

KONCEPCINIS NACIONALINIO E. SVEIKATOS PLĖTROS PROCESO MODELIS

Rasa Rotomskienė (Juciūtė)

Mykolo Romerio universitetas, Lietuva, rjuciute@mruni.eu

Abstraktas

Tikslas – naudojantis naujausiais empiriniais duomenimis, pateikti koncepcinį modelį, tinkamą praktinių e. sveikatos plėtros procesų įgyvendinimui.

Metodologija – tyrime taikyta kokybinio tyrimo metodologija ir su ja susiję kokybinių duomenų rinkimo metodai: dokumentų analizė, giluminiai interviu ir dalyvaujančio stebėtojo išvalgas.

Rezultatai – straipsnyje pateikiamas koncepcinis nacionalinio e. sveikatos plėtros proceso modelis.

Tyrimo ribotumas – tyrimas pristato dviejų išsamių tarptautinių (atliktų Jungtinėje Karalystėje) atvejo studijų rezultatus. Rezultatus naudojant kitose šalyse būtina atsižvelgti į nacionalinio konteksto specifiškumą.

Praktinė reikšmė – empiriškai pagrįsti rezultatai pateikė naujų praktinio e. sveikatos diegimo nacionaliniu lygmeniu išvalgų. Rezultatai labai vertingi praktikams, nes pateikia naujų žinių, kaip į procesą įtraukti suinteresuotas puses (ypač galutinius kuriamų IS naudotojus), kad būtų galima pasiekti inovacijų organizuojant sveikatos priežiūros paslaugas ir organizacinių pokyčių tvaros.

Originalumas / vertingumas – straipsnio tyrimas rėmėsi autorės gautais tarptautinių atvejo studijų rezultatais. Tyrimo metodai apėmė galimybę pasinaudoti dalyvaujančio stebėtojo statusu.

Raktažodžiai: *e. sveikata, nacionalinės e. sveikatos plėtros programos, sveikatos priežiūros sektorius, organizaciniai pokyčiai.*

Tyrimo tipas: *koncepcinio modelio pristatymas.*

1. Įvadas

2004 m. balandžio mėn. Europos Komisija priėmė e. sveikatos veiksmų planą ir paragino Europos Sąjungos šalis nares priimti nacionalines e. sveikatos plėtros strategijas bei jas lydinčius veiksmų planus, siekiant efektyvaus jų įgyvendinimo. Netrukus plataus spektro e. sveikatos infrastruktūra ir e. sveikatos informacinės sistemos tapo vienu pagrindinių elementų strateginiuose sveikatos priežiūros paslaugų plėtros dokumentuose, o informacijos ir komunikacijos technologijų (toliau – IKT) diegimas į sveikatos priežiūros sektorių pradėtas sieti su saugių, efektyviai teikiamų, aukštos kokybės ir į pacientą orientuotų sveikatos priežiūros paslaugų teikimu. Tačiau nepaisant ambicingų planų ir su jais susijusių lūkesčių, nuo pat pradžių šį procesą dažnai lydi su kompleksinių IKT projektų žlugimu susijęs nusivylimas. Straipsnyje, remiantis dviejų tarptautinių atvejo studijų analizės būdu gautais gausiais empiriniais duomenimis, pristatomas sudarytas koncepcinis nacionalinio e. sveikatos plėtros proceso modelis, kuris į e. sveikatos plėtros procesus bando pažvelgti kaip į daug kompleksiškesnį procesą, nei dažnai jis yra traktuojamas ir suprantamas sveikatos politikos formavimo procese ar įgyvendinant šiuos procesus praktikoje, t. y. dažnai traktuojamą vien tik kaip techninį IKT diegimo procesą. Į e. sveikatos plėtrą siūloma pažvelgti kaip į procesą, reikalaujantį plataus spektro organizacinių pokyčių, o svarbiausia – reikalaujantį įtraukti plataus spektro suinteresuotąsias puses, – pirmiausia kuriamų sveikatos informacijos sistemų galutinius naudotojus – įvairių sričių ir lygių medikus, vadybininkus, administratorius, IT specialistus ir kt., – t. y. visus dirbančius sveikatos priežiūros sektoriuje, nes tik nuo jų sutarimo dėl pokyčių ir įsipareigojimų juos įgyvendinti priklauso inovacijų sveikatos priežiūroje diegimas bei tų pokyčių tvara, kas savo ruožtu labai turi įtakos sveikatos priežiūros paslaugų kokybei.

