

**MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ KATEDRA**

HENRIETA GARBENIENĖ

**ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ PREVENCIJOS
PROGRAMOS EFEKTYVUMO VERTINIMAS
ŠIAULIŲ MIESTE
Magistro baigiamasis darbas**

**Vadovė
Prof. dr. D. Jankauskienė**

VILNIUS, 2011

**MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ KATEDRA**

HENRIETA GARBENIENĖ

**ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ PREVENCIJOS
PROGRAMOS EFEKTYVUMO VERTINIMAS
ŠIAULIŲ MIESTE**

**Sveikatos politikos ir valdymo magistro baigiamasis darbas
Studijų programa 62602S112**

**Vadovė
Prof. dr. D. Jankauskienė**

Recenzentas

2011

**Atliko
SPVmis9-01 gr. Stud.
H. Garbenienė
2011 03 21**

VILNIUS, 2011

TURINYS

ĮVADAS.....	7
1. ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ PREVENCIJOS PROGRAMOS REIKALINGUMAS IR TEISĖS AKTAI, KURIAIS REMIANTIS SUKURTA PROGRAMA.....	12
1.1. Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos būtinybė.....	12
1.2. Europos Sąjungos širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos politika.....	15
1.3. Prevencinio pobūdžio gairių taikymo rekomendacijos.....	17
1.4. 1999-2003 m. Valstybinės širdies ir kraujagyslių ligų profilaktikos programos vertinimas.....	18
1.5. Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos analizė.....	20
1.5.1. Teisės aktų apžvalga.....	20
1.5.2. Bendrosios programos nuostatos.....	22
1.5.3. Programos priemonės ir jų įgyvendinimo tvarka.....	23
1.5.4. Paslaugų bazinės kainos.....	25
1.5.5. Programos priemonių apmokėjimo tvarka.....	25
1.5.6. Programos vykdymo rodikliai, efektyvumo kriterijai ir rezultatų vertinimas.....	26
1.5.7. Programos priedai.....	27
1.5.8. Pacientų rizikos įvertinimo metodika (Širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės skaičiavimo sistema SCORE).....	28
2. MIRTINGUMO IR SERGAMUMO ŠIRDIES BEI KRAUJAGYSLIŲ LIGOMIS ANALIZĖ.....	31
2.1. Mirtingumo situacija Lietuvoje ir Šiauliuose.....	31
2.2. Lietuvos ir Šiaulių miesto gyventojų sergamumo širdies ir kraujagyslių ligomis analizė.....	33
2.3. Mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų situacija ES ir Lietuvoje.....	35
3. ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ PREVENCIJOS PROGRAMOS ĮGYVENDINIMAS LIETUVOJE IR ŠIAULIUOSE.....	40
3.1. Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programos įgyvendinimas Lietuvoje. Lietuvos situacijos analizė.....	40
3.2. Programos administravimo grupės programos rezultatų vertinimas.....	42
3.3. Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programos vykdymas Šiauliuose.....	44
3.4. Šiaulių miesto įstaigų vykdančių programą informacijos sklaida.....	46
3.5. Būtinasis efektyvumo vertinimas.....	48
4. ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ PREVENCIJOS PROGRAMOS EFEKTYVUMO VERTINIMAS ŠIAULIŲ MIESTE (EMPIRINIS SOCIOLOGINIS KOKYBINIS TYRIMAS).....	51
4.1. Bendroji tyrimo proceso logika.....	51

4.2. Tyrimo etikos principai.....	51
4.3. Kokybinio tyrimo ekspertų interviu etapas (tyrimo imtis, instrumentas).....	51
4.4. Kokybinio tyrimo ekspertų interviu rezultatų analizė.....	53
4.5. Kokybinio tyrimo gydytojų ir pacientų interviu etapas (tyrimo imtis, instrumentas).....	66
4.5.1. Kokybinio tyrimo gydytojų interviu rezultatų analizė.....	67
4.5.2. Kokybinio tyrimo gydytojų interviu rezultatų analizė.....	74
IŠVADOS.....	80
PASIŪLYMAI.....	81
LITERATŪRA.....	83
ANOTACIJA LIETUVIŲ IR ANGLŲ KALBOMIS.....	87
SANTRAUKA LIETUVIŲ KALBA.....	89
SANTRAUKA ANGLŲ KALBA.....	90
PRIEDAI.....	92

LENTELĖS

1 lentelė. Kai kurie Europos šalių standartizuoti mirtingumo rodikliai 100000 gyv. pagal Europos standartą	37
2 lentelė. Šiaulių mieste programą vykdančių sveikatos priežiūros įstaigų informacijos apie programą sklaidą jų interneto svetainėse	47
3 lentelė. Demografinės tyrimo dalyvių charakteristikos (ekspertų interviu).....	53
4 lentelė. Požiūris į širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programą	53
5 lentelė. Požiūris apie programos viešinimą gyventojams.....	55
6 lentelė. Šeimos gydytojo kompetencija kardiologijos srityje.....	57
7 lentelė. Požiūris apie programoje pirminiame lygyje nurodytus atlikti tyrimus.....	58
8 lentelė. Požiūris į gydytojų motyvavimą skatinti gyventojus dalyvauti programoje.....	59
9 lentelė. Požiūris į sveikatos priežiūros įstaigų darbą, susijusį su programa	61
10 lentelė. Požiūris į darbo organizavimą susijusį su visuomenės sveikatos propagavimu	62
11 lentelė. Požiūris į pacientų atsakomybę ir drausminių priemonių sukūrimą jai atsirasti.....	63
12 lentelė. Programos administravimo grupės sudėties ir jos veiklos ataskaitų teikimo vertinimas....	64
13 lentelė. Požiūris į programos administratorių Šiaulių mieste.....	65
14 lentelė. Demografinės tyrimo dalyvių, gydytojų, charakteristikos	67
15 lentelė. Gydytojų požiūris apie motyvavimą skatinti žmones dalyvauti programoje.....	68
16 lentelė. Gydytojų požiūris apie esamą sveikatos priežiūros įstaigos techninę bazę	68
17 lentelė. Gydytojų požiūris apie programos vykdymo organizavimą jų įstaigoje	69
18 lentelė. Gydytojų nuomonė apie antriniu ar tretiniu lygiu paslaugas teikiančių įstaigų darbą	70
19 lentelė. Darbo krūvio vertinimas gydytojų požiūriu.....	71
20 lentelė. Patvirtintų dokumentacijos formų vertinimas gydytojų požiūriu.....	72
21 lentelė. Požiūris į programos administravimo grupės programos stebėsenos rezultatų vertinimą....	73
22 lentelė. Požiūris apie organizuojamus mokymus, gaunamas programos metodikas, rekomendacijas	74
23 lentelė. Demografinės tyrimo dalyvių, pacientų, charakteristikos.....	74
24 lentelė. Pacientų žinios apie vykdomą širdies ir kraujagyslių programą.....	75
25 lentelė. Pacientų požiūris į programos organizavimą	75
26 lentelė. Pacientų požiūris apie specializuotą širdies ir kraujagyslių ligų padalinių darbo organizavimą.....	76
27 lentelė. Programos viešinimo ar sužinojimo būdas paskatines dalyvauti programoje.....	76
28 lentelė. Programos viešinimo per masinio informavimo priemonėse pacientų pasiekiamumas.....	77
29 lentelė. Gydytojo pateiktos informacijos apie programą supratimas pacientų požiūriu	78
30 lentelė. Paciento požiūris į gydytojo nurodymus ir jų vykdymas.....	79

PAVEIKSLAI

1 pav. Pacientų rizikos įvertinimo metodika (Širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės skaičiavimo sistema SCORE).....	29
2 pav. Mirtingumo dinamika 2006-2009 m. Šiaulių mieste, apskrityje ir Lietuvos Respublikoje (1000 gyventojų tenka mirusių).....	31
3 pav. Mirties priežasčių struktūra Šiaulių mieste, apskrityje ir Lietuvos Respublikoje 2009 m. (100 000 gyv.).....	32
4 pav. Mirties priežasčių struktūra Šiaulių mieste 2006-2009 m. (100 000 gyv.).....	33
5 pav. Mirties priežasčių struktūra Lietuvoje 2009 m. pagal lytį (proc.).....	33
6 pav. Suaugusių ir vaikų sergamumas Šiaulių mieste, apskrityje ir Lietuvos Respublikoje 2009 m. (naujai užregistruoti susirgimai ambulatorinę pagalbą teikiančiose įstaigose 1000 vaikų ir 1000 suaugusiųjų).....	34
7 pav. Ligtumas kai kuriomis ligomis Šiaulių mieste 2009 m. (1000 gyv.).....	34
8 pav. Ligtumas kai kuriomis ligomis pagal amžiaus grupes, Šiaulių mieste 2009 m. (1000 gyv.) (susirgimai, užregistruoti ambulatorines paslaugas teikiančiose asmens priežiūros įstaigose).....	35
9 pav. Sergamumas kraujotakos sistemos ligomis Šiaulių mieste 2009 m. (1000 gyv.)	
10 pav. Standartizuoti mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų rodikliai Lietuvoje, ES ir Europoje, pagal lytį (100 000 gyv.).....	37
11 pav. Programos finansavimas Lietuvos mastu (mln., Lt).....	40
12 pav. Informavimo paslaugos teikimas 2009 m. (patikrintų asmenų skaičius).....	40
13 pav. Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos išsamaus širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės įvertinimo paslaugos teikimo dinamika Lietuvoje 2006-2009 m. (atvejų skaičius).....	41
14 pav. Sergančiųjų cukriniu diabetu ar metaboliniu sindromu širdies ir kraujagyslių ligų didelės tikimybės įvertinimo paslaugos teikimo dinamika Lietuvoje 2006-2009 m.	41
15 pav. Informavimo paslaugą teikiančių PAASPI skaičius 2006-2009 m.	42
16 pav. Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programoje dalyvaujančių PAASPI bei informavimo paslaugos skaičiaus palyginimas 2006-2009 m.	42
17 pav. Informavimo apie didelę širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę, šios tikimybės įvertinimo, pirminės prevencijos priemonių plano sudarymo ar siuntimo išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę paslaugų skaičius Šiaulių mieste 2006-2010 m. (abs. sk.).....	44
18 pav. Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos vykdymas 2009, 2010 m. (Šiaulių miesto įstaigos).....	45
19 pav. Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos vykdymo 2009-2010 m. kaita (%) Šiaulių miesto įstaigose.....	46

IVADAS

Darbo aktualumas. Širdies ir kraujagyslių ligos Lietuvoje, kaip ir visame pasaulyje, nepaisant pasiekimų medicinoje, yra dažniausia mirtingumo priežastis. Širdies ir kraujagyslių ligos visame pasaulyje siejamos su netinkama žmonių gyvensena: nesveika mityba (maiste per daug riebalų, cholesterolio, druskos), rūkymu, sumažėjusiu fiziniu aktyvumu, atsvoriumi bei negydomu padidėjusiu arteriniu kraujospūdžiu ar cukriniu diabetu. Užsienio ir mūsų šalies patirtis rodo, kad galima išvengti daugelio širdies ir kraujagyslių ligų bei pailginti žmonių gyvenimą. Tam reikia perprasti ligos prigimtį, nustatyti ją skatinančius rizikos veiksnius ir atkakliai su jais kovoti. Rizikos veiksnių nustatymas ir mažinimas iš esmės gali pakeisti sergamumo ir mirtingumo nuo šių ligų rodiklius. Pasiiekti geresnių sveikatos rodiklių galima įtraukiant kuo daugiau gyventojų į sveiką gyvenseną skatinančias programas. Tačiau vien įtraukti kuo daugiau gyventojų į programas neužtenka, svarbi visuma - programas reikalinga ir tinkamai valdyti, todėl programos efektyvumo vertinimas yra labai svarbus elementas.

1998 m. liepos 2 d. buvo patvirtinta Lietuvos sveikatos programa.¹ Įgyvendinant Europos sveikatos politiką „Sveikata visiems XXI amžiuje“ bei Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje išdėstyta ir Sveikatos sistemos įstatyme įteisintą aktyvios sveikatos politikos strategiją, buvo aiškiai išskirti pagrindiniai programos tikslai: 1) gyventojų mirtingumo mažinimas ir vidutinės gyvenimo trukmės ilginimas, 2) sveikatos santykių teisumas, 3) gyvenimo kokybės pagerinimas. Lietuvos sveikatos programoje išskeltas specialusis tikslas – 3.3.1. Širdies ir kraujagyslių ligos - ir nurodyti konkretūs siekiami gyventojų sveikatos lygio rodikliai: iki 2010 m. sumažinti jaunesnių nei 65 m. žmonių mirtingumą nuo išeminės širdies ligos ir insulto 15 procentų. Tikslas įgyvendinimas, iki 2010 m. sumažinti jaunesnių nei 65 m. žmonių mirtingumą nuo išeminės širdies ligos, atsilieka.

„Kiekvienas naujajį tūkstantmetį gimęs vaikas turi teisę išvengti širdies ir kraujagyslių ligų iki 65 metų“, skelbia Europos širdies sveikatos chartija, kurią 2007 m. spalio 16d. pasirašė Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministras.² Šiuo žingsniu Lietuva oficialiai įsipareigojo bendradarbiauti su kitomis Europos sąjungos valstybėmis, politinėmis ir nevyriausybinėmis organizacijomis, siekiant suaktyvinti širdies ligų prevenciją, mažinti gyventojų sergamumą ir mirtingumą. Kaip teigiama šioje chartijoje, širdies ir kraujagyslių ligų plitimas gali būti mažinamas anksti diagnozuojant ir gydant atitinkamas ligas, vykdant reabilitacijos ir prevencijos programas, apimančias sveikos gyvensenos mokymą.

2005 m. lapkričio 25 d. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-913

¹ Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“, 1998 m. liepos 2 d. Nr. VIII-833, Valstybės žinios: 1998-07-17 Nr.64-1842

http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=60036&p_query=&p_tr2=, žiūrėta 2010 05 02

² Žemaitienė E., Pasirašyta širdies sveikatos chartija. Lietuvos medicinos kronika, 2007 10 24, Nr.28, p.5.

patvirtinta „Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa“.³ Programą sukurta siekiant sumažinti sergamumą širdies ir kraujagyslių ligomis (krūtinės angina ar miokardo infarktu, smegenų išemija, insultu, periferinių arterijų tromboze), atrinkti sergančiuosius ateroskleroze ar cukriniu diabetu, kurie nejaučia sveikatos sutrikimų, užkirsti kelią šių ligų raidai. Programa skirta vyrų nuo 40 iki 55 metų ir moterų nuo 50 iki 65 metų širdies ir kraujagyslių ligų prevencijai. Lietuvoje gyvena 702358 nurodyto amžiaus žmonių.⁴ Programą įgyvendina pirminės sveikatos priežiūros įstaigos, sudariusios sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, bei specializuoti širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos padaliniai. Viena pagrindinių programos priemonių yra informavimo apie didelę širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę, šios tikimybės įvertinimo, pirminės prevencijos priemonių plano sudarymo ar siuntimo išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę paslauga.

Šiaulių teritorinės ligonių kasos duomenimis Šiaulių mieste prie sveikatos priežiūros įstaigų 2009 metais buvo prisirašę 16 822 40-55 metų vyrų ir 15 766 50-65 metų moterų. Programa 2009 metais Šiaulių mieste pasinaudojo 11 754 žmonių, t.y. tik 36 % iš visų galinčių, o likę 64 % nepasitikrino širdies veiklos ir kraujagyslių būklės anksti nustatydami galimas ligas, jų atsiradimo tikimybę, jiems nebuvo patarta kaip stiprinti ir išsaugoti sveikatą, nebuvo skirti galimi tyrimai.⁵

Šio darbo problemos aktualumą grindžia tokie probleminiai klausimai:

1. Programoje dalyvavusių gyventojų skaičius (tik 36% iš visų galinčių dalyvavo programoje), nors už programoje numatytas paslaugas privalomu sveikatos draudimu apdraustiems asmenims tyrimai atliekami nemokamai ir už programoje numatytas paslaugas mokėti nereikia.

2. Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programos organizavimas ir valdymas. Gyventojų informavimas. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių pirmines asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir specializuotų širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos padalinių darbuotojų motyvacija skatinti gyventojus dalyvauti programoje. Žmogiškųjų ir finansinių išteklių valdymas. Programos rezultatų vertinimas pagal jos vykdymo rodiklius ir efektyvumo kriterijus, siūlymų dėl programos vykdymo.

3. Mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų. Programoje numatytų taikyti metodų realiomis veiklos sąlygomis atitiktis tikslui – sumažinti sergamumą ir mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų.

4. Kiekviena programa turi būti įvertinta. Profilaktinės sveikatos programos Lietuvoje yra

³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“, 2005 m. lapkričio 25 d. Nr. V-913, Valstybės žinios, 2005-12-13, Nr. 145-5288

⁴ Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos vykdymo 2009 m. apžvalga, Valstybinės ligonių kasos, http://www.vlk.lt/vlk/pag/files/prevencija/apie_programas_2010/prevencija10.pdf, žiūrėta 2011-03-15

⁵ Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuras, Šiaulių miesto gyventojų sveikatos būklė. 2009 metų ataskaita, VšĮ Šiaulių universiteto leidykla, 2010, Šiauliai, p.50.

naujovė.

Darbo naujumas. Pirmą kartą Šiaulių mieste įvertintas širdies ir kraujagyslių ligų programos efektyvumas jos vartotojų ir vykdytojų požiūriu. Remiantis kokybinių tyrimų duomenimis (ekspertų, gydytojų, pacientų atsakymais) identifikuoti programos vykdymo ir valdymo probleminiai bruožai. Pirmą kartą Lietuvoje buvo pateikti pasiūlymai kaip optimizuoti širdies ir kraujagyslių ligų programos vykdymą ir valdymą Šiauliuose.

Tyrimo objektas: Asmenų, priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa.

Tyrimo dalykas: Asmenų, priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos efektyvumas, įgyvendinimas bei problemos.

