 2019-08-25].
15. Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., et al., Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy, *Lancet*, 2012, 380 (9838): 219–229.
16. *Lietuvos gyventojų fizinio aktyvumo tyrimas*. Kūno kultūros ir sporto departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. Vilnius, 2016, <https://kksd.lrv.lt/uploads/kksd/documents/files/Statistika/Tyrimai/2016_gruodzio_Spinter_ataskaita_Lietuvos_gyventoju_fizinio_aktyvumo_tyrimas.pdf> [žiūrėta 2018-02-20].
17. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2017 m. birželio 28 d. nutarimas Nr. 534 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2017 m. birželio 21 d. nutarimo Nr. 496 „Dėl

- Lietuvos Respublikos darbo kodekso įgyvendinimo“ pakeitimo“ ir juo patvirtintas „Sutrumpinto darbo laiko normų ir apmokėjimo tvarkos aprašas“, *Teisės aktų registras*, 2017, Nr. 11190, <<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/29b996a15d6811e7a53b83ca0142260e>> [žiūrėta 2018-10-20].
18. Lion, A., Vuillemin, A., Thornton, J. S., et al., Physical activity promotion in primary care: a utopian quest? *Health Promotion International*, 2018: 1–10.
 19. Orrow, G., Kinmonth, A. L., Sanderson, S., et al., Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials, *BMJ*, 2012, 344: 1389.
 20. Pavey, T. G., Anokye, N., Taylor, A. H., et al., The clinical effectiveness and cost-effectiveness of exercise referral schemes: a systematic review and economic evaluation, *Health Technology Assessment*, 2011, 15: 1–254.
 21. Petronytė, G., Janonienė, R., Suaugusiems asmenims skirtų fizinio aktyvumo intervencijų, kurias vykdančios savikontrolės priemonės, veiksmingumas ir ekonominis efektyvumas, *Visuomenės sveikata*, 2017, 2 (77): 9–20.
 22. *Promoting physical activity in the health sector. Current status and success stories from the European Union member states of the WHO European Region*. World Health Organization. Copenhagen: WHO, 2018.
 23. Shi, C. R., Nambudiri, V. E., Research techniques made simple: cost-effectiveness analysis, *Journal of Investigative Dermatology*, 2017, 137 (7): 143–147.
 24. *Socialinių sąnaudų-naudos analizės metodinės gairės. Sprendimų poveikio baidgiamojo vertinimo gairės*. Ministro Pirmininko tarnyba. Vilnius: UAB Klaipėdos banga, 2011.
 25. *Sport and physical activity*. Report. European Commission. Special Eurobarometer 472, 2018.
 26. Statista. Forecast of the smartphone user penetration rate in Lithuania from 2015 to 2020, <<https://www.statista.com/statistics/568195/predicted-smartphone-user-penetration-rate-in-lithuania/>> [žiūrėta 2018-03-02].
 27. *Tackling NCDs: 'best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases*. World Health Organization. Geneva: WHO, 2017.
 28. The Organization for Economic Co-operation and Development, <<https://data.oecd.org/conversion/exchange-rates.htm#indicator-chart>> [žiūrėta 2018-10-20].
 29. Tong, H. L., Laranjo, L., The use of social features in mobile health interventions to promote physical activity: a systematic review, *npj Digital Medicine*, 2018, 1: 43.
 30. Wendel-Vos, G. C., Schuit, A. J., Feskens, E. J., et al., Physical activity and stroke. A meta-analysis of observational data, *International Journal of Epidemiology*, 2004, 33 (4): 787–798.
 31. Woods, B., Revill, P., Sculpher, M., Claxton, K., Country-level cost-effectiveness thresholds: initial estimates and the need for further research, *Value in Health*, 2016, 19 (8): 929–935.

ECONOMIC EVALUATION OF THE IMPLEMENTATION OF PHYSICAL ACTIVITY INTERVENTION FOR ADULT PATIENTS IN PRIMARY HEALTH CARE SETTINGS

Summary. *This article analyses the implementation cost of the physical activity intervention in primary health care settings and economic benefits from the healthcare and social systems perspective over 10 years. The economic evaluation of the physical activity intervention was carried out by estimating it's the initial investment cost and the cost over 3 years. The cost - benefit analysis was used to estimate the savings of the health care costs per case of disease and the sickness benefits. Besides, the cost per life years saved of the physical activity intervention was estimated. One way sensitivity analysis was performed to assess two scenarios of the physical activity intervention effectiveness. The initial investment cost of the physical activity intervention would be around 25 200 Eur, whereas the implementation cost would be 1 513 935,37 Eur over 3 years. Its net benefit would be 4 533 373,29 Eur (optimistic scenario) or 1509185,72 Eur (pessimistic scenario) from the healthcare and social systems perspective over 10 years, respectively one euro invested in this intervention would yield a return of 4 Eur or 2 Eur. The cost of one physically inactive patient who would become physically active and prevent diseases would ranke from 1971 Eur (optimistic scenario) to 3953 Eur (pessimistic scenario). This intervention implementation in primary health care setting would safe from 407 (optimistic scenario) to 203 (pessimistic scenario) life years, whereas the cost per life years saved would ranke from 3949,11 Eur to 7918,85 Eur. The physical activity intervention implementation in primary health care setting may be economically beneficial from the healthcare and social systems perspective.*

Keywords: *primary health care setting, physical activity, intervention, cost - benefit analysis, economic evaluation.*

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

Raimonda Janonienė, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Visuomenės sveikatos fakulteto Profilaktinės medicinos katedros doktorantė. Mokslinių tyrimų kryptis: sveikatos technologijų vertinimas.

Gintare Petronytė, doctor of biomedicine, Institute of Hygiene. Research interests: health technology assessment, health system research, health policy.

Raimonda Janonienė, a doctoral candidate, Department of Preventive Medicine of Faculty of Public Health, Lithuanian University of Health Sciences. Research interests: health technology assessment.

ELEKTRONINĖS PRISIRAŠYMO PASLAUGOS ANALIZĖ VARTOTOJŲ POŽIŪRIU

Tomas Vedlūga

Mykolo Romerio universitetas
Ateities g. 20, LT-08303, Vilnius, Lietuva
Elektroninis paštas: tomas.vedluga@mruni.eu

Birutė Mikulskienė

Mykolo Romerio universitetas
Ateities g. 20, LT-08303, Vilnius, Lietuva
Elektroninis paštas: birute.mikulskiene@mruni.eu

Daiva Čepuraitė

VŠĮ Centro poliklinika
Pylimo g. 3, LT-01117, Vilnius, Lietuva
Elektroninis paštas: daiva.cepuraite@pylimas.lt

Pateikta 2019 m. vasario 21 d., parengta spausdinti 2019 m. lapkričio 22 d.

DOI: 10.13165/SPV-19-1-11-05

Santrauka. Pamatuoti teikiamą elektroninių paslaugų naudą yra sunku dėl informacijos ir ryšių technologijų taikymo įvairovės bei greitos transformacijos. Sveikatos priežiūros sferoje atsiranda dar daugiau sunkumų dėl šios srities specifiškumo ir plataus suinteresuotųjų rato. Todėl teikiant viešąsias elektronines sveikatos paslaugas, vis labiau orientuojamasi į vartotoją. Ne mažiau svarbu ir vartotojų žinios apie tokias paslaugas, noras ir gebėjimas jomis naudotis. Straipsnyje pristatoma 2016 m. atliktas elektroninės prisirašymo paslaugos suinteresuotųjų šalių tyrimas. Pacientai ir sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojai dalyvavo kiekybiniame tyrime, kuriuo siekta atskleisti jų požiūrį į elektroninę prisirašymo paslaugą ir įvairius jos aspektus. Elektroninės prisirašymo paslaugos taikymas vartotojams turi būti nuolatinis procesas, kurio metu reikia eksperimentuoti su paslauga ir analizuoti rezultatus. Šis procesas tiesiogiai priklauso nuo elektroninės paslaugos specifikos ir vartotojų poreikių bei noro ja naudotis. Norą naudotis elektroninėmis paslaugomis nulemia daugelis veiksnių, tokių kaip naudojimo įpročiai ir vartotojo elgsena.

Tyrime naudojama aprašomosios statistikos ir neparametrinės statistikos analizė, kurios pagrindą sudaro tyrime dalyvaujančių kintamųjų tarpusavio ryšys. Keliamos hipotezės, remiantis demografinių ir kitų aspektų priklausomybe. Statistinė duomenų analizė atskleidė, kad elektroninės prisirašymo paslaugos elementai yra priklausomi nuo tam tikrų demografinių aspektų, tokių kaip amžius arba išsilavinimas. Nors elektroninėmis paslaugomis labiau linkęs pasinaudoti jaunimas (49,1 proc.), negalima eliminuoti nė vieno iš segmentų, nes kie-

kvienas jų yra potencialus pacientas. Kuriant elektroninę prisirašymo paslaugos vizualizaciją, reikėtų vadovautis universaliu dizainu, kai kuriama vartotojo aplinka nereikalauja jokio specialaus pasirengimo ir ja gali naudotis visi: vaikai, suaugusieji, vyrai, moterys, senyvo amžiaus žmonės, neįgalieji, įvairių tautybių ir kitų skirtumų turintys žmonės.

Reikšminiai žodžiai: elektroninė paslauga, elektroninė prisirašymo paslauga, elektroninė sveikata.

Įvadas

Sveikatos priežiūros paslaugų teikimas yra išskirtinė, su žmogaus sveikata ir gyvenimo kokybe susijusi sritis, kurios paslaugų gavėjai ypač jautrūs nekokybiškoms suteiktoms paslaugoms. Vis daugiau sveikatos priežiūros paslaugų perkeliama į elektroninę erdvę, todėl atsiranda būtinybė nagrinėti elektroninę paslaugų arba sveikatos priežiūros elektroninių paslaugų kokybę. Klasikiniai kokybės apibrėžimai, kurie buvo suformuluoti prieš kelis dešimtmečius ir davė tvirtus pagrindus tolimesniems kokybės tyrimams, iki šiol naudojami kaip pamatiniai tiriant paslaugų kokybę. J. M. Juran¹ kokybę įvardija kaip tinkamumą naudoti. Autoriaus teigimu, vartotojas yra pagrindinis teisėjas, kurio poreikius turi kuo tiksliau atitikti įstaigos siūlomos paslaugos. Taigi jis ir nulemia tinkamumo ir poreikių atitikimo lygį. Kokybės ir vartotojo neatsiejamą sąsają pabrėžė ir W. Deming², teigdamas, kad vartotojo lūkesčiai sudaryti ne tik iš dabarties, bet ir iš ateities perspektyvos. Kito klasiko B. Crosby teigimu, kokybė – tai reikalavimų atitikimas. Pasak jo, ji turi būti aiškiai ir išmatuojamai apibrėžta, kad galėtų padėti vadovybei priimti reikiamus sprendimus.³

Bendros kokybės sąvokos apima ir prekių, ir paslaugų sritis, pastaroji pasižymi sudėtingesne koncepcija, kurią lėmė komplikuota paslaugų neapčiuopiamumo, teikimo, teikėjo ir vartotojo sąveikos prigimtis.^{4, 5} Nors susitarimas dėl kokybės gerinimo būtinybės yra beveik universalus, priemonės, kuriomis būtų galima efektyviai įgyvendinti šį poreikį, nėra visiškai išaiškintos ir bendrai sutartos.⁶ Vienas iš kokybės gerinimo būdų – jos įvertinimas ir, remiantis gautais rezultatais, gebėjimas priimti atitinkamus sprendimus, siekiant geresnio paslaugų teikimo, kuris nulemtų bendrą klientų pasitenkinimą ir pasitikėjimą įstaiga. Paslaugų kokybės vertinimo modeliai varijuoja – tai priklauso nuo to, kaip atliekamas vertinimas. Vertinant išskiriamos kategorijos, lygmenys, kriterijai, rodikliai, specifiniai veiksniai, grupuojama ir tipus arba būkles.⁷ Tačiau visuose paslaugų kokybės vertinimo modeliuose akcentuojama vartotojo vaidmens svarba. Vartotojo vaidmuo vyrauja

-
- 1 Juran, J. M., The quality improvement process, in: J. M. Juran, A. Blanton Godfrey, *Juran's Quality Handbook*. McGraw-Hill, 1999, p. 124–197.
 - 2 Deming, W., Leadership for quality, *Executive Excellence*, 1994, 11 (6): 3–5.
 - 3 Suarez, J. G., Three experts on quality management: Philip B. Crosby, W. Edwards Deming, Joseph M. Juran, *Total Quality Leadership Office*, 1992, <http://dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/a256399.pdf>.
 - 4 Bagdonienė, L., Hopenienė, R., *Paslaugų marketingas ir vadyba*: vadovėlis. Kaunas: Technologija, 2004.
 - 5 Vengrienė, B., *Paslaugų vadyba*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla, 2006.
 - 6 Glickman, S. W., Bagget, K. A., Krubert, C. G., Peterson, E. D., Schulman, K. A., Promoting quality: the health - care organization from a management perspective, *International Journal for Quality in Health Care*, 2007, 19 (6): 341–348.
 - 7 Kinderis, R., Žalys, L., Zalienė, I., Paslaugų kokybės vertinimas viešbučių versle, *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*, 2011 1 (21): 86–100.

ir vertinant elektroninių paslaugų kokybę. Todėl teikiant viešąsias elektrones sveikatos paslaugas, vis labiau orientuojamasi į vartotoją, jo sveikatą ir IT raštingumą, žinias apie tokias paslaugas, norą ir gebėjimą jomis naudotis.

Nors sveikatos priežiūros specialistai ir mokslininkai pripažįsta ir naudoja vartotoją (pvz., pacientų) pasitenkinimą kaip vieną iš kokybės vertinimo įrankių, tuo pat metu matomi ir šio vertinimo tam tikri trūkumai: nepakankamos vartotojų žinios apie teikiamas elektrones paslaugas, jų pobūdį, technologijas, taikomas procedūras. Taip pat vertinimą paveikia subjektyvus kokybės supratimas ir nepagrįsti, dažnai per dideli lūkesčiai, vartotojų asmeninės savybės ir nuostatos. Pabrėžiama, kad gaunami vartotojų pasitenkinimo rezultatai vis dar nėra pakankamai išsamūs objektyviam viso elektroninių paslaugų proceso kokybės įvertinimui.^{8, 9, 10}

Tyrimo tikslas – išanalizuoti elektroninę prisirašymo paslaugą pagal pažangių elektroninių paslaugų savybes ir nustatyti vartotojų požiūrį.

Elektroninė prisirašymo paslauga

Europos Komisijos direktyvose¹¹ elektroninė paslauga apibrėžiama kaip elektroninėmis priemonėmis per atstumą asmeniškai paslaugos gavėjo prašymu teikiama paslauga. Pagal Europos Parlamento ir Tarybos direktyvos techninius standartus ir reglamentus¹², elektroninėmis paslaugomis nelaimamos paslaugos, turinčios materialųjį turinį, nors ir teikiamos elektroniniais prietaisais (pvz., grynųjų pinigų ar bilietų automatai, geležinkelio bilietai, užmokesčio už naudojimąsi kelių tinklais nustatymas). Mokslinėje literatūroje diskutuojama dėl pažangių elektroninių paslaugų sąvokos, tačiau bendro termino nėra. Vadovaujantis Informacinės visuomenės plėtros komiteto pateiktu elektroninių paslaugų apibrėžimo, tipizavimo ir vertinimo modeliu vartojama pažangių elektroninių paslaugų sąvoka, kuri turi turėti tam tikras sąlygas (žr. 1 lentelę). Kadangi elektroninė prisirašymo paslauga priskiriama 4 elektroninės paslaugos tipui, kurio rezultatas yra paslaugos gavėjo registracija kitoms paslaugoms gauti¹³, ji tenkina 6 iš 10 pažangios elektroninės paslaugos savybes, 3 iš dalies ir vienos neatitinka.

8 Donabedian, A., The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 1998 260: 1743–1748; Donabedian, A., Evaluating the Quality of Medical Care, *Milbank Quarterly*, 2005, 83: 691–729.

9 Piligrimienė, Ž., Bučiūnienė, I., Health care quality evaluation: medical and marketing approach, *Organizacijų vadyla: sisteminiai tyrimai*, 2005 34: 127–140.

10 Purcărea, V. L., Gheorghe, I. R., Petrescu, C. M., The assessment of perceived service quality of public health care services in Romania using the SERVQUAL scale, *Procedia Economics and Finance*, 2013, 6: 573–585.

11 Europos Parlamento ir Tarybos direktyvos 98/48/EB, iš dalies keičiančios direktyvą 98/34/EB, nustatančios informacijos apie techninius standartus ir reglamentus teikimo tvarką, 1998.

12 *Ibid.*

13 Lietuvos Respublikos susisiekimo ministro įsakymas Nr. 3-416 (1.5 E) „Dėl metodinių dokumentų patvirtinimo“, 2015, <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/149e25a06d2e11e5b316b7e07d98304b/asr>.