2. Teorinės koncepcinio modelio sudarymo prielaidos

IKT diegimas sveikatos priežiūros sektoriuje yra kompleksinis procesas, reikalaujantis tarpdisciplininio požiūrio ir įžvalgų. Bandant suprasti šį reiškinį, buvo pasitelktos trys mokslinių tyrimų sritys: pirmoji – informacinių sistemų tyrimai / kompleksinių IKT projektų diegimas pasiūlė teorines jau esančių IKT diegimo ir naudojimo organizacijose analizės modelių įžvalgas bei informacinių sistemų inovacijų aiškinimą, jų ryšį ir sąveiką su organizacijos kontekstu ir charakteristikomis bei daugialygiškuminių (angl. *multilevel*) organizacinių pokyčių interpretaciją (Orlikowski (1996, 2000, 2002), Scholl (2004), Heeks (1999), Lyytinen & Robey (1999), Markus (2004) and Davidson (2006) ir kt.).

Vadovaujantis socialiniu konstruktyvizmu (Gergen, 2001), kaip *a priori* straipsnio autorės ontologine ir epistemologine pasaulio suvokimo pozicija, buvo pasitelkta labiau interpretavimo („technologinės aplinkos ryšių“, angl. *technological frames of reference* bei „žmogiškųjų faktorių perspektyva“, angl. *human agency perspective*) (Orlikowski, 1996; Orlikowski, & Baroudi, 1991; Orlikowski & Yates, 2006; ir Davidson, 2006) nei pozityvistinė pozicija bandant suprasti IKT inicijuotus organizacinių pokyčių procesus ir tai, kaip organizacijos dalyviai IKT diegimui organizaciniuose kontekstuose priskiria savo prasmę ir interpretacijas. Tik suprantant šiuos procesus, galima daryti įtaką organizacinių dalyvių veiksams siekiant organizacinių pokyčių tvaros, kai IKT atlieka vieną pagrindinių vaidmenų organizacinių pokyčių programose. Antroji – organizacinių pokyčių, inovacijų ir pokyčių tvaros srities moksliniai tyrimai pasiūlė teorines įžvalgas analizuojant organizacinių pokyčių ypatumus profesionalizuotose biurokratijose (angl. *professional bureaucracies*, Mintzberg, 1979) apskritai, o ypač klinikiniuose organizacijų kontekstuose, kaip vienuose „tipiškiausių“ profesionalizuotos biurokratijos pavyzdžių. Konstruktyvistinė organizacijų ir organizacinių pokyčių teorijos, veiklos inovacijų ir tvaros specifika bei elgesio reakcijos į pokyčius tyrimai padėjo suprasti ir interpretuoti empirinius duomenis. Buvo analizuoti šių mokslininkų darbai: Buchanan (2007), Mintzberg (1979), Totterdill (2004), Berwick (1994, 1998), Bowns & McNulty (1999), Greenhalgh (2008), ir Bate (2000) ir kt. Ir trečioji mokslinių tyrimų sritis – suinteresuotų pusių teorija, kuri pateikė papildomų įžvalgų apie suinteresuotų pusių valdymo ir įtraukimo kokybės lygmenis (angl. *a ladder of stakeholder management and engagement*, Friedman & Miles, 2006, sudarytas Arnsteino „dalyvavimo kopėčių“ modelio pagrindu) siekiant nustatyti suinteresuotų pusių valdymo laipsnį ir kokybę iš pačių suinteresuotų pusių perspektyvos (Friedman & Miles, 2006 ir kt.). Požiūris į e. sveikatos plėtros procesus per tarpdiscipliniškumo prizmę (t. y. apimančią informacinių sistemų / kompleksinių IKT projektų diegimo tyrimus ir organizacinių pokyčių, inovacijų ir pokyčių tvaros perspektyvą bei išryškinant suinteresuotų pusių įtraukimo poreikio dimensiją), yra iš esmės naujas požiūris analizuojant ir vertinant e. sveikatos plėtros procesus, nes praplečia tradiciškai nusistovėjusią pozityvistinę poziciją informacijos technologijų diegimo tyrimuose ir praktikoje, procesą visų pirma traktuojančią kaip techninį IKT diegimą.

3. Tyrimo metodologija

Tyrime taikyti kokybiniai analizės ir duomenų rinkimo metodai. Empirinio tyrimo metu buvo atliktos dvi giluminės tarptautinio pobūdžio atvejo studijos. Pirmoji išsamiai išanalizavo nacionalinį e. sveikatos diegimo procesą Anglijoje ir jo ypatumus procesui vadovaujant nacionalinei IT programai *Connecting for Health*, o gauti rezultatai buvo panaudoti antrosios atvejo studijos problematikos turiniui suformuoti. Velse sveikatos sektoriuje diegiamoje programoje *Informing Healthcare* tiesiogiai išanalizuoti nacionalinės e. sveikatos plėtros ypatumai Velse.