Darbo tikslas - įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programos vykdymo efektyvumą Šiaulių mieste.

Darbo uždaviniai:

1. Išnagrinėti asmenų, priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos reikalingumą, Lietuvos teisės aktus, reglamentuojančius programos įgyvendinimą.

2. Išanalizuoti sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų duomenis ir statistikos rezultatus bei įvertinti programos įgyvendinimo situaciją Lietuvoje ir Šiauliuose.

3. Įvertinti širdies ir kraujagyslių programos efektyvumą jos vartotojų ir vykdytojų požiūriu Šiaulių mieste ir pateikti programai pasiūlymus.

Darbo struktūra. Darbas susideda iš keturių dalių ir pabaigoje pateikiamų išvadų ir pasiūlymų. Pirmoje dalyje pagrindžiamas programos reikalingumas ir teisės aktai, kuriais remiantis ši programa buvo sukurta. Antroje dalyje analizuojami sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų statistiniai duomenys bei rezultatai. Trečioje dalyje analizuojama programos įgyvendinimo situacija Lietuvoje ir Šiauliuose. Ketvirtoje dalyje yra atliekamas empirinis tyrimas – 3 kokybiniai sociologiniai tyrimai siekiant išsiaiškinti ekspertų, gydytojų, pacientų požiūriu programos vertinimą, identifikuojami programos vykdymo ir valdymo probleminiai bruožai. Paskutiniojoje dalyje programai pateikiamos išvados ir pasiūlymai.

Pirminė hipotezė

Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos organizavimas ir valdymas asmens sveikatos priežiūros įstaigose,

teikiančiose pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir specializuotose širdies ir kraujagyslių prevencijos padaliniuose Šiaulių mieste yra nepakankamas dėl gyventojų informavimo stokos ir nepakankamos programos administravimo grupės veiklos.

Tyrimui atlikti naudoti šie tyrimo metodai:

Aprašomasis, palyginamosios analizės, istorinis ir 3 sociologiniai tyrimai: kokybinis gydytojų ir pacientų nuomones tyrimas ir kokybinis tyrimas – pusiau struktūruotas ekspertų interviu.

NAUDOJAMI SUTRUMPINIMAI

Administravimo grupė - asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos administravimo grupė

ASP – Asmens sveikatos priežiūra

BPG – bendrosios praktikos gydytojas

ES – Europos Sąjunga

KPP - specializuoti širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos padaliniai

LNSS – Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema

LR – Lietuvos Respublika

LSIC – Lietuvos sveikatos informacijos centras

LSP – Lietuvos sveikatos programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimu Nr. VIII-833

NST – Nacionalinė sveikatos taryba

PASPI - asmens sveikatos priežiūros įstaiga, teikianti pirmines asmens sveikatos priežiūros paslaugas

PSDF – Privalomojo sveikatos draudimo fondas

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

PSP – Pirminė sveikatos priežiūra

SCORE – bendrasis kardiovaskulinės rizikos įvertinimas (angl. Systemic Coronary Risk Evaluation)

ŠKL – širdies ir kraujagyslių ligos

TLK - Teritorinė ligonių kasa

VLK – Valstybinė ligonių kasa

VSP – Visuomenės sveikatos priežiūra

VŠĮ – Viešoji įstaiga

VULSK – Vilniaus Universiteto ligoninė Santariškių klinikos

PROGRAMA - Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa

1. ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ PREVENCIJOS PROGRAMOS REIKALINGUMAS IR TEISĖS AKTAI, KURIAIS REMIANTIS SUKURTA PROGRAMA

1.1. Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos būtinybė

Pasak Juškelienės (2007), „vienas išskirtinių šiuolaikinės visuomenės sveikatos bruožų – visos visuomenės, jos struktūrų bei individų atsakomybė už savo ir kitų sveikatą bei aktyvus dalyvavimas sprendžiant sveikatos problemas“.⁶

„Širdies ir kraujagyslių yra viena iš dažniausių vidutinio amžiaus Lietuvos gyventojų mirties ir sunkaus invalidumo priežasčių“ (Domarkienė, 2000, p.8).⁷

Kaip teigiama Lietuvos Respublikos Konstitucijoje (1992), „Valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. Įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką.“⁸ Atkreiptinas dėmesys į sveikatos svarbą ir į tai, kas ja turi rūpintis ir laiduoti pagalbą susirgus. Sveikatos sistemos įstatyme teigiama, kad „kuo geresnė visuomenės sveikata yra būtina Lietuvos valstybės saugumo ir klestėjimo bei atviros, teisingos ir darnios pilietinės visuomenės kūrimo prielaida“.⁹ Kiekvienas iš mūsų vertiname savo sveikatą kaip savo asmeninį turtą, bet ši tiesa tik dalina, nes sveikata yra ne tik asmeninė, bet ir visuomeninė vertybė, o kuo sveikesnė visuomenė, tuo turtingesnė valstybė (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).¹⁰ Pagrindinis visuomenės sveikatos programų tikslas yra susirgimų ir mirčių prevencija arba kontrolė. Visuomenės sveikatos programos orientuojamos į svarbiausių problemų priežasčių šalinimą, kuriame dalyvauja daug organizacijų ir bendruomenių.¹¹

Lietuvos sveikatos programoje išskirti trys pagrindiniai šios programos tikslai:

1. Gyventojų mirtingumo mažinimas ir vidutinės gyvenimo trukmės ilginimas.
2. Sveikatos santykių teisumas.
3. Gyvenimo kokybės pagerinimas.¹²

⁶ Juškelienė, V. Visuomenės sveikatos įvadas: Sveikatos samprata, sveikatos rizikos ir palaikantys veiksniai. Vilnius: Vilniaus pedagoginio universiteto leidykla, 2007, p.12.

⁷ Domarkienė, S. Širdies ir kraujagyslių ligos. Epidemiologija ir profilaktika. Kaunas: Kauno medicinos universiteto kardiologijos institutas, 2000: p. 8.

⁸ Lietuvos Respublikos Konstitucija, priimta Lietuvos Respublikos piliečių 1992 m. spalio 25 d. referendume, 53 str., http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=274999, žiūrėta 2010-01-22

⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas 1994 m. liepos 19 d. Nr.I-552, Vilnius Valstybės žinios, 1994-08-17, Nr. 63-1231

http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=5905&p_query=&p_tr2= žiūrėta 2010-01-15

¹⁰ Jankauskienė, D., Pečiūra, R. Sveikatos politika ir valdymas. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007, p. 6

¹¹ Povilanskienė, R., Jurkuvėnas, V. Visuomenės sveikatos programų vertinimas, Visuomenės sveikata, 2009/4(47).

¹² Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“, 1998 m. liepos 2 d. Nr. VIII-833, Valstybės žinios: 1998-07-17 Nr.64-1842

Apsistokime ties pirmuoju programos tikslu – gyventojų mirtingumo mažinimu ir vidutinės gyvenimo trukmės ilginimu. Programoje minima, kad gyventojų mažesnį mirtingumą galima pasiekti sumažinus mirtingumą nuo dažniausių mirties priežasčių. Viena iš dažniausių mirties priežasčių – mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų. Pozityvioji Nacionalinės sveikatos koncepcijos pusė, kurią ypač akcentuoja PSO, yra siekti ugdyti sąmoningą visuomenės požiūrį į sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą – tai pagrindinė socialiai visaverčio gyvenimo sąlyga. Kaip teigiama Lietuvos sveikatos programoje – širdies ir kraujagyslių ligos yra ne tik medicinos, bet ir socialinė problema. Šios ligos sudaro apie pusę visų mirčių, vieną trečdalį invalidumo priežasčių ir nulemia 15–20 procentų apsilankymų sveikatos priežiūros įstaigoje. Lietuvos sveikatos programoje iškeltą tikslą iki 2010 metų sumažinti jaunesnių nei 65 m. žmonių mirtingumą nuo išeminės širdies ligos ir insulto 15 procentų ir iki 2010 metų sumažinti 65-74 m. žmonių mirtingumą nuo išeminės širdies ligos ir insulto 10 procentų įgyvendinti siūloma, kad sveikatos priežiūros įstaigos turi daugiau dėmesio skirti išeminės širdies ligos bei galvos smegenų insulto pirminei profilaktikai. Siekiant pagerinti ligų diagnostikos ir gydymo rezultatus privalu aprūpinti sveikatos priežiūros įstaigas nauja aparatūra, kelti darbuotojų kvalifikaciją.

Jeigu pačių gyventojų apsilankymas pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose įstaigose būtų savalaikis, paskatintas išugdyto sąmoningumo savo sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo sampratos – ligai dažniau būtų užbėgta už akių. Kalėdienė (2010), įvardindama profilaktikos svarbą teigia, kad yra įrodyta, kad traumų profilaktika ir pirminė lėtinių neinfekcinių ligų profilaktika yra daug veiksmingesnė ir ekonomiškai naudingesnė nei sergančiųjų sveikatai žalingų įpročių ar socialinių ekonominių veiksnių sukeltų ligų gydymas bei reabilitacija.¹³

Turi vykti abipusis bendradarbiavimas – tarp paciento ir pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų. Tiek vieni, tiek kiti turi dėti pastangų siekiant bendro tikslo - mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo. Kaip minėjo gydytojas Helmutas Klepcigas (1989), *„Kraujotakos ligos dabar yra pačios pavojingiausios gyvybei, todėl joms skirtinas ypatingas dėmesys. Mano patirtis rodo, kad dabartinės medicinos priemonėmis pasiekiami rezultatai nueina niekais dėl to, kad pacientas per menkai „bendradarbiauja“ su gydytoju. Negalima nepaisyti savo negalavimų, taip pat per daug baimintis dėl jų, nes tik tie, kas vertina savo būklę objektyviai ir į ją atsižvelgia, turi geriausias perspektyvas ilgam atgauti sveikatą.“*¹⁴

Nors gyvenimo trukmė ilgėja, tačiau pasaulyje mirstančiųjų nuo širdies ir kraujagyslių ligų nemažėja, o daugėja. Jokios kitos gyvybei pavojingos ligos nėra tiek paplitusios ir taip brangiai kainuojančios, kaip kardiovaskulinės, nuo kurių sergantieji dažniausiai ir miršta.¹⁵

¹³ Kalėdienė R. Lietuvos gyventojų sveikatos raida. Kn. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje. Vilnius: UAB Sveikatos ekonomikos centras, 2010: p. 83.

¹⁴ Klepcigas H. Širdies ir kraujagyslių ligos. Vilnius: Mokslas, 1989: p. 4.

¹⁵ Petrulionienė Ž., Kardiovaskulinės rizikos įvertinimo ir modifikavimo įtaka aterosklerozės progresavimui ir sąsajos su arterijų sienelės pažeidimo žymenimis. Habilitacijos procedūrai teikiamų mokslo darbų apžvalga, Vilniaus universitetas 2009 04 20

Ypatingai svarbu laiku užbėgti širdies ir kraujagyslių ligoms už akių, tai patvirtina ir pats žodis – prevencija. Prevencija (lot. *praeventio*) – išankstinis kelio užkirtimas, užbėgimas už akių.¹⁶

Kaip teigia Žaneta Petrulionienė (2009), aktyvi kardiovaskulinė prevencija grindžiama šiais pastebėjimais:

1) Daugumoje Europos populiacijų svarbiausia ankstyvos mirties priežastis - kardiovaskulinės ligos. Sergant jomis dažnai gaunamas štai toks rezultatas – invalidumas ir jo sąlygotas sveikatos priežiūros išlaidų padidėjimas.

2) Dažniausia patologija yra aterosklerozė, kuri daugelį metų vystosi nebyliai, o pasireiškus simptomams dažniausiai būna toli pažengusi.

3) Miokardo infarktas, insultas ar mirtis dažnai įvyksta staiga, nespėjus suteikti medicininės pagalbos.

4) Kardiovaskulinės ligos yra tarpiai susijusios su gyvensena ir modifikuojamais veiksniais.

5) Kardiovaskulines ligas dažniausiai sukelia ne vienas, o kelių rizikos veiksnių derinys, tai – multifaktorinės etiologijos ligos.

6) Mirtingumą ir sergamumą kardiovaskulinėmis ligomis sumažina rizikos veiksnių valdymas tiek žmonėms su diagnozuota kardiovaskuline liga, tiek ir su nediagnozuota.

Yra nenuginčijamų įrodymų, kad išvengiamų mirčių priežastys: rūkymas, netaisyklinga mityba, fizinis neaktyvumas, nesaikingas alkoholio vartojimas yra pagrindinės išvengiamo mirtingumo priežastys. Jos sukelia devynis šimtus tūkstančių mirčių Jungtinėse Amerikos valstijose, kas sudaro apie 40 proc. išvengiamo mirtingumo JAV¹⁷.

Nepaisant moderniausių diagnostikos ir gydymo priemonių, ŠKL epidemijos nepavyksta sustabdyti.¹⁸ Švedų mokslininkai (Lindholm ir Rosen, 1991) paskaičiavo, kad investavus vieną milijoną kronų (470 tūkst. litų) į širdies persodinimo operaciją galima „laimėti“ 5 gyvenimo metus, o investavus šią sumą į pacientų mokymą – 74 metus.¹⁹ Širdies ir kraujagyslių ligos visame pasaulyje siejamos su netinkama žmonių gyvensena: nesveika mityba (maiste per daug riebalų, cholesterolio, druskos), rūkymu, sumažėjusiu fiziniu aktyvumu, antsvoriu bei negydomu padidėjusiu arteriniu kraujospūdžiu ar cukriniu diabetu. Užsienio ir mūsų šalies patirtis rodo, kad galima išvengti daugelio širdies ir kraujagyslių ligų bei sumažinti bei pailginti žmonių gyvenimą. Tam reikia perprasti ligos prigimtį, nustatyti ją skatinančius rizikos veiksnius ir atkakliai su jais kovoti. Pokyčių pirmiausia turime norėti patys ir ryžtis keisti savo gyvenimą. Svarbu įtraukti kuo daugiau žmonių į savo sveikata besirūpinančių asmenų ratą. Tam reikalingos priemonės ir būdai pasiekti. Ypatingai svarbu, kad į

¹⁶ Tarptautinis žodžių žodynas. Vilnius: Vyriausioji enciklopedijų redakcija, 1985: p. 398.

¹⁷ Fielding J. E., Husten C. G., Richland J. H., Cohen J. T., Neumann P. J., Weinstein M. C. Does Preventive Care Save Money// *N Engl J Med* 2008; 358:2847-2848, Jun 26, 2008

¹⁸ Petrulionienė Ž., Mažinkime širdies ligų riziką. Vilnius: Margi raštai, 2005: p.7.

¹⁹ Javtokas, Z., http://www.smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Kvalifikacijos_tobulinimas/Lektura/Sveikatos_stiprinimas-Konspektas.pdf

programą ne tik būtų įtraukiama kuo daugiau žmonių, bet ji būtų tinkamai valdoma – tik tokiu būdu bus galima pasiekti programos rezultatų ir efektyvumo.

2003 m. birželio 19 d. Lietuvos Respublikos Seimas, atsižvelgdamas į Nacionalinės sveikatos tarybos metiniame pranešime iškeltas problemas, pasirašė rezoliuciją „Dėl Lietuvos sveikatos politikos įgyvendinimo“.²⁰ Lietuvos Respublikos Seimas, atkreipdamas Vyriausybės, valstybės ir savivaldybių institucijų dėmesį į NST iškeltas problemas, konstatavo, kad Lietuvos sveikatos politika turi būti vertinama šalies integracijos į Europos Sąjungą kontekste. Keletas rezoliucijoje minimų būtinų sąlygų kuriant saugią ir sveiką visuomenę, tai - demografinių problemų sprendimas, sveikos gyvensenos skatinimas ir valstybinių sveikatos programų įgyvendinimas, ir pasiūlė ypatingą dėmesį atkreipti į eilę elementų, tarp kurių paminėta ir ligų prevencija, numatant reikiamas lėšas bei kitus išteklius.

Kaip teigia Kalėdienė (2010), Lietuvos gyventojai 1994-2008 m. pradėjo aktyviau dalyvauti profilaktiniuose sveikatos patikrinimuose: gyventojams buvo dažniau nustatomas cholesterolio ir gliukozės kiekis kraujyje.²¹

Pasak Kalėdienės (2010), visuomenės sveikatos priežiūros tarnybų pagrindinė misija yra gerinti ir išsaugoti gyventojų sveikatą, bet visuomenės sveikatos priežiūros sistema nepajėgia apsaugoti visuomenės nuo ankstyvų mirčių, galimų išvengti ligų – ji yra neveiksminga. Valstybė neskaitina visuomenės būti suinteresuotos savo sveikata: sveikai gyventi, aktyviai dalyvauti sveikatinimo veikloje. Savivaldybėse visuomenės sveikatos priežiūrai vykdyti reikalinga infrastruktūra tik pradama kurti. Kaip teigia Kalėdienė (2010), „žinant šiandieninę nepalankią sveikatos, daugelio gyvensenos rizikos veiksnių plitimo, sveikatos netolygumų didėjimo situaciją sudėtingų ekonominių sąlygų ir mažėjančio sveikatos apsaugos finansavimo kontekste, sunku tikėtis, kad artimiausiais metais Lietuvos gyventojų sveikata stabiliai gerės“.²²

1.2. Europos Sąjungos širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos politika

Aukštas kraujospūdis, širdies yda, išeminė širdies liga, insultas ir kitos širdies ir kraujagyslių ligos veikia širdį ir aplink ją esančias kraujagysles. Širdies ir kraujagyslių ligos – viena iš svarbiausių mirties priežasčių Europos Sąjungoje: šios ligos lemia apie 40 % visų mirčių (2 milijonų žmonių mirčių) per metus. Šios ligos yra atsakingos už didžiausią skaičių priešlaikinių mirčių nesulaukus 75 metų amžiaus.²³

²⁰ Lietuvos Respublikos Seimo rezoliucija „Dėl Lietuvos sveikatos politikos įgyvendinimo“. 2003 m. birželio 19 d. Valstybės žinios, 2003-06-25, Nr.60-2700.