1 lentelė. Pažangių elektroninių paslaugų savybės

Savybės	Paaškinimas	El. prisirašymo paslauga
Sudėtinės	Į vieną visumą sujungtos atskiros el. paslaugos	Taip
Proaktyvios	El. paslaugos, kurios suteikiamos be atskiros paslaugos gavėjo kreipimosi ir sutikimo, arba automatinis informavimas apie galimas užsakyti el. paslaugas.	Ne
Orientuotos į tinkamumą vartotojui	Navigacija, informacijos pateikimas, turinys, interaktyvumas yra orientuoti į tinkamumą vartotojui.	Iš dalies
Sukūrimas pagrįstas paslaugos teikimo procesų reinžinerija	Įvykdytas paslaugos teikimo proceso, įskaitant vidinius institucijų procesus (angl. <i>back-office</i>), optimizavimas.	Taip
Orientuotos į automatinį paslaugos gavėjo ir kitų reikalingų duomenų surinkimą	Duomenys apie fizinius ir juridinius asmenis turi būti prieinami kitoms institucijoms, teikiančioms el. paslaugas.	Iš dalies
Pasiekiamos įvairiais el. kanalais ir prietaisais	Pritaikytos naudoti įvairiais informacinių ir ryšių technologijų kanalais ir priemonėmis.	Taip
Teikiamos tik el. būdu (angl. <i>digital by default</i>)	Visiškai tenkina paslaugos gavėjų ir paslaugos teikėjų lūkesčius, todėl visi vartotojai, kurie turi galimybę naudotis el. paslauga, ja naudojami el. būdu.	Taip
Teikiamos ir (arba) pasiekiamos per vieną prieigos tašką, t. y. vieno langelio principu	Viešosios ir administracinės el. paslaugos teikiamos ir (arba) pasiekiamos per Elektroninių valdžios vartų portalą (www.epaslaugos.lt).	Taip
Orientuotos į naujausių (inovatyvių) technologinių sprendimų panaudojimą	Kuriamos tiek panaudojant naujausius inovatyvius technologinius sprendimus el. paslaugoms teikti, tiek kuriant naujus (dar nesukurtus) inovatyvius technologinius sprendimus.	Iš dalies
Tarpvalstybinės	Galima užsisakyti ir rezultatą gauti būnant kitoje negu paslaugos teikimo vieta valstybėje.	Taip

Pažangios elektroninės paslaugos turi būti proaktyvios¹⁴, tačiau elektroninė prisirašymo paslauga šiuo metu neužtikrina, kad suteikiamos paslaugos būtų be atskiros paslaugos gavėjo kreipimosi ir sutikimo arba automatiškai informuotų apie galimas užsakyti elektronines paslaugas (žr. 1 lentelę). Analizės metu nustatyta, kad tik iš dalies elektroninis prisirašymas yra orientuotas į tinkamumą vartotojui, į automatinį paslaugos gavėjo ir kitų reikalingų duomenų surinkimą bei į naujausių (inovatyvių) technologinių sprendimų panaudojimą. Taigi teikiama elektroninė prisirašymo paslauga tenkina 60 proc. pažangių elektroninių paslaugų savybių. Galima teigti, kad ji įgyvendinta optimaliu formatu, neatkartojant „popierinio“ varianto procesų, t. y. duomenų pildymo formos supaprastintos, paslaugos teikimo procesas optimizuotas. Taip pat paslauga pasiekiamą įvairiais elektroniniais kanalais ir prietaisais, tačiau dar neišnaudojant visų galimų variantų, tokių kaip mobiliosios aplikacijos. Paslauga teikiama ir pasiekiamą per vieną prieigos tašką (vieno langelio principu) visą parą neribojant geografiniu aspektu.

14 Informacinės visuomenės plėtros komiteto direktoriaus įsakymas Nr. T-65 „Dėl Kuriamų viešųjų ir administracinių elektroninių paslaugų tinkamumo naudotojams užtikrinimo priemonių metodinių rekomendacijų patvirtinimo“, 2014, <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/f67d96a0d4bd11e39bf688e133d06adf?jfwid=rivwzvpvg>.

Tyrimo objektas ir metodas

Atsižvelgiant į užsienio šalių atliktus tyrimus, taip pat į „pažangių“ elektroninių paslaugų apibrėžimą ir sampratą, parengtas preliminarus elektroninių paslaugų vertinimo kriterijų sąrašas.¹⁵ Pirminiai nustatyti elektroniniai paslaugų vertinimo kriterijai yra automatinis paslaugos proceso vykdymas, automatinis paslaugos gavėjo ir kitų reikalingų dokumentų ir duomenų gavimas, elektroninės paslaugos įtraukimas į sudėtinę elektroninę paslaugą, patogumas vartotojui, elektroninės paslaugos pasiekiamumas vieno langelio principu, elektroninės paslaugos gavėjo kontaktų su institucija skaičius, bendro naudojimo IT sprendimų naudojimas ir paslaugos rezultato perkėlimo į elektroninę erdvę branda. Atliktas tyrimas iš esmės buvo orientuotas siekiant įvertinti paslaugos patogumą vartotojui pagal vieną iš elektroninės paslaugos vertinimo kriterijų.

Tyrimas atliktas VšĮ Centro poliklinikoje pasitelkus dvi kontrolines tiriamųjų grupes: pacientus ir darbuotojus (slaugytojas). Tokį skirstymą lėmė skirtingas respondentų atstovavimas suinteresuotosioms šalims ir galimas požiūrių išsiskyrimas vertinant e. sveikatą. Respondentų geografinis pasiskirstymas – Vilniaus miestas.

Apklausiant respondentus pacientus buvo atliekamas empirinis kiekybinis tyrimas, kuriam pasirinktas apklausos internetu metodas. Toks tyrimo būdas pasirinktas, nes veiksniai, lemiantys vartotojo įsitraukimą, gali būti skirtingi kiekvienam individui. Jie priklauso nuo išorinių, vidinių ir kitų veiksnių, todėl reikia sužinoti daugumos nuomonę ir išanalizuoti, kad būtų galima pamatyti bendras tendencijas. Tyrimo metu apklausti tik paslauga pasinaudoję pacientai, kurių amžius – nuo 15 iki 74 metų, ir tai užtikrino tyrimo reprezentatyvumą. Tyrimas atliktas 2016 m. gegužę–birželį. Generalinis visumos dydis – 400 respondentų. Reikalingam tyrimui su 95 proc. tikimybe ir 5 proc. paklaida reikėtų apklausti 127 pacientus. Bet vykdytame tyrime buvo apklausta 93 respondentai (atsako dažnis – 23,3 proc.), todėl gauti tyrimo rezultatai gali būti tik rekomendacinio pobūdžio.

Apklausiant respondentus slaugytojus buvo atliekamas empirinis kiekybinis tyrimas, kuriam pasirinktas apklausos metodas. Tokį pasirinkimą nulėmė apklausoje dalyvaujančių respondentų skirtingos galimybės ir gebėjimas naudotis šiuolaikinėmis informacinėmis priemonėmis, skirtingas požiūris ir reiškinių supratimas bei jų reikšmingumo vertinimas – etnografija. Taikytas tikimybinis tiriamųjų grupių parinkimo būdas – paprastoji atsitiktinė imtis, kai visi tiriamosios populiacijos elementai turi tikimybę pakliūti į imtį.¹⁶ Generalinis visumos dydis – 27 respondentai. Reikalingam tyrimui su 95 proc. tikimybe ir 5 proc. paklaida reikėtų apklausti 25 darbuotojus. Tyrime analizuojamos 23 anketos (atsako dažnis – 85,2 proc.).

Abiem kontrolinėms grupėms tiriamųjų anketos buvo vienodos. Klausimyną galima suskirstyti į keturis blokus: demografija, elektroninės paslaugos vizualizacija, informacija ir saugumas. Statistinei duomenų analizei naudotas statistinis paketas *SPSS 15.0 for Windows*. Rezultatai vertinti pagal išsilavinimą, amžių, einamas pareigas, respondentų tipą: pacientas ar darbuotojas. Rezultatų skirtumų statistinis reikšmingumas nustatytas

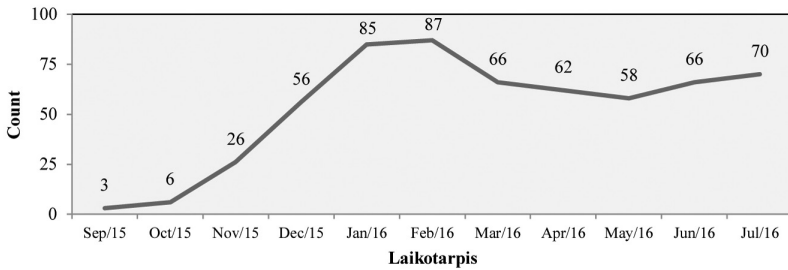
15 Informacinės visuomenės plėtros komiteto projektas „Elektroninių paslaugų apibrėžimo, tipizavimo ir vertinimo modelio parengimo paslaugos“, 2014; <https://ivpk.lrv.lt/lt/ivpk-leidiniai/elektroniniu-paslaugu-apibrezimo-tipizavimo-ir-vertinimo-modelis>.

16 Kardelis, K., *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. Kaunas: Judex, 2002.

pagal χ^2 kriterijų. Statistinio reikšmingumo lygmuo – $p < 0,05$. Darant išvadas atsižvelgta į ryšio tarp kintamųjų buvimą, ryšio stiprumą ir jo statistinį reikšmingumą.

Rezultatai

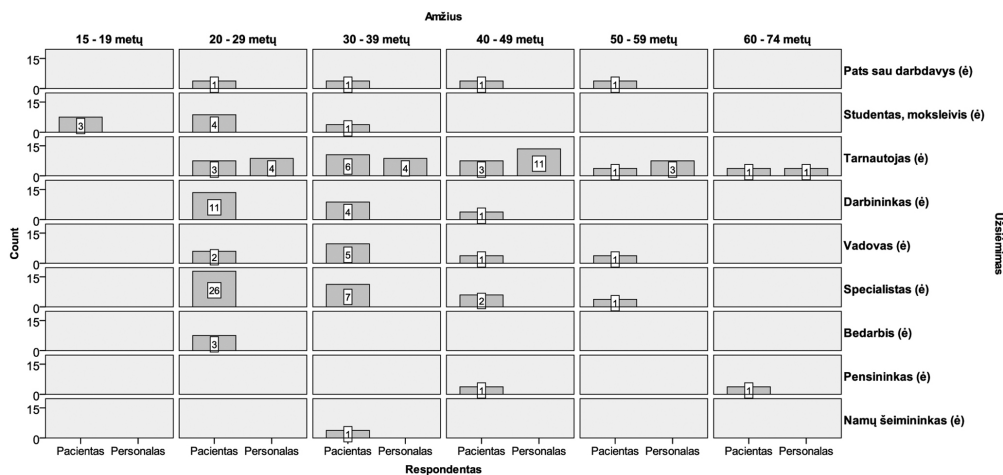
VšĮ Centro poliklinikoje nuo 2015 m. rugsėjo iki 2016 m. liepos įdiegta elektronine prisirašymo paslauga pasinaudojo 585 pacientai. 53,8 proc. sudarė moterys, o vyrų prisirašė 270. Daugiausia tai jauni iki 29 metų pacientai (49,1 proc.). Vyriausias, pasinaudojęs elektronine prisirašymo paslauga, buvo 81 metų pacientas. Matoma tendencija, kad elektronine paslauga naudojasi vis daugiau pacientų (1 pav.). Daugiausia tai padarė sausį ir vasarį (172 pacientai). Vasarą rodikliai sumažėjo, tačiau rudenį prognozuotas padidėjimas.



1 pav. Pacientų, pasinaudojusių elektronine prisirašymo paslauga, skaičius

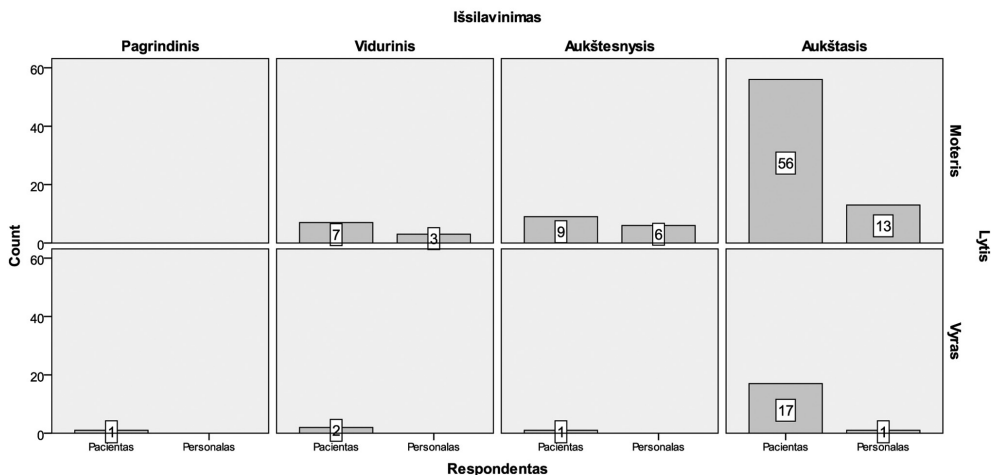
Vidutinis vykdyto tyrimo respondentas yra 20–29 metų moteris specialistė, turinti aukštąjį išsilavinimą, gyvenanti Vilniuje. Tyrimo dalyviai elektroninę prisirašymo paslaugą traktuoja kaip patogesnę būdą atlikti veiksmą, kuris taupo laiką ir finansus. Jiems priimtinausias nesudėtingas dizainas ir duomenų išdėstymas. Taip pat svarbus paprastas ir saugus atsiskaitymo būdas. Tokie tikslinei vartotojų grupei svarbu, kad paslaugos būtų pasiekiamos įvairiais ir inovatyviais elektroniniais kanalais ir prietaisais.

Statistiškai respondentų, kurių amžius 20–29 metai ir kurie naudojami elektronine prisirašymo prie asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – ASPI) paslauga, yra daugiausia. Respondentų pacientų spektras apima visas amžiaus grupes nuo 15 iki 74 metų. Buvo apklausti 3 bedarbiai, 2 pensininkai, 9 vadovai, 8 studentai ir 1 namų šeimininkė (2 pav.). Didžioji dalis respondentų 102 (89 proc.) yra dirbantys žmonės, mažesnė respondentų dalis (14) – studentai, moksleiviai arba bedarbiai (11 proc.) Daugiausia apklausoje dalyvavo specialistų ir tarnautojų (62,9 proc.). Respondentų darbuotojų dalį daugiausia sudarė vidutinio 40–49 metų amžiaus žmonės.



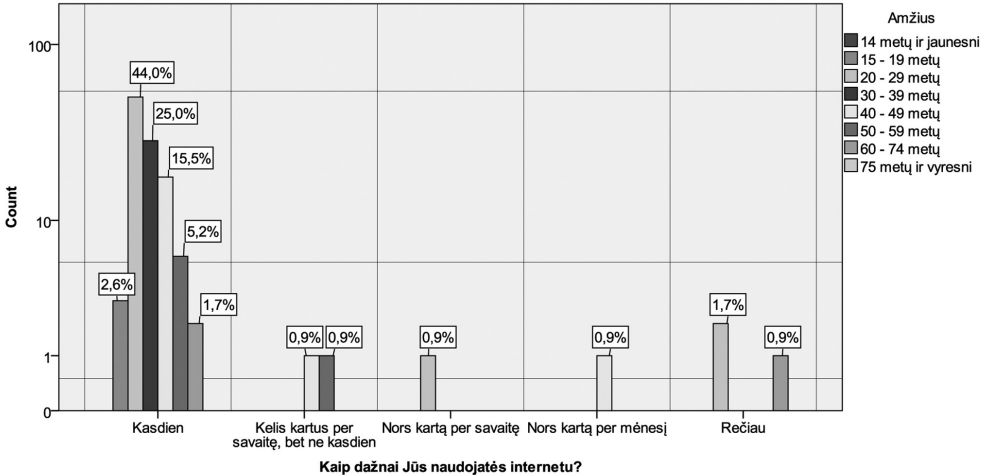
2 pav. Respondentų demografinis pasiskirstymas pagal amžiaus, užsiėmimo ir tipo grupes

Tyrime dalyvavo 116 respondentų (abi kontrolinės tiriamųjų grupės: pacientai ir darbuotojai), iš jų 94 (81 proc.) moterys ir 22 (19 proc.) vyrai. Darbuotojų kontrolinėje kategorijoje buvo 22 moterys ir 1 vyras, nes slaugytojo darbas populiariesnis tarp moterų. Pacientų kategoriją taip pat daugiausia sudarė moterys, vyrai – tik 20,7 proc. (2 pav.). Pagal lytį elektronine paslauga pasinaudojo apylygiai, t. y. 53,8 proc. moterų ir 46,8 proc. vyrų, tačiau moterys buvo aktyvesnės dalyvaudamos apklausoje. Didžioji dalis apklaustųjų turi aukštąjį išsilavinimą (75 proc), bet tarp respondentų yra 1 pacientas, įgijęs pagrindinį išsilavinimą. Darbuotojų kategorijoje taip pat vyrauja aukštasis išsilavinimas.



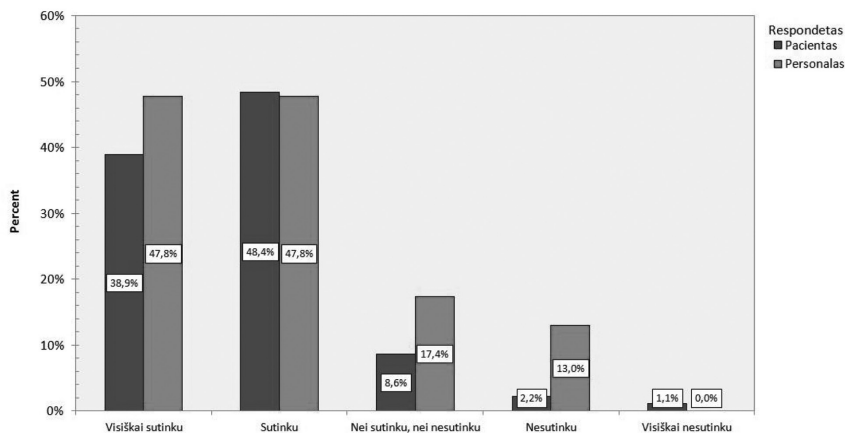
3 pav. Respondentų demografinis pasiskirstymas pagal išsilavinimą ir lytį

Remiantis lyginamąja analize matyti, kad didžioji dalis respondentų internetu naudojami kasdien (94 proc.). Tik 2,5 proc. respondentų internetu naudojami rečiau nei kartą per mėnesį. Darbuotojų kategorijoje slaugytojos internetu naudojami kasdien, nes tai yra jų darbo specifika. Internetu rečiau naudojami vyresnio amžiaus respondentai, nors matoma tendencija, kad vyresnio amžiaus žmonės vis dažniau linkę įsitraukti į elektronines paslaugas.