Atvejo studijos, kaip pagrindinio tyrimo metodo, ir kitų kokybinių tyrimo duomenų analizės metodų pasirinkimą pirmiausia lėmė empirinio tyrimo, kaip ieškančio naujos informacijos, tiriamasis (angl. *exploratory*) pobūdis ir tikslas, o pati atvejo studija buvo

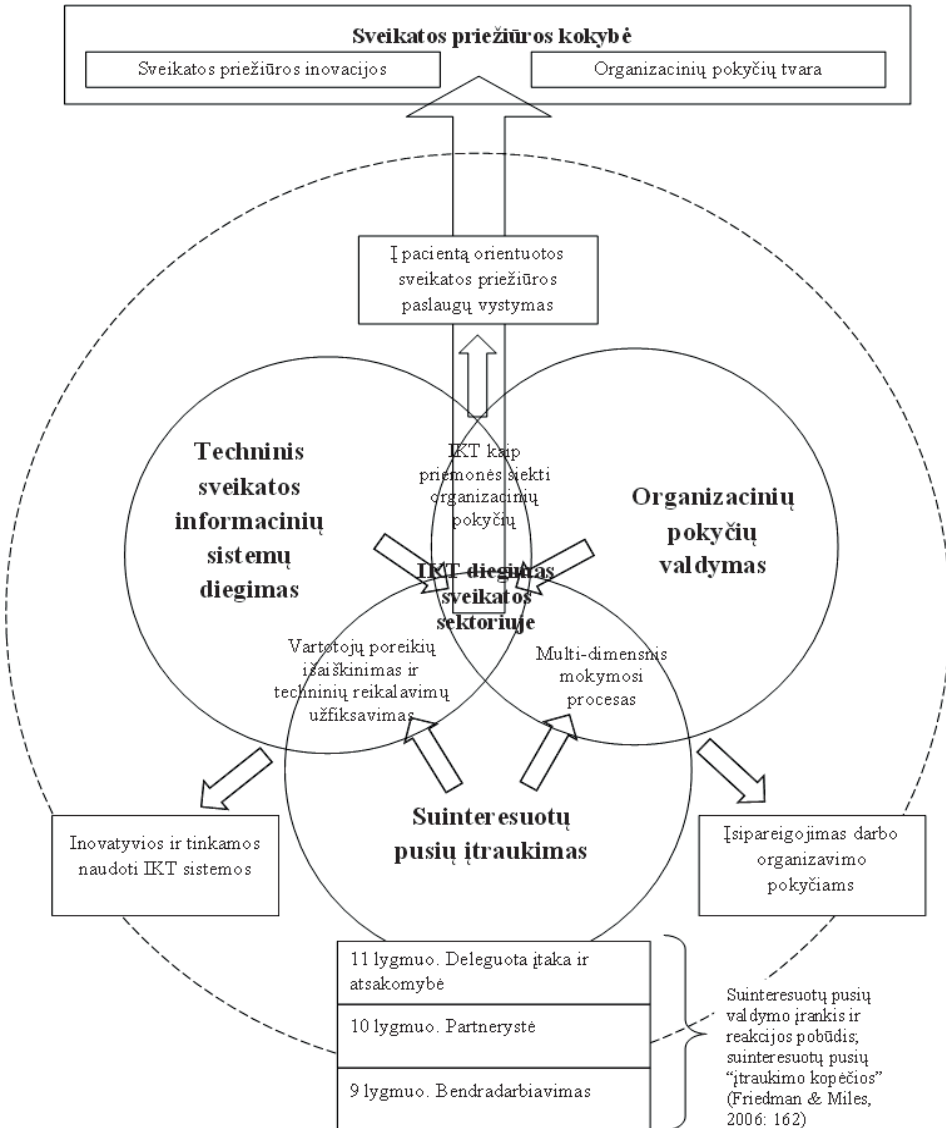
pasirinkta atsižvelgus į R. K. Yin (2009) rekomenduojamus tris aspektus: tyrimo klausimo pobūdį, laipsnį, kuriuo tyrėjas gali kontroliuoti tiriamus elgesio atvejus ir jų aplinką, ir į tai, ar analizuojamas šiandienos, ar istorinis reiškinys. Kokybinė tyrimo metodologija rėmėsi keliais pagrindiniais kokybinių tyrimų metodais, pavyzdžiui, dokumentų analize, dalyvaujančio stebėtojo pastabomis, 25 giluminiai interviu su įvairaus lygio ekspertais (iš jų 10 buvo transkribuoti), taip pat interpretuojamąja ir lyginamąja duomenų analizėmis. Pasirinkta metodologija leido pažvelgti į teorijos ir empirinio tyrimo ryšį iš indukcinės perspektyvos bei pasiūlė interpretavimo (angl. *interpretive*) epistemologinę poziciją, kuri reiškė, kad kitaip nei tais atvejais, kai naudojama tiksliesiems mokslams tinkamesnė kiekybinių tyrimų metodologija ir metodai, čia didesnis dėmesys buvo kreipiamas socialinio pasaulio pažinimui per jį interpretuojančių dalyvių suvokimo analizę. Toks pasirinkimas straipsnio autorei leido geriausiai pasinaudoti tarptautinio atvejų studijos tyrimo privalumais ir pasiūlytomis galimybėmis bei atlikti stebinio dalyvio statusu grįstą empirinį tyrimą.