²¹ Kalėdienė, R. Lietuvos gyventojų sveikatos raida. Kn.: Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai 2010 1(2). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2010: p. 31.

²² Kalėdienė, R. Lietuvos gyventojų sveikatos raida. Mykolo Romerio universitetas. Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai 2010 1(2): p. 32.

²³ Europos sąjungos portalas apie sveikatos apsaugą

Atsižvelgdama į šią situaciją, Europos Sąjunga 2004 m. kovo mėn. 9 dieną Briuselyje priėmė „Tarybos išvadą dėl širdies sveikatingumo propagavimo“, raginančią Europos Komisiją, taip pat valstybes nares užtikrinti, kad būtų imtasi atitinkamų veiksmų siekiant spręsti širdies ir kraujagyslių ligų problemą.

2005 metų birželio mėnesį Europos Komisijos buvo sušaukta ekspertų konferencija, kurios tikslas buvo aptarti Tarybos išvadų įgyvendinimą, tokiu būdu buvo priimta Liuksemburgo deklaracija. Deklaracijoje Nacionalinės Sveikatos apsaugos ministerijos atstovai, Širdies draugijų ir Širdies fondu Europos ir nacionaliniai atstovai susitarė inicijuoti ir visapusiškai sustiprinti ir paremti širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos planus bei užtikrinti, kad visose Europos šalyse būtų imtasi veiksmingų priemonių ir strategijos. Liuksemburgo deklaracijoje dėl pacientų saugumo akcentuojama, kad kiekvienas ES pilietis turi teisę į saugias aukštos kokybės sveikatos paslaugas, todėl Europos Komisija įsipareigojo skatinti ir remti šalių narių bendradarbiavimą. Taip pat buvo sutarta sukurti bendro susitarimo dokumentą, Širdies sveikatos chartiją, nušviečiantį pagrindinius prevencijos principus ir įrodymais pagrįstas intervencijos sritis.²⁴

Apskaičiuota, kad ES sveikatos priežiūros sistemoms tenkanti su šia ligų grupe susijusi finansinė našta 2006 metais sudarė beveik 110 mlrd. EUR, t. y. 223 EUR vienam gyventojui per metus, apytikriai 10 % visų ES sveikatos priežiūros išlaidų. Nepaisant paminėtos naštos, širdies ir kraujagyslių ligos yra ir viena iš svarbiausių ilgalaikių ligų bei pasitraukimo iš darbo rinkos priežasčių. Šių ligų kilmę lemia ir socialinės sąlygos. Nevienodas sergamumas širdies ir kraujagyslių ligomis yra didžiausia atskira valstybių narių vidaus ir tarpusavio sveikatos būklės rodiklių skirtumų priežastis. Širdies sveikata susijusi su įpročiais, gyvenimo būdu, todėl veiksmingose prevencijos strategijose dėmesys turi būti telkiamas į tokius veiksnius, kaip mityba, fizinis aktyvumas, tabako vartojimas, alkoholio vartojimas bei psichosocialinis stresas.²⁵

ES siekia skatinti valstybių narių keitimąsi informacija, gerąja patirtimi ir mokslinius tyrimus. Pagrindinis ES prioritetas – sveikatą lemiantys veiksniai ir prevencija, įgyvendinant ir kartu plėtojant nacionalines politikos kryptis. Bendras tikslas – sudaryti sąlygas piliečiams rinktis sveikesnį gyvenimo būdą. Siekiant tikslo ir įgyvendinant išsamias ir visapusiškas nacionalines strategijas kviečiami jungtis sveikatos priežiūros specialistai, vyriausybės, visuomenės sveikatos institucijos, nevyriausybinės organizacijos, pacientų organizacijos, žiniasklaida ir kitos suinteresuotosios šalys.

Europos sveikatos tinklas (EHN) ir Europos kardiologų draugija, gavę paramą pagal visuomenės sveikatos programą, parengė Europos širdies sveikatos chartiją. Šios chartijos tikslas – ženkliai sumažinti dėl širdies ir kraujagyslių ligų susidaranti finansinė našta.

http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/cardiovascular_diseases/index_lt.htm, žiūrėta 2010-01-15

²⁴ http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/diseases/cardiovascular/index_en.htm, žiūrėta 2010-01-15

²⁵ Europos sąjungos portalas apie sveikatos apsaugą

http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/cardiovascular_diseases/index_lt.htm, žiūrėta 2010-01-15

Sveikata visiems XXI nurodomas 8.1. tikslas - mažiausiai 40 procentų sumažintas vyresnių nei 65 m. žmonių mirtingumas dėl ŠKL, ypač tose šalyse, kur šiuo metu labai didelis mirtingumas.²⁶

1.3. Prevencinio pobūdžio gairių taikymo rekomendacijos

„Mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų sumažėjimo paramą gavusiuose regionuose tyrimas“, galutinėje vertinimo ataskaitoje, kurią atliko Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija kartu su VšĮ „MTVC“ (Mokymų, tyrimų ir vystymo centru) yra minimas EUROASPIRE prevencijos projekto atliktas tyrimas.²⁷ EUROASPIRE – tai pirminės ir antrinės prevencijos projektas, kurį vykdo Europos kardiologų organizacija ir aštuonių Europos šalių specialistai kardiologai. Šiame projekte yra atliekami širdies ligomis sergančių pacientų rizikos veiksnių, gyvenimo būdo ir gydymo metodų taikymo tyrimai 22-iejose Europos šalyse. Paskutinio 2006–2007 m. atlikto tyrimo tikslas buvo nustatyti, kaip kasdieninėje klinikinėje praktikoje įgyvendinamos bendros Europos organizacijų parengtos širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos rekomendacijos. Šis tyrimas atskleidė, kad Europoje yra didžiulis potencialas pagerinti prevencijos standartus tuo pačiu sumažinant sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių rizikas.

Pagrindinėje tyrimo išvadoje nurodoma, kad širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis sergančių pacientų gyvenimo būdas yra pagrindinis susirūpinimo objektas, kadangi ligi šiol nėra reikšmingų pokyčių rūkymo paplitime ir nuolat daugėja nutukusių asmenų skaičius.

2008 m. atliktas tyrimas „Euro Consumer Heart Index“. Atliekant tyrimą „Heart Index“, buvo lyginamos Europos sveikatos priežiūros sistemos vartotojų požiūriu. Tyrime vertinant vartotojų požiūrį buvo vertinamos penkios vartotojams svarbiausios Europos širdies ir kraujagyslių sveikatos priežiūros sistemos sritys: informacija, vartotojų teisės ir pasirinkimas, prieiga, prevencija, procedūros ir rezultatai. Aptartos rekomendacijos yra pateiktos kaip dalis europinių prevencijos ir klinikinės praktikos gairių. Lietuvoje, kardiologijos ekspertų vertinimu, šios gairės nėra iki galo adaptuotos, taikomos klinikinėje praktikoje ir trūksta gairių įgyvendinimo priežiūros mechanizmų.

2008 m. Europos vartotojų organizacijos parengtame Europos Širdies Indekse Lietuva užėmė 25 vietą tarp 29 Europos šalių surinkusi 517 balų iš 1000 galimų.²⁸

Europos kardiologų draugija, parengusi Europos Širdies Indeksą, atsižvelgdama į Lietuvos ypatumus, identifikuočius rengiant šį indeksą, pristatė konkrečias rekomendacijas Lietuvai:²⁹

1) „Reikia išspręsti dar daug problemų, kad Lietuvoje būtų galima atlikti šiuolaikines procedūras ir pasiekti labai gerų rezultatų. Tikimės, kad teikiant paskatas pirminės sveikatos priežiūros

²⁶ Sveikata 21. Sveikata visiems XXI amžiuje.

²⁷ Prieiga per internetą: <http://www.healthpowerhouse.com/files/heart-index-2008-lt.pdf>

²⁸ Prieiga per internetą: <http://www.healthpowerhouse.com/files/heart-index-2008-lt.pdf>

²⁹ Prieiga per internetą: <http://www.healthpowerhouse.com/files/heart-index-2008-lt.pdf>

gydytojams bus galima gerinti širdies ligų prevenciją.”

2) „Išmintingiausia sveikatos priežiūros išteklius investuoti į Lietuvoje menkai vykdomą širdies ligų prevenciją. Geresnių rezultatų būtų galima pasiekti prevencinėmis priemonėmis, pavyzdžiui, būtų galima matuoti gyventojų kraujospūdį, įvesti draudimą rūkyti ir teikti pagalbą norintiems mesti rūkyti asmenims. Būtų galima skirti išteklių investicijoms į geresnes procedūras. Be to, specialistai savo laiškų kopijas galėtų siųsti savo pacientams, tai būtų veiksmingas būdas su jais bendrauti“.

1.4. 1999-2003 m. Valstybinės širdies ir kraujagyslių ligų profilaktikos programos vertinimas

Siekiant sumažinti gyventojų sergamumą širdies ir kraujagyslių ligomis 1999–2003 metais Lietuvoje buvo vykdyta Valstybinė širdies ir kraujagyslių ligų profilaktikos programa.³⁰

2004 m. Nacionalinė sveikatos taryba posėdžio metu pripažino, kad ši programa – prioritetinga valstybinė programa, nes širdies ir kraujagyslių ligos yra dažniausia mirties priežastis, o ir ateityje didės sergamumas šiomis ligomis, nes didėja vyresnio amžiaus gyventojų skaičius. Kaip teigiama šiame NST nutarime, lyginant širdies ir kraujagyslių ligas su kitomis ligų grupėmis, širdies ir kraujagyslių ligos yra didžiausia nedarbingumo ir ekonominių nuostolių priežastis. Šios problemos daugelyje šalių yra sprendžiamos sėkmingai vykdomomis integruotomis profilaktikos programomis, nes yra įrodyta tokių rizikos veiksnių, kaip rūkymas, viršsvoris, padidėjęs cholesterolio kiekis, fizinio aktyvumo stoka, sutrikusi gliukozės tolerancija, nesaikingas alkoholio vartojimas, reikšmė širdies ir kraujagyslių ligų išsivystymui. NST, išklausiusi Lietuvos Respublikos Seimo narių, universitetų, Lietuvos sveikatos informacijos centro, Kauno medicinos universiteto klinikų, Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, nevyriausybinių organizacijų pasisakymus, apskričių administracijos atstovų ir kitų specialistų pranešimus apie Širdies ir kraujagyslių profilaktikos programos įgyvendinimą teigė, kad nepaisant ilgametės bendradarbiavimo patirties su Pasaulio sveikatos organizacija ir daugelio vykdytų programų bei projektų, susijusių su širdies – kraujagyslių ligų epidemiologija, integruota profilaktika, naujais tyrimo metodais įvairiose mokslo srityse, naujomis sveikatos ugdymo programomis, įvertinus tarpžinybinį bendradarbiavimą ir Lietuvos dalyvavimą Europos sveikatos regionų tinkle, šalies gyventojų mirtingumo bei sergamumo rodikliai, susiję su širdies – kraujagyslių sistemos ligomis išlieka svarbi sveikatos problema Lietuvoje ir kraujotakos sistemos ligos išlieka dažniausia mirties priežastimi.³¹

NST padarė išvadą, kad 1999–2003 metais vykdyta Valstybinė širdies ir kraujagyslių ligų

³⁰ Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl valstybinės širdies ir kraujagyslių ligų profilaktikos programos“ 1999 m. balandžio 8 d. nutarimas Nr. 385

³¹ Nacionalinės sveikatos tarybos nutarimas, 2004 m. vasario 24 d. Nr. N-4 „Dėl širdies ir kraujagyslių profilaktikos programos“, http://www3.lrs.lt/pls/inter/nst.show?p_rid=698&p_did=36656, žiūrėta 2011-01-30

profilaktikos programa nepasiekė planuoto poveikio.

NST posėdyje buvo įvardintos šios programos neefektyvumo priežastys:

- 1) programa buvo vykdoma tik ligoms diagnozuoti ir gydyti, o ne ligų prevencijai;
- 2) nustatytas programos investicijų disbalansas tarp gydymo kokybės gerinimo ir profilaktinių priemonių, kadangi visos lėšos buvo naudotos gydymo kokybei ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrai gerinti;
- 3) nebuvo sudarytas integruotas ir koordinuotas veiksmų planas, skirtas visų lėtinių neinfekcinių ligų profilaktikai;
- 4) programa neturėjo jokio poveikio stacionarinio sergamumo dėl kraujotakos ligų rodikliams, kurie programos laikotarpiu padidėjo;
- 5) įvertinta, kad daugiau kaip 4/5 visų investicijų skirta ne didžiausiais mirtingumo rodikliais pasižyminčių apskričių (Tauragės ir Alytaus) gydymo institucijoms ar Kauno medicinos universiteto ligoninei, teikiančiai tretinio lygio sveikatos priežiūros paslaugas šių regionų gyventojams, bet Vilniaus universiteto Santariškių ligoninei, kuri iki tol turėjo geriausią šalyje kardiologinės pagalbos infrastruktūrą;
- 6) programai finansuoti buvo skiriama tik 10 proc. numatytų lėšų. Nepakankamas finansavimas pareikalavo didelių Vilniaus, Kauno ir kitų didžiųjų ligoninių kardiologų pastangų, kad Lietuvoje stacionarinė kardiologinė pagalba būtų patenkinamame lygyje;
- 7) vykdant programą visiškai nebuvo skirta investicinių lėšų kitoms kraujagyslių ligoms (insultui, smegenų kraujotakos nepakankamumui), nes nebuvo integruoto požiūrio.

NST atkreipė dėmesį į tai, kad tuo metu dar nebuvo patvirtinto Valstybinės širdies ir kraujagyslių ligų profilaktikos 1999-2003 metų programos tęsinio, nes Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2004 m. vasario 9 d. nutarime Nr. 140 „Dėl valstybės investicijų 2004–2006 metų programoje numatytų 2004 metams kapitalo investicijų paskirstymo pagal asignavimų valdytojus ir investicijų projektus“ patvirtinta Bendrojo programavimo dokumento priemonė „Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas ir atnaujinimas“ numato įgyvendinti mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų Rytų Lietuvos regione mažinimo programą, o Lietuvos sveikatos programos tikslai ir uždaviniai, kurie numatyti įgyvendinti iki 2010 metų, yra susiję su širdies ir kraujagyslių ligomis visoje šalyje.³²

NST yra pavesta funkcija koordinuoti Lietuvos sveikatos programos, valstybinių programų įgyvendinimą bei ligų profilaktikos ir kontrolės politiką. Vykdamas šią funkciją ir įvertinusi priemonių kompleksumą, NST numatė pasitelkti įvairių sričių specialistus ir sudaryti lėtinių neinfekcinių ligų ekspertų komisiją, šiai komisijai pavedant nagrinėti prioritetų nustatymą, rengiant valstybines programas bei apibendrinti programų vertinimą.

³² Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl valstybės investicijų 2004–2006 metų programoje numatytų 2004 metams kapitalo investicijų paskirstymo pagal asignavimų valdytojus ir investicijų projektus“, 2004 m. vasario 9 d. Nr. 140 Valstybės žinios, 2004-02-12, Nr. 23-707

NST nutarimu buvo pateikti konkretūs pasiūlymai Lietuvos Respublikos Vyriausybei ir Sveikatos apsaugos ministerijai:

1. kaip lėtinių neinfekcinių ligų profilaktikos programos sudėtinę dalį, tęsti Valstybinę širdies ir kraujagyslių ligų profilaktikos programą;
2. nustatyti programos prioritetus ir pagrindines problemas, įvertinant Lietuvos gyventojų sergamumo ir mirtingumo palyginamuosius rodiklius Centrinės ir Rytų Europos bei Europos Sąjungos šalių rodiklių atžvilgiu. Įvertinus skirtumus apskrityse nustatyti prioritetus Lietuvoje ir skirti lėšas Tauragės, Alytaus ir Šiaulių apskrityms, atsižvelgus kaip į blogiausiais rodikliais pasižyminčias apskritis.
3. Numatyti programos finansavimą, subalansuojant pirminei ir antrinei profilaktikai bei gydymo kokybei skiriamas lėšas.

NST Sveikatos apsaugos ministerijai pasiūlė analizuoti bendrosios praktikos gydytojų galimybes aktyviau dalyvauti lėtinių neinfekcinių ligų profilaktikoje ir numatyti šiai veiklai skatinamąsias priemones.³³

1.5. Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos analizė

1.5.1. Teisės aktu apžvalga

2005 m. lapkričio 25 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras išleido įsakymą „**Dėl asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo**“.³⁴ Prie šio įsakymo patvirtintas priedas – informacinio pranešimo forma. Iki šios dienos buvo išleisti 6 šį pirminį įsakymą keičiantys pakeitimai.

Įsakymas buvo išleistas vadovaujantis tam tikrais teisės aktais.

Pirmasis teisės aktas: Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 61 straipsnis³⁵. Šio straipsnio pavadinimas – „Sveikatos apsaugos ministerijos pagrindiniai įgaliojimai sveikatinimo reikalams tvarkyti“. Straipsnio punkte išvardyti Sveikatos apsaugos ministerijos įgaliojimai. Keletas iš jų, susijusių su programos atsiradimu: analizuoti gyventojų sveikatos būklę ir jos raidos prognozę, prisidėti nustatant sveikatinimo veiklos tikslus, valstybės siekiamo sveikatos lygio rodiklius ir įgyvendinant Lietuvos sveikatos programą; rengti valstybines sveikatos programas; rengti ir priimti pagal kompetenciją teisės aktus sveikatinimo veiklos rūšių, išvardytų šiame straipsnyje, įgyvendinimo

³³ Nacionalinės sveikatos tarybos nutarimas, 2004 m. vasario 24 d. Nr. N-4

³⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-913 „Dėl asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“, 2005 m. lapkričio 25 d., Valstybės žinios, 2005 m. gruodžio 13 d. 145-5288.

³⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552. Valstybės žinios 1994 m. rugpjūčio 17d., Nr. 63-1231.

klausimais.