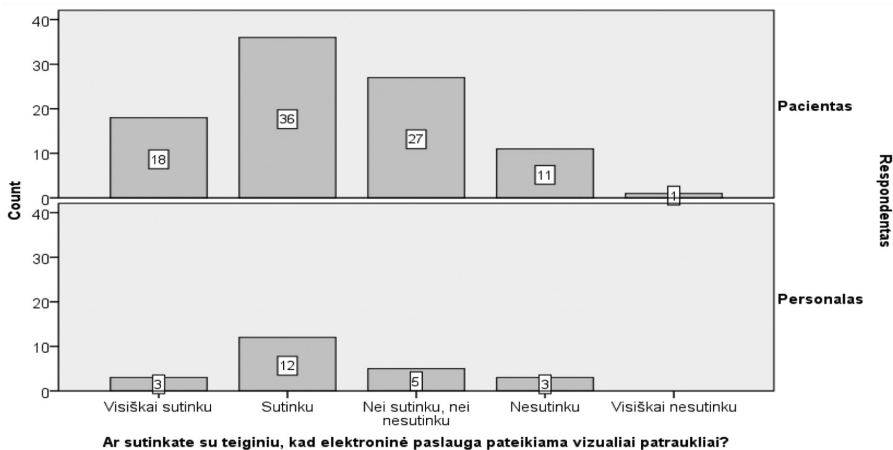
4 pav. Naudojimosi internetu tendencijos

Tyrimas vykdytas remiantis tuo, kad vartotojo įsitraukimą į elektronines paslaugas gali lemti veiksniai, susiję su jo elgsena bei elektroninės paslaugos vizualizacija ir funkcijų išdėstymo patrauklumu. Analizuojant, ar koncepcija yra tinkama, lyginami vartotojo įsitraukimas ir paslaugos vizualizacija vertinant respondentų tipus. Dauguma personalo darbuotojų ir pacientų sakė, kad elektroninė paslauga pateikiama aiškiai ir lengvai suprantamai. Personalas buvo linkęs labiau nesutikti su tokiu teiginiu (13 proc.) negu pacientai (3,3 proc.). Tokių darbuotojų požiūrį nulėmė kasdienis darbas su informacine sistema. Nuomonės neturėjo maždaug kas 5 darbuotojas ir kas 10 pacientas.



5 pav. Respondentų nuomonės procentinis pasiskirstymas dėl elektroninės prisirašymo paslaugos

Aprašomosios statistikos gauti bendrieji duomenys apie elektroninės paslaugos aiškumą ir lengvumą reikalauja atlikti išsamesnę analizę remiantis demografiniais aspektais, tokiais kaip amžius, užsiėmimas, lytis, išsimokslinimas. Siekiant ištirti, kokį ryšį demografiniai aspektai turi vartotojo požiūriui į elektroninę prisirašymo paslaugą, keliamos hipotezės. Pirmoji hipotezė yra ta, kad elektroninės paslaugos vizualizacija priklauso nuo išsilavinimo. Reikšmingumas didesnis už 0,05, todėl hipotezė atmetama. Elektroninės paslaugos vizualizacija nepriklauso nuo išsilavinimo. Taip pat ji nepriklauso nuo amžiaus, lyties, užsiėmimo, gyvenamosios vietos ar to, koks respondento tipo – pacientas ar darbuotojas. Tai gali lemti vartotojo vidiniai elgsenos veiksniai, tokie kaip poreikis, suvokimas, patirtis, nuomonė, psichologiniai aspektai.

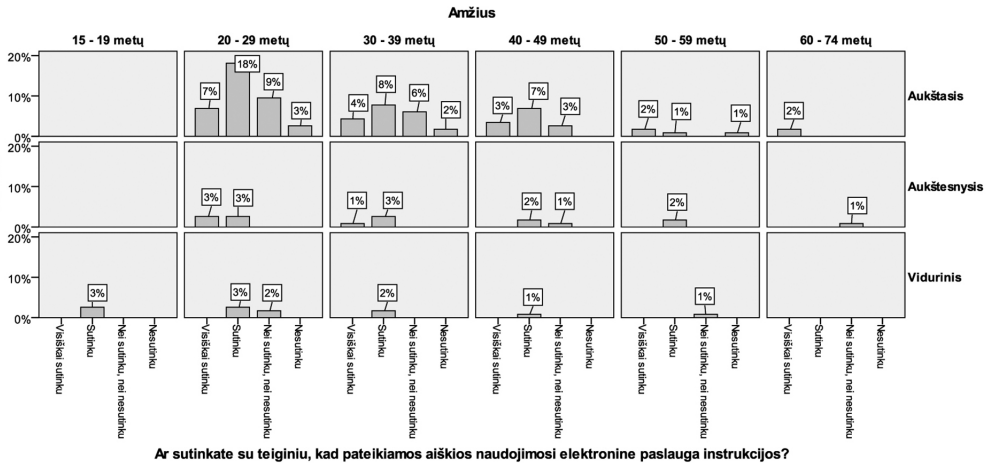


6 pav. Respondentų nuomonės procentinis pasiskirstymas dėl elektroninės paslaugos vizualizacijos

Kad elektroninė prisirašymo paslauga pateikiama vizualiai patraukliai, teigė daugiau nei pusė pacientų (58,3 proc.) ir įstaigos darbuotojų (65,2 proc.). Trečdalis pacientų ir ketvirtadalis darbuotojų neturėjo nuomonės, o likusi dalis atitinkamai prieštaravo tokiam teiginiui (5 pav.). Pastebima, kad pacientai paslauga pasinaudoja tik kartą, o darbuotojai su sistema dirba nuolat. Detalizuojant elektroninę prisirašymo paslaugos vizualizaciją, analizuojama, ar funkcijų parinkčių išdėstymas yra aiškus ir patogus. Keliami antroji hipotezė, kad funkcijų parinkčių išdėstymas priklauso nuo išsilavinimo, amžiaus, užsiėmimo, lyties, gyvenamosios vietos ar to, koks respondento tipas – pacientas ar darbuotojas. Tačiau reikšmingumas didesnis už 0,05, todėl hipotezė atmetama, išskyrus, kad funkcijų išdėstymas priklauso nuo lyties, nes reikšmingumas truputį mažesnis už ribinę reikšmę. Galima teigti, kad moterys yra linkusios vertinti palankiau funkcijų išdėstymą (74,5 proc) negu vyrai – jie linksta nesutikti arba neturi nuomonės (50,1 proc.).

Vartotojo įsitraukimą į elektronines paslaugas lemia ne tik veiksniai, susiję su vartotojo elgsena, bet ir informacijos, pateikiamos apie elektroninę paslaugą, kiekis. Todėl analizuojama, kiek informacijos pateikiama apie elektroninę paslaugą, ar yra aiškios naudojimosi instrukcijos, ar esama būdų susisiekti su elektroninę paslaugą administruojančiais institucijos darbuotojais. Daugelyje atvejų demografinių aspektų ir pateikiamo informacijos kiekio ryšio nėra. Tik matomas labai silpnas amžiaus ir pakankamos informacijos kiekio ryšys. Vyresnio amžiaus žmonėms trūksta informacijos apie elektronines paslaugas.

Dažniausiai priklausomybės nėra tarp demografinių aspektų ir naudojimosi instrukcijomis. Nustatytas silpnas išsilavinimo ir žmonių įpročio naudotis instrukcijomis ryšys. Aukštesnį išsilavinimą turintys asmenys mažiau skaito instrukcijas, daugiau vadovaujasi nuojauta ir patirtimi. Kiti rodikliai yra proporcingai išsidėstę ir reikšmingumo santykis minimalus. Kad pateikiamos aiškios naudojimosi elektronine paslauga instrukcijos, teigė dauguma pacientų (75,2 proc.) ir darbuotojų (60,9 proc.). Neiškiriant amžiaus grupių ir respondentų statuso, dauguma sakė, kad instrukcijos yra aiškios (6 pav.).



7 pav. Respondentų nuomonės procentinis pasiskirstymas dėl naudojimosi instrukcijų

Svarbus aspektas yra tiesioginis respondentų ir elektroninę paslaugą administruojančių institucijos darbuotojų ryšys. Dauguma pacientų (68,8 proc.) ir darbuotojų (60,86 proc.) visiškai sutiko arba sutiko, kad yra pakankamai būdų, kaip susisiekti su elektroninę paslaugą administruojančios institucijos darbuotojais. Todėl grįžtamasis ryšys užtikrinamas. Detalizuodami analizę, tikrinome, ar grįžtamasis ryšys kokybiškas. Tikrinome hipotezę, kad atsakymas į užklausas priklauso nuo amžiaus, lyties, gyvenamosios vietos, išsilavinimo, užsiėmimo ar respondento tipo. Tačiau tarp kriterijų priklausomybės nėra. Dauguma pacientų (52,7 proc.) ir darbuotojų (47,8 proc.) sakė, kad juos pakonsultuoja greitai, tinkamai ir kompetentingai. Reikia pasakyti, kad didelė dalis respondentų neturėjo nuomonės šiuo klausimu, atitinkamai 44 proc. pacientų ir 43,5 proc. darbuotojų. Nedaug respondentų buvo nepatenkinti teikiamomis konsultacijomis.

Keliama hipotezė, kad gavus elektroninę paslaugą internetu nėra poreikio vykti į paslaugą teikiančią instituciją priklauso nuo respondento tipo. Reikšmingumas mažesnis už 0,05, todėl hipotezė patvirtinama. Pacientai (79,6 proc.) yra linkę manyti, kad nebėra poreikio vykti į paslaugą teikiančią instituciją, o darbuotojai (52 proc.) – atvirkščiai. Kitų demografinių aspektų ryšys nenustatytas.

Vertinant elektroninės prisirašymo paslaugos saugumą, priklausomybė matoma amžiaus grupėse ir tarp respondentų tipų. Nuo amžiaus priklauso elektroninės paslaugos saugumas. Vyresniems respondentams elektroninės paslaugos pateikimas atrodo nesaugus. Tos pačios amžiaus grupės darbuotojai neturi nuomonės, o pacientai linkę manyti, kad tai saugu. Didžiausias pasitikėjimas tarp specialistų ir vadovų, mažiausias – tarp tarnautojų. Studentai ir moksleiviai dažniausiai neturi nuomonės šiuo klausimu.

Diskusija

Atlikus tyrimą, matyti, kad respondentai nori turėti daugiau sveikatos priežiūros elektroninių paslaugų, ne tik prisirašyti ar registruotis – el. būdu jie norėtų gauti įvairių sveikatos pažymų ar užsisakyti dokumentų. Šiuo metu Lietuvoje geriausiai išplėtotos elektroninės viešosios paslaugos yra susijusios su gyventojų ir juridinių asmenų mokesčių deklaravimu, valstybinio socialinio draudimo įmokomis, maitinės deklaracijų ir statistinių duomenų pateikimu, įdarbinimu, viešųjų bibliotekų teikiamomis paslaugomis¹⁷ (Dzemydienė ir Naujikienė, 2007). Informacinės ir ryšių technologijos vis labiau skverbiasi į sveikatos priežiūros paslaugų sektorių. Nustatyta¹⁸, kad teikiamos elektroninės paslaugos leidžia taupyti laiką, pinigus, jos prienamos visą parą ir yra gera korupcijos prevencijos priemonė. Visi šie veiksniai pagrindžia elektroninių paslaugų naudą. Ieškant priežasčių ir siekiant atskleisti gyventojų naudojimosi elektronine prisirašymo paslauga bruožus, buvo keliamos hipotezės atsakant į klausimus, ar yra pakankamai informacijos apie teikiamą paslaugą ir kokie motyvai skatina ar trukdo naudotis elektronine prisirašymo paslauga. Vartotojo išitraukimą naudotis elektronine paslauga lemiantys veiksniai gali būti skirtingi kiekvienam individui. Veiksnių rinkinys dažniausiai priklauso nuo išorinių, vidinių ar kitų dalykų. Tačiau keliant hipotezes galima matyti bendras tendencijas, nuo ko tai priklauso.

17 Dzemydienė, D., Naujikienė, R., Elektroninių viešųjų paslaugų teikimo pavyzdžių analizė, *Informacijos mokslai*, 2007, 42: 226–232.

18 Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 2115. Vilnius, 2012.

Pastaruoju metu vis daugiau dėmesio skiriama ne tiek verbaliniam, kiek vizualiam elektroninių paslaugų pristatymui visuomenei¹⁹. Tam turi įtakos dvi aplinkybės: pirma, dėl nuolatinio ir didelio informacijos srauto žmonės neturi laiko įsiskaityti ir įsiklausyti į siūlomas paslaugas, jiems kur kas priimtinau vizualiai patraukli elektroninė paslauga. Antra, tai lemia sparčiai gausėjančios naujos informacinės technologijos, atveriančios anksčiau neregėtas jų panaudojimo galimybes veikti vartotojų nuostatas. Tyrimo metu nustatyta, kad elektroninės prisirašymo paslaugos vizualizacijos suvokimas neturi jokio ryšio su demografiniu aspektu, tokiu kaip išsilavinimas, amžius, lytis, užsiėmimas ar respondento tipas. Tačiau funkcijų parinkčių išdėstymo priimtumas priklauso nuo lyties. Dabar esamas elektroninio prisirašymo paslaugos funkcijų išdėstymas yra patrauklesnis moterims negu vyrams. Galima teigti, kad elektroninės paslaugos dizainas skirsis pagal pasirenkamą naudotojų auditoriją: vienas bus labiau priimtinesnis moterims, kitas – vyrams. Informacijos turinio ir kiekio santykio priimtumas priklauso nuo amžiaus. Tiriant nustatyta, kad vyresnio amžiaus žmonės norėtų daugiau ir aiškesnės informacijos apie teikiamą elektroninę prisirašymo paslaugą. Jie pageidautų įvairialypės ir platesnės informacijos, susijusios su teikiama paslauga. Jaunimas norėtų labiau susistemintos faktinės informacijos, kuri jiems būtų aktuali (žr. 2 lentelę).

Elektroninei prisirašymo paslaugai parengtos ir pateikiamos instrukcijos, kuriomis galima vadovautis, kaip teisingai prisirašyti prie ASPI. Visos hipotezės, kurios yra susijusios su naudojimosi instrukcijomis, išskyrus išsilavinimą, atmetamos. Aukštesnį išsilavinimą turintys asmenys mažiau skaito instrukcijas, daugiau vadovaujasi nuojauta ir patirtimi. Žemesnį išsilavinimą turintys asmenys daugiau dėmesio skiria instrukcijos turiniui, kokybei ir ja vadovaujasi. Galima daryti išvadą, kad instrukcijos skirtos daugiausia žemesnį išsilavinimą turintiems pacientams ir tiems, kurie šia paslauga naudojami pirmą kartą. Prieilaida, kad instrukcijų turinys priklauso nuo amžiaus grupės, nepasiteisino. Dauguma specialistų teigia, kad tinkamumas naudotis informacinėmis technologijomis susijęs su fiziniu ir intelektiniu vartotojo pastangų mažinimu naudojantis sistema, t. y. pateikiamos sistemos turi būti paprastos ir patogios²⁰, o tai savaime suponuoja mintį, kad instrukcijos nereikalingos.

Teikiant elektronines paslaugas tiesioginis teikėjo ir vartotojo ryšys yra labai ribotas, tad aktualu kurti ir alternatyvius būdus teikiant paslaugą. Dauguma respondentų sakė, kad yra pakankamai būdų susisiekti su institucija, teikiančia elektronines paslaugas, t. y. pasinaudoti telefonu arba elektroniniu paštu. Nepasitvirtino nė viena hipotezė, kuri susietų tokį teiginį ir demografinius aspektus. Tačiau gavus elektroninę paslaugą internetu, nuostatos, kad nėra poreikio vykti į paslaugą teikiančią instituciją, vertinimas priklauso nuo respondento tipo. Darbuotojai mano, kad vis tiek reikėtų vykti į sveikatos priežiūros įstaigą, nors paslauga ir buvo suteikta elektroniniu būdu. Pacientai linkę manyti, kad visą procesą galima baigti nuotoliniu būdu. Vis dėlto procesas – atvykti į sveikatos priežiūros įstaigą – nėra suderinamas su pažangių elektroninių paslaugų samprata²¹, nes jos turi būti ir proaktyvios, t. y. tokios elektroninės paslaugos suteikiamos be atskiro paslaugos gavėjo kreipimosi ir sutikimo. Tyrime pasitvirtino dar 2 hipotezės, t. y. elektroninio prisirašymo paslaugos saugumo suvokimas priklauso nuo amžiaus ir respondento tipo. Vyresniems

19 *E-valdžios vertinimas: efektyvumas, naudingumas ir valdymas*. Vilnius: Lietuvos laisvosios rinkos institutas, 2009.

20 *Ibid.*

21 *Elektroninių paslaugų apibrėžimo, tipizavimo ir vertinimo modelio parengimo paslaugos*. Informacinės visuomenės plėtros komiteto projektas. Vilnius, 2014.

respondentams elektroninės paslaugos pateikimas atrodo nesaugus, o jaunesniems iki 39 metų – atvirksčiai. Jie norėtų dar paprastesnės prisirašymo paslaugos. Šiuo klausimu darbuotojai yra skeptiškesni negu pacientai.