4. Tyrimo rezultatai

Nacionalinis e. sveikatos diegimo proceso konceptinis modelis (1 pav.) siekia išryškinti labai svarbią suinteresuotų pusių įtraukimo į šį procesą reikšmę bei susideda iš trijų dalių: suinteresuotų pusių įtraukimo, techninio IKT diegimo ir organizacinių pokyčių valdymo. Priešingai nei vyraujanti techninė / funkcionalistinė paradigma plačiai paplitusiuose informacijos sistemų (toliau – IS) tyrimuose ir kuri nebeatitinka šiandienos realijų, šis konceptinis modelis pabrėžia organizacinio mokymosi per suinteresuotų pusių daugialygmeninį (angl. *multi-level nature*) įtraukimą ir „visuotinumą organizaciniuose pokyčiuose“ (angl. *orchestrated organisational change*) reikšmę, kai į organizacinių pokyčių procesus, susijusius su e. sveikatos plėtra nacionaliniu lygmeniu (su daugeliu įvairių suinteresuotų pusių, įtakų ir interesų), yra žiūrima kaip į komunikacijos problematiką.

Svarbiausias dėmesys šiame modelyje yra skiriamas suinteresuotų pusių įtraukimui (žr. 1 pav.). Remiantis empiriniais atvejo studijų duomenimis, buvo nustatyta, kad suinteresuotų pusių (ypač kuriamų IS galutinių naudotojų) įtraukimas gali prisidėti prie pokyčių komunikacijos proceso, skatinti imlumą pokyčiams, pokyčių laikymą savu procesu (angl. *change ownership*), įsipareigojimą pokyčiams, siekiant didesnio bendradarbiavimo ir pasitikėjimo vienu kitais sveikatos priežiūros sektoriaus viduje (tai ypač svarbu bendraujant su IT sistemų tiekėjais), taip pat peržengiant profesines ir organizacines ribas teikiant į pacientą orientuotas sveikatos priežiūros paslaugas, gerinant organizacinį mokymąsi (kas yra be galo svarbu siekiant didesnio nepriklausomumo nuo privataus sektoriaus sveikatos IS tiekėjų), plėtojant inovatyvumo gebėjimus, sveikatos paslaugų kokybę ir organizacinių pokyčių tvarą. Todėl suinteresuotų pusių įtraukimas prisideda prie bendro organizacinių pokyčių valdymo per daugiadimensį (angl. *multi-dimensional*) mokymosi procesą taip pat skatinant bendrą įsipareigojimą įgyvendinti darbo organizavimo pokyčius. Tuo pat metu suinteresuotų pusių įtraukimas prisideda prie techninio IKT diegimo į sveikatos sektorių proceso per geresnį sistemų naudotojų po-

reikių išsiaiškinimą ir naudotojų reikalavimų specifikavimą tuo skatinant inovatyvių ir tinkamų naudoti IS kūrimą. IKT turi būti traktuojamos ne kaip tikslas, bet kaip priemonė organizaciniams pokyčiams siekti sveikatos priežiūros sektoriuje. Tik sujungus šiuos tris komponentus galima plėtoti į pacientą orientuotas sveikatos priežiūros paslaugas (tai vienas pagrindinių tikslų, deklaruojamų daugelyje sveikatos politikos strateginių dokumentų), o tai savo ruožtu kurs geresnę sveikatos priežiūros kokybę per sveikatos priežiūros inovacijas ir organizacinių pokyčių tvarą.