Antrasis teisės aktas: Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 9 ir 25 straipsniai.³⁶

9 straipsnis apibrėžia, kokios asmens sveikatos priežiūros paslaugos yra apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto: apmokamos šios asmens sveikatos priežiūros paslaugos: prevencinė medicinos pagalba, medicinos pagalba, medicininė rehabilitacija, slauga, socialinės paslaugos bei patarnavimai, priskirti asmens sveikatos priežiūrai, ir asmens sveikatos ekspertizė. Iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo apmokama prevencinė medicinos pagalba - informacinės paslaugos ligų profilaktikos klausimais. Iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokama: pirminės, antrinės ir tretinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos.

Iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, išvardijamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašė. Šį sąrašą tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija, įvertinusi Valstybinės ligonių kasos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones.

Iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašas gali būti detalizuojamas konkrečias sveikatos priežiūros paslaugas nurodant teritorinių ligonių kasų ir sveikatos priežiūros įstaigų sutartyse.

Iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamos tik asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kurios atitinka Vyriausybės nustatytus iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kriterijus.

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 25 straipsnis apibrėžia asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, bazinių kainų nustatymo tvarką.³⁷

1. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, bazines kainas nustato Sveikatos apsaugos ministerija, įvertinusi Valstybinės ligonių kasos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones.

2. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, bazinių kainų nustatymo metodiką tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija.

Trečiasis dokumentas, kuriuo remiantis buvo patvirtinta programa - įvertinus Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomonę, kuri yra užrašyta tarybos protokoluose.³⁸

Privalomojo sveikatos draudimo tarybos, posėdžio protokole 2005-07-15 Nr. 7 pritariama Didelės kardiovaskulinės rizikos asmenų išaiškinimo ir prevencijos priemonių programų projektui su papildymu: numatyti programoje jos efektyvumo kriterijus, vertinimo metodiką ir rezultatų aptarimą.

³⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I-1343, Vilnius 1996, Nr. 55-1287.

³⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I-1343, Vilnius 1996, Nr. 55-1287.

³⁸ Valstybinės ligonių kasos tinklapis, protokolai (2005-07-15 Nr. 7 ir 2005-09-30 Nr. 9)

http://www.vlk.lt/vlk/kt/?page=item&item_id=204 ir http://www.vlk.lt/vlk/kt/?page=item&item_id=210 žiūrėta 2011-01-28.

Nutarta siūlyti Sveikatos apsaugos ministerijai ir Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos, pradėti Didelės kardiovaskulinės rizikos asmenų išaiškinimo ir prevencijos priemonių programos įgyvendinimą.

Privalomojo sveikatos draudimo taryba posėdžio protokole 2005-09-30 Nr. 9 nutarta pritarti Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos paslaugų bazinėms kainoms.

Įsakyme, patvirtinančiame programą, sudaryta asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos administravimo grupė. Ši grupė sudaryta iš devynių asmenų.

1.5.2. Bendrosios programos nuostatos

Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa (toliau – programa) numato širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos priemonių, kurių efektyvumas pagrįstas medicinos mokslo įrodymais, įgyvendinimą Lietuvos Respublikoje. Programa vykdoma nuo 2006 metų.³⁹

Programos tikslas – sumažinti sergamumą ūminiais kardiovaskuliniais sindromais (nestabilia krūtinės angina ar miokardo infarktu, praeinančiu smegenų išemijos priepuoliu ar smegenų infarktu, periferinių arterijų tromboze), nustatyti naujus latentinių aterosklerozės būklių (miego arterijų stenozės, periferinių arterijų ligos, nebyliosios miokardo išemijos) ir cukrinio diabeto atvejus, siekiant sumažinti pacientų neįgalumą ir mirtingumą dėl širdies ir kraujagyslių ligų.

Programos uždaviniai:

1. nustatyti asmenis, priskirtinus širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei (toliau – rizikos grupei), anksčiau nei pasireiškia klinikiniai ligos simptomai;

2. parengti rizikos grupei priskirtiems asmenims taikytinas prevencijos programas ir prireikus siųsti juos į specializuotus širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos padalinius (toliau – KPP) dėl nuodugnaus laboratorinio, kardiologinio ir angiologinio ištyrimo bei konsultavimo, o nustatčius, kad tikimybė susirgti širdies ir kraujagyslių ligomis ypač didelė, užtikrinti ilgalaikę prevencinę priežiūrą bei atlikti pakartotinius tyrimus;

3. skatinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus plėtoti pirminę širdies ir kraujagyslių ligų prevenciją: savarankiškai taikyti prevencines priemones nedidelės ir vidutinės rizikos grupių pacientams, didelės rizikos grupei prevencines priemones taikyti po KPP specialistų konsultacijos,

³⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-913 „Dėl asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“, 2005 m. lapkričio 25 d., Valstybės žinios, 2005 m. gruodžio 13 d. 145-5288.

ypač didelės rizikos grupei taikyti ilgalaikę prevenciją, vadovaujant KPP medikams;

4. skatinti įvairesnių šiuolaikinių širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės, ankstyvosios aterosklerozės, cukrinio diabeto bei gliukozės tolerancijos sutrikimų nustatymo metodų taikymą;

5. intensyviai keisti asmenų, priskirtų rizikos grupei, gyvenimą, skirti aterosklerozę ir aterotrombozę sulaikančius bei gliukozės metabolizmą koreguojančius medikamentus;

6. stiprinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų bendradarbiavimą didelės rizikos grupei priskirtinų asmenų nustatymo ir prevencinės priežiūros srityje: vykdyti tęstinę pacientų priežiūrą asmens sveikatos priežiūros įstaigose, teikiančiose pirmines asmens sveikatos priežiūros paslaugas (toliau – PASPI) ir specializuotuose širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos padaliniuose, šiuose padaliniuose apmokyti PASPI personalą, periodiškai aptarti širdies ir kraujagyslių ligų diagnostikos ir prevencijos principus bei metodikas.

Programos priemonės apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų ir programa yra tęstinė.

1.5.3. Programos priemonės ir jų įgyvendinimo tvarka

Programos priemonės:

Pirmoji priemonė - **informavimo** apie didelę širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę, šios tikimybės įvertinimo, pirminės prevencijos priemonių plano sudarymo ar siuntimo išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę paslauga. Šių paslaugų teikimą aptarnaujamiems gyventojams organizuoja PASPI. Paslauga teikiama vyrams nuo 40 iki 55 metų, moterims nuo 50 iki 65 metų. Paslauga, apmokama šios programos nustatyta tvarka, teikiama ne dažniau kaip vieną kartą per metus. Prevencinių priemonių efekto ir bendrosios širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės pakartotinis vertinimas atliekamas po metų. Ši paslauga apima:

1. įsakymu patvirtintos formos informacinio pranešimo įteikimą pasirašytinai;
2. pokalbius su pacientais apie širdies ir kraujagyslių ligų profilaktikos priemones bei patarimus, kaip stiprinti ir išsaugoti sveikatą;
3. tyrimų atlikimą pagal įsakyme numatytą sąrašą.
4. bendrosios paciento širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės įvertinimą pagal Europos kardiologų draugijos patvirtintą širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės skaičiavimo sistemą SCORE;
5. intensyvaus gyvenimo keitimo schemos ir pirminės prevencijos priemonių plano sudarymą pacientams, kurių bendroji širdies ir kraujagyslių ligų tikimybė pagal SCORE sistemą siekia nuo 5 iki 10 procentų;
6. siuntimą į KPP išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę, jei pacientui taikytina viena iš šių sąlygų:

- 6.1. bendroji širdies ir kraujagyslių ligų tikimybė pagal SCORE 11 ir daugiau procentų;
- 6.2. metabolinis sindromas arba cukrinis diabetas;
- 6.3. aterosklerozė kituose arterijų baseinuose;
- 6.4. ankstyvosios išeminės (koronarinės) širdies ligos šeiminė anamnezė (tėvai ar vaikai, sirgę išemine širdies liga: vyrai – jaunesni nei 45 metų, moterys – jaunesnės nei 55 metų);
- 6.5. bendrojo cholesterolio koncentracija kraujo plazmoje didesnė nei 7,5 mmol/l;
- 6.6. mažo tankio lipoproteinų cholesterolio koncentracija kraujo serume didesnė nei 6 mmol/l arba įtariama pirminė šeiminė dislipidemija.

7. Suteikta informavimo apie didelę širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę, šios tikimybės įvertinimo, pirminės prevencijos priemonių plano sudarymo ar siuntimo išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę paslauga registruojama asmens ambulatorinio gydymo kortelėje (forma Nr. 025-1/a).

Antroji programos priemonė - išsamaus širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės įvertinimo paslauga. Šią paslaugą teikia specializuoti širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos padaliniai (KPP). Pacientus išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę siunčia PASPI gydytojai. Išsamaus širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės įvertinimo paslauga, apmokama šios programos nustatyta tvarka, teikiama ne dažniau kaip vieną kartą per metus.

Išsamaus širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės įvertinimo paslauga apima sudėtingesnių tyrimų atlikimą ir rekomendacijų dėl ilgalaikės prevencijos programos parengimą ir PASPI gydytojų informavimą apie šias rekomendacijas; intensyvaus gyvenimo keitimo, aterosklerozę stabdančios farmakoterapijos bei gydymo monitoringo plano sudarymą pacientams, priskirtiems ypač didelės rizikos grupei, bei PASPI specialistų informavimą apie šį planą.

Išsamaus širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės įvertinimo paslauga registruojama asmens ambulatorinio gydymo kortelėje (forma Nr. 025-1/a).

Trečioji programos priemonė - sergančiųjų cukriniu diabetu ar metaboliniu sindromu širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės išsamaus įvertinimo paslauga. Ši paslauga teikiama KPP ir ne dažniau kaip vieną kartą per metus ir apmokama šios programos nustatyta tvarka.

Pacientus, sergančius cukriniu diabetu ar metaboliniu sindromu, į KPP išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę siunčia PASPI gydytojai. Įgyvendinant šią programos priemonę daromi tie patys tyrimai, kurie atliekami įgyvendinant antrąją programos priemonę ir dar keletą papildomų tyrimų: kraujagyslių endotelio tyrimą (galūnių kraujagyslių dvigubą skenavimą ir viršutinių galūnių segmentinę doplerografiją), arterijų standumo tyrimą (arterijų pulsines bangas analizę) ir gliukuoto hemoglobino kiekio veniniame kraujyje nustatymą.

Sergančiųjų cukriniu diabetu ar metaboliniu sindromu širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės išsamaus įvertinimo paslauga registruojama asmens ambulatorinio gydymo kortelėje (forma Nr. 025-

1/a).

1.5.4. Paslaugų bazinės kainos

Programos patvirtinimo pradžioje buvo numatyta, kad programos paslaugų bazinės kainos skaičiuojamos prilyginant vieną balą vienam litui. Šiuo metu bazinė kaina sumažinta iki 0,89 lito. Šiuo metu galioja šios Programoje nustatytos paslaugų bazinės kainos:

1. informavimo apie didelę širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę, šios tikimybės įvertinimo, pirminės prevencijos priemonių plano sudarymo ar siuntimo išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę paslauga – 51,8 balo;
2. išsamaus širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės įvertinimo paslauga – 213,9 balo;
3. sergančiųjų cukriniu diabetu ar metaboliniu sindromu širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės išsamaus įvertinimo paslauga – 258,0 balo.

1.5.5. Programos priemonių apmokėjimo tvarka

Teritorinė ligonių kasa (toliau – TLK) už šios programos priemones, atitinkančias joms keliamus reikalavimus, moka bazinėmis kainomis.

Per ataskaitinį laikotarpį suteiktas programos numatytas paslaugas TLK apmoka šia tvarka:

1. pasibaigus ataskaitiniam laikotarpiui, PASPI iki kito mėnesio 10 dienos teikia TLK ataskaitą, kurioje nurodomas per ataskaitinį laikotarpį suteiktų informavimo apie didelę širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę, šios tikimybės įvertinimo, pirminės prevencijos priemonių plano sudarymo ar siuntimo išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę paslaugų kiekis ir mokėtina suma. Į ataskaitą paslauga gali būti įtraukta tik tuo atveju, jei buvo įvykdytos visos programos numatytos sąlygos, t. y. jei, įvertinus atliktų tyrimų rezultatus, pacientui buvo sudaryta intensyvaus gyvenimo keitimo schema ir pirminės prevencijos priemonių planas arba jei jis buvo siunčiamas išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę;

2. pasibaigus ataskaitiniam laikotarpiui, asmens sveikatos priežiūros įstaiga, kurios sudėtyje veikia KPP, iki kito mėnesio 10 dienos teikia TLK ataskaitą, kurioje nurodomas per ataskaitinį laikotarpį suteiktų išsamaus širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės įvertinimo paslaugų ir sergančiųjų cukriniu diabetu ar metaboliniu sindromu širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės išsamaus įvertinimo paslaugų kiekis bei mokėtina suma. Į ataskaitą paslauga gali būti įtraukta tik tuo atveju, jei įvykdytos visos programoje nurodytos ir šiai priemonei numatytos sąlygos.

Įvertinusi gautus duomenis, TLK teikia Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos lėšų programos priemonėms vykdyti paraišką ir gavusi lėšas programos priemonėms

vykdyti, priima apmokėti asmens sveikatos priežiūros įstaigų pateiktas sąskaitas.

1.5.6. Programos vykdymo rodikliai, efektyvumo kriterijai ir rezultatų vertinimas

Programos vykdymo rodiklius, rezultatus ir efektyvumą pagal nustatytus kriterijus vertina, visų PASPĮ ir KPP suteiktų paslaugų rezultatus į bendrą duomenų bazę sukelia, siūlymus dėl programos vykdymo teikia Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos administravimo grupė.

Programoje yra nurodyti vykdymo rodikliai:

1. per ataskaitinį laikotarpį PASPĮ suteiktų informavimo apie didelę širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę, šios tikimybės įvertinimo, pirminės prevencijos priemonių plano sudarymo ar siuntimo išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę paslaugų skaičius;
2. asmenų, per ataskaitinį laikotarpį priskirtų didelės rizikos grupei, skaičius;
3. asmenų, per ataskaitinį laikotarpį gavusių siuntimą į KPP išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę, skaičius;
4. asmenų, per ataskaitinį laikotarpį atvykusių į KPP dėl nuodugnaus ištyrimo, ir asmenų, ištirtų KPP, skaičius;
5. asmenų, per ataskaitinį laikotarpį priskirtų ypač didelės rizikos grupei, skaičius;
6. asmenų, kuriems per ataskaitinį laikotarpį pirmą kartą diagnozuotos brachiocefalinių ir periferinių arterijų stenozės, skaičius;
7. asmenų, kuriems per ataskaitinį laikotarpį pirmą kartą diagnozuota koronarinė širdies liga arba nebylioji miokardo išemija, skaičius;
8. asmenų, kuriems per ataskaitinį laikotarpį pirmą kartą diagnozuotas cukrinis diabetas ar sutrikusi gliukozės tolerancija, skaičius.

Programoje yra nurodyti programos efektyvumo kriterijai:

1. programoje dalyvaujančių asmenų sergamumo ūminiais kardiovaskuliniais sindromais (nestabilia krūtinės angina ar miokardo infarktu, praeinančiu smegenų išemijos priepuoliu ar smegenų infarktu, periferinių arterijų tromboze) mažėjimas, palyginti su visos Lietuvos gyventojų sergamumu ūminiais kardiovaskuliniais sindromais;
2. programoje dalyvaujančių asmenų mirtingumo, susijusio su ūminiais kardiovaskuliniais sindromais, mažėjimas, palyginti su visos Lietuvos gyventojų mirtingumu nuo ūminių kardiovaskulinių sindromų;
3. programoje dalyvaujančių asmenų iki 65 metų sergamumo ir mirtingumo nuo ūminių kardiovaskulinių sindromų dinamika PASPĮ aptarnaujamose teritorijose.

Įsakyme, patvirtinančiame programą yra nurodyta, kad Administravimo grupė atlieka

programos rezultatų vertinimą pagal jos vykdymo rodiklius ir efektyvumo kriterijus ne rečiau kaip vieną kartą per metus.

Siekdamas pagerinti Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos, patvirtintos vykdymą, Sveikatos apsaugos ministras patvirtino Asmens širdies ir kraujagyslių ligų rizikos nustatymo anketos formą.⁴⁰ Šias užpildytas anketos kopijas, programos įgyvendinime dalyvaujančios PASPI, užtikrinamos pacientų duomenų konfidencialumą, siunčia Programos administravimo grupės pirmininkui vieną kartą per ketvirtį iki kito mėnesio 10 dienos. Kitus duomenis, reikalingus programos rezultatų ir efektyvumo ataskaitai parengti, administravimo grupei teikia programos įgyvendinime dalyvaujančios PASPI, KPP, Lietuvos sveikatos informacijos centras, Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos.

Programos rezultatų ir efektyvumo ataskaitas administravimo grupė teikia Sveikatos apsaugos ministerijai ir Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos.

1.5.7. Programos priedai

Informaciniame pranešime, įteikiamame programoje kviečiamam asmeniui išaiškinama kodėl vykdoma ši patikra, kaip ji atliekama, koks jos tikslas ir kodėl jos reikia?⁴¹

Informaciniame pranešime yra šis tekstas: „Širdies ir kraujagyslių ligos visame pasaulyje siejamos su netinkama žmonių gyvensena: nesveika mityba (maiste per daug riebalų, cholesterolio, druskos), tolydžio plintančiu rūkymu, gerokai sumažėjusiu fiziniu aktyvumu, antsvoriu bei negydomu padidėjusiu arteriniu kraujospūdžiu ar cukriniu diabetu. Pasaulyje pradėta kova su šiais rizikos veiksniais leido pasiekti gerų rezultatų: nuo 1970 metų iki 1985 metų mirštamumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų sumažėjo net iki 50 procentų. Kitų šalių patirtis rodo, kad galima išvengti išeminės širdies ligos ir insulto bei pailginti gyvenimą. Tam reikia perprasti ligos prigimtį, nustatyti ją skatinančius rizikos veiksnius ir atkakliai su jais kovoti.