2 lentelė. Pasitvirtinusios hipotezės

Nr.	Hipotezė	Pearson Chi-Square	Likelihood Ratio
H1	Funkcijų parinkčių išdėstymo vertinimas priklauso nuo lyties	0,049	0,070
H2	Informacijos turinio ir kiekio vertinimas priklauso nuo amžiaus	0,047	0,866
H3	Ketinimas naudotis instrukcijomis priklauso nuo išsilavinimo	0,043	0,144
H4	Nuostatos, kad gavus elektroninę paslaugą internetu nėra poreikio vykti į paslaugą teikiančią instituciją, vertinimas priklauso nuo respondento tipo	0,036	0,040
H5	E. paslaugos saugumo suvokimas priklauso nuo amžiaus	0,042	0,050
H6	E. paslaugos saugumo suvokimas priklauso nuo respondento tipo	0,001	0,003

Remiantis atliktu tyrimu galima teigti, kad kuriant elektronines paslaugas būtina išsifiltruoti būsimų naudotojų tikslinę grupę ir nustatyti jiems priimtinausią vizualizaciją bei parinkčių turinį. Tačiau jeigu teikiamų paslaugų tikslinė vartotojų grupė yra didelė ir skirtingų demografinių rodiklių, kuriant elektronines paslaugas būtinas universalumas. Siekiant nustatyti technologinius sprendimus ir dizainą lemiančius veiksnius galima remtis euristiniais vertinimais, ISO 9241 ergonominiais kompiuterizuotos darbo vietos reikalavimais ar viešųjų ir administracinių elektroninių paslaugų tinkamumo vartotojams užtikrinimo priemonių metodinėmis rekomendacijomis²².

Išvados

Diegiant elektronines paslaugas būtina, kad jos atitiktų pagrindines pažangių elektroninių paslaugų savybes. Elektroninė prisirašymo paslauga savo esme tenkina 6 iš 10 savybes, 3 iš dalies ir vienos neatitinka. Elektroninės paslaugos turi atitikti nustatytus ir reglamentuotus reikalavimus bei privalo koreliuoti su tinkamumu vartotojams. Todėl kuriant elektronines paslaugas būtina taikyti tinkamumo vartotojams priemonės, tokias kaip tikslinės vartotojų grupės nustatymas, vartotojų portretas, apklausa ar stebėjimas, tinkamumo vertinimas ir testavimas. Pasaulinė praktika rodo, kad vienas iš būtiniausių vartotojų sąveikos su informacinėmis sistemomis laipsnio nustatymo metodų yra vartotojų patirties tyrimas – testavimas, kuriam vadovauja ekspertai, analizuojantys vartotojų elgesį darbo su programa metu.

Analizuojant nustatyta, kad tik iš dalies elektroninis prisirašymas yra orientuotas į tinkamumą vartotojui, nors dauguma respondentų teigė, kad elektroninė paslauga pateikiama aiškiai ir lengvai suprantamai (88 proc.). Šiuo atveju moterys yra linkusios vertinti palankiau funkcijų išdėstymą (74,5 proc) negu vyrai – jie linksta nesutikti arba neturi nuomonės (50,1 proc.). Vyresnio amžiaus žmonėms trūksta informacijos apie teikiamas elektronines paslaugas, jie norėtų įvairialypės ir platesnės informacijos, susijusios su teikiama paslauga. Jaunimas pageidautų labiau susistemintos faktinės informacijos, kuri jiems būtų aktuali.

Literatūra

1. Bagdonienė, L., Hopenienė, R., *Paslaugų marketingas ir vadyba: vadovėlis*. Kaunas: Technologija, 2004.
2. Deming, W., Leadership for quality, *Executive Excellence*, 1994, 11 (6): 3–5.
3. Donabedian, A., The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 1998, 260: 1743–1748.
4. Donabedian, A., Evaluating the Quality of Medical Care, *Milbank Quarterly*, 2005, 83: 691–729.
5. Dzemydienė, D., Naujikiienė, R., Elektroninių viešųjų paslaugų teikimo pavyzdžių analizė, *Informacijos mokslai*, 2007, 42: 226–232.
6. *Elektroninių paslaugų apibrėžimo, tipizavimo ir vertinimo modelio parengimo paslaugos*. Informacinės visuomenės plėtros komiteto projektas. Vilnius, 2014.
7. Europos Parlamento ir Tarybos direktyvos (1998) 98/48/EB, iš dalies keičiančios direktyvą 98/34/EB, nustatančios informacijos apie techninius standartus ir reglamentus teikimo tvarką.
8. *E-valdžios vertinimas: efektyvumas, naudingumas ir valdymas*. Vilnius: Lietuvos laisvosios rinkos institutas, 2009.
9. Glickman, S. W., Bagget, K. A., Krubert, C. G., Peterson, E. D., Schulman, K. A., Promoting quality: the health - care organization from a management perspective, *International Journal for Quality in Health Care*, 2007, 19 (6): 341–348.
10. Informacinės visuomenės plėtros komiteto direktoriaus įsakymas Nr. T-65 „Dėl Kuriamų viešųjų ir administracinių elektroninių paslaugų tinkamumo naudotojams užtikrinimo priemonių metodinių rekomendacijų patvirtinimo“. Vilnius, 2014.
11. Juran, J. M., The quality improvement process, in: J. M. Juran, A. Blanton Godfrey, *Juran's Quality Handbook*. McGraw-Hill, 1999, p. 124–197.
12. Kardelis, K., *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. Kaunas: Judex, 2002.
13. Kinderis, R., Žalys, L., Žalienenė, I., Paslaugų kokybės vertinimas viešbučių versle, *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*, 2011, 1 (21): 86–100.
14. Lietuvos Respublikos susisiekimo ministro įsakymas Nr. 3-416 (1.5 E). Vilnius, 2015.
15. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 2115. Vilnius, 2012.
16. Piligrimienė, Ž., Bučiūnienė, I., Health care quality evaluation: medical and marketing approach. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai*, 2005, 34: 127–140.
17. Purcărea, V. L., Gheorghie, I. R., Petrescu, C. M., The assessment of perceived service quality of public health care services in Romania using the SERVQUAL scale, *Procedia Economics and Finance*, 2013, 6: 573–585.
18. Suarez, J. G., Three experts on quality management: Philip B. Crosby, W. Edwards Deming, Joseph M. Juran, *Total Quality Leadership Office*, 1992, <http://dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/a256399.pdf>.
19. Vengrienė, B., *Paslaugų vadyba*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.

ANALYSIS OF THE CONTENT OF ELECTRONIC REGISTRATION SERVICES AT THE USER'S VIEWS

Tomas Vedlūga

Mykolas Romeris University, Vilnius, Lithuania
Email: tomas.vedluga@mruni.eu

Birutė Mikulskienė

Mykolas Romeris University, Vilnius, Lithuania
Email: birute.mikulskiene@mruni.eu

Daiva Čepuraitė

Outpatient Clinic of Centro, Vilnius, Lietuva
Email: daiva.cepuraitė@pylimas.lt

***Summary.** To measure benefits of e-services is difficult, because of the variety of information and communications technology and the rapid transformation. In the health care, as in the context, contributes more confusion, because is it specific area, which includes all groups of people. Therefore, the provision of public health services is more and more consumer oriented. No less important is their knowledge about such services and the will and the ability to use them. This article presents research of electronic registration service stakeholders in 2016. Patients and employees participated in the quantitative research, which aimed to reveal their approach to electronic registration service content and its various aspects. Electronic registration service application users must be a continuous process, during which need to experiment with content and analyze the results. This process depends directly on the users, their needs and on the specifics of electronic services. The will to use electronic services caused by many factors such as usage patterns and user behavior.*

***Keywords:** electronic service, electronic registration service, electronic health.*

Tomas Vedlūga, Mykolo Romerio universitetas, Sveikatos tyrimų laboratorijos doktorantas.

Tomas Vedlūga. Mykolas Romeris University, PhD student of Health Research Laboratory.

Birutė Mikulskienė. Mykolo Romerio universiteto Viešojo valdymo fakulteto Lyderystės ir strateginio valdymo instituto profesorė.

Birutė Mikulskienė. Professor at the Institute of Leadership and Strategic Management, Faculty of Public Governance Mykolas Romeris University.

Daiva Čepuraitė. VšĮ Centro poliklinika

SLAUGOS IR PALAIKOMOJO GYDYMO LIGONINĖJE HOSPITALIZUOTIEMS PACIENTAMS BEI JŲ ARTIMIESIEMS NAMUOSE BŪTINŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IR SOCIALINIŲ PASLAUGŲ POREIKIS

Renata Kudukytė-Gasperė

Mykolo Romerio universitetas
Viešojo valdymo fakultetas
Politikos mokslų institutas
Valakupių g. 5, LT- 10101 Vilnius
Elektroninis paštas: renata.kudukyte@gmail.com

Kauno miesto savivaldybės administracija
Sveikatos apsaugos skyrius
Laisvės al. 96, LT-44251 Kaunas

Prof. dr. Danguolė Jankauskienė

Mykolo Romerio universitetas
Viešojo valdymo fakultetas,
Politikos mokslų institutas
Valakupių g. 5, LT- 10101 Vilnius
Telefonas (8 5) 274 0635
Elektroninis paštas: djank@mruni.eu

Pateikta 2019 m. rugsėjo 22 d., parengta spausdinti 2019 m. lapkričio 21 d.

DOI:10.13165/SPV-19-1-11-06

Santrauka. Lietuvoje, kaip ir kitose Europos Sąjungos šalyse, visuomenė sensta: daugėja vyresnio amžiaus žmonių, kuriems dažniausiai pasireiškia poliligotumas, kai asmenys serga keliomis lėtinėmis ligomis, kurios sukelia didesnio kompleksinio požiūrio reikalaujančių ilgalaikių paslaugų, t. y. kompleksinių, koordinuotai teikiamų ilgalaikių sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos paslaugų, poreikį. Tarptautinės institucijos, tokios kaip Tarptautinė ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija, pabrėžia, kad šiam augančiam poreikiui patenkinti būtina pertvarkyti stacionarinį asmens sveikatos priežiūros sektorių ir pereiti prie ambulatorinės priežiūros, daugiau išteklių skiriant ilgalaikiai priežiūrai. Europos Komisija 2019 m. pabrėžia, kad Lietuvoje vyraujantis institucinės priežiūros modelis nepakankamai patenkina besikeičiančios (senstančios) visuomenės poreikius integruotoms, ilgalaikėms priežiūros paslaugoms gauti. Teigiama, kad sparčiai senėjančioje Lietuvos visuomenėje integruotų socialinių ir sveikatos priežiūros paslaugų poreikis ir toliau didės, o gerai veikiančios ir veiksmingos ilgalaikės priežiūros užtikrinimas ir deinstitutionalizavimas išliks svarbiu ateities iššūkiu. Todėl šio straipsnio tikslas – išanalizuoti pacientų, hospitalizuotų slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje, ir jų artimųjų poreikius gauti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas namuose.

Siekiant įvertinti pacientų, hospitalizuotų slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje, ir jų šeimos narių poreikį gauti integruotas slaugos, socialines ir kitas paslaugas namuose, 2019 m. birželį–liepą anketinės apklausos metodu apklausti VŠĮ K. Griniaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės (toliau – slaugos ligoninė) 345 pacientai ar jų šeimos nariai, ir tai sudarė 21 proc. slaugos ligoninėje per metus hospitalizuotų asmenų, jų artimųjų skaičiaus.

Tyrimo rezultatai parodė, kad daugiau nei pusei lėtinėmis ligomis sergančių pacientų niekada nebuvo teikiamos pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugos namuose (52 proc. nurodė, kad niekada namuose nelankė šeimos gydytojas, 57 proc. – niekada negavo slaugytojo paslaugų namuose), taip pat dauguma (80 proc.) negavo socialinių paslaugų, teikiamų namuose, ir nežinojo (57 proc.) apie savivaldybėje organizuojamas ir teikiamas socialines paslaugas. Dauguma (59 proc.) respondentų pageidautų ilgalaikių, nuolatinių priežiūros paslaugų paciento namuose ir kad sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos namuose būtų teikiamos kartu (90 proc.), tačiau už paslaugas namuose nesutiktų papildomai mokėti (60 proc.). Nustatyta, kad skirtingas teisinis reglamentavimas iš esmės neleidžia asmeniui organizuoti ir teikti lanksčių, poreikius atitinkančių integruotų, koordinuotai teikiamų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų namuose.

Pagrindinės sąvokos: *sveikatos priežiūros paslaugos namuose, socialinės paslaugos namuose, ilgalaikių paslaugų poreikis.*

Įvadas

Dauguma didžiųjų Lietuvos miestų savivaldybių susiduria su senėjančios visuomenės keliamais iššūkiais: lėtinėmis ligomis sergančių, slaugos ir priežiūros specialiuosius poreikius turinčių, senyvo amžiaus asmenų, kuriems reikalinga kompleksinė sveikatos priežiūros ir socialinė pagalba, skaičiaus augimu, dėl to didėjančiu šeimos gydytojo institucijos apkrovimu papildoma veikla, tiesiogiai nesusijusia su sveikatos priežiūra, nuolat didėjančiu stacionariųjų priežiūros paslaugų, ypač slaugos ir palaikomojo gydymo, poreikiu. Keičiantis šeimos tradicijoms, didėjant emigracijai, pastebima, kad šeimos globos funkcijos silpnėja, kai senyvo amžiaus, neįgalūs žmonės gyvena vieni ir jiems būtina visokeriopa pagalba rūpinantis savo sveikata ir buitimi. Demografiniai ir su jais susiję epidemiologiniai pokyčiai, emigracijos pasekmės, besikeičiančios šeimos tradicijos ir visuomenės lūkesčiai lemia gyventojų socialinio aprūpinimo, sveikatos ir socialinės priežiūros, orientuotos į asmens kompleksinių problemų sprendimą, paslaugų poreikio didėjimą. Siekiant patenkinti pasikeitusius gyventojų priežiūros poreikius ir sumažinti stacionariųjų paslaugų poreikį, būtinas šiuolaikinis požiūris į integruotas, kompleksines priežiūros paslaugas, organizuojamas ambulatoriniu lygmeniu – vystant dienos priežiūros paslaugas ir organizuojant jas asmenims namuose, laiku teikiant koordinuotas, nefragmentuotas sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos paslaugas, kurios skatintų asmens savarankiškumą ir leistų kuo ilgiau jį išlaikyti įprastoje namų aplinkoje, o pasikeitus sveikatos būklei, laiku organizuojant ir teikiant būtinas stacionarinės sveikatos priežiūros ar socialinės globos paslaugas. Be to, Pasaulio sveikatos organizacija teigia, kad tinkamos, į paciento poreikius orientuotos paslaugos, teikiamos koordinuotos multidisciplininės specialistų komandos, kai paslaugos asmeniui teikiamos pagal jo poreikį, padedant jam gyventi įprastoje gyvenamojoje aplinkoje kuo ilgiau išsaugant savarankiškumą, 12 proc.

sumažina hospitalizacijos tikimybę ir net 20 proc. pakartotinės hospitalizacijos dėl tos pačios priežasties atvejų skaičių¹.

Tarptautinė ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (EBPO) 2018 m. Lietuvos ekonomikos rodiklių vertinimo ataskaitoje² pabrėžia, kad nors jau seniai stengiamasi perorientuoti stacionarinę asmens sveikatos priežiūrą į ambulatorinę ir pirminę sveikatos priežiūrą, ligoninių tinklas vis dar yra per didelis, o pačios ligoninių teikiamos paslaugos nepakankamai išnaudojamos. EBPO ataskaitoje siūloma toliau pertvarkyti ligoninių sektorių ir pereiti prie ambulatorinės priežiūros, o daugiau išteklių turėtų būti skiriama ilgalaikiai priežiūrai. Ataskaitoje teigiamai vertinama 2013 m. Lietuvoje pradėta integruota slaugos ir socialinių paslaugų teikimo namuose programa. Teigiamai, kad pasitikėjimas slaugytojais ir jų teikiamomis paslaugomis pasirodė esąs labai efektyvus teikiant sveikatos priežiūros paslaugas Suomijoje ir Švedijoje, todėl slaugytojų vaidmenį reikėtų dar labiau stiprinti³.

Europos Komisijos 2019 m. Lietuvos struktūrinių reformų pažangos vertinimo ataskaitoje (COM, 2019)⁴ nurodoma, kad esant tokiai demografinio senėjimo situacijai (Lietuva yra viena sparčiausiai senėjančių šalių Europos Sąjungoje) išlaidos sveikatos priežiūrai yra mažos ir vis dar esama didelių iššūkių, susijusių su išlaidų veiksmingumu ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybe. 2017 m. sveikatos priežiūros išlaidos sudarė 6,3 proc. BVP ir buvo vienos iš mažiausių EBPO⁵ (EBPO, 2018a), o sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo politika ir priemonės tebėra nepakankamai išvystytos. Vis dar dažnai hospitalizuojama dėl tokių ligų, kurioms reikia ambulatorinio gydymo, o ilgalaikės priežiūros paslaugas dažniausiai teikia stacionariosios globos įstaigos. Atkreipiamas dėmesys, kad toks institucinės priežiūros, kai dauguma paslaugų teikiama stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros ir socialinės globos įstaigose, modelis nepakankamai patenkina besikeičiančios (senstančios) visuomenės poreikius – 2014 m. 47 proc. pagyvenusių žmonių, kuriems buvo reikalinga ilgalaikė priežiūra, jos dar laukė. Ataskaitoje sakoma, kad pagyvenusių žmonių sveikatos būklė dažnai ypač prasta, todėl jiems teikiamų integruotų socialinių ir sveikatos priežiūros paslaugų poreikis ir toliau didės. Atsižvelgiant į tai, kad Lietuva yra viena iš sparčiausiai senėjančių valstybių narių, gerai veikiančios ir veiksmingos ilgalaikės priežiūros užtikrinimas ir deinstitucionalizavimas išliks svarbiu ateities iššūkiu. Ataskaitoje teigiama, kad Lietuvoje pirminė asmens sveikatos priežiūra yra gerai organizuota, teikiamos modernios bendrosios praktikos ir slaugos paslaugos, tačiau reikėtų sustiprinti jos vaidmenį koordinuojant pacientų sveikatos priežiūrą. 2021–2027 m. su sanglaudos politikos finansavimu susijusių investicijų gairėse Lietuvai nustatytos prioritutinės investicijų kryptys sveikatos

1 *Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century*; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1 [žiūrėta 2019-07-01].

2 *OECD Economic Surveys Lithuania*, 2018; <<https://www.oecd.org/eco/surveys/Lithuania-2018-OECD-economic-survey-overview.pdf>> [žiūrėta 2019-08-30].