1 pav. Nacionalinio e. sveikatos plėtros proceso koncepcinis modelis

Kaip atskleidė lyginamosios analizės rezultatai, suinteresuotų pusių įtraukimas nėra save realizuojanti priemonė ar būdas, kuris pats savaime garantuotų geresnius ar sėkmingesnius diegiamų IKT projektų rezultatus ar efektyvesnį e. sveikatos diegimą nacionaliniu lygmeniu. Empiriškai pagrįsti straipsnio tyrimo rezultatai rodo, kad yra keletas suinteresuotų pusių įtraukimo būdų, kurie leistų siekti inovacijų sveikatos priežiūros srityje bei organizacinių pokyčių tvaros ir kurie yra susiję su suinteresuotų pusių įtraukimo ir valdymo lygiu, šiame straipsnyje nustatytu remiantis Friedman & Miles (2006: 162; žr. 1 priedą) pasiūlytu vadinamuoju suinteresuotų pusių valdymo ir pritraukimo lygmenų modeliu (angl. *The ladder of stakeholder management and engagement*) ir suinteresuotų pusių įtraukimo strategijomis, kurios buvo identifikuotos straipsnio tyrime vykdytais empiriniais tyrimais. Remiantis Friedman & Miles (2006: 162) pateiktu suinteresuotų pusių įtraukimo ir valdymo lygių tipologija (angl. *levels of stakeholder engagement and management*), 9 (bendradarbiavimas; angl. *collaboration*) ir 11 lygmenys (numatyta įtaka ir atsakomybė; angl. *delegated power*) yra tinkamiausi lygmenys nacionalinės e. sveikatos plėtros procese į procesą įtraukiant būsimus kuriamų informacinių sistemų naudotojus. Suinteresuotų pusių įtakos laipsnis gali kisti nuo proaktyvios iki pasitikėjimo; ketinimas / suinteresuotumas įtraukti suinteresuotas puses gali kisti nuo tam tikrų galių sprendimų priėmimo procese perdavimo suinteresuotoms pusėms iki suinteresuotų pusių mažumos atstovavimo sprendimų priėmimo procesuose; suinteresuotų pusių įtakos lygis gali kisti nuo formavimo ir pritarimo priimamiems sprendimams iki daugiadimensio dialogo ir gali būti strateginės sąjungos ar atstovavimas organizacijai taip, kad juos galėtų visapusiškai valdyti nacionalinį procesą koordinuojanti organizacija (Velse ir Anglijos atvejo studijų atveju tai buvo nacionalinės programos: *Informing Healthcare Velse* ir *Connecting for Health* Anglijoje).

Keletas aspektų, kurie leistų suinteresuotų pusių įtraukimo procesą padaryti daug efektyvesnį diegiant e. sveikatą, buvo remiantis straipsnio tyrimo empiriniais duomenimis, pavyzdžiui, į suinteresuotų pusių įtraukimą žiūrėti kaip į svarbų mokymosi išteklių. Į nacionalinį e. sveikatos plėtros procesą kuo anksčiau reikia įtraukti medikus bei galutinius vystomų sveikatos IS naudotojus. Procesas yra efektyvesnis, jei diegiamas inkrementiniu būdu plačiai įtraukiant suinteresuotas puses (atkreipiant dėmesį į nacionalinių procesų institucinę įvairovę ir „daugiasluoksniškumą“), kiekviename proceso etape (pvz., vystant e. sveikatos diegimo strategiją, sutariant dėl veiksmų planų, įtraukiant į paslaugų gerinimo projektus (angl. *service improvement projects*), siekiant suinteresuotų pusių įgalinimo (angl. *empowering*) ir bendro organizacinio mokymosi proceso, bet išlaikant galimybę kontroliuoti visą diegimo procesą. Nacionalinės koordinuojančios institucijos (pvz., nacionalinių programų) didžiausią dėmesį turėtų skirti tam tikros bendradarbiavimo platformos sukūrimui, kuri būtų skirta viso sveikatos sektoriaus organizacinio mokymosi e. sveikatos srityje poreikiams, skatintų vidinį sveikatos priežiūros srities bendradarbiavimą, numatytų bendrą strateginę kryptį, mažintų riziką ir priklausomybę nuo IT produktų tiekėjų, skatintų organizacinį ir profesinį bendradarbiavimą bei suinteresuotų pusių įgalinimą, bet kartu išlaikytų programos įgyvendinimo kontrolę ir, ypač svarbu, – atsakomybę. Tik tuomet suinteresuotų pusių įtraukimas gali duoti teigiamų rezultatų ir prisidėti gerinant pokyčių komunikaciją, suinteresuotų pusių im-

lumą pokyčiams, prisiimant institucinę / asmeninę atsakomybę už vykdomus pokyčius, įsipareigojimus skatinti bendradarbiavimą ir pasitikėjimą sektoriaus viduje, gebėjimą peržengti organizacines ir profesines ribas, skirti dėmesio organizaciniam mokymuisi, inovatyvumui, sveikatos priežiūros kokybei ir organizacinių pokyčių tvarai, kas savo ruožtu prisidės prie sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir organizacinių pokyčių inovatyvumo, o kartu ir pacientų sveikatos priežiūros kokybės.