Patikros tikslas - sumažinti sergamumą širdies ir kraujagyslių ligomis (krūtinės angina, miokardo infarktu, smegenų išemija/smegenų išemijos priepuoliu, insultu, periferinių arterijų tromboze), atrinkti sergančius ateroskleroze ar cukriniu diabetu žmones, kurie nejaučia sveikatos sutrikimų, siekiant užkirsti kelią šių ligų raidai.

⁴⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas “Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymo nr. V-913 „Dėl asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“ papildymo, 2008 m. gruodžio 9 d. Nr. V-1224, Vilnius, Valstybės žinios, 2009-01-10, Nr. 3-68.

⁴¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas “Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymo nr. V-913 „Dėl asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“ papildymo, 2008 m. gruodžio 9 d. Nr. V-1224, Vilnius, Valstybės žinios, 2009-01-10, Nr. 3-68.

Patikros metu nemokamai nustatomi rizikos veiksniai ir skiriamas reikiamas gydymas.“[5]

1.5.8. Pacientų rizikos įvertinimo metodika (Širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės skaičiavimo sistema SCORE)

Širdies ir kraujagyslių ligų rizikai įvertinti naudojama Europos kardiologų draugijos patvirtinta širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės skaičiavimo sistema SCORE.⁴²

„SCORE“ (angl. Systemic Coronary Risk Evaluation) duomenų bazė sudaryta remiantis 12 Europos kohortinių tyrimų, panaudojus 250 tūkst. pacientų duomenis bei užregistravus 7 tūkst. mirčių nuo širdies ir kraujagyslių ligų. SCORE lentelėje pateikiami duomenys remiantis amžiaus, lyties, bendro cholesterolio, sistolinio kraujo spaudimo, rūkymo kriterijais.

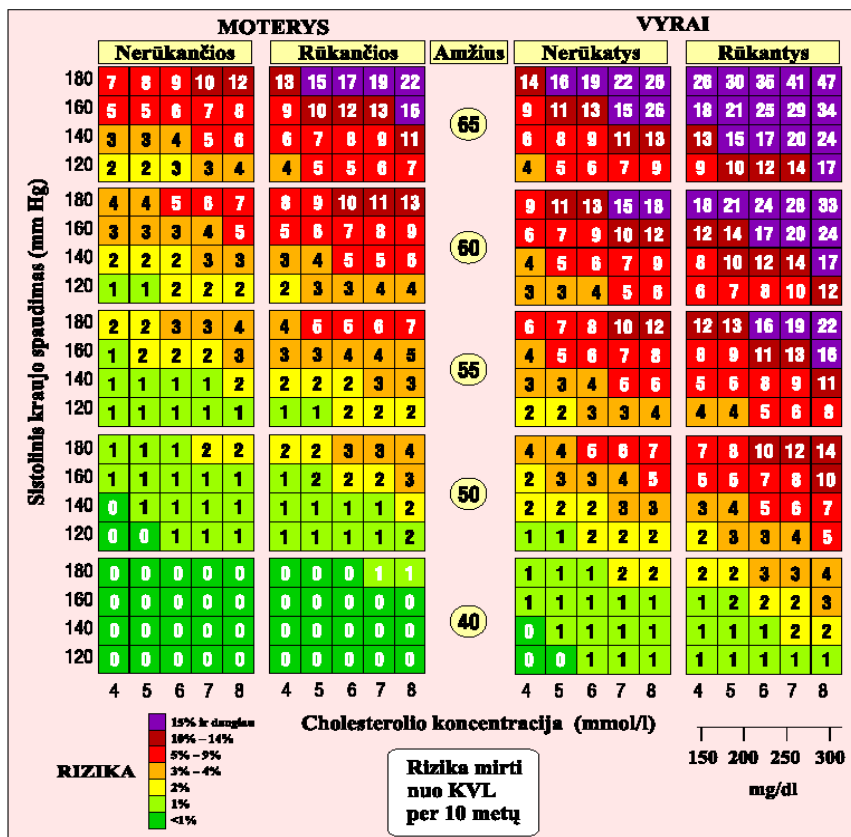
Europos kardiologų draugija pateikia šiuos SCORE sistemos privalumus: sistema paremta gausiais duomenimis, koronarinės širdies ligos ir insulto mirties rizika gali būti nustatyta atskirai, įmanoma sukurti elektroninę lentelės versiją, SCORE sistemos rizikos funkcija gali būti patikrinta pagal kiekvienos šalies mirtingumo rodiklius.

Pagal ministro įsakymą, jeigu širdies ir kraujagyslių ligų tikimybė pagal SCORE – 5–10 proc., rekomenduojama keisti gyvenimą ir pritaikyti pirminės profilaktikos priemones. Jei nustatoma 11 ir daugiau procentų, rekomenduojama nuodugniai iširti ir įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę.“

„Tikimybė, kad per artimiausius dešimt metų jūs nuo širdies ir kraujagyslių ligų iškeliausite Anapilin yra 10 %“, - tokius negailestingus, priverčiančius susimąstyti žodžius pacientas gali išgirsti iš savo gydytojo. Štai ką iliustruoja SCORE lentelė. Gydytojui patartina kalbant su pacientu palyginti santykinę riziką toje pačioje amžiaus grupėje ir lyties kategorijoje su nerūkančiojo rizika ar asmens, kurios kraujospūdis ar cholesterolio koncentracija neviršija normos – tai gerai iliustruoja, kaip pacientas gali nesunkiai padėti savo širdžiai ir tuo pačiu prailginti gyvenimo trukmę.

Mirties nuo širdies ir kraujagyslių ligų per artimiausius dešimt metų priklausomybė nuo lyties, amžiaus, sistolinio kraujospūžio, bendro cholesterolio ir įpročio rūkyti.

⁴² <http://www.medicine.lt/index.php?pagid=leidiniai&subid=gm&strid=7492> , žiūrėta 2011-01-29



1 pav. Pacientų rizikos įvertinimo metodika

(Širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės skaičiavimo sistema SCORE)

Šaltinis: http://www.gydytojas.com/SCORE_lentele.pdf, žiūrėta 2011-01-29

Norint įvertinti bendrą paciento kardiovaskulinės mirties riziką per 10 metų surandama atitinkama lentelė pagal lytį, amžių ir rūkymą (rūko ar ne). Pasirinktoje lentelėje pagal paciento sistolinį kraujospūdį ir bendro cholesterolio koncentraciją surandamas atitinkamos spalvos langelis.

Konsultuojant jaunesnio amžiaus pacientus ir norint įvertinti jų tolimesnę riziką pagal esančius rizikos veiksnius, reikia kilti lentelę į viršų iki atitinkamo prognozuojamo amžiaus.⁴³

Nustačius mažą riziką reikia patarti išlaikyti ją ir ateityje. Ypatingas dėmesys atkreiptinas į tuos asmenis, kurių kardiovaskulinės mirties tikimybė 5 proc. ir didesnė arba kuriems tokia rizika prognozuojama vidutiniame amžiuje.

Lentelė gali būti panaudota nurodant kurio nors rizikos veiksnio modifikavimo indikacijas, pavyzdžiui, kaip keistųsi rizikos dydis (proc.), jeigu asmuo mestų rūkyti ar sumažintų kurį nors kitą rizikos veiksni.

Europos kardiologų draugija pateikia tokias širdies ir kraujagyslių ligų profilaktikos priemonės:

- Mesti rūkyti
- Vartoti sveiką maistą
- Fizinis aktyvumas (bent 30 minučių per dieną)

⁴³ http://www.heart.lt/index.php/pagrindinis_meniu/pacientams/suzinok_savo_rizika/3983/, žiūrėta 2010-01-29.

- KMI < 25 kg/m²
- Arterinis kraujo spaudimas < 140/90 mmHg
- Bendro cholesterolio koncentracija < 5 mmol/l
- MTLP-Ch < 3 mmol/l
- Gera glikemijos kontrolė
- Esant reikalui, vartoti tinkamus medikamentus profilaktiškai
- Atlikti artimų giminaičių profilaktinę patikrą tų pacientų, kurie susirgo ankstyva širdies ir kraujagyslių liga.⁴⁴

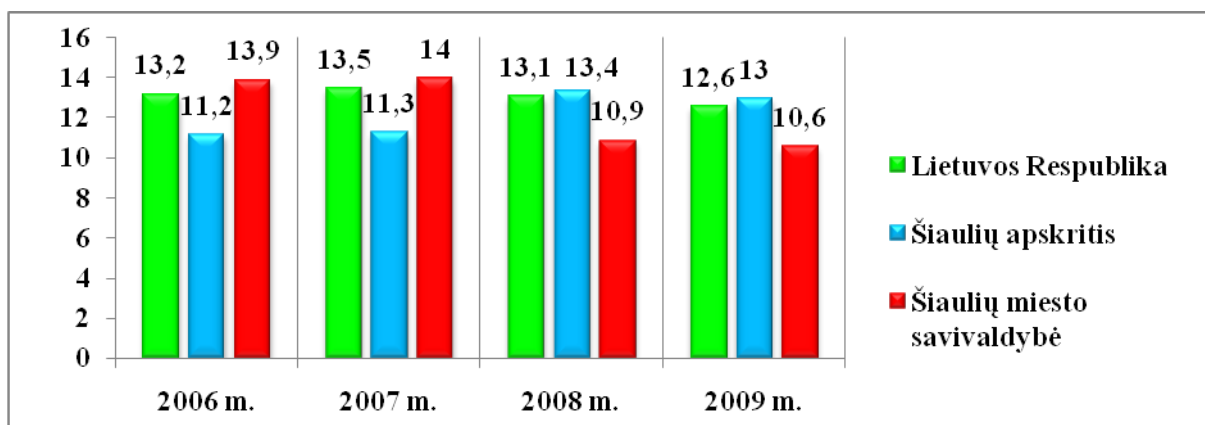
⁴⁴ <http://www.medicine.lt/index.php?pagrid=leidiniai&subid=gm&strid=7492> žiūrėta 2011-01-29

2. MIRTINGUMO IR SERGAMUMO ŠIRDIES BEI KRAUJAGYSLIŲ LIGOMIS ANALIZĖ

2.1. Mirtingumo situacija Lietuvoje ir Šiauliuose

Kaip teigia Jaselionienė ir Gurevičius (2010), mirties priežasčių analizavimas yra labai svarbus. Mirtingumo duomenys, nors ir turi savyje negatyvią informaciją, turi didelį privalumą prieš kitus sveikatos rodiklius. Mirtingumo rodiklis yra vienintelis pagal tarptautines taisykles daugelyje šalių registruojamas rodiklis.⁴⁵

Didelį susirūpinimą kėlė nuo 2000 m. vis didėjantis Lietuvos gyventojų mirtingumas, kuris jau nuo 1994 m. buvo didesnis nei gimstamumas. 2009 m. šalyje mirė 42 tūkst. žmonių (1,8 tūkst. mažiau negu 2008 m.). 2007 m. mirtingumas buvo pasiekęs aukščiausią lygį nuo 1950 m. – 1000 gyventojų teko 13,5 mirusiojo (Šiauliuose - 14/1 000 gyv.). 2008 - 2009 m. šis rodiklis sumažėjo ir 2009 m. Lietuvoje siekė 12,6 mirusiųjų 1000 gyventojų, Šiauliuose – 10,6/1 000 gyv. (2 pav.).



2 pav. Mirtingumo dinamika 2006-2009 m. Šiaulių mieste, apskrityje ir Lietuvos Respublikoje (1000 gyventojų tenka mirusių)

Šaltinis: sudaryta, remiantis Statistikos departamento prie LR Vyriausybės duomenimis.

Gyventojų sveikatos būklę tiksliau atspindi ne bendro mirtingumo, o mirtingumo nuo pagrindinių priežasčių vertinimas. Jis rodo, kokios sveikatos problemos visuomenėje yra aktualiausios ir kaip jos kinta. 2000-2009 m. Lietuvoje, Šiaulių mieste ir apskrityje daugiausia žmonių mirė nuo kraujotakos sistemos ligų, piktybinių navikų ir išorinių mirties priežasčių (transporto įvykių, apsinuodijimų alkoholiu, savižudybių, nužudymų ir kt.).

Nors 2008-2009 m. bendras mirtingumas tiek šalyje, tiek ir Šiauliuose mažėjo, tačiau, anot Ambrozaitienės (2010), analizuojant pagal atskiras ligų klases labiausiai mažėjo mirtingumas nuo infekcinių ir parazitinių ligų, virškinimo sistemos ligų, nervų sistemos ligų, taip pat dėl išorinių mirties

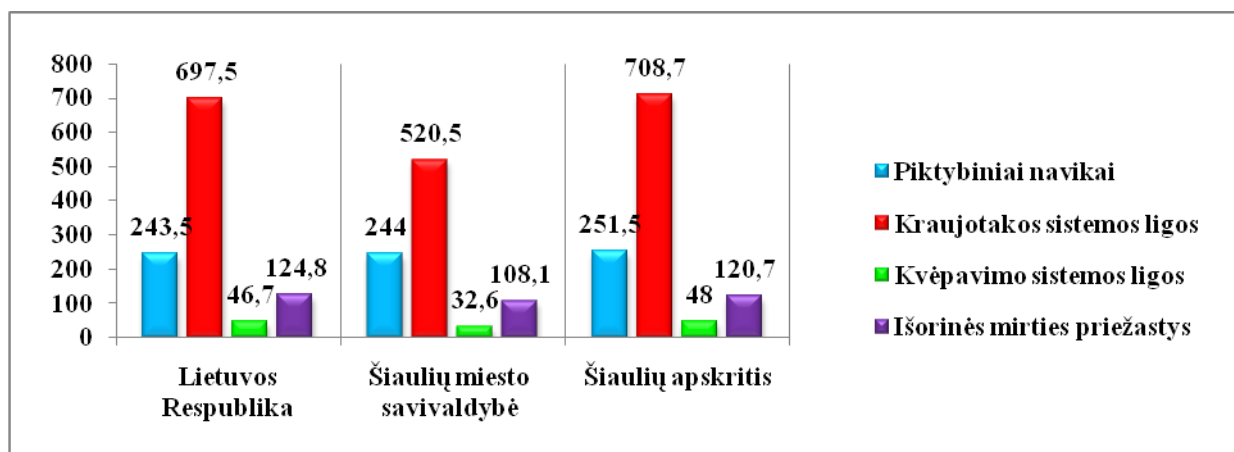
⁴⁵ Gurevičius R., Jaselionienė J. Mirtingumo nuo svarbiausių mirties priežasčių dinamika Lietuvoje, Europos sąjungos ir Baltijos šalyse. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, 2010, 11 psl.

priežasčių⁴⁶. Taigi mirtingumas nuo širdies kraujagyslių ligų vis dar išlieka mažai kintantis ir didžiausia mirtingumo priežastimi Lietuvoje.

2009 m. Lietuvoje daugiau nei pusė (55,4 proc.) visų mirusių asmenų mirė nuo kraujotakos sistemos ligų, 19,3 proc. – nuo piktybinių navikų, 9,9 proc. – dėl išorinių priežasčių.

2009 m. šalyje nuo kraujotakos sistemos ligų mirė 331 žmogumi mažiau nei 2008 m., dėl išorinių mirties priežasčių – 617, nuo kvėpavimo ir virškinimo sistemos ligų – atitinkamai 123 ir 321.

2009 m. Šiaulių mieste mirusieji nuo kraujotakos sistemos ligų sudarė apie pusę (49,5 proc.) visų mirusiųjų. Šiaulių apskrities mirusiųjų dėl kraujotakos sistemos ligų atvejų skaičius (708,7/100 000 gyv.) 2009 m. buvo didesnis už Lietuvos (697,5/100 000 gyv.) (3 pav.).

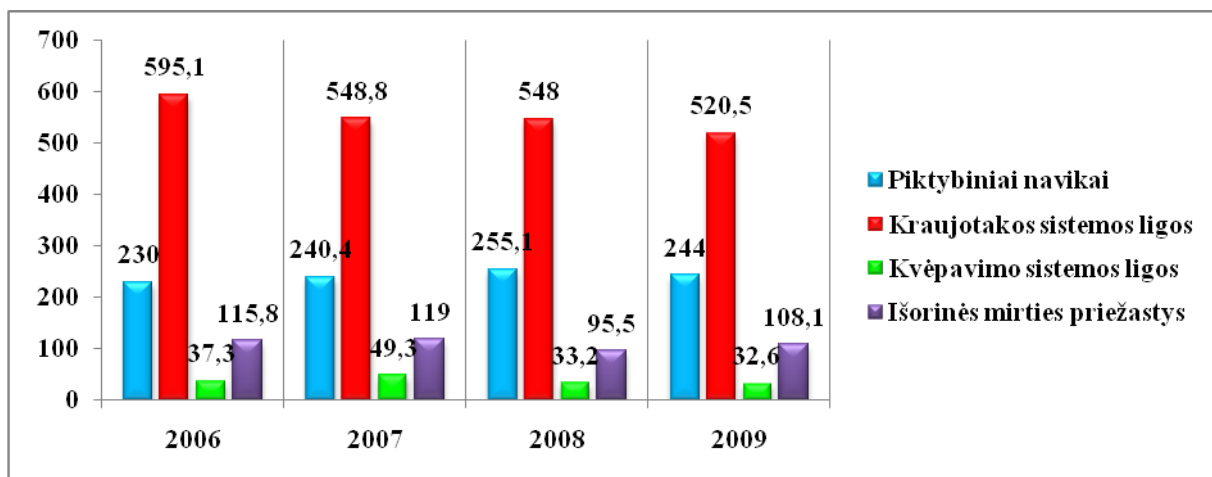


3 pav. Mirties priežasčių struktūra Šiaulių mieste, apskrityje ir Lietuvos Respublikoje 2009 m. (100 000 gyv.)