3 Karlsson, M., Klohn F., Testing the red herring hypothesis on an aggregated level: ageing, time-to-death and care costs for older people in Sweden, *European Journal of Health Economics*, 2014, 15.

4 Europos Komisija. Lietuva 2019. Šalies ataskaita. Komisijos tarnybų darbinis dokumentas. 2019 m. Europos semestras. Struktūrinių reformų pažangos vertinimas, makroekonominio disbalanso prevencija ir naikinimas ir pagal Reglamentą (ES) Nr. 1176/2011 atliktų nuodugnių apžvalgų rezultatai. Briuselis, 2019 02 27, SWD (2019) 1014 final. (COM(2019) final 150); https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/2019-european-semester-country-report-lithuania_lt.pdf [žiūrėta 2019-08-30].

5 EBPO (2018a): *Health Statistics*, 2018; <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>; [žiūrėta 2019-08-30].

priežiūros srityje daugiausia susijusios su būtinybe gerinti sveikatos priežiūros ir ilgalaikės priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę, veiksmingumą. To siūloma pasiekti gerinant galimybę asmenims gauti sveikatos priežiūros ir ilgalaikės priežiūros paslaugas; stiprinant pirminės sveikatos priežiūros grandį ir į asmenį orientuotų paslaugų organizavimo modelį; remiant sveikatos priežiūros, ilgalaikės priežiūros ir socialinės rūpybos darbuotojų kvalifikacijos keitimą bei kėlimą ir jų išlaikymą.

Valstybės pažangos strategijoje „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gegužės 15 d. nutarimu Nr. XI-2015⁶, siekiant užsibrėžto tikslo – veiklios visuomenės, prioritetinėmis kryptimis laikomas asmens sveikatos priežiūros plėtojimas, o formuojant solidarią visuomenę pabrėžiamas socialinės atskirties ir skurdo mažinimas. Įgyvendinant valstybės pažangos strategiją Vyriausybės 2012 m. lapkričio 28 d. nutarimu Nr. 1482 patvirtintos 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos⁷ 2 prioritetiniu tikslu iškeliamas gyvenimo kokybės gerinimas, stiprinant socialinę sanglaudą ir užtikrinant visiems lygias galimybes, o šiam tikslui pasiekti keliamas uždavinys – viešųjų paslaugų, diegiant naujus ir plėtojant efektyvius sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelius ir sprendimus (slauga namuose, mobiliosios paslaugos, atvejo vadybos principo taikymas pirminės sveikatos priežiūros grandyje ir panašiai), didinimas. Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarime Nr. XI-1430 „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“⁸ (toliau – Metmenys) pabrėžiama nepakankamai nuoseklus sveikatos politikos įgyvendinimas, kurį taip pat veikia nepakankamai aiškus sveikatos apsaugos ir socialinės politikos santykis, atsakomybės pasidalijimo neapibrėžtumas bei nesukurtas slaugos ir globos paslaugų integravimo ir finansavimo mechanizmas.

Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarime Nr. XII-96496 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos patvirtinimo“ (toliau – Strategija)⁹ vienu iš Strategijos tikslų iškeliamas kokybiška ir efektyvi sveikatos priežiūros, orientuotos į gyventojų poreikius, sistema. Šiam tikslui pasiekti būtina plėtoti sveikatos infrastruktūrą ir gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, saugą, prieinamumą ir į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą. Pabrėžiama, kad siekiant užtikrinti sveikatos sistemos tvarumą ir kokybę, būtina diegti ir plėtoti efektyvius, inovatyvius viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo infrastruktūros modelius, plėtoti slaugos paslaugas savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigose, integruojant slaugos ir socialinės globos paslaugas pagal pacientų poreikius.

Šiuo metu galiojančiuose Lietuvos Respublikos teisės aktuose reglamentuota, kad asmuo, kuriam dėl negalios ar ligos sudėtinga savarankiškai gyventi ir jam būtina pagalba, turi galimybę gauti ir sveikatos priežiūros, ir socialines paslaugas:

- 6 Valstybės pažangos strategija „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“, patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gegužės 15 d. nutarimu Nr. XI-2015; <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.425517> [žiūrėta 2019-07-09].
- 7 Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. lapkričio 28 d. nutarimas Nr. 1482 „Dėl 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos“; <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.439028/asr>; [žiūrėta 2019-07-09].
- 8 Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimas Nr. XI-1430 „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“; <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.401152?jfwid=q86m1vsxj>; [žiūrėta 2019-07-09].
- 9 Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII-96496 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos patvirtinimo“; <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35834810004f11e4b0ef967b19d90c08/asr>; [žiūrėta 2019-07-09].

– sveikatos priežiūros srityje asmuo gali gauti ambulatorines sveikatos priežiūros paslaugas namuose (ambulatorinės slaugos paslaugas namuose (Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymu Nr. V-1026 (toliau – Slaugos namuose aprašas)¹⁰, Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašas, patvirtintas 2005 m. gruodžio 5 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-943 (toliau – Pirminės AASP paslaugų organizavimo aprašas)¹¹), ir paliatyviosios pagalbos paslaugas namuose (Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. rugpjūčio 13 d. įsakymu Nr. V-946)¹², paliatyviosios pagalbos dienos stacionaro paslaugas (atkreiptinas dėmesys, kad nenumatytos ir nereglamentuotos kitų formų slaugos dienos stacionarinės paslaugos, pvz., dienos slaugos stacionarinės paslaugos po insultų ar infarkto), stacionarines paliatyviosios pagalbos bei slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas;

– socialinių paslaugų srityje: dienos socialinę globą namuose ir dienos socialinę globą institucijoje (pagalbą buityje, palydint, organizuojant užimtumą, taip pat tai gali apimti ir sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą), trumpalaikę / ilgalaikę socialinę globą (paslaugos globos namuose, kartu teikiamos su būtinomis sveikatos priežiūros paslaugomis, kurias teikia slaugytojai ar jų padėjėjai).

Nors skirtinguose teisės aktuose sveikatos ir socialinės priežiūros paslaugos (ypač kalbant apie paslaugas, teikiamas asmens namuose) apibrėžtos skirtingai: vienų apibrėžimas ir teikimas orientuotos į asmens sveikatos priežiūrą, kitų – į socialinę pagalbą, praktikoje šios paslaugos yra glaudžiai susijusios ir papildo viena kitą dėl šių priežasčių:

- organizuojamos ir teikiamos tai pačiai tikslinei asmenų grupei – asmenims, dėl negalios ar sveikatos būklės negalintiems / iš dalies negalintiems savarankiškai pasirūpinti savo sveikata ir buitimi;
- teikiant sveikatos priežiūros paslaugas iškyla socialinių paslaugų poreikis, o teikiant socialines paslaugas iškyla poreikis tam tikroms sveikatos priežiūros paslaugoms (būtina sveikatos priežiūra, pagal esamą būklę palaikant asmens savarankiškumą);
- trumpalaikės / ilgalaikės socialinės globos atveju, kai socialinės paslaugos teikiamos stacionarinėse įstaigose – socialinės globos namuose, kuriuose privalo būti slaugytojai / slaugytojų padėjėjai, nemažą dalį paslaugų gavėjų sudaro nuolatinės slaugos / priežiūros poreikį turintys asmenys, kuriems būtinos slaugos paslaugos, atitinkamai slaugos ir palaikomojo gydymo liginėse papildomai sprendžiamos asmens socialinės problemos.

Išvardytas priežiūros paslaugas gaunančių asmenų poreikiai reikalauja lygiagrečiai, koordinuotai teikiamų sveikatos priežiūros ir socialinės globos paslaugų (ypač kalbant

10 Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymu Nr. V-1026; <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.311861/asr> [žiūrėta 2019-07-09].

11 Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašas, patvirtintas 2005 m. gruodžio 5 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-943; <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.267313/asr>; [žiūrėta 2019-07-09].

12 Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. rugpjūčio 13 d. įsakymu Nr. V-946; <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.291106/asr> [žiūrėta 2019-07-09].

apie paslaugas, teikiamas namuose), tačiau dėl šių paslaugų skirtingo organizavimo, teikimo ir finansavimo sąlygų reglamentavimo šiuo metu tokių integruotų, visapusiškai asmens poreikius tenkinančių paslaugų teikimas kartu yra sudėtingas.

Asmens poreikio gauti socialines paslaugas nustatymą, socialinių paslaugų rūšis, skyrimo tvarką ir finansavimą reglamentuoja Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų įstatymas¹³ ir jį įgyvendinantis teisės aktai, už kurių inicijavimą, tam tikrais atvejais – priėmimą ir vykdymo priežiūrą atsakinga Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. Pagal šiuos teisės aktus čia išvardytos socialinės globos paslaugos asmenims skiriamos pagal socialinio darbuotojo išvadą (poreikio vertinimą) ir atitinkamos savivaldybės administracijos sprendimą. Socialinės paslaugos kaina apmokama: dalimi asmens pajamų (procentine asmens pajamų išraiška), kiek nepadengia asmens pajamos, apmokama iš valstybės (jei globos paslaugos teikiamos asmeniui, turinčiam sunkią negalią) arba savivaldybės lėšų (pagal Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 14 d. nutarimu Nr. 583 patvirtintą Mokėjimo už socialines paslaugas tvarkos aprašą¹⁴). Socialines paslaugas asmuo gali gauti tiek, kiek reikia jo poreikiams tenkinti (tai nustatoma socialinio darbuotojo išvadoje), išskyrus trumpalaikę socialinę globą, kurios maksimalus terminas – 6 mėn. per kalendorinius metus. Bet kada, pasikeitus asmens poreikiams, savarankiškumo lygiui, socialinės paslaugos gali būti pervertinamos ir skiriamos kitos.

Sveikatos priežiūros paslaugos namuose reglamentuotos Slaugos namuose apraše, Paliatyviosios pagalbos apraše ir Pirminės AASP paslaugų organizavimo apraše. Slaugos namuose apraše nurodyta, kad slaugos paslaugas namuose gali gauti asmenys, kuriems nustatytas specialusis nuolatinės slaugos poreikis arba specialusis nuolatinės priežiūros (pagalbos) poreikis su dideliais specialiaisiais poreikiais; po gydymo stacionare dėl somatinių ligų ir pažeidimų nustatytas bendras funkcinis sutrikimas, kai Bartelio indeksas yra nuo 20 iki 61 balo, ir kurie kasdieniame gyvenime yra visiškai priklausomi arba beveik visiškai priklausomi nuo kitų žmonių pagalbos; kuriems atlikta tracheostoma ar gastrotoma ir būtinas gleivių išsiurbimas iš kvėpavimo takų. Intervencinės slaugos procedūros (pvz., žaizdų priežiūra), teikiamos turint gydytojo siuntimą. Numatyta, kad slaugytojas papildomai vertina paciento būklę ir paslaugų poreikį, tačiau paslaugos pagal nustatytą poreikį realiai neteikiamos, nes apmokėjimas iš PSDF yra reglamentuotas ne pagal konkretaus asmens sveikatos būklės poreikį, o konkrečiam paslaugų skaičiui:

- asmenims, kuriems nustatytas specialusis nuolatinės slaugos poreikis ar specialusis nuolatinės priežiūros (pagalbos) poreikis, ar atlikta tracheostoma arba gastrotoma ir būtinas gleivių išsiurbimas iš kvėpavimo takų – per kalendorinius metus gali būti apmokėtos ne daugiau kaip 52 slaugos paslaugų išlaidos asmenims, t. y. neatsižvelgiant į paciento būklę, konkrečių slaugos procedūrų poreikį (ypač kalbant apie žaizdų priežiūrą, tęstinę priežiūrą pragulų profilaktikai ir pan.), pacientui per mėnesį galima suteikti 4 paslaugas, už kurias bus apmokėta PSDF lėšomis. Atkreiptinas dėmesys, kad galbūt ne visiems pacientams reikalingos slaugytojo paslaugos, bet

13 Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų įstatymas; [https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.270342/asr;](https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.270342/asr; [žiūrėta 2019-07-09].) [žiūrėta 2019-07-09].

14 Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 14 d. nutarimas Nr. 583 „Dėl Mokėjimo už socialines paslaugas tvarkos aprašo patvirtinimo“; [https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.278281/asr;](https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.278281/asr; [žiūrėta 2019-07-09].) [žiūrėta 2019-07-09].

reikalingos slaugytojo padėjėjo paslaugos rūpinantis asmens higiena ir pan., kurios nėra įteisintos ir apmokamos PSDF lėšomis;

- per kalendorinius metus gali būti apmokėtos ne daugiau kaip 12 gleivių išsiurbimo iš kvėpavimo takų paslaugų išlaidos, t. y. po 1 tokią paslaugą per mėnesį;
- asmenims po gydymo stacionare gali būti apmokėtos ne daugiau kaip 10 slaugos paslaugų namuose išlaidos, jei šios paslaugos suteikiamos per 30 dienų po kiekvieno išrašymo iš stacionaro. Jei paslaugos gavėjas turi nustatytus specialiuosius slaugos ar priežiūros poreikius, jam per kalendorinius metus gali būti apmokėtos dar iki 52 slaugos paslaugų namuose (neįskaitant minėtų 10) išlaidos.

Pirminės AASP paslaugų organizavimo apraše taip pat reglamentuotos slaugytojo teikiamos paslaugos namuose, apmokamos PSDF lėšomis: slaugytojo vizitas į namus bei slaugos procedūros: kraujo ėmimas, pragulų priežiūra, lašinė infuzija. Pagal šį aprašą slaugytojo vizito į namus paslaugą gali gauti prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaiigos prirašytieji gyventojai, kuriems nustatytas specialusis nuolatinės priežiūros (pagalbos) poreikis: asmenys iki 18 metų, kuriems nustatytas sunkus neįgalumo lygis; asmenys, kuriems nustatytas 0–25 proc. darbingumo lygis (netekusiems 75–100 proc. darbingumo); senatvės pensijos amžiaus sulaukusieji, kuriems nustatytas specialusis nuolatinės slaugos poreikis. Nevertinamas šių asmenų realus slaugos paslaugų poreikis, PSDF lėšomis apmokama ne daugiau kaip po 12 slaugos paslaugų per metus.

Slaugos namuose apraše ir Pirminės AASP paslaugų organizavimo apraše besidubliuojančiai apibrėžus tikslines paslaugų gavėjų grupes ir griežtai reglamentavus paslaugų skaičių, už kurį apmokama PSDF lėšomis, lieka neaišku, kaip slaugos paslaugos turėtų būti organizuojamos ir teikiamos, kad tenkintų asmens poreikius slaugos paslaugoms, kuriomis lėšomis turėtų būti finansuojamos papildomai suteiktos paslaugos ir procedūros, kurių namuose slaugomam asmeniui reikėtų, kaip atskiriamos slaugos procedūros, pagal kurias reglamentuota skirtinga paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarka. Painus slaugos namuose paslaugų reglamentavimas, numatytas PSDF lėšomis apmokamų paslaugų skaičius, neatsižvelgiant į konkretaus asmens poreikius šioms paslaugoms gauti, neskatina slaugos namuose paslaugų teikimo, todėl slaugos paslaugos namuose neretai yra tik formali, primesta prievolė.

Slaugos namuose apraše nurodyta, kad ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimas yra derinamas su socialinių paslaugų teikimu, vadovaujantis Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2007 m. liepos 4 d. įsakymu Nr. V-558/A1-183 „Dėl Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“¹⁵ (toliau – Aprašas). Aprašo tikslas buvo sujungti šias paslaugas ir teikti kompleksiskai. Šis teisės aktas nuo jo priėmimo dar kartą svarstytas nebuvo, nors per tą laiką keitėsi tiek sveikatos priežiūros, tiek socialinių paslaugų teisinis reglamentavimas. Negalią turintys asmenys, kurie galėtų gauti šias paslaugas, turėtų sirgti lėtinėmis ligomis, kurios trunka visą gyvenimą. Ši nuostata apriboja asmenų, kuriems tokia kompleksinė paslauga yra būtina, skaičių. Taip pat Apraše reglamentuojamas gana

15 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2007 m. liepos 4 d. įsakymas Nr. V-558/A1-183 „Dėl Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“; <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.301549?jfwid=-9dzqnu48b> [žiūrėta 2019-07-09].

sudėtingas ir iš dalies biurokratinis mechanizmas dėl tokių paslaugų organizavimo: paslaugos organizuojamos bendradarbiavimo sutarčių pagrindu (tarp skirtingus specialistus turinčių juridinių asmenų) ir neaiškus finansavimo šaltinis: numatytas finansavimas iš valstybės, savivaldybių biudžeto lėšų, PSDF lėšų ir kitų teisėtų finansavimo šaltinių. Tačiau pažymėtina, kad valstybės skiriamos lėšos socialinės globos paslaugoms teikti sunkią negalią turintiems asmenims skiriamos per savivaldybes, kitiems socialinės globos paslaugos finansuojamos iš savivaldybės biudžeto lėšų, o PSDF lėšos slaugos paslaugoms (į namus) skiriamos per sveikatos priežiūros įstaigas jų teikiamoms paslaugoms finansuoti. Taigi nėra aišku, ar, siekiant teikti tokias kompleksines paslaugas, socialinių paslaugų teikėjai (socialines paslaugas teiksiantys subjektai) turėtų sudaryti bendradarbiavimo sutartis su visomis sveikatos priežiūros įstaigomis pagal jų prisirašiusius pacientus, kuriems galbūt reikalinga tokia paslauga. Vadovaujantis specialiaisiais teisės aktais, socialinės paslaugos iš dalies apmokamos asmens lėšomis, iš dalies – valstybės, savivaldybės; tokios sveikatos priežiūros paslaugos apmokamos PSDF lėšomis, kai pacientui papildomai nereikia už jas primokėti, tačiau šių paslaugų skaičius ribotas. Dėl šių priežasčių ketinant sujungti tokias paslaugas pagal Aprašo nuostatas, būtų labai sunku išvengti specialių teisės aktų, reglamentuojančių socialines ir sveikatos priežiūros paslaugas, jų skyrimo pagrindus, teikimo tvarką, apmokėjimo sąlygas ir kitas nuostatas, kolizijos.