Empiriškai pagrįsti straipsnio tyrimo rezultatai pateikė daugiau įrodymų, palai kančių ir praplečiančių Davidsono (2006) poziciją, kuri savo ruožtu siekia sustiprinti dinamiškumo aspektą Orlikowski ir Gash (1994; Orlikowski, 2000) pasiūlytame „Technologinės aplinkos ryšių“ (Technological Frames of Reference) koncepte. Pastarasis naudojamas kaip teorinis konstruktas, kuriuo remiantis analizuojamas IKT diegimas ir naudojimas organizacijose. Straipsnio tyrimo rezultatai rodo, kad suinteresuotų pusių teorija, o ypač suinteresuotų pusių įtraukimas, turi pakankamai jėgos konceptualiai integruojant tiek IT projektų valdymą, tiek organizacinių pokyčių perspektyvas technologijų inicijuotame organizacinių pokyčių kontekste bei pateikti naujas išvalgas inovacijų ir organizacinių pokyčių tvaros sveikatos priežiūros sektoriuje srityje. Tuo labiau, kad, kitaip nei užsiimant pozityvistinę poziciją analizuojant inovacijų skatinamus organizacinius pokyčius per interpretavimo prizmę (Orlikowski and Baroudi, 1991, Orlikowski & Yates, 2006, Davidson, 2004), suinteresuotų pusių įtraukimas pats gerokai prisideda prie interpretavimo procesų organizacijoje. Vienas pagrindinių šio straipsnio tyrimo teiginių yra tai, kad daugialygmeninis (angl. *multi-level nature*) tęstinis suinteresuotų pusių įtraukimas yra viena efektyviausių intervencinių strategijų, kuri leidžia išvengti neatitikimų ir gali gerokai prisidėti prie „aplinkų sugretinimo“ (angl. *frame alignment*) taip pagerinant organizacinius rezultatus, kartu sustiprinti ir dinaminę „aplinkų kismo“ (angl. *frame change*) perspektyvą, kaip nuolat besitęsiantį interpretavimo procesą, kurį veikia įvairios organizacinės aplinkybės ir laikas (Davidson, 2006, Simmon & Lovegrove, 2005), bei pašalinti organizacijų tyrimų spragą (Dalton & Dalton, 2011).

5. Išvados

Pagrindinis šio straipsnio dėmesys buvo skiriamas naujų išvalgų, susijusių su nacionalinių integruotų informacinių sistemų sveikatos priežiūros sektoriuje diegimu, paieška bei sąlygų, kurioms esant nacionalinės IKT diegiančios programos pasieks (ar nepasieks) sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo ir inovacijų bei organizacinių pokyčių tvaros, atskleidimui.

Kaip leidžia teigti teorinės mokslinės literatūros apžvalga, tiek teoriniai IS tyrimai, tiek praktinis IS degimo procesas susiduria su tam tikrais sunkumais ir ribotumu. Ilgą laiką buvo remiamasi ir naudojama funkcionalistinė IS tyrimų paradigma, tuo tarpu socialinių procesų modeliai mokslinėje literatūroje buvo reti. Straipsnio tyrimo rezultatai pateikė naujų įrodymų, kad, ypač tokiame specifiniame organizaciniame kontekste kaip sveikatos priežiūros sektorius, būtina atkreipti pakankamą dėmesį į IS sąveiką su socialine aplinka, kurioje jos bus diegiamos ar jau funkcionuoja. Šis straipsnis siekė atkreipti

dėmesį į tai, kad tiek mokslininkai, tiek praktikai, vykdydami savo tyrimus ar kurdami naujas IS, privalo daugiau dėmesio skirti ne tik tam, kad kuriamos IS atitiktų techninius informacijos persiuntimui reikalingus parametrus, bet taip pat atitiktų IS galutinių naudotojų (angl. *end users*) darbo užduočių ir darbo organizavimo poreikius jų darbo aplinkoje, nuo ko didele dalimi priklauso įdiegtų IS sėkmė.

Suinteresuotų pusių įtraukimas klinikiniam organizacinių pokyčių kontekste gali būti net svarbesnis nei kitose organizacinius pokyčius vykdančiose srityse, nes dažnai gebėjimas daryti įtaką ir poveikį sveikatos priežiūros įstaigose yra siejamas (ne be pagrinimo) su vadinamąja Mintzbergo (1979) „profesinės biurokratijos“ (angl. *professional bureaucracies*) specifika, kai tokioje aplinkoje vykdančias organizacinius pokyčius, susijusius su sveikatos paslaugų kokybės gerinimu ir pan., „legitimiais“ pokyčių vykdytojais patys medikai mato tik „kurį nors iš savų“. Todėl labai svarbu, kad į organizacinių pokyčių procesus, ypač sveikatos priežiūros sektoriuje, būtų įtraukiami patys medikai. Kita vertus, kitas be galo svarbus aspektas yra tai, kad e. sveikatos IS naudoja ne tik gydytojai (jie gal net mažiau), bet ir medicinos seserys, slaugytojai bei administracinis, valdymo bei techninis personalas, todėl siekiant kuo tiksliau išsiaiškinti su IS susijusius poreikius, būtina ir į technologijų inicijuotų pokyčių diegimo procesus įtraukti būsimus kuriamų IS naudotojus (angl. *the end users*), nesvarbu, kokiai profesinei grupei jie priklausytų. Kitas svarbus aspektas, iškeliantis suinteresuotų pusių įtraukimo svarbą vykdančias organizacinius pokyčius, yra tai, kad aplinka ir politinis kontekstas, kuriame yra organizuojamas sveikatos priežiūros paslaugų teikimas, yra labai kompleksinio pobūdžio bei susiduria su įvairiais iššūkiais, o e. sveikatos diegimas nacionaliniu lygmeniu iškelia naujų papildomų reikalavimų (kaip, pavyzdžiui, bendradarbiavimo peržengiant organizacines ir profesines ribas), todėl ir dėl šios priežasties būtina į procesą įtraukti kuo daugiau suinteresuotų pusių siekiant didesnio priimamų sprendimų efektyvumo, kaip, pavyzdžiui, profesines sąjungas, viešojo sektoriaus įstaigas ir pan.