Šaltinis: sudaryta, remiantis Statistikos departamento prie LR Vyriausybės duomenimis.

Mirusių dėl šios priežasties iki 49 metų amžiaus 2009 m. šalyje nesiekė tūkstančio, tuo tarpu 85 metų amžiaus ir vyresnių tokių buvo 6 502 gyventojai. 4 pav. vaizduoja kaip 2006 - 2009 m. kito mirties priežasčių struktūros rodikliai Šiaulių mieste. 2009 m. mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų buvo 520,5 atvejo 100 000 gyv., nuo piktybinių navikų – 244,0/100 000 gyv., o dėl išorinių priežasčių – 108,1/100 000 gyv.

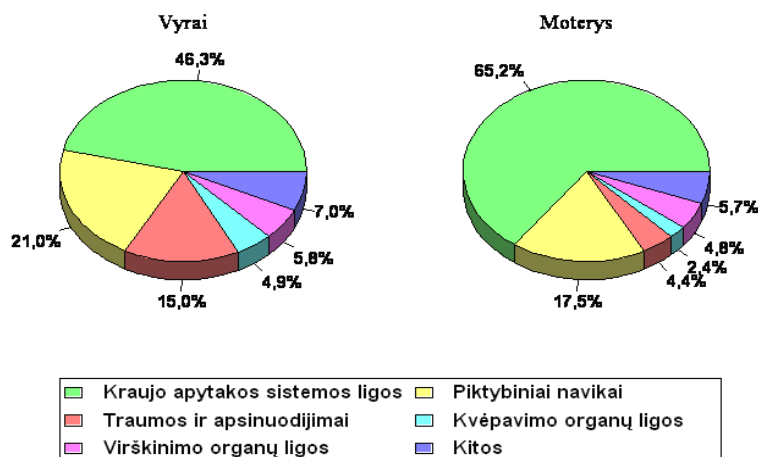
⁴⁶ Ambrozaitienė, A. (2010). Gyventojų mirtingumas mažėja. Žiūrėta 2011-03-16]. Prieiga per internetą: <http://www.stat.gov.lt/lt/news/view?id=7677>



4 pav. Mirties priežasčių struktūra Šiaulių mieste 2006-2009 m. (100 000 gyv.)

Šaltinis: sudaryta remiantis Statistikos departamento prie LR Vyriausybės duomenimis.

2009 m. Higienos instituto sveikatos informacijos centro duomenimis, šalyje kraujo apytakos sistemos ligos sudarė 46,3 proc. vyrų ir 65,2 proc. moterų mirties priežasčių (5 pav.). Šiaulių mieste 2009 m. nuo šių ligų mirė 40,2 proc. vyrų ir 59 proc. moterų.



5 pav. Mirties priežasčių struktūra Lietuvoje 2009 m. pagal lytį (proc.)

Šaltinis: Statistikos Departamento prie LR Vyriausybės duomenys

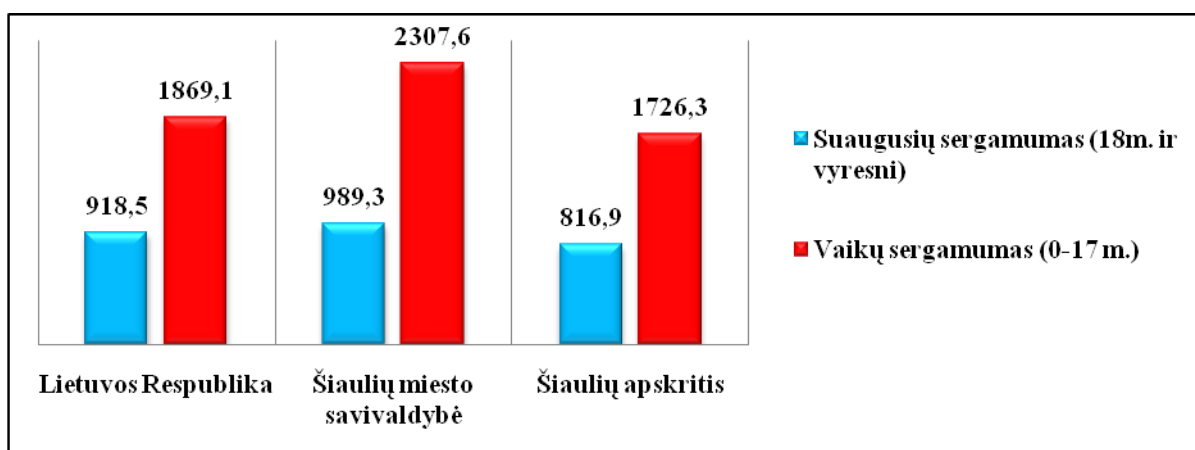
Lietuvos sveikatos programoje 1997-2010 m. buvo užsibrėžtas tikslas iki 2010 m. sumažinti mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų 15 proc. Dėl jų 1997 m. mirė 22 750 žmonės (544 iš 100 000; 55,3 proc. visų mirusiųjų), 2009 m. dėl šių ligų mirė 23 292 žmonės (697,5 iš 100 000 gyventojų; 55,8 proc. visų mirusiųjų). Taigi užsibrėžtas tikslas nebuvo pasiektas, atvirkščiai, mirtingumas dar padidėjo.

2.2. Lietuvos ir Šiaulių miesto gyventojų sergamumo širdies ir kraujagyslių ligomis analizė

Gyventojų sergamumas – vienas svarbiausių sveikatos statistikos rodiklių, tai naujai nustatytų

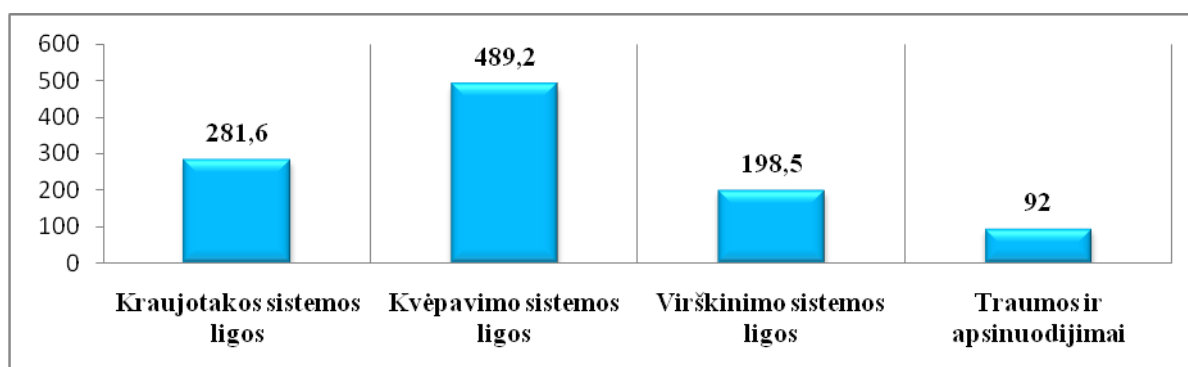
ligos atvejų skaičius per tam tikrą laikotarpį tarp tam tikros teritorijos gyventojų. Skirtingai nuo mirtingumo, kuris yra vienkartinis reiškinys, sergamumas pasikartoja ir dažniausiai trunka ilgai. Mirtingumas neatspindi paplitimo tų ligų, kurios retai baigiasi mirtimi, bet dažnai riboja žmonių darbingumą, sukeldamos didelius socialinius ekonominius nuostolius. Todėl duomenys apie sergamumą tam tikromis ligomis yra labai svarbūs vertinant gyventojų sveikatą, nustatant prioritėtines sveikatos problemas. Nuolat sekami ir analizuojami sergamumo duomenys leidžia prognozuoti jo pokyčius, skatina visuomenės sveikatos mokslo plėtotę.

Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis, 2009 m. Šiaulių mieste, apskrityje ir visoje šalyje vaikų sergamumas buvo didesnis nei suaugusiųjų, Šiaulių mieste 1 000-iui vaikų teko 2307,6 naujai registruoti susirgimo atvejai, o suaugusiųjų – 989,3/1 000-ai suaugusiųjų (6 pav.).



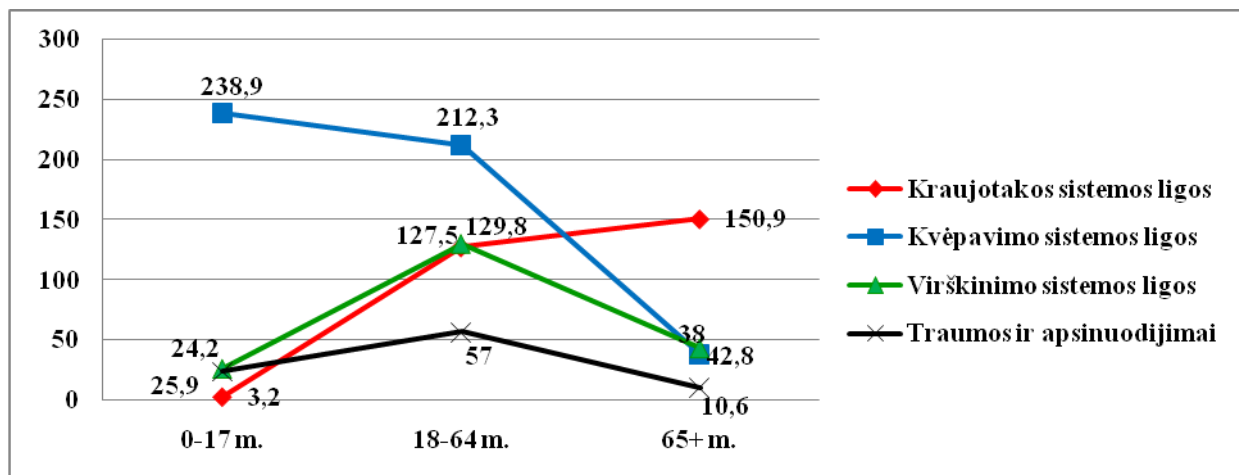
6 pav. Suaugusių ir vaikų sergamumas Šiaulių mieste, apskrityje ir Lietuvos Respublikoje 2009 m. (naujai užregistruoti susirgimai ambulatorinę pagalbą teikiančiose įstaigose 1000 vaikų ir 1000 suaugusiųjų)
Šaltinis: sudaryta, remiantis Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis.

Gyventojų sergamumo struktūra pagal pagrindines ligų klases skiriasi nuo mirtingumo struktūros. Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis, 2009 m. Šiaulių miesto gyventojų didžiausias ligotumas buvo kvėpavimo sistemos (489,2/1 000 gyv.) ir kraujotakos sistemos ligomis (281,6/1 000 gyv.) (7 pav.). Naujai užregistruotų kvėpavimo sistemos ligų atvejų buvo 444,6/1 000 gyv. 2009 metais traumų ir apsinuodijimų užregistruota 81,4 naujų atvejų 1 000 gyventojų.



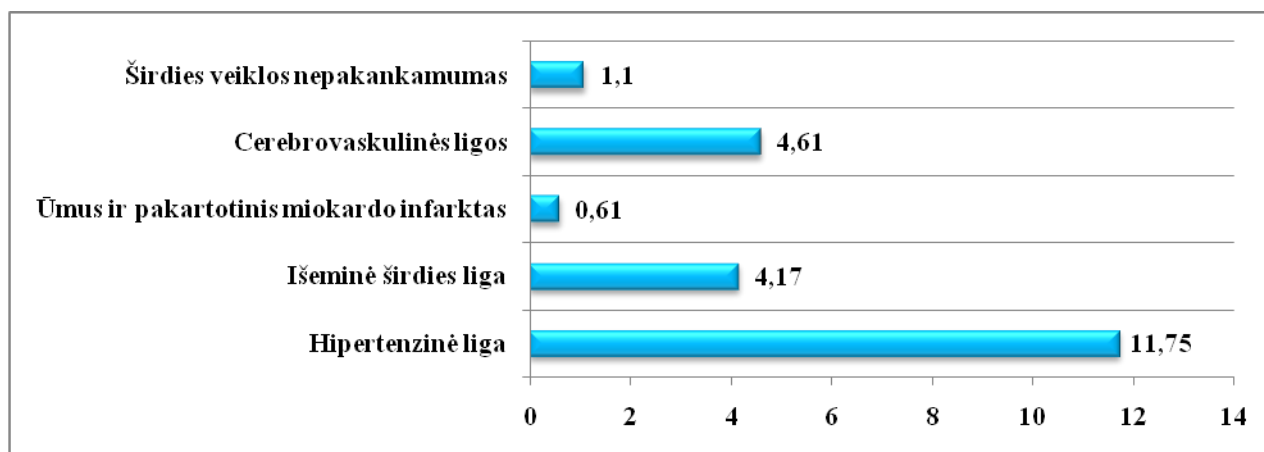
7 pav. Ligotumas kai kuriomis ligomis Šiaulių mieste 2009 m. (1000 gyv.)
Šaltinis: sudaryta, remiantis Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis.

Jau buvo minėta, didžiausia dalis gyventojų serga kvėpavimo sistemos ligomis, tačiau jomis paprastai serga iki 17 m. amžiaus vaikai, o šios kategorijos labiausia paplitusios ligos – gripas ir ūminės viršutinių kvėpavimo takų infekcijos. Todėl tikslinga išskirti lėtines neinfekcines ligas, kur ir dominuoja kraujotakos sistemos ligos, o amžiaus grupėje daugiausia serga vyresni nei 65 m. gyventojai (8 pav.).



8 pav. Ligtumas kai kuriomis ligomis pagal amžiaus grupes, Šiaulių mieste 2009 m. (1000 gyv.) (susirgimai, užregistruoti ambulatorines paslaugas teikiančiose asmens priežiūros įstaigose)
Šaltinis: sudaryta, remiantis Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis.

Mažas fizinis aktyvumas, ilgalaikis stresas, neracionali mityba, rūkymas bei nesaikingas alkoholio vartojimas skatina širdies ir kraujotakos sistemos ligų plitimą. 2009 m. Šiaulių mieste kraujotakos sistemos ligomis sergančių buvo 35 334 asmenys, daugiausia jų sirgo hipertenzine liga (11,75/1 000 gyv.), išeminės širdies ligos sudarė 4,17 atvejo 1000 Šiaulių miesto gyventojų (9 pav.).



9 pav. Sergamumas kraujotakos sistemos ligomis Šiaulių mieste 2009 m. (1000 gyv.)
Šaltinis: sudaryta autoriaus, remiantis Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis.

2.3. Mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų situacija ES ir Lietuvoje

Europos kardiologų draugijos duomenimis, širdies ir kraujagyslių ligos sukelia beveik pusę mirčių Europoje (49 proc.) ir Europos Sąjungoje (42 proc.). Pagrindinė vyresnių kaip 45 m. vyrų ir

vyresnių kaip 65 m. moterų mirties priežastis Europoje išlieka išeminė širdies liga (IŠL). 51 proc. pacientų diagnozuotas pirmas ankstyvas IŠL epizodas. 20 proc. pacientų, sergančių IŠL, greta nustatytas ir cukrinis diabetas. Paskaičiuota, kad širdies ir kraujagyslių ligos iš Europos Sąjungos biudžeto pasiglemžia 169 milijardus eurų per metus. Širdies ir kraujagyslių ligos išlieka pagrindine moterų mirties priežastimi visoje Europoje, o vyrų – Europos šalyse, išskyrus Prancūziją ir San Mariną.⁴⁷

Nė nuo vienos pasaulyje ligos kasmet nemiršta tiek žmonių, kaip nuo širdies ir kraujagyslių ligų.⁴⁸

Grabauskas (2009) teigia, kad Lietuvos gyventojų sveikatos būklės analizė lėtinių neinfekcinių ligų kontekste ir kai kurių šių problemą atspindinčių rodiklių palyginimas su ES valstybių vidurkais įspėja apie būtinybę moksliskai pagrįstai ir kritiškai vertinti Lietuvos sveikatos politikos, o svarbiausia – šios politikos įgyvendinimo strateginius prioritetus. Atgyvenusi ir primityvi praktika visą atsakomybę už šalies piliečių sveikatos problemas užkrauti sveikatos priežiūros sektoriui ir sveikatos profesijai neduoda ir negali duoti pageidaujamo rezultato, nors ir skiriamas didelis sveikatos priežiūros sistemos finansavimas. Šalies gyventojų sveikatos būklę lemia ne tik skiriamas finansavimas. Finansai yra labai svarbus elementas, nes be jų neįmanoma teikti šiuolaikišką medicinos pagalbą.⁴⁹ Tačiau pasak Grabausko (2009), *„nemažiau svarbūs ir kiti sveikatos sistemos elementai, visų pirma šalies piliečių sveikatos pripažinimas valstybės socialinės-ekonominės pažangos garantu. Investicija į sveikatą yra investicija į šalies pažangos dabartį ir ateitį. Kaip minėta, ši investicija nėra vien finansai, bet visų pirma šalies politinis įsipareigojimas visą valstybės socialinės sąrangos sistemą, t.y. visų visuomenės socialinės – ekonominės veiklos sektorių veiklą orientuoti į sveikatos saugą, jos stiprinimą, ligų prevenciją. Tada sveikatos sektoriui liks daugiau galimybių atlikti savo tiesiogines pareigas bei prigimtines funkcijas“*.⁵⁰

Širdies ir kraujagyslių sistemos ligos Lietuvoje, kaip ir visoje Europoje, buvo ir lieka pagrindine mirties priežastimi. Lietuvoje nuo širdies ir kraujagyslių sistemos ligų miršta beveik dvigubai daugiau gyventojų, negu vidutiniškai ES šalyse senbuvėse - Lietuvos vyrų ir moterų standartizuoti mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų rodikliai yra vieni iš didžiausių ES. Tarp vyrų šie rodikliai didesni tik Bulgarijoje ir Latvijoje, o moterų – Rumunijoje ir Bulgarijoje⁵¹. Lietuvoje 2009 m. vyrų standartizuoto mirtingumo rodiklis buvo 1,7 karto didesnis nei moterų ir siekė 671,5 atvejo 100 000 gyventojų. ES šis rodiklis buvo 2,2 karto mažesnis (10 pav.).