Skirtingas teisinis reglamentavimas iš esmės neleidžia asmeniui organizuoti ir teikti jam būtinų integruotų, koordinuotai teikiamų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų, nes asmens poreikis gauti paslaugas vertinamas skirtingai, tai nustato skirtingi subjektai, neaiškus paslaugų finansavimo mechanizmas, kai už socialines paslaugas asmuo turi papildomai susimokėti, o slaugos paslaugų konkretus skaičius finansuojamos PSDF, nenumatant galimybės teikti papildomai būtinų slaugos paslaugų, nesuteikia galimybės pacientui gauti viso, jam būtino paslaugų komplekto, o įstaigas teikti tokias kompleksines paslaugas.

Pažymėtina, kad tokia integruota pagalba asmeniui namuose, teikiama multidisciplininės specialistų komandos, pasiteisino organizuojant ir teikiant paliatyviosios pagalbos paslaugas namuose, adekvačiai apmokant už suteiktas komandos narių (tarp jų slaugytojo ir socialinio darbuotojo) paslaugas pagal konkretaus asmens poreikį PSDF lėšomis. Taip pat koordinuotai teikiamų slaugos ir socialinių paslaugų komplekso nauda iš dalies pasitvirtino vykdant Europos projektą „Integrali pagalba“¹⁶, kuris organizuojamas Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos. Tačiau šis priežiūros modelis brangus ir jam iki galo patenkinti paciento poreikius trūko pirminę asmens sveikatos priežiūrą vykdančių įstaigų, šeimos gydytojų ir kitų asmens sveikatos priežiūros specialistų sąsajos.

Galima teigti, kad tik bendras, integruotas bei tenkinantis paciento ir jo šeimos narių poreikius sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimas ir teikimas gali užtikrinti tinkamą ilgalaikę asmens priežiūrą ir sumažinti stacionarių priežiūros paslaugų poreikį. Šiuo metu pabrėžiamas sveikatos ir socialinių paslaugų nevisavertiškumas, fragmentiškumas, kritikuojamos eilės paslaugoms gauti, prastas paslaugų prieinamumas ir kokybė, dėl to būtina keisti šių paslaugų organizavimo principus. Todėl šio straipsnio **tikslas** išana-

16 Projekto „Integralios pagalbos veiksmingumo ir pritaikomumo tyrimas“ galutinė ataskaita, 2015; https://socmin.lrv.lt/uploads/socmin/documents/files/administracine-informacija/tyrimai/projekto_Integralios%20pagalbos%20veiksmingumo%20ir%20pritaikomumo%20tyrimas_galutin%C4%97%20ataskaita.pdf [žiūrėta 2019-07-09].

lizuoti pacientų, hospitalizuotų slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje, ir jų artimųjų poreikį gauti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas namuose.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Siekiant įvertinti pacientų, hospitalizuotų slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje, ir jų šeimos narių poreikį gauti integruotas slaugos, socialines ir kitas paslaugas, 2019 metų birželį–liepą anketinės apklausos metodu apklausti VšĮ K. Griniaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės (toliau – slaugos ligoninė) pacientai ir jų šeimos nariai. Tikslinė tyrimo grupė slaugos ligoninės pacientai pasirinkti, nes jiems dėl sveikatos būklės (diagnozuotos lėtinės ligos ar būklės) yra būtinos ilgalaikės, visokeriopos priežiūros paslaugos ne tik stacionare, bet ir namuose (atkreiptinas dėmesys, kad stacionarias slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas asmuo, kuris atitinka paslaugų teikimo indikacijas ir turi gydančio gydytojo siuntimą, gali gauti 4 mėn. per kalendorinius metus¹⁷. Reikia pasakyti, kad dažniausiai šis periodas išnaudojamas nepertraukiamai.

Tyrimo instrumentas – sukurtas klausimynas, kuriuo siekta įvertinti pacientų gaunamas ambulatorines paslaugas, teikiamas namuose, taip pat įvertinti pacientų poreikius integruotoms asmens sveikatos priežiūros ir socialinėms paslaugoms gauti. Tyrimo instrumentą sudaro 3 dalys: 1 dalis – demografiniai klausimai ir klausimai, kuriais siekiama išsiaiškinti, prie kokio pavaldumo pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos gydytojo yra prisirašęs pacientas ir kiek laiko serga lėtine liga; 2 dalis – klausimai, kuriais siekiama išsiaiškinti, kokias paslaugas pacientas gauna namuose ir kaip vertina paslaugų kokybę, jei šias paslaugas gauna; 3 dalis – klausimai, kuriais siekiama išsiaiškinti pacientų ir jų artimųjų poreikius gauti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas. Tyrimo eigą galima suskirstyti į 2 etapus: pirmame tyrimo etape buvo parengti tyrimo instrumentai (klausimynai) ir atlikti bandomieji tyrimai, siekiant įvertinti klausimynų patikimumą; antrame tyrimo etape buvo atliktas pagrindinis tyrimas ir analizuoti gauti rezultatai.

Apklausoje dalyvavo 345 pacientai, hospitalizuoti slaugos ligoninėje, ar jų šeimos nariai, jei pacientas savarankiškai dėl sveikatos būklės nesugebėjo atsakinėti į klausimyno klausimus, ir tai sudarė 21 proc. slaugos ligoninėje per metus (2018 m. buvo hospitalizuoti 1642) hospitalizuojamų asmenų skaičiaus. Tyrimo metu buvo siekiama apklausti visus tuomet stacionarias slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas gaunančius pacientus ar jų artimuosius. Pirmiausia buvo apklausti slaugos ligoninės pacientai, tad vyresni, dėl sveikatos būklės negalintys patys įrašyti atsakymų apklausos dalyviai į pateikiamus klausimus atsakinėjo verbaliniu būdu. Tokį apklausos būdą pasirinkimą lėmė kelios priežastys: slaugos ligoninės pacientai dažniausiai turėjo sveikatos sutrikimų, dėl kurių negalėjo savarankiškai užpildyti klausimyno, ir jiems reikėjo papildomo laiko bei paaiškinti klausimus, kad suprastų analizuojamą problematiką. Pacientų, kurie dėl sveikatos būklės negalėjo atsakyti į pateikiamus klausimus, artimiesiems buvo išdalytos anoniminės anketos, kurias jie užpildė savarankiškai.

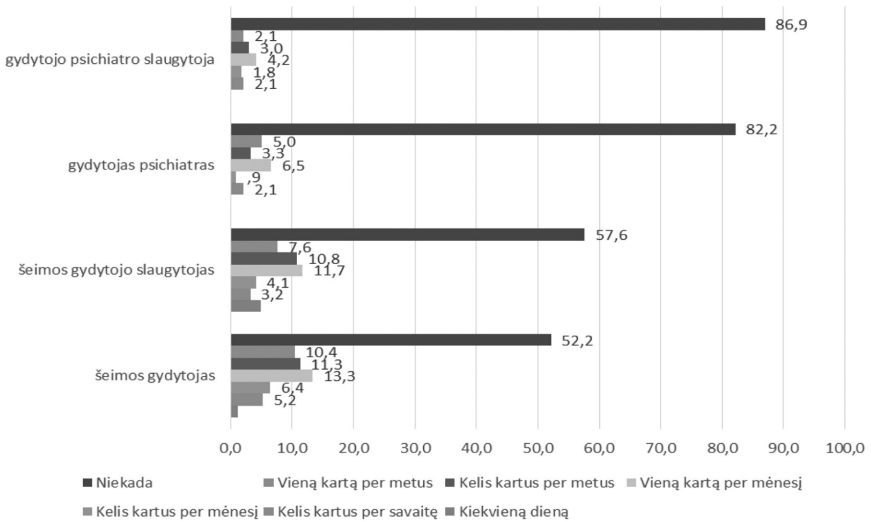
17 Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos teikimo reikalavimų aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. gegužės 4 d. įsakymu Nr. V-393; < <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.424177/asr> > [žiūrėta 2019-07-09].

Statistinis duomenų apdorojimas: apžvalgomoji statistika atlikta pasinaudojus SPSS v. 21 programiniu paketu. Anketiniams duomenims apdoroti šio paketo aplinkoje buvo sukurtos 2 duomenų bazės: pacientų ir artimųjų. Atsakymų dažnumais skaičiuoti naudota *frequencies* procedūra, kuri parodo atvejų skaičių ir atsakymo varianto lyginamąjį svorį (procentą), lyginamąjį svorį, atmetus neatsakiusius į klausimą (tikrąjį procentą). Nustačius nenormaliuosius skirstinius, analizėje naudoti neparametriniai kriterijai: 1) atsakymų dažnio pasiskirstymo skirtumui tarp diskrečių (nominalių ir ordinalių) požymių statistiniam reikšmingumui įvertinti pasirinktas neparametrinis kriterijus – Pirono Chi-kvadratas (χ^2) su 95 proc. tikimybe, t. y. laikoma, kad skirtumas statistiškai reikšmingas, kai $p < 0,05$; 2) statistinių-koreliacinių ryšių stiprumui (intervaliniams kintamiesiems be skirstinio normalumo prielaidos ir ranginiams kintamiesiems) bei kryptiai tarp nesimetriškų tolydžių dydžių nustatyti pasirinktas neparametrinis Spearmano koreliacijos koeficientas (ρ), kai $p < 0,05$. Spearmano koeficientas rodo tiesioginį (su pliuso ženklu) arba atvirkštinį (su minuso ženklu) ryšį tarp kintamųjų, o juo reikšmė varijuoja tarp -1 (stiprus atvirkštinis ryšys) iki 1 (stiprus tiesioginis ryšys).

Tyrimo rezultatai

Analizuojant ir vertinant tyrime dalyvavusių respondentų pasiskirstymą nustatyta, kad apklausoje dalyvavo 102 pacientai (tai sudarė 29,6 proc. visų apklaustųjų) ir 243 pacientų artimieji (tai sudarė 70,4 proc. visų apklaustųjų). Vertinant apklaustuosius pagal amžių, respondentai suskirstyti į 3 amžiaus grupes: 1 grupė – iki 64 m. (31,3 proc. visų tyrime dalyvavusiųjų), 2 grupė – nuo 65 m. iki 84 m. (38,3 proc. visų respondentų) ir 3 grupė – 85 m. ir vyresni respondentai, jie sudarė 30,4 proc. visų respondentų. Vertinant apklaustųjų išsilavinimą, 20,3 proc. apklaustųjų buvo pradinio ar pagrindinio išsilavinimo, 38,6 proc. turėjo vidurinį ar profesinį išsilavinimą, 41,2 proc. buvo aukštesniojo ar aukštojo išsilavinimo. Į klausimą, prie kokios gydymo įstaigos šiuo metu yra prisirašęs asmuo, gaunantis slaugos ligoninės paslaugas, dauguma respondentų nurodė viešąją įstaigą (polikliniką) (77,1 proc.), 22,9 proc. nurodė, kad pacientas prisirašęs prie privataus medicinos kabineto. Vertinant atsakymus į klausimą, kiek laiko slaugos ligoninės pacientas serga lėtine liga, nustatyta, kad 39,4 proc. pacientų lėtine liga sirgo iki 4 metų, 36,8 proc. – nuo 5 iki 9 metų, 23,8 proc. – 10 metų ir ilgiau.

Analizuojant atsakymus į klausimą, kaip dažnai namuose gauna pirmines asmens sveikatos priežiūros paslaugas (1 pav.), nustatyta, kad daugiau nei pusė apklaustųjų negauna jokių pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų namuose. Vertinant pirminės asmens sveikatos priežiūros specialistų apsilankymus paciento namuose pagal tai, prie kokios pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos pacientas prisirašęs, nustatyta, kad prie viešosios įstaigos prisirašę pacientai dažniau gauna šeimos gydytojo ($\chi^2 = 19,866$, $l/s = 6$, $p = 0,003$) ir su juo komandoje dirbančio slaugytojo ($\chi^2 = 16,072$, $l/s = 6$, $p = 0,013$) teikiamas paslaugas nei prie privačios pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos prisirašę pacientai. Nustatyta, kad, didėjant paciento amžiui, šeimos gydytojo ($\rho = 0,122$, $p = 0,024$) ir šeimos gydytojo slaugytojo ($\rho = 0,129$, $p = 0,017$) apsilankymai namuose retėja. Vertinant respondentų atsakymus pagal paciento ligos trukmę, nustatyta, kad pacientai, kurie serga trumpiau, šeimos gydytojo paslaugas namuose dažniau gaudavo kiekvieną dieną nei pacientai, kurie serga ilgiau ($\chi^2 = 31,982$, $l/s = 12$, $p = 0,001$).

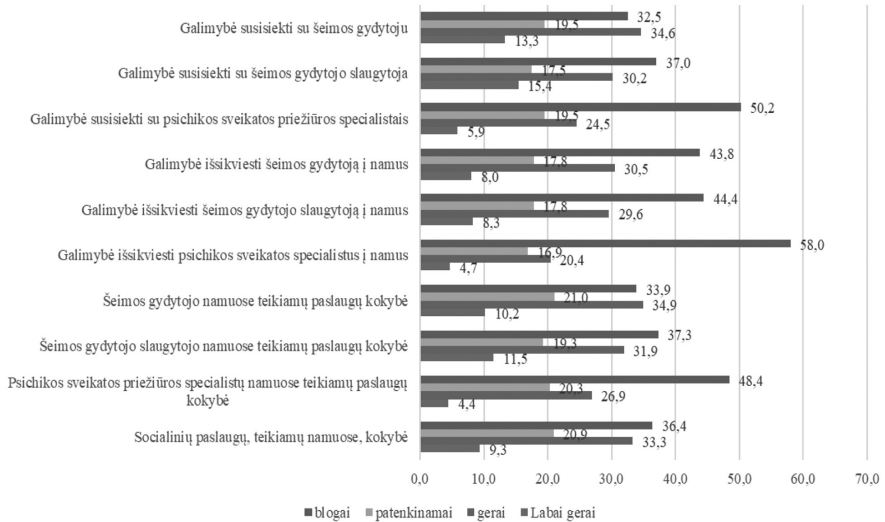


1 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų namuose teikimo dažnis

Vertinant socialinių paslaugų teikimą namuose, nustatyta, kad dauguma respondentų šių paslaugų negauna: 80 proc. apklaustųjų nurodė, kad negauna socialinių paslaugų namuose (pagalbos buityje), 91,3 proc. nurodė, kad negauna dienos socialinės globos, teikiamos įstaigoje. Nenustatyta, kad socialinių paslaugų gavimas priklausytų nuo gydymo įstaigos, prie kurios šeimos gydytojo pacientas yra prisirašęs, paciento ligos periodo trukmės, respondento lyties, amžiaus ar išsilavinimo. Vertinant socialinių paslaugų žinomumą, nustatyta, kad dauguma respondentų nežino apie savivaldybėje organizuojamas ir teikiamas socialines paslaugas: 57,7 proc. respondentų nurodė nežinantys apie savivaldybės organizuojamas ir teikiamas socialines paslaugas namuose, 71,8 proc. nebuvo girdėję apie dienos socialines paslaugas įstaigoje. Žinomumas reikšmingai nesiskyrė, vertinant, ar į klausimą atsakė pacientas, ar jo artimasis, vyras ar moteris, ar nuo lėtinės ligos periodo, atsakymų pasiskirstymas reikšmingai nesiskyrė ir amžiaus grupėse. Nustatyta, kad aukštesniojo ir aukštojo išsilavinimo respondentai, lyginant su pradinį ir pagrindinį išsilavinimą turinčiais pacientais, dažniau nurodė atsisakę socialinių paslaugų, nes paslaugos netenkino poreikio (socialinių paslaugų, teikiamų namuose, $\chi^2 = 20,228$, lls = 8, $p = 0,010$; dienos socialinių paslaugų, teikiamų įstaigoje (dienos centre), $\chi^2 = 20,312$, lls = 6, $p = 0,002$). Viešosios įstaigos pacientai ar jų artimieji dažniau nurodė žinantys apie savivaldybės organizuojamas ir teikiamas socialines paslaugas, tačiau dažniau jų atsisako dėl paslaugų kokybės ir poreikių nepatenkinimo (dėl socialinių paslaugų, teikiamų namuose, $\chi^2 = 10,289$, lls = 4, $p = 0,036$; dėl dienos socialinių paslaugų, teikiamų įstaigoje (dienos centre), $\chi^2 = 9,714$, lls = 3, $p = 0,021$). Taip pat respondentai, nurodę gaunantys šeimos gydytojo paslaugas namuose, reikšmingai dažniau nurodė, kad laukia eilėje socialinėms paslaugoms namuose gauti ($\chi^2 = 23,546$, lls = 4, $p = 0,0001$) bei dienos socialinėms paslaugoms, teikiamoms įstaigoje (dienos centre), gauti ($\chi^2 = 9,011$, lls = 3, $p = 0,029$), lyginant su respondентаis, kurie nurodė, kad namuose šeimos gydytojas paciento nelanko. Nustatyta,

kad šeimos gydytojo slaugytojo paslaugas namuose gaunantieji reikšmingai dažniau nurodė, kad laukia eilėje socialinėms paslaugoms namuose gauti, lyginant su respondentais, kurių šeimos gydytojo slaugytoja nelanko namuose ($\chi^2 = 10,394$, lls = 4, $p = 0,034$).

Analizuojant respondentų atsakymus, matyti, kad dauguma respondentų namuose gaunamas asmens sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas namuose linkę vertinti patenkinamai arba blogai (2 pav.).



2 pav. Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų vertinimas (proc.).