Straipsnio tyrimo rezultatai parodė, kad suinteresuotų pusių teorija, o ypač suinteresuotų pusių įtraukimas, turi pakankamai jėgos konceptualiai integruojant tiek IT projektų valdymą, tiek organizacinių pokyčių perspektyvas technologijų inicijuotame organizacinių pokyčių kontekste bei pateikti naujas įžvalgas inovacijų ir organizacinių pokyčių tvaros sveikatos priežiūros sektoriuje srityje.

Tačiau informacinių sistemų naudotojo / suinteresuotų pusių įtraukimas į procesą ne visada veda prie projekto sėkmės ar laukiamų proceso rezultatų. Turi būti vykdomos tam tikros suinteresuotų pusių įtraukimo į procesą sąlygos siekiant sveikatos paslaugų kokybės inovacijų ir organizacinių pokyčių tvaros.

Taigi galima teigti, kad straipsnis pateikė naujų IKT diegimo sveikatos priežiūros sektoriuje įžvalgų, kurios atspindi su e. sveikata susijusių inovacijų ir sektoriaus nacionalinio lygmens specifiškumą. Sudarytas konceptinis modelis leido atspindėti ypač svarbius suinteresuotų pusių įtraukimo į procesą ryšius ir įvertinti jų svarbą vystant e. sveikatos projektų plėtrą nacionaliniu lygmeniu.

 Literatūra

- Bate, P. 2000. *Changing the culture of a hospital: from hierarchy to networked community*. Public Administration Vol. 78.
- Berwick D. 1998. *Crossing the boundary: changing mental models in the service of improvement*. *International Journal for Quality in Health Care* Vol. 10.
- Berwick D. 1994. *Eleven worthy aims of clinical leadership of health system reform*. *Journal of American Medical Association*.
- Bowns and McNulty. 1999. *Reengineering LRI – An Independent Evaluation of Impelemnetation and Impact*, University of Sheffield / Department of Health.
- Buchanan D.A., Fitzgerald L., Ketley D. (ed.). 2007. *The Sustainability and Spread of Organizational Change*. Routledge, p. 303.
- Dalton D.R.; Dalton C.M. 2011. *Integration of Macro- and Micro-studies in Governance Research: CEO Duality, Board Composition, and Financial Performance*.
- Davidson E. A. 2006. *Technological Frames Perspective on Information Technology and Organizational Change*. *The Journal of Applied Behavioral Science*. Vol. 42, No. 1.
- eHealth action plan COM (2004) 356 final, *eHealth – making healthcare better for European citizens: An action plan for a European eHealth Area (eH-AP)*, [3 September 2011], <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52004DC0356:EN:NOT>
- Fricke, W.; Totterdill P. 2004. *Action Research in Workplace Innovation and Regional Development*.
- Friedman, A.L., Miles, S. 2006. *Stakeholders. Theory and Practice*. Oxford University Press, p. 330.
- Greenhalgh, T., et al. 2008. *Introduction of shared electronic records: multi-site case study using diffusion of innovation theory*. *BMJ*.
- Heeks R.; et al 1999. *Why Health Care Information Systems Succeed or Fail*. *Information Systems for Public Sector Management*. Working Paper Series, Paper No.9. Institute for Development Policy and Management.
- Yin, R.K. 2009. *Case Study Research. Design and Methods*. SAGE Publications.
- Lyytinen K.; Robey, D. 1999. *Learning failure in information systems development*. *Information Systems Journal* Vol 9, Issue 2.
- Markus M.L. 2004. *Technochange management: using IT to drive organizational change*. *Journal of Information Technology* Vol. 19, 4.
- Mintzberg H. 1979. *The structuring of organisations*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Orlikowski, W. 1996. *Improvising Organizational Transformation over Time: A Situated Change Perspective*. *Information Systems Research* Vol 7, 1.
- Orlikowski, W. 2000. *Using Technology and Constituting Structures: A Practice Lens for Studying Technology in Organizations*. *Organization Science* Vol 11, 4.
- Orlikowski, W. and Iacono (2002). *Knowing in Practice: Enacting a Collective Capability in Distributed Organizing*. *Organization Science* Vol 13, 4.
- Orlikowski, W. J.; Baroudi J. 1991. *Information Systems Research. Studying Information Technology in Organizations: Research Approaches and Assumptions*.
- Scholl, H. J. 2004. *Involving salient stakeholders Beyond the technocratic view on change*. *Action Research* Vol 2(3).
-

1 priedas.