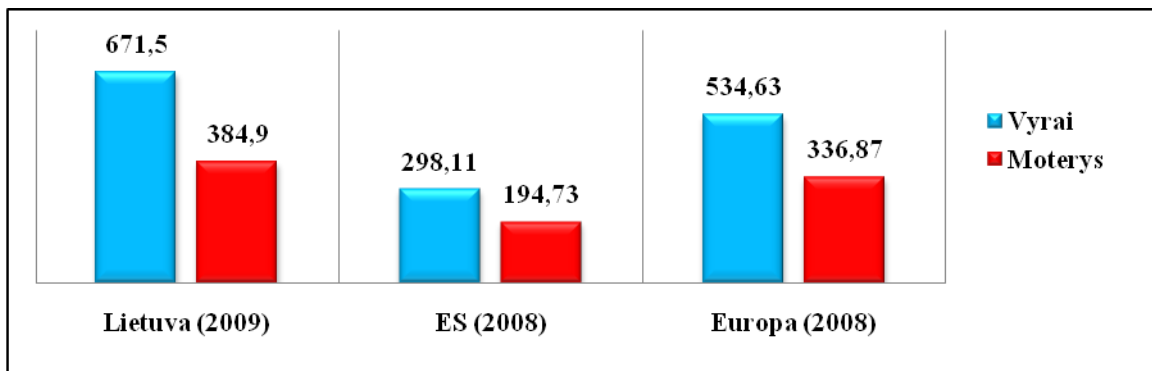
⁴⁷ <http://www.medicine.lt/index.php?pagrid=leidiniai&subid=gm&strid=7492>, žiūrėta 2010-12-15

⁴⁸ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>, žiūrėta 2010-12-14

⁴⁹ Grabauskas, V. Visuomenės sveikatos reformos poreikis. Kn. Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai 2009 1 (1). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas: p. 39.

⁵⁰ Grabauskas, V. Visuomenės sveikatos reformos poreikis. Kn. Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai 2009 1 (1). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas: p. 39-40.

⁵¹ Grabauskas, V. Visuomenės sveikatos reformos poreikis. Kn. Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai 2009 1 (1). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas: p. 28.



10 pav. Standartizuoti mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų rodikliai Lietuvoje, ES ir Europoje, pagal lytį (100 000 gyv.)

Šaltinis: sudaryta, remiantis Eurostato duomenimis. (2011), žiūrėta 2011-03-17. Prieiga per duomenų bazę: http://epp.eurostat.ec.europa.eu:80/portal/page/portal/statistics/search_database

Kai kurie Europos šalių standartizuoti mirtingumo rodikliai
100000 gyv. pagal Europos standartą

Šalis	Visos mirties priežastys		Kraujotakos sistemos ligos	
	Vyrai	Moterys	Vyrai	Moterys
Airija	689,8	472,07	240,36	149,81
Albanija	992,46	653,07	490,75	354,76
Andora				
Armėnija	1321,58	847,62	659	463,2
Austrija	709,71	40,4	258,51	177,3
Azerbaidžanas	1098,52	799,25	616,83	488,91
Baltarusija	1741,22	813,35	865,88	427,45
Belgija	823,64	500,2	257,52	168,72
Bosnija ir Hercegovina	1222,58	832,02	584,98	488,08
Bulgarija	1278,9	766,14	751,4	499,56
Čekija	966,4	576,7	470,6	292,28
Danija	826,76	66,79	243,82	154,39
Estija	1323,24	62,67	634,43	336,97
Graikija	705,75	496,13	282,06	235,98
Gruzija	938,73	656,97	629,62	482,95
Islandija	595,07	448,89	219,65	164,7
Ispanija	68,05	387,14	83,72	122,4
Italija	657,58	401,07	218,65	148,25
Izraelis	660,6	477,62	182,13	128,17
Jungtinė Karalystė	711,61	501,79	234,98	148,55
Juodkalnija	1036,89	710,67	518,82	409,72
Kazachstanas	1852,18	1002,67	977,23	595
Kipras	658,26	445,91	245,22	171,02
Kirgizstanas	1559,58	970,25	841,21	594,51
Kroatija	1096,12	629,54	486,19	334,98
Latvija	1466,46	06,56	716,77	373,74
Lenkija	1126,06	588,93	463,74	277,17
Lietuva (2009)	1416,6	658,9	671,5	384,9
Liuksemburgas	769,35	487,07	255,26	177,5
Makedonija	1239,77	856,76	681,6	530,45
Malta	745,05	479,83	274,25	186,7
Moldova	1607,93	1001,86	837,39	628,95
Monakas				
Nyderlandai	688,11	474,69	197,42	128,66
Norvegija	683,18	445,67	213,84	129,76
Portugalija	874,71	515,16	271,06	194,07
Prancūzija	700,2	380,47	168,63	96,61

Rumunija	1236,34	733,01	656,06	461,9
Rusija	2038,53	977,46	1053,3	606,68
San Marinas	703,71	443,56	294,52	197,79
Serbija	1169,34	813,65	577,52	473,22
Slovakija	1268,65	708,5	634,89	417,47
Slovėnija	844,26	47,98	90,37	191,47
Suomija	771,18	439,29	298,67	164,12
Švedija	642,93	443,55	245,29	154,43
Šveicarija	614,89	394,1	202,15	129,23
Tadžikistanas	1131,78	799,44	672,81	486,42
Turkija				
Turkmėnistanas	1651,22	1081,23	1017,41	716,72
Ukraina	1844,08	929,96	138,42	614,12
Uzbekistanas	1334,34	984,17	858,17	662,34
Vengrija	1258,56	685,63	553,9	339,28
Vokietija	757,78	481,79	292,3	201,78
EUROPA	1158,8	651,98	534,63	336,87
ES	810,83	488,65	298,11	194,73
ES narė iki 2004m.	714,54	445,88	231,27	152,97
ES narė nuo 2004 ir 2007m.	1176,35	650,99	553,82	354,5
<i>PSO Europos regioninio biuro duomenys</i>				
<i>Europos šalių duomenys iš HFA duomenų bazės 2010 m. liepos mėn. versijos</i>				

1 lentelė. Kai kurie Europos šalių standartizuoti mirtingumo rodikliai 100000 gyv. pagal Europos standartą

Šaltinis: www.lsic.lt, Higienos instituto Sveikatos informacijos centro tinklapis.

Mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų Lietuvoje pastaruosius metus augo, tik 2007 m. standartizuotas mirtingumo nuo kraujotakos ligų rodiklis sumažėjo iki 550,4 atvejų 100 000 gyventojų. Standartizuotas mirtingumo nuo išeminės širdies ligos (šiai grupei priskiriamas ir ūmus miokardo infarktas) Lietuvoje, palyginus su ES valstybėmis yra daugiau nei tris kartus didesnis. 2009 m. Lietuvoje 100 000 gyventojų teko 305,1 mirusieji, naujosiose ES valstybėse – 84,1 mirusio nuo išeminės širdies ligos. Visose Baltijos valstybėse stebėtas didelis mirtingumas nuo išeminės širdies ligos. Ypatinę susirūpinimą šis rodiklis kelia amžiaus grupėje iki 65 metų. 2009 m. Lietuvoje 100 000 gyventojų teko 64,7 minėto amžiaus mirusieji, kai ES (2008 m.) teko 20,4 mirusiųjų 100 000 gyventojų.

Pasak Gaižauskienės (2010), “mirtys nuo ligų, kurių galima išvengti sudaro 10-20 proc. bendros priešlaikinių mirčių struktūros; mirtingumas nuo šių ligų per pastaruosius dešimtmečius mažėjo greičiau negu mirtingumas nuo visų ligų.”⁵² Lietuvoje situacija kitokia: išvengiamos mirtys sudaro labai didelę (24-26 proc. visų 0-64 m. amžiaus mirčių) lyginant su Vakarų Europos šalimis dalį. Kaip teigia Gaižauskienė (2010), “bendro išvengiamo mirtingumo, o taip pat mirtingumo dėl persėjamųjų ligų didėjimo tendencijos 2001-2008 metais rodo nepakankamą sveikatos priežiūros sistemos kokybę bei veiksmingumą, būtinybę profesionaliau kontroliuoti teikiamas paslaugas ir atidžiau peržiūrėti

⁵² Gaižauskienė A., Ar išvengiamo mirtingumo rodiklis yra tinkama priemonė sveikatos priežiūros sistemos vertinimui Lietuvoje? Kn. Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai 2010 1(2). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas: p.61.

prevencinių sveikatos programų priemonės bei jų įgyvendinimo procesą Lietuvoje.“(p. 61)⁵³

Kaip teigia Pečiūra (2010), „galima siūlyti, kad kaštų – naudos analizė inicijuojant, rengiant ir priimant sprendimus reguliuoti sveikatos apsaugą Lietuvoje būtų oficialiai patvirtintas (ne vienintelis) privalomas instrumentas pagrįsti sprendimų tikslingumą“.⁵⁴

JAV New England Medicinos centro Sąnaudų efektyvumo analizių registre esančios mokslinės literatūros analizės rodo, kad toli gražu ne kiekviena prevencinė priemonė ir ypač skringai yra efektyvūs. Penkerių metų sisteminė 599 straipsnių analizė parodė, kad ne tik prevencinės, bet ir gydymosi priemonės yra ne visos efektyvios⁵⁵. Todėl programų ir prevencinių priemonių efektyvumo vertinimai turi būti atliekami nuolat.

Tinkamos prevencinės priemonės visada rekomenduojamos sveikatos politikos strategijose, kaip pagrindas sveikatos išsaugojimui. Tačiau ne visuomet visos prevencinės priemonės yra efektyvios sąnaudų atžvilgiu. Kartais įdėti resursai (finansiniai, žmogiškieji, informaciniai ir kt.) viršija naudą ir sukurtą pridėjamąją vertę, kurią gauname, sumažinę sergamumą, mirtingumą, neįgalumą ar nedarbingumą⁵⁶.

⁵³ Gaižauskienė A., Ar išvengiamo mirtingumo rodiklis yra tinkama priemonė sveikatos priežiūros sistemos vertinimui Lietuvoje? Kn. Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai 2010 1(2). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas: p.61.

⁵⁴ Pečiūra R., Sveikatos politikos efektyvumo užtikrinimo instrumentai. Kn. Sveikatos politika ir valdymas. 2010 1(2). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas:p. 123.

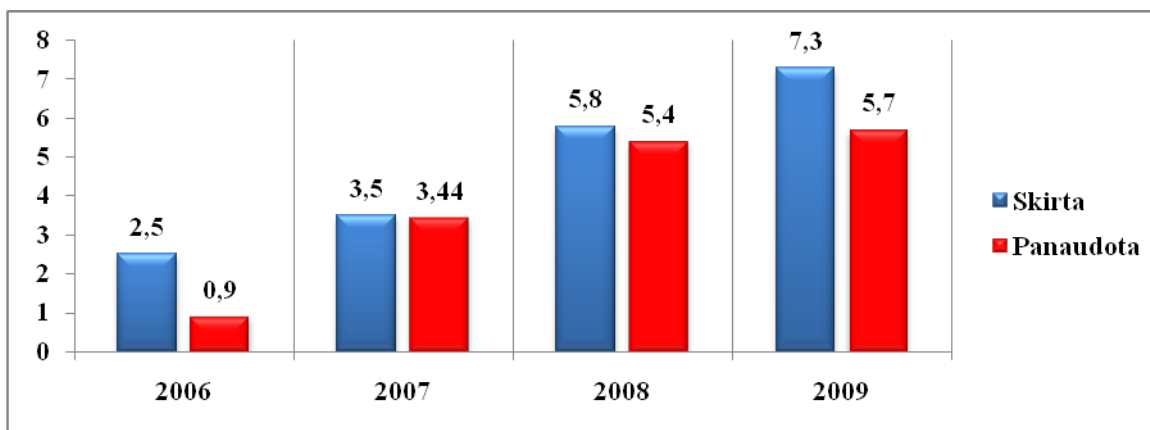
⁵⁵ Joshua T. Cohen, Peter J. Neumann, Milton C. Weinstein. Does Preventive Care Save Money? Health Economics and the Presidential Candidates, N Engl J Med 2008; 358:661-663

⁵⁶ Joshua T. Cohen, Peter J. Neumann, Milton C. Weinstein. Does Preventive Care Save Money? Health Economics and the Presidential Candidates, N Engl J Med 2008; 358:661-663

3. ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ PREVENCIJOS PROGRAMOS ĮGYVENDINIMAS LIETUVOJE IR ŠIAULIUOSE

3.1. Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programos įgyvendinimas Lietuvoje. Lietuvos situacijos analizė

Valstybinės ligonių kasos duomenimis Lietuvoje gyvena 702358 programoje galinčių dalyvauti pacientų (40-55 m. vyrų bei 50-65 m. moterų). 11 paveiksle nurodytas bendras Lietuvai skirtas finansavimas ir kiek iš jų buvo panaudota. Kasmet šiai programai yra skiriama vis didesnė dalis lėšų. 2009 metais skirta beveik 3 kartus daugiau nei programos pradžioje, t.y. 2006 m. Didžiausia dalis (98,3 proc.) visų skiriamų lėšų buvo panaudota 2007 m.

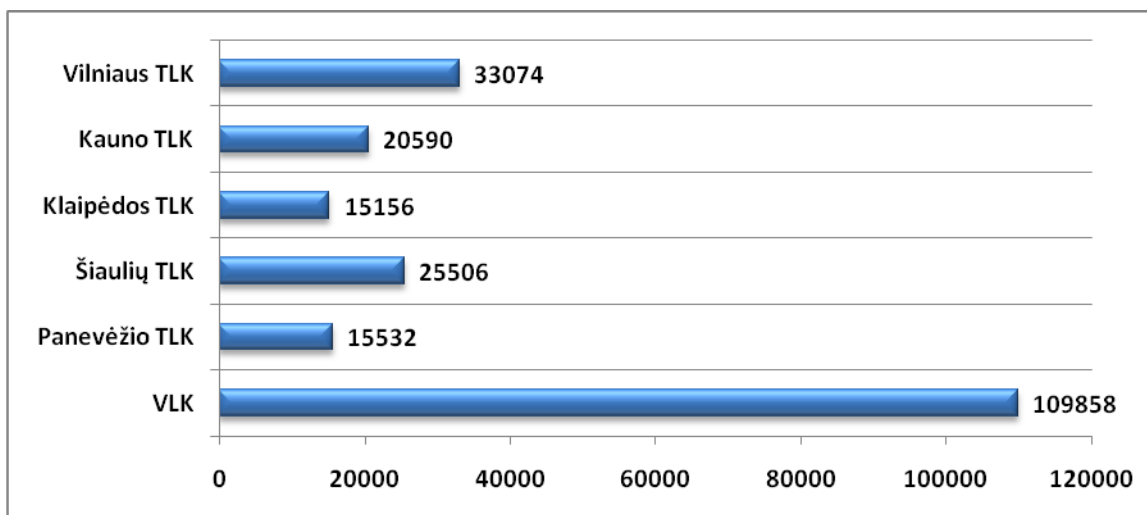


11 pav. Programos finansavimas Lietuvos mastu (mln., Lt)

Šaltinis: Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos vykdymas, žiūrėta 2011-03-16.

Prieiga per internetą: http://www.vlk.lt/vlk/pag/files/prevencija/apie_programas_2010/prevencija10.pdf

2009 m. pagal programą buvo patikrinti 109 858 asmenys (12 pav.). Analizuojant pagal didžiuosius Lietuvos miestus, daugiausia patikrintų asmenų 2009 metais užregistruota Vilniuje, Šiauliuose ir Kaune.

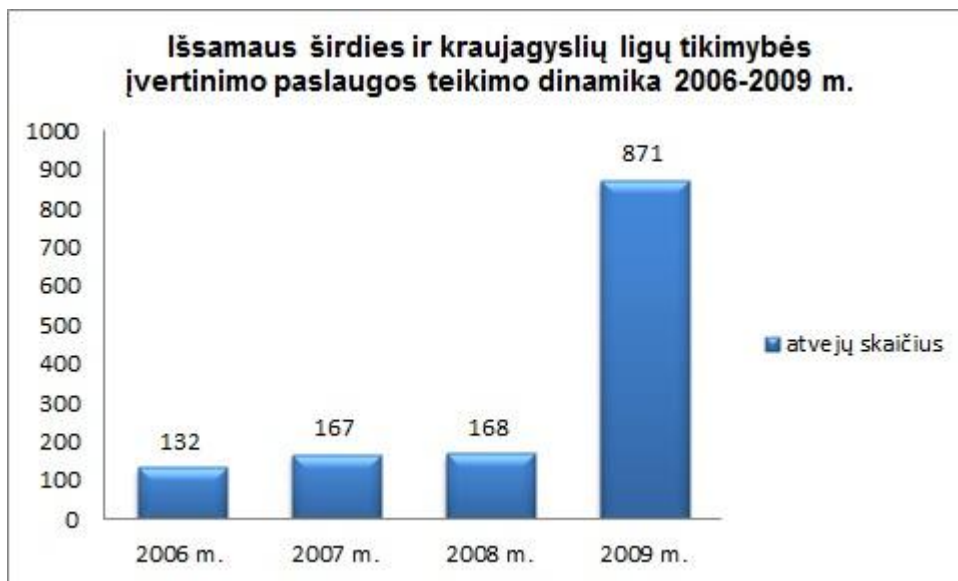


12 pav. Informavimo paslaugos teikimas 2009 m. (patikrintų asmenų skaičius)

Šaltinis: sudaryta, remiantis valstybinės ligonių kasos duomenimis. Žiūrėta 2011-03-17.

Prieiga per internetą: http://www.vlk.lt/vlk/pag/files/prevencija/apie_programas_2010/prevencija10.pdf

Specializuotose širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos padaliniuose atliekama išsamaus širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės įvertinimo paslauga. 2006-2009 metų dinamikoje atvejų skaičius išaugo nuo 132 iki 871 atvejo (13 pav.).