Analizuojant respondentų nuomonę dėl šeimos gydytojo komandos teikiamų paslaugų prieinamumo ir kokybės, nustatyta, kad moterys buvo linkusios geriau vertinti galimybę susisiekti su šeimos gydytojo slaugytoju, lyginant su vyrais ($\chi^2 = 8,045$, lls = 3, $p = 0,045$). Galimybę susisiekti su šeimos gydytoju skirtingai vertino prie viešosios įstaigos prisirašę pacientai, lyginant su prie privačios įstaigos prisirašiusiais pacientais: privačių įstaigų pacientai buvo linkę blogiau vertinti galimybę susisiekti su šeimos gydytoju ($\chi^2 = 10,990$, lls = 3, $p = 0,012$), šeimos gydytojo slaugytoju ($\chi^2 = 20,611$, lls = 3, $p = 0,0001$), psichikos sveikatos specialistais ($\chi^2 = 11,827$, lls = 3, $p = 0,008$). Taip pat prie privačios įstaigos prisirašyti pacientai ir jų artimieji, lyginant su prie viešosios įstaigos prirašytais pacientais bei jų artimaisiais, buvo linkę prasčiau vertinti galimybę išsikviesti šeimos gydytoją ($\chi^2 = 11,075$, lls = 3, $p = 0,011$) bei psichikos sveikatos specialistus į namus ($\chi^2 = 9,525$, lls = 3, $p = 0,023$). Prie viešosios įstaigos prisirašę pacientai ir jų artimieji, lyginant su privačių įstaigų pacientais ir jų artimaisiais, buvo linkę geriau vertinti šeimos gydytojo ($\chi^2 = 10,042$, lls = 3, $p = 0,018$) bei slaugytojo ($\chi^2 = 9,136$, lls = 3, $p = 0,028$) namuose teikiamų paslaugų kokybę. Nustatyta, kad didėjant respondento amžiui galimybė susisiekti su šeimos gydytoju ($\rho = -0,125$, $p = 0,021$) ir slaugytoju ($\rho = -0,119$, $p = 0,029$) vertinama blogiau. Drauge didėjant respondentų amžiui galimybė išsikviesti šeimos gydytoją ($\rho = -0,119$, $p = 0,029$) ar slaugytoją ($\rho = -0,117$, $p = 0,032$) į namus vertinama blogiau.

Analizuojant apklausos dalyvių nuomonę dėl psichikos sveikatos komandos teikiamų paslaugų prieinamumo ir kokybės, nustatyta, kad dauguma respondentų paslaugų prieinamumą ir kokybę buvo linkę vertinti blogai ir patenkinamai (2 pav.). 41 proc. respondentų iki 64 m. gerai įvertino galimybę susisiekti su psichikos sveikatos specialistais, taip manančių 85 m. ir vyresnių respondentų buvo tik 7,8 proc. ($\chi^2 = 34,572$, lls = 6, $p = 0,0001$). Nustatytas vidutinio stiprumo neigiamas koreliacinis ryšys tarp paciento amžiaus ir galimybės susisiekti su psichikos sveikatos specialistais vertinimo ($\rho = -0,272$, $p = 0,0001$), t. y. didėjant paciento amžiui, šios galimybės vertinimas blogėja. Taip pat matyti, kad didėjant respondento amžiui galimybė išsikviesti psichikos sveikatos specialistus į namus vertinama blogiau ($\rho = -0,241$, $p = 0,0001$). Vyresni (85 m. ir daugiau) pacientai buvo linkę neigiamai vertinti ir psichikos sveikatos specialistų teikiamas paslaugas namuose: net 65,5 proc. respondentų šių specialistų teikiamas paslaugas namuose vertino blogai, o taip manė 32,8 proc. iki 64 m. amžiaus respondentų ($\chi^2 = 17,062$, lls = 6, $p = 0,009$). Pastebima, kad didėjant respondentų amžiui psichikos sveikatos specialistų teikiamų paslaugų kokybę vertinama blogiau ($\rho = -0,282$, $p = 0,0001$). Vertinant respondentų atsakymus išsilavinimo grupėse, nustatyta, kad didėjant pacientų išsilavinimui geriau vertinama galimybė susisiekti su psichikos sveikatos specialistais ($\rho = 0,139$, $p = 0,013$) bei galimybė juos išsikviesti į namus ($\rho = 0,136$, $p = 0,015$). Taip pat nustatyta, kad didėjant respondentų išsilavinimui psichikos sveikatos specialistų namuose teikiamų paslaugų kokybę vertinama geriau ($\rho = 0,162$, $p = 0,028$).

Analizuojant, kaip respondentai vertina socialines paslaugas, teikiamas namuose, nustatyta, kad 33,6 proc. respondentų socialines paslaugas, teikiamas namuose, buvo linkę vertinti blogai, 20,9 proc. – patenkinamai, 33,3 proc. – gerai ir 9,3 proc. – labai gerai (3 pav.). Paciento artimieji, lyginant su apklausoje dalyvavusiais pacientais, buvo linkę geriau vertinti namuose gaunamų socialinių paslaugų kokybę ($\chi^2 = 12,303$, lls = 3, $p = 0,006$). Taip pat socialinių paslaugų vertinimas skyrėsi priklausomai nuo paciento ligos periodo trukmės – ilgiau nei 10 m. sergantys pacientai ar juos slaugantys artimieji socialines paslaugas, teikiamas namuose, vertino blogiau ($\chi^2 = 13,911$, lls = 6, $p = 0,031$). Socialinių paslaugų kokybės vertinimas reikšmingai nesiskyrė vertinant respondentų lytį, amžių, išsilavinimą, įstaigą, prie kurios prisirašęs pacientas.

Analizuojant respondentų lūkesčius dėl paslaugų namuose teikimo, dauguma respondentų nurodė, kad šeimos gydytojo paslaugų norėtų kelis kartus per mėnesį (44 proc.) arba kelis kartus per metus (35 proc.), o jo teikiamos paslaugos turėtų būti prieinamos visomis dienomis ir naktį (47,4 proc.) arba darbo dienomis dieną (40,7 proc.). Šie lūkesčiai nesiskyrė priklausomai nuo to, ar į klausimą atsakė pacientas, ar jo artimasis, taip pat nuo respondento lyties ar išsilavinimo bei nuo ligos periodo. Tačiau atsakymai, kaip dažnai gydytojas turėtų lankytis paciento namuose, reikšmingai skyrėsi priklausomai nuo to, prie kokios gydymo įstaigos pacientas yra prirašytas: prie viešosios įstaigos prirašyti pacientai ar jų artimieji dažniau buvo linkę nurodyti, kad gydytojo paslaugų pageidauja kiekvieną dieną ar kelis kartus per savaitę, o prie privačių įstaigų prirašyti pacientai ar jų artimieji dažniau nurodė, kad šeimos gydytojo paslaugų jie norėtų kelis kartus per mėnesį ($\chi^2 = 10,674$, lls = 4, $p = 0,030$). Analizuojant respondentų atsakymus pagal amžiaus grupes, nustatyta, kad didėjant respondentų amžiui mažiau norima gydytojo vizitų į namus ($\rho = 0,136$, $p = 0,012$).

Su šeimos gydytoju komandoje dirbančio slaugytojo paslaugų respondentai pageidautų kelis kartus per savaitę (37,5 proc.) arba kelis kartus per mėnesį (33,4 proc.), o paslaugos turėtų būti prieinamos visomis dienomis ir naktį (45,9 proc.) arba darbo dienomis dieną (37,5 proc.). Šie lūkesčiai nesiskyrė priklausomai nuo respondento lyties ir išsilavinimo. Tačiau pacientų artimieji dažniau norėjo, kad slaugytojo paslaugos namuose būtų prieinamos savaitgaliais ir šventinėmis dienomis dieną ir naktį ($\chi^2 = 17,705$, lls = 4, $p = 0,001$). Respondentų lūkesčiai dėl slaugytojo apsilankymų namuose dažnumo reikšmingai skyrėsi priklausomai nuo to, prie kokios gydymo įstaigos pacientas yra prirašytas: prie viešosios įstaigos prirašyti pacientai ir jų artimieji dažniau buvo linkę nurodyti, kad slaugytojo paslaugų pageidauja kiekvieną dieną, o prie privačių įstaigų prirašyti pacientai ir jų artimieji dažniau nurodė, kad slaugytojo paslaugų jie norėtų kelis kartus per savaitę ar mėnesį ($\chi^2 = 13,639$, lls = 4, $p = 0,009$). Analizuojant respondentų lūkesčius dėl slaugytojo paslaugų namuose amžiaus grupėse, nustatyta, kad respondentai iki 64 m. dažniau nei 85 m. ir vyresni nurodė, kad slaugytojo paslaugų namuose pageidautų kiekvieną dieną ($\chi^2 = 26,121$, lls = 8, $p = 0,001$).

Socialinių paslaugų namuose pacientai pageidautų kelis kartus per savaitę (43,4 proc.) arba kelis kartus per mėnesį (22,2 proc.), visomis dienomis ir naktimis (47,6 proc.) arba darbo dienomis dieną (44,1 proc.). Šie lūkesčiai nesiskyrė, nesvarbu, ar į klausimą atsakinėjo pacientas, ar artimasis, taip pat tai nepriklausė nuo respondento lyties ar išsilavinimo, ligos periodo ir prie kokios gydymo įstaigos pacientas prirašytas. Nustatyta, kad didėjant pacientų amžiui socialinių paslaugų namuose pageidaujama dažniau ($\rho = -0,108$, $p = 0,046$). Taip pat nustatyta, kad respondentai, kurie nurodė, kad negauna socialinių paslaugų namuose, dažniau pageidavo, kad šios paslaugos būtų prieinamos visomis darbo dienomis, savaitgaliais ar švenčių dienomis, dieną ir naktį ($\chi^2 = 10,475$, lls = 4, $p = 0,033$).

53,9 proc. respondentų nurodė, kad jiems labiausiai trūksta visų paslaugų, teikiamų namuose (ir sveikatos priežiūros, ir socialinių paslaugų), 59,4 proc. respondentų sakė, kad pageidautų ilgalaikių, nuolatinių priežiūros paslaugų paciento namuose. Ilgalaikių priežiūros paslaugų namuose labiau pageidautų ilgiau nei 10 metų sergantys pacientai ($\chi^2 = 7,993$, lls = 2, $p = 0,018$), lyginant su respondентаis, sergančiais iki 4 m.

Į klausimą, ar norėtų gauti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas namuose, teikiamas kartu, dauguma (90 proc.) apklausos dalyvių nurodė teigiamai, tačiau reikšmingai skyrėsi pacientų ir artimųjų nuomonės ($\chi^2 = 4,370$, lls = 1, $p = 0,037$). Apklausoje dalyvavę pacientai (14,7 proc.) dažniau nei pacientų artimieji (7,4 proc.) nurodė, kad taip organizuojamų paslaugų jie nepageidautų. Atsakymai į šį klausimą reikšmingai nesiskyrė tarp moterų ir vyrų skirtingose amžiaus ar išsilavinimo grupėse.

Į klausimą, ar sutiktų už sveikatos priežiūros (gydytojo / slaugytojo) paslaugas, teikiamas namuose, sumokėti papildomai, daugiau nei pusė apklaustųjų (60,6 proc.) nurodė, kad už sveikatos priežiūros paslaugas, teikiamas namuose, papildomai nesutiktų mokėti. Nuomonė reikšmingai nesiskyrė tarp vyrų ir moterų. Tačiau pastebima, kad paciento artimieji dažniau nurodė, kad už gydytojo ar slaugytojo paslaugas, teikiamas namuose, sutiktų sumokėti papildomai ($\chi^2 = 15,313$, lls = 1, $p = 0,0001$): papildomai už paslaugas sutiktų sumokėti 46 proc. apklausoje dalyvavusių pacientų artimųjų ir 23 proc. pacientų. Reikšminai skyrėsi respondentų atsakymai šiuo klausimu, priklausomai nuo respondentų išsilavinimo: aukštesniojo ir aukštojo išsilavinimo respondentai (45,1 proc.) dažniau nei pradinio ir pagrindinio išsilavinimo respondentai (25,7 proc.) nurodė, kad už sveikatos priežiūros paslaugas, teikiamas namuose, sutiktų sumokėti papildomai ($\chi^2 = 7,482$, lls = 2, $p = 0,024$).

Rezultatų aptarimas

R. Jurkuvienė ir S. Audronytė, 2007 m. nagrinėdamos Kauno mieste gyvenančių lėtinėmis ligomis sergančių pagyvenusių žmonių poreikius gauti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas namuose, nustatė, kad 85 proc. ištirtų asmenų negauna jokių paslaugų namuose, tik 2 proc. respondentų namuose lankė slaugytojas ir tik vienas žmogus sulaukė socialinio darbuotojo paslaugų¹⁸. Mūsų tyrimas parodė, kad daugiau nei pusei apklaustų slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje hospitalizuotų pacientų namuose nebuvo teikiamos jiems būtinos asmens sveikatos priežiūros paslaugos. 80 proc. apklaustųjų nurodė, kad negauna socialinių paslaugų namuose.

R. Kudukytė-Gasperė ir K. Štaras, 2011 m.¹⁹ ir 2014 m.²⁰ nagrinėdami slaugomų namuose lėtinėmis ligomis sergančių pacientų ir juos nuolat prižiūrinčių šeimos narių gaunamų namuose paslaugų vertinimą bei poreikį, nustatė, kad dauguma respondentų norėtų, kad profesionali slaugytojo pagalba jiems būtų teikiama kelis kartus per savaitę, o paslaugos turėtų būti prieinamos darbo dienomis dieną ir naktį. Mūsų tyrimas parodė, kad slaugos ligoninėje hospitalizuotų pacientų ir jų šeimos narių poreikiai yra panašūs: su šeimos gydytoju komandoje dirbančio slaugytojo paslaugų respondentai pageidautų kelis kartus per savaitę (37,5 proc.) arba kelis kartus per mėnesį (33,4 proc.), o paslaugos turėtų būti prieinamos visomis dienomis ir naktį (45,9 proc.). Tyrimo metu nustatyta, kad šeimos gydytojo paslaugų slaugos ligoninėje hospitalizuoti pacientai ir jų šeimos nariai norėtų kelis kartus per mėnesį (44 proc.) arba kelis kartus per metus (35 proc.), o jo teikiamos paslaugos turėtų būti prieinamos visomis dienomis ir naktį (47,4 proc.) arba darbo dienomis dieną (40,7 proc.). Dauguma apklausoje dalyvavusių respondentų nurodė, kad psichikos sveikatos priežiūros specialistų paslaugų, teikiamų namuose, užtektų kartą ar kelis kartus per metus, o paslaugos turėtų būti prieinamos darbo dienomis dieną (50,9 proc.) arba visomis dienomis ir naktimis.

R. Kudukytės-Gasperės su bendraautoriais (2014) atliktas tyrimas parodė, kad dauguma pacientų, prižiūrinimų namuose (47,3 proc.), negauna socialinio darbuotojo ar jų padėjėjų teikiamų paslaugų, tačiau daugiau nei trečdalis apklaustų pacientų nurodė, kad jiems reikalingos papildomos socialinės paslaugos. 2011 m. tyrimo metu nustatyta, kad socialinis darbuotojas pacientus namuose lanko kartą per mėnesį (26,7 proc.) ar kelis kartus per mėnesį (24,7 proc.). Kaip jau minėta, mūsų tyrimas atskleidė panašias tendencijas – vertinant socialinių paslaugų teikimą namuose nustatyta, kad dauguma respondentų šių paslaugų negauna, taip pat daugiau nei pusė respondentų nurodė, kad apie tokias paslaugas, organizuojamas savivaldybėje, jie net nežino. Atkreiptinas dėmesys, kad viešosios įstaigos, teikiančios pirmines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, pacientai ar jų artimieji dažniau nurodė žinantys apie savivaldybės organizuojamas ir teikiamas socialines paslaugas, tačiau dažniau jų atsisako dėl paslaugų kokybės ir dėl to, kad poreikiai

18 Jurkuvienė, R., Audronytė, S., Lėtinėmis ligomis sergančių senų ir pagyvenusių žmonių integruotų ilgalaikių paslaugų namuose poreikis, *Sveikatos mokslai*, 2007, 5: 1191–1197.

19 Kudukytė-Gasperė, R., Jankauskienė, D., Štaras, K., Sveikatos ir socialinių paslaugų integracija. Atvejo analizė VŠĮ Centro poliklinikoje, *Sveikatos politika ir valdymas*, 2012, 1 (4): 127–146.

20 Kudukytė-Gasperė, R., Štaras, K., Integruotų slaugos ir psichosocialinių paslaugų poreikis namuose slaugomiems sunkios būklės pacientams ir jų šeimos nariams. Atvejo analizė VŠĮ Centro poliklinikoje, *Sveikatos mokslai*, 2015, 25 (1): 15–23. ISSN 1392-6373.

nepatenkinami. Taip pat respondentai, kurie namuose gavo šeimos gydytojo ar jo slaugytojo paslaugas, buvo geriau informuoti apie socialines paslaugas ir dažniau laukia eilėje socialinėms paslaugoms namuose gauti, lyginant su privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų pacientais ir tais, kurie negavo namuose teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų. Mūsų tyrimas parodė, kad daugiau nei pusė respondentų (53,9 proc.) sakė, kad šiuo metu jiems labiausiai trūksta visų paslaugų, teikiamų namuose (ir sveikatos priežiūros, ir socialinių), ir 90 proc. apklaustųjų norėtų gauti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas namuose, teikiamas kartu.

E. Nolte su bendraautoriais, nagrinėdami šalių patirtį organizuojant paslaugas vyresniems, lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams, nustatė, kad šalyse, kuriose pirminė asmens sveikatos priežiūra daugiausia remiasi komandiniu gydytojo, slaugytojo ir kitų specialistų darbu, pacientams įvairiapusės pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugos tapo prieinamesnės, drauge sumažėjo stacionarinės pagalbos paslaugų poreikis. Kad būtų užtikrintas paslaugų tęstinumas, šalys organizuoja specializuotas ambulatorinės priežiūros (ir asmens sveikatos, ir socialinės priežiūros) paslaugas, diegdamos slaugos klinikas (*nurse-led clinics*) arba kurdamos specialistų komandas, kurios veiklą, teikiant paslaugas pacientui namuose, koordinuoja jį prižiūrintis slaugytojas (*case management*)²¹. Taip darbas organizuojamas Švedijoje, Anglijoje, Olandijoje. Mokslininkai, įvertinę šalių patirtį, teigia, kad šis darbo organizavimo principas, koordinuotai teikiant priežiūros (ir asmens sveikatos, ir socialines) paslaugas, į priežiūros namuose procesą įtraukiant patį pacientą, jo artimuosius ir orientuojantis į paciento ir jo artimųjų poreikius ir lūkesčius, suteikia gesnesnių paciento priežiūros rezultatų, sumažina hospitalizaciją, y. institucinės priežiūros, poreikį bei sumažina sveikatos priežiūros išlaidas, skirtas institucinei sveikatos priežiūrai ir socialinei globai²².