Suinteresuotų pusių vadybos ir įtraukimo lygmenys (Friedman & Miles, 2006. P. 162).

	Stakeholder management tool and nature of response	Intention of engagement	Level of influence	Style of dialogue and associated examples
Degrees of Stakeholder power	12. Stakeholder control	Majority representation of stakeholders in decision-making process	Forming or agreeing to decisions	Multi-way dialogue, e.g. community projects
	11. Delegated power	Minority representation of stakeholders in decision-making process		Multi-way dialogue, e.g. board representation
	10. Partnership	Joint decision-making power over specific projects		Multi-way dialogue, e.g. joint ventures
Degrees of involvement	9. Collaboration	Some decision-making power afforded to stakeholders over specific projects	Having an influence on decisions	Multi-way dialogue, e.g. strategic alliance
	8. Involvement	Stakeholders provide conditional support; if conditions are not met support is removed. The organization decides the extent of conformity		Multi-way dialogue, e.g. constructive dialogue
Degrees of tokenism	7. Negotiation	Organization has the right to decide. Stakeholders can advise. Appease the stakeholder	Being heard before a decision	Multi-way dialogue, e.g. reactive: bargaining
	6. Consultation	Stakeholders can hear and be heard, but have no assurance of being heeded by the organisation		Two-way dialogue, e.g. questionnaires, interviews, focus groups, task forces, advisory panels
	5. Placation	Educate stakeholders		Two-way dialogue, e.g. workshops
Intention of engagement	4. Explaining	Educate stakeholders	Knowledge about decisions	One-way dialogue, e.g. verified corporate social reports
	3. Informing	„Cure“ stakeholders of their ignorance and preconceived beliefs		One-way dialogue, e.g. briefing session, leaflets, manazines, newsletters, etc.
	2. Therapy	„Misleading“ stakeholders, attempting to change stakeholder expectations		
	1. Manipulation			

THE CONCEPTUAL FRAMEWORK OF THE NATIONAL EHEALTH DEVELOPMENT PROCESS

Rasa Rotomskienė (Juciūtė)

Mykolas Romeris University, Lithuania, rjuciute@mruni.eu

Summary. *In April 2004 the European Commission adopted the eHealth Action Plan and urged the member states of the European Union to develop national eHealth implementation strategies and corresponding action plans to support their delivery. Extensive eHealth infrastructures and systems were soon viewed as central to the future provision of safe, efficient, high quality and citizen-centred healthcare. However, the ambitious plans and high expectations were soon followed by even larger failures. Based on the findings from the two international case studies undertaken by the article's author, the article has presented the conceptual e-health development framework, which introduces a much more complex understanding of eHealth development processes than the prevailing technocratic view towards technology-led organisational change. Considerable attention is paid to the organisational changes that have to take place along and the role that stakeholders play while implementing technology-led organisational change in healthcare contexts.*

Purpose—*the purpose of this article is to deliver a conceptual framework for the analysis of eHealth development, which would correspond to the contemporary needs of practical eHealth development.*

Design/methodology/approach—*the research findings presented in the article were delivered using qualitative research methodology and associated research methods such as document analysis, in-depth interviews and participant observation.*

Findings—*the article has delivered a conceptual framework of eHealth development at the national level.*

Research limitations/implications—*the research findings are based on two international case studies undertaken by the author in the UK. While using the results in other countries, local realities and contexts have to be taken into account.*

Practical implications—*the article has presented empirically grounded new insights in relation to eHealth development at the national level. These results are in particular useful for practitioners because it has produced new knowledge on the conditions under which stakeholder engagement may (or may not) contribute to the innovation in patient care and sustainability of organisational change.*

Originality/Value—*the research findings are based on two international case studies undertaken by the author. Research methods have involved relatively rarely used participant observation methods, which requires additional resources in terms of time and effort from the researcher, but also bears financial costs. However the richness of the research material and data gathered has paid off these efforts.*

Keywords—*eHealth, national eHealth development programmes, healthcare sector, organisational change, stakeholder engagement, change management, innovation and sustainability.*

Research type: *conceptual paper.*