R. Tarricone su bendraautoriais atlikusi respondentų, hospitalizuotų Olandijos ligoninėse, apklausą dėl asmens priežiūros sistemos kokybės²³, nustatė, kad beveik 90 proc. respondentų norėtų, kad socialinės ir sveikatos priežiūros sistemos padėtų kuo ilgiau likti savo namuose ir gauti jiems būtinas priežiūros, t. y. sveikatos ir socialines, paslaugas namuose. Daugelis apklausoje dalyvavusių respondentų, kaip ir mūsų tyrime, teikė pirmenybę tam, kad sveikatos priežiūros paslaugos ir jas papildančios paslaugos būtų suteikiamos namuose, lyginant su stacionarine priežiūra. Tyrimų duomenys pagrindė, kad vyresnio amžiaus žmonės ir negalią turintys asmenys yra labiau linkę į ambulatorinėmis sąlygomis teikiamas paslaugas nei į institucinę priežiūrą. Norvegijoje, kuri turi ilgą ir senas paslaugų namuose organizavimo ir teikimo tradicijas, pirmiausia iškeliami paciento poreikiai ir lūkesčiai kuo ilgiau pasilikti savo namuose ir priežiūros paslaugas gauti namuose, todėl būtina vystyti ambulatorinių paslaugų (tokių kaip pagalbos namuose) sektorių²⁴.

21 Nolte E., M. McKee, C. Knai, eds., *Managing chronic conditions. Experience in eight countries*. EU: European Observatory on Health Systems and Policies, 2008: 1–14.

22 Karlberg, I., Sweden, E. Nolte, M. McKee, C. Knai, eds., *Managing chronic conditions. Experience in eighth countries*. EU: European Observatory on Health Systems and Policies, 2008: 115–130.

23 Tarricone R., Tsouros A. D. *Home care in Europe*. WHO; 2008,

24 Norwegian ministry of health and care services. Long term care – Future challenges. Care plan 2015. Report Nr. 25 (2005–2006) to the Storting Chapter 1, 2 and 3; https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/en-gb/pdfs/nou201120110011000en_pdfs.pdf [žiūrėta 2019-07-09],

Išvados

1. Daugiau nei pusei lėtinėmis ligomis sergančių pacientų niekada nebuvo teikiamos pirminės asmens sveikatos priežiūros (šėimos gydytojo, slaugytojo ar gydytojo psichiatro ir jo slaugytojo) paslaugos namuose. Prie viešųjų įstaigų prisirašę pacientai dažniau gauna šėimos gydytojo ir su juo komandoje dirbančio slaugytojo teikiamas paslaugas namuose nei prie privačios pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos prisirašę pacientai. Didėjant paciento amžiui ir ligos periodo trukmei šėimos gydytojo ir slaugytojo apsilankymų namuose skaičius mažėja.
2. Dauguma slaugos ligoninėje hospitalizuotų pacientų negavo socialinių paslaugų, teikiamų namuose, ir nežino apie savivaldybėje organizuojamas ir teikiamas socialines paslaugas. Viešųjų įstaigų pacientai ir pacientai, gaunantys šėimos gydytojo ir slaugytojo paslaugas namuose, buvo geriau informuoti apie socialines paslaugas mieste.
3. Namuose gaunamos asmens sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos vertinamos patenkinamai. Viešosios įstaigos pacientai, jaunesnio amžiaus, aukštesnio išsilavinimo respondentai geriau vertino namuose gaunamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę. Privačių įstaigų pacientai blogiau vertino galimybę susisiekti ir išsikviesti į namus savo šėimos gydytoją, šėimos gydytojo slaugytoją ir psichikos sveikatos specialistus. Socialinių paslaugų, teikiamų namuose, kokybę blogiau vertino paciento artimieji bei ilgiau nei 10 metų sergantys ar juos slaugantys asmenys.
4. Dauguma respondentų pageidautų ilgalaikių, nuolatinių priežiūros paslaugų paciento namuose, šėimos gydytojo paslaugų norėtų kelis kartus per mėnesį, o su šėimos gydytoju komandoje dirbančio slaugytojo paslaugų pageidautų kelis kartus per savaitę, šių specialistų namuose teikiamos paslaugos turėtų būti prieinamos visomis dienomis ir naktį.
5. Dauguma respondentų norėtų, kad sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos namuose būtų teikiamos kartu, tačiau už paslaugas namuose nesutiktų papildomai mokėti.
6. Skirtingas teisinis reglamentavimas, skirtingi viešųjų bei privačių PAASP įstaigų reikalavimai iš esmės neleidžia asmeniui organizuoti ir teikti lanksčių, poreikius tenkinančių integruotų, koordinuotai teikiamų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų namuose, nes asmens poreikis paslaugoms vertinamas skirtingai, tai nustato skirtingi subjektai, skirtingas paslaugų organizavimo ir finansavimo mechanizmas nesuteikia galimybės pacientui gauti viso, jam būtino paslaugų komplekto, o įstaigas – teikti tokias kompleksines paslaugas.

Rekomendacijos

1. Atsižvelgdami į tai, kad nėra sistemškai sprendžiama integruotos ir ilgalaikės priežiūros paslaugų poreikio problema, siūlytume sutelkiant mokslininkų ir kompetentingų specialistų komandą sukurti mokslškai pagrįstą, į paciento poreikius orientuotą, atitinkančią valstybės poreikius ilgalaikės priežiūros koncepciją, ku-

riuje būtų aiškiai apibrėžtas paslaugų teikimas nuo paslaugų namuose organizavimo ir teikimo iki institucinės priežiūros.

2. Kad pacientai jau dabar galėtų gauti jiems būtinas paslaugas, būtina visas PSDF lėšomis teikiančias PAASP įstaigas vienodai įpareigoti vykdyti šiuo metu galiojančių teisės aktų nuostatas, teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas pacientams namuose, dar kartą apsvarstyti specialiųjų teisės aktų, reglamentuojančių sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų namuose teikimo nuostatas, išvengiant jų kolizijos ir apsvarstant galimybę, kad slaugos paslaugos namuose būtų organizuojamos ir teikiamos kartu su dienos socialine globa, paslaugų organizavimą ir apmokėjimą vykdančią savivaldybę, kurios gyventojams teikiama paslauga. Skirtingų sąvokų atsakymas, įstaigų įgalinimas ir bendras finansavimas bei paslaugų skyrimo mechanizmas turėtų padėti asmeniui, kuriam reikia pagalbos, greičiau jos sulaukti ir ši pagalba būtų efektyvesnė.

Literatūra

1. Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymu Nr. V-1026; <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.311861/asr> [žiūrėta 2019-07-09].
2. EBPO (2018a): Health Statistics 2018; <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> [žiūrėta 2019-08-30].
3. EBPO/OECD Economic Surveys Lithuania. 2018; <https://www.oecd.org/eco/surveys/Lithuania-2018-OECD-economic-survey-overview.pdf> [žiūrėta 2019-08-30].
4. Europos komisija. Lietuva 2019. Šalies ataskaita. Komisijos tarnybų darbinis dokumentas. 2019 m. Europos semestras. Struktūrinių reformų pažangos vertinimas, makroekonominio disbalanso prevencija ir naikinimas ir pagal Reglamentą (ES) Nr. 1176/2011 atliktų nuodugnių apžvalgų rezultatai. Briuselis, 2019 02 27, SWD(2019) 1014 final. (COM(2019) final 150); https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/2019-european-semester-country-report-lithuania_lt.pdf [žiūrėta 2019-08-30].
5. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1 [žiūrėta 2019-07-01].
6. Jurkuvienė, R., Audronytė, S., Lėtinėmis ligomis sergančių senų ir pagyvenusių žmonių integruotų ilgalaikių paslaugų namuose poreikis, *Sveikatos mokslai*, 2007, 5: 1191–1197.
7. Karlberg, I. Sweden, Nolte, E., McKee, M., Knai, C., eds., *Managing chronic conditions. Experience in eight countries*. EU: European Observatory on Health Systems and Policies, 2008: 115–130.
8. Karlsson, M., Klohn, F., Testing the red herring hypothesis on an aggregated level: ageing, time-to-death and care costs for older people in Sweden, *European Journal of Health Economics*, 2014, 15.

9. Kudukytė-Gasperė, R., Jankauskienė, D., Štaras, K.. Sveikatos ir socialinių paslaugų integracija. Atvejo analizė VšĮ Centro poliklinikoje, *Sveikatos politika ir valdymas* 2012, 1 (4): 127–146.
10. Kudukytė-Gasperė, R., Štaras, K., Integruotų slaugos ir psichosocialinių paslaugų poreikis namuose slaugomiems sunkios būklės pacientams ir jų šeimos nariams. Atvejo analizė VšĮ Centro poliklinikoje, *Sveikatos mokslai*, 2015, 25 (1): 15–23. ISSN 1392-6373.
11. Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimas Nr. XI-1430 „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“; <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.401152?jfwid=q86m1vsxj> [žiūrėta 2019-07-09].
12. Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII-96496 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos patvirtinimo“; <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35834810004f11e4b0ef967b19d90c08/asr> [žiūrėta 2019-07-09].
13. Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų įstatymas; <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.270342/asr> [žiūrėta 2019-07-09].
14. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2007 m. liepos 4 d. įsakymas Nr. V-558/A1-183 „Dėl Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“; <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.301549?jfwid=-9dzqnu48b> [žiūrėta 2019-07-09].
15. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 14 d. nutarimas Nr. 583 „Dėl Mokėjimo už socialines paslaugas tvarkos aprašo patvirtinimo“; <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.278281/asr> [žiūrėta 2019-07-09].
16. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. lapkričio 28 d. nutarimas Nr. 1482 „Dėl 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos“; <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.439028/asr> [žiūrėta 2019-07-09].
17. Nolte, E., McKee, M., Knai, C., Managing chronic conditions: An introduction to the experience in eight countries. Nolte, E., McKee, M., Knai, C., eds., *Managing chronic conditions. Experience in eight countries*. EU: European Observatory on Health Systems and Policies, 2008: 1–14.
18. Norwegian ministry of health and care services. Long term care – Future challenges. Care plan 2015. Report Nr. 25 (2005–2006) to the Storting Chapter 1, 2 and 3; https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/en-gb/pdfs/nou201120110011000en_pdfs.pdf [žiūrėta 2019-07-09].
19. Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. rugpjūčio 13 d. įsakymu Nr. V-946; <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.291106/asr> [žiūrėta 2019-07-09].
20. Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos teikimo reikalavimų aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. gegužės 4 d. įsakymu Nr. V-393; <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.424177/asr> [žiūrėta 2019-07-09].

21. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašas, patvirtintas 2005 m. gruodžio 5 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-943; <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.267313/asr> [žiūrėta 2019-07-09].
22. Projekto „Integralios pagalbos veiksmingumo ir pritaikomumo tyrimas“ galutinė ataskaita, 2015; <https://socmin.lrv.lt/uploads/socmin/documents/files/administracine-informacija/tyrimai/projekto_Integralios%20pagalbos%20veiksmingumo%20ir%20pritaikomumo%20tyrimas_galutin%C4%97%20ataskaita.pdf> [žiūrėta 2019-07-09].
23. Tarricone R., Tsouros A. D. *Home care in Europe*. WHO, 2008.
24. Valstybės pažangos strategija „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“, patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gegužės 15 d. nutarimu Nr. XI-2015; <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.425517> [žiūrėta 2019-07-09].

THE NEED OF THE HEALTH AND SOCIAL CARE SERVICES AT HOME FOR PATIENTS HOSPITALIZED IN THE NURSING HOSPITAL

Renata Kudukytė-Gasperė

Mykolas Romeris University, Lithuania
Kaunas City Municipal Administration, Lithuania

Prof. dr. Danguolė Jankauskienė

Mykolas Romeris University, Lithuania

Summary. *The majority of Lithuanian municipalities are facing the challenges of aging population – growing morbidity of chronic diseases and special nursing and health care needs for the aged citizens, demanding complex social and health care. These factors also induces the additional activities that are not directly associated with health care, and deficiency of resources in primary health care sector.*

In 2019 European Assessment of progress on structural reforms, prevention and correction of macroeconomic imbalances, and results of in-depth reviews is underlined, that institutional care model, dominating in Lithuania, is not sufficient for the aging society and growing needs for integrated and long-term care services.

The aim of this article is to analyze and evaluate the needs of health care and social care services at home for long care patient hospitalized in the nursing hospital and to offer measures for developing for these services. The results of the study showed that more than half of patients with chronic illnesses had never received primary health care (57 %) and social care services at home (80 %), more than half (57 %) of the respondents didn't know about the social services organized and provided by the municipality. Most respondents (59 %) would prefer long-term health care services provided at home, but respondents (80 %) would not agree to pay extra for these home care services. Differences in the legal framework for home

health care and social services does not allow organize and delivery the flexible, long-term, integrated home-based health care and social care services.

Keywords: *Health care services for patient at home, social care services for patient at home, needs for long-term care services.*

Renata Kudukytė-Gasperė, Mykolo Romerio universiteto Viešojo valdymo fakulteto politikos mokslų instituto doktorantė; Kauno miesto savivaldybės administracijos Sveikatos apsaugos skyriaus vedėja (savivaldybės gydytoja). Mokslinių tyrimų kryptys: integruotos sveikatos ir socialinių paslaugų priežiūros paslaugos, sveikatos ir socialinių paslaugų priežiūros valdymo tyrimai, e. sveikatos sprendimai, asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sąsajos.

Renata Kudukytė-Gasperė, is a Phd student at the Institute of Political Sciences, Mykolas Romeris university, Head of Health care Division at Kaunas City Municipal Administration. Research interests: integrated health care and social care services, researches in integrated health and social care, case managing in health care, e-health solutions, links between personal health care and public health.

Danguolė Jankauskienė, Mykolo Romerio universiteto Viešojo valdymo fakulteto Politikos mokslų instituto profesorė, biomedicinos mokslų daktarė. Mokslinių tyrimų kryptys: sveikatos politika ir vadyba, visuomenės sveikata, sveikatos technologijų vertinimas.

Danguolė Jankauskienė, Doctor of Biomedicine, is a Professor at the Institute of Political Sciences, Mykolas Romeris University. Research interests: health policy and management, health technology assessment, public health.

INFORMACIJA AUTORIAMŠ

1. Rankraštis pateikiamas OJS sistemoje adresu <http://sms.mruni.eu>, parengtas Microsoft Word programa Times New Roman 12 pt raidžių dydžio šriftu. Rankraštis turi būti suformatuotas 1,5 intervalu vienoje A4 formato lapo pusėje, iš visų kraštų paliekant ne siauresnes kaip 25 mm paraštes. 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.
2. Atskirame Word dokumente reikia įkelti duomenis apie autorių (-ius): vardas ir pavardė, darbovietė ir jos adresas, telefonas (darbo ir mobilus), faksas, elektroninis paštas. Šie duomenys reikalingi, kad užtikrinti tiesioginį ir operatyvų redaktorių kolegijos, recenzentų bei leidybos darbuotojų (kalbos redaktorių, maketuotojų) bendravimą su autoriumi. Jeigu autorių yra daugiau kaip vienas, prašome nurodyti asmenį, atsakingą už korespondenciją su redaktorių kolegija.
3. 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.
4. Priimtą spaudai straipsnį autorius turi pataisyti, atsižvelgdamas į recenzentų ir redaktorių pastabas, arba motyvuotai paaiškinti, kodėl į jas nebuvo atsižvelgta. Pataisytą rankrašį autorius įkelia į OJS sistemą per dvi savaites po recenzijos gavimo.

AUTHOR GUIDELINES

1. The authors should submit a manuscript through OJS submission system at the address <http://ss.mruni.eu>, written in Microsoft Word application in Times New Roman fonts, size - 12 pt. The manuscript should be 1,5 spaced on one side of an A4 list of paper, margins at least 25 mm. The manuscript 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.
2. Information on the author(s) should be provided in a separate page Word document: 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 editors, scholarly reviewers and publishers (language editors, and layout editors) and the author(s). In case there

are several authors, the person responsible for communication with the board of editors should be indicated.

3. The width of the pictures, schemes, diagrams, tables should not exceed 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 a good quality, sharpness 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 of the table.
4. 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 choose to avoid suggested corrections. The revised version of the article should be resubmitted to the OJS system within two- week period after the reception of the review.

SVEIKATOS POLITIKA IR VALDYMAS

Mokslo darbai

2019 1(11)

ISSN 2029-3569 PRINT

ISSN 2029-9001 ONLINE

Maketavo: *Aurelija Sukackė*

Išleido Mykolo Romerio universitetas

Ateities g. 20, Vilnius

Puslapis internete www.mruni.eu

El. paštas leidyba@mruni.eu

Spausdino UAB „Vitaie Litera“

Kurpių g. 5-3, Kaunas

www.bpg.lt

HEALTH POLICY AND MANAGEMENT

Research papers

2019 1(11)

ISSN 2029-3569 PRINT
ISSN 2029-9001 ONLINE

Layout: *Aurelija Sukackė*

Mykolas Romeris University
Ateities 20, Vilnius
Website: www.mruni.eu
E-mail: info@mruni.eu

Printed by UAB „Vitae Litera“
Kurpių g. 5-3, Kaunas
www.bpg.lt