13 pav. Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos išsamaus širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės įvertinimo paslaugos teikimo dinamika Lietuvoje 2006-2009 m. (atvejų skaičius)

Šaltinis: http://www.vlk.lt/vlk/pag/files/prevencija/apie_programas_2010/prevencija10.pdf

Žiūrėta 2011-01-30.

Taip pat teikiama sergančiųjų cukriniu diabetu ar metaboliniu sindromu širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės išsamaus įvertinimo paslauga. Šios paslaugos teikimo atvejų skaičius 2006-2009 m. pakilo nuo 267 iki 826 atvejų (14 pav).

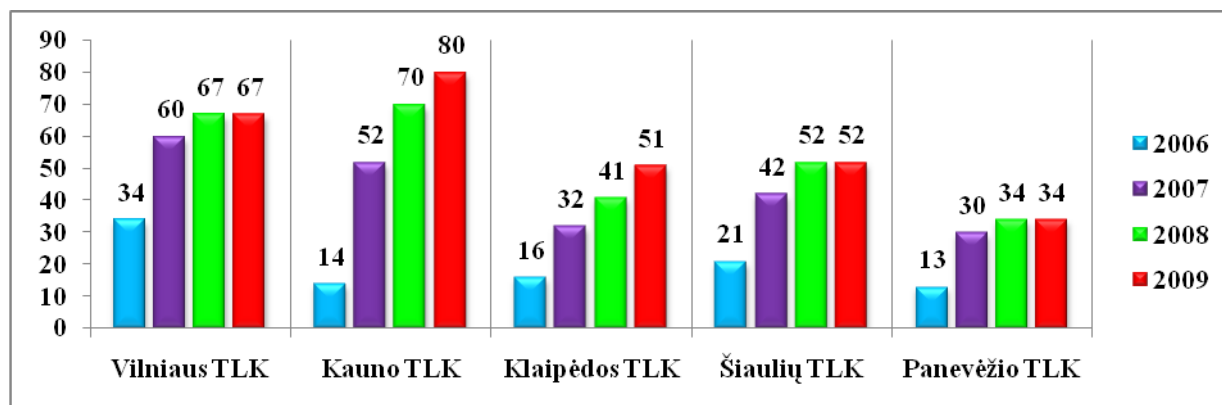


14 pav. **Sergančiųjų cukriniu diabetu ar metaboliniu sindromu širdies ir kraujagyslių ligų didelės tikimybės įvertinimo paslaugos teikimo dinamika Lietuvoje 2006-2009 m.**

Šaltinis: http://www.vlk.lt/vlk/pag/files/prevencija/apie_programas_2010/prevencija10.pdf

Žiūrėta 2011-01-30.

Daugiausia PAASPI, teikiančių informavimą apie didelę širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę, šios tikimybės įvertinimo, pirminės prevencijos priemonių plano sudarymo ar siuntimo išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę, paslaugą 2009 buvo registruota Kauno TLK (15 pav.). Šiauliuose buvo 52 tokios įstaigos.

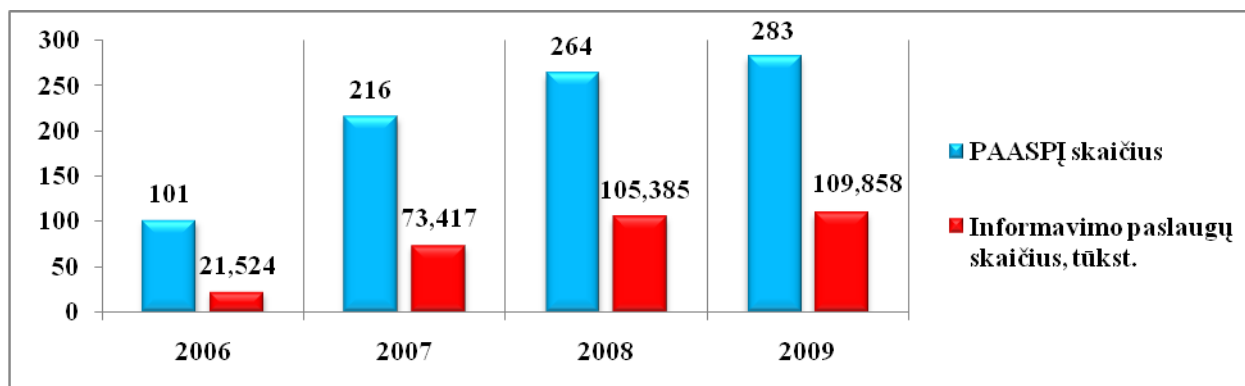


15 pav. **Informavimo paslaugą teikiančių PAASPI skaičius 2006-2009 m.**

Šaltinis: sudaryta, remiantis valstybinės ligonių kasos duomenimis. Žiūrėta 2011-03-17.

Prieiga per internetą: http://www.vlk.lt/vlk/pag/files/prevencija/apie_programas_2010/prevencija10.pdf

Lyginant 2006-2009 m. širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos vykdyme dalyvaujančių PAASPI skaičių ir informavimo paslaugų skaičių, matyti, kad sulig kiekvienais metais abu analizuojami rodikliai taip pat kyla (16 pav.). 2009 m. suteikta 109,858 tūkst. informavimo paslaugų.



16 pav. **Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programoje dalyvaujančių PAASPI bei informavimo paslaugos skaičiaus palyginimas 2006-2009 m.**

Šaltinis: sudaryta, remiantis valstybinės ligonių kasos duomenimis. Žiūrėta 2011-03-17.

Prieiga per internetą: http://www.vlk.lt/vlk/pag/files/prevencija/apie_programas_2010/prevencija10.pdf

3.2. Programos administravimo grupės programos rezultatų vertinimas

Kaip teigia programos administravimo grupės narys, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės

Santariškių klinikų Šeimos medicinos centro direktorius doc. Kasiulevičius (2010), programoje, įgyvendinimo pradžioje, 2006 m., dalyvavo tik 101 pirminės sveikatos priežiūros įstaiga iš Lietuvoje esančių 412. Buvo ištirta 21 tūkstantis žmonių. Šiuo metu programoje dalyvauja jau 385 pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos. Kiekvienais metais jos ištiria daugiau kaip 100 tūkst. pacientų. Tarp 722 tūkst. į programą įrašytų pacientų – vyrai nuo 40 iki 55 m. ir moterys nuo 50 iki 65 metų amžiaus. Iš numatytų patikrinti asmenų šiandien jau ištirta 266 tūkstančiai. Kai kurie jų yra tirti po keletą (du ir daugiau) kartų. Siekiant efektyvių rezultatų, reikėtų ištirti bent jau 80 proc. visų numatyto amžiaus gyventojų ir taikyti jiems veiksmingas profilaktikos priemones.⁵⁷

Administravimo grupė iš jau gautų specialių anketų gavo tam tikros informacijos apie tai, kokia padėtis susiklosčiusi Lietuvoje. Paaiškėjo, kad 44 proc. programoje dalyvaujančių asmenų yra nutukę, kad 21 proc. rūko, daugiau kaip pusei tiriamųjų yra padidėjęs kraujospūdis, 26 proc. serga metaboliniu sindromu. Didžiausia bėda reikėtų pripažinti dislipidemijos problemą. Ji nustatyta 62 proc. tiriamo amžiaus dalyvių. Pokyčius nustatęs gydytojas tokiems asmenims jau gali skirti specifinį gydymą. Labai svarbu mažinti cholesterolio koncentraciją, tinkamai reguliuoti arterinį kraujospūdį.

Ši programa padėjo išsiaiškinti nemažai naujų padidėjusio kraujospūdžio atvejų, nes iki tol žmonėms šis sutrikimas nebuvo diagnozuotas ir gydytas. Pagerėjo lipidų apskaitos sutrikimų gydymas Lietuvoje. Iš tikrųjų Lietuva pagal lipidų apskaitos sutrikimus yra atsidūrusi paskutinėje vietoje tarp kitų Europos valstybių.

Šiuo metu sukaupta 15 tūkst. pacientų tyrimo duomenų. Kaip teigia Kasiulevičius (2010), labai norėtusi, kad ši programa būtų tęsiama kuo ilgiau, mažiausiai 10 metų – tik tada būtų galima įvertinti jos efektyvumą. Būtų reikalingos išeminės širdies ligos kontrolės, širdies ritmo kontrolės, aritmijų programos, ankstyvo širdies nepakankamumo, ilgalaikės priežiūros programos, kurios galėtų sieti šeimos gydytojus ir specialistus.

„Iš tiesų tokių programų galėtų atsirasti ir daugiau, bet mes suprantame, kad valstybės resursai riboti. Tad darome tai, ką galime padaryti būtent dabar. Dabar mes siekiame svarbiausio programos tikslo – sumažinti mirtingumą nuo ŠKL. Patirtis rodo, kad rezultatų reikėtų laukti ne taip trumpai – apie 20 metų. Ir jeigu per tą laiką mums pavyktų stabilizuoti situaciją ir mirtingumą bent truputį sumažinti, tai jau būtų didelis laimėjimas.“ (Kasiulevičius, 2010, p.72)⁵⁸

Programas būtina vertinti. Neefektyvios visuomenės sveikatos intervencijos kainuoja didelius pinigus, kurias būtų galima investuoti į efektyvesnes visuomenės sveikatos programas. Politikams būtina geriau suprasti programų vertinimo naudą, nes vertinimo rezultatai gali teigiamai prisidėti prie

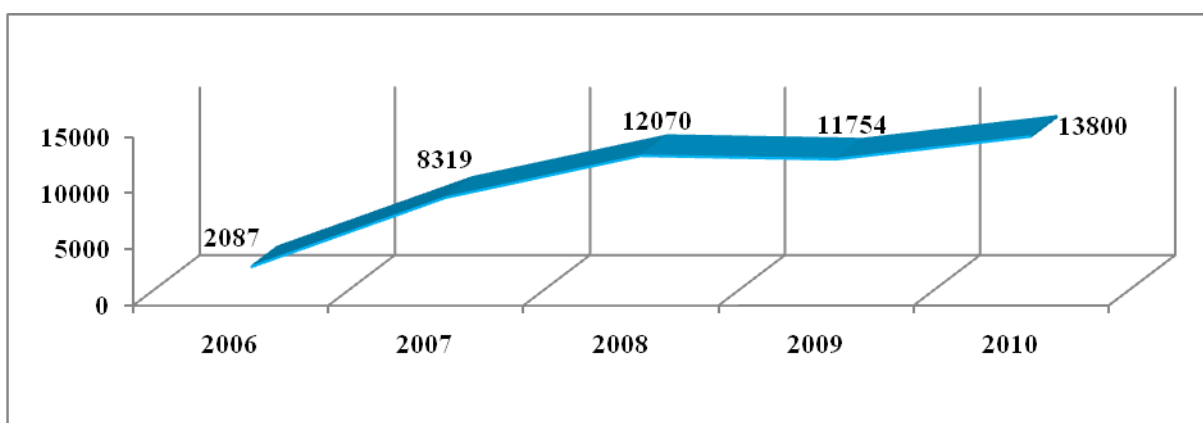
⁵⁷ Kasiulevičius, V., Šeimos gydytojų vaidmuo taikant ŠKL profilaktiką. Lietuvos GYDYTOJO žurnalas. Kaunas: 2010 Nr. 10 (34): p. 71.

⁵⁸ Kasiulevičius, V. Šeimos gydytojų vaidmuo taikant ŠKL profilaktiką. Lietuvos GYDYTOJO žurnalas. Kaunas: 2010 Nr. 10 (34) 72 psl.

politikos formavimo ir programų įgyvendinimo tobulinimo.⁵⁹

3.3. Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programos vykdymas Šiauliuose

Šiaulių TLK duomenimis Šiaulių mieste prie sveikatos priežiūros įstaigų 2010 m. buvo prisirašę 17 106 40-55 m. vyrų ir 16 202 50-65 m. moterų. Viena pagrindinių programos priemonių yra informavimo apie didelę širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę, šios tikimybės įvertinimo, pirminės prevencijos priemonių plano sudarymo ar siuntimo išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę paslauga. Šiaulių mieste 2009 m. suteikta 11 754 tokių paslaugų (17 pav.). Suteiktų paslaugų skaičius 2010 m. padidėjo.



17 pav. Informavimo apie didelę širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę, šios tikimybės įvertinimo, pirminės prevencijos priemonių plano sudarymo ar siuntimo išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę paslaugų skaičius Šiaulių mieste 2006-2010 m. (abs. sk.)

Šaltinis: sudaryta, remiantis Šiaulių TLK duomenimis.

Pirminiu lygiu Šiaulių mieste informavimo apie didelę širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę, šios tikimybės įvertinimo, pirminės prevencijos priemonių plano sudarymo ar siuntimo išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę paslauga teikia dvylika įstaigų, tai: VšĮ Šiaulių centro poliklinika, VšĮ Dainų PSCP, UAB „Senojo bokšto klinika“, UAB „Pirmoji viltis“, S. Sitnikienės ir L. Kriščiūnienės TŪB Saulės šeimos gydymo centras, VšĮ Tilžės g. BPG kabinetas, IĮ Jankauskienės šeimos gydytojo kabinetas, UAB „Gegužių sveikatos centras“, V. Sireikienės įmonė, UAB „Lyros sveikatos centras“, V. Glodenytės TŪB Lieporių šeimos gyd. centras, UAB „Alsavita“.

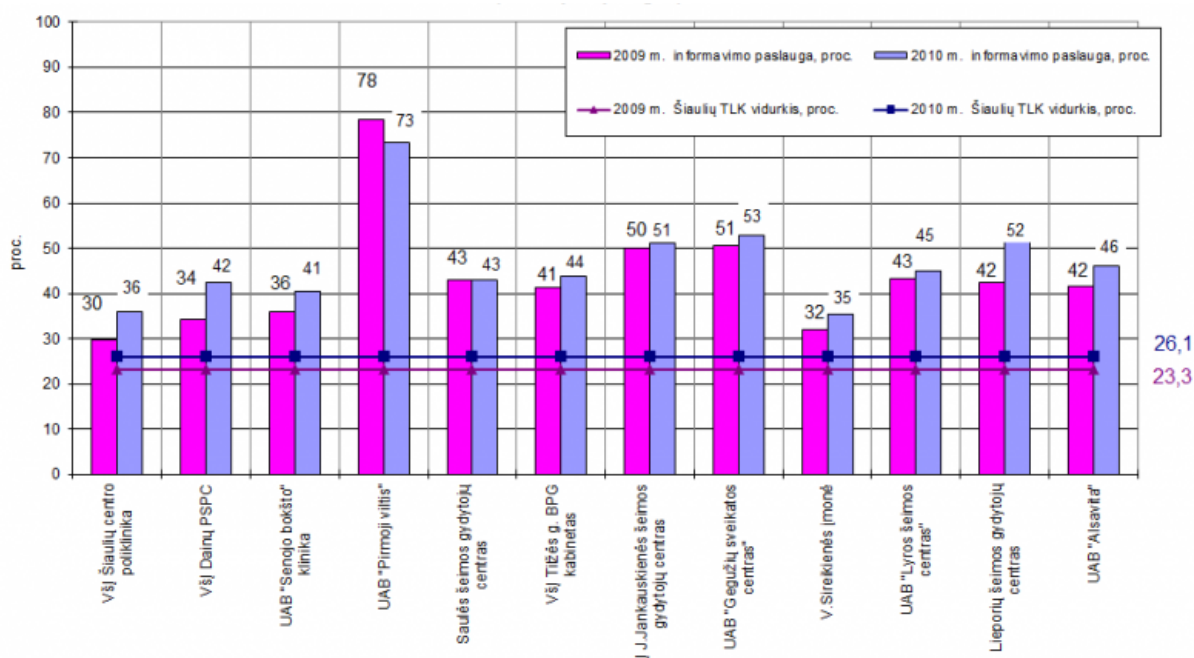
Pirminiame lygyje nustačius, kad gresia širdies ir kraujagyslių ligos PASPI siunčia į antrinį lygį atlikti išsamią širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės įvertinimo paslaugą. Šią paslaugą teikia specializuoti širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos padaliniai (KPP). Iki 2008 metų šios paslaugos

⁵⁹ Bendrasis programavimo dokumentas. ES programų Lietuvoje vertinimo gairės. 2007.

Šiauliuose atlikti nebuvo galimybių, visi pacientai būdavo siunčiami į VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikas arba į Kauno medicinos universiteto klinikas. 2008 metais Šiauliuose UAB „Pirmoji viltis“ gavo finansavimą iš Europos Sąjungos, įsigijo reikiamos medicininės įrangos ir su Šiaulių TLK sudarė sutartį dėl išsamaus širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės įvertinimo paslaugos teikimo. Tokiu būdu sveikatos priežiūros paslaugos šiauliečiams tapo prieinamesnės.

Tretiniu lygiu - sergančiųjų cukriniu diabetu ar metaboliniu sindromu širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės išsamaus įvertinimo paslauga Šiauliuose nebuvo teikiama. Ją atlikti pacientai būdavo siunčiami į VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikas arba į Kauno medicinos universiteto klinikas. 2010 m. metų pabaigoje UAB „Pirmoji viltis“ sudarė sutartį su VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikomis, kurių specialistai kartą per mėnesį atvyksta į Šiaulius ir atlieka endotelio ir arterijų standumo tyrimą.

2010 m. Šiaulių TLK duomenimis, asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos vykdymo vidurkis buvo 26,1 proc. (18 pav.).⁶⁰ Visos sveikatos priežiūros įstaigos vykdančios programą viršija 2010 m. Šiaulių TLK vidurkį. Didžiausią dalį programos 2009-2010 m. Šiauliuose įvykdė UAB „Pirmoji viltis“. Pastarosios įstaigos 2009-2010 m. programos vykdymo pokytis buvo neigiamas. Didžiausią, 10 proc., 2009-2010 m. programos vykdymo teigiamą pokytį pasiekė Lieporių šeimos gydytojų centras. (19 pav.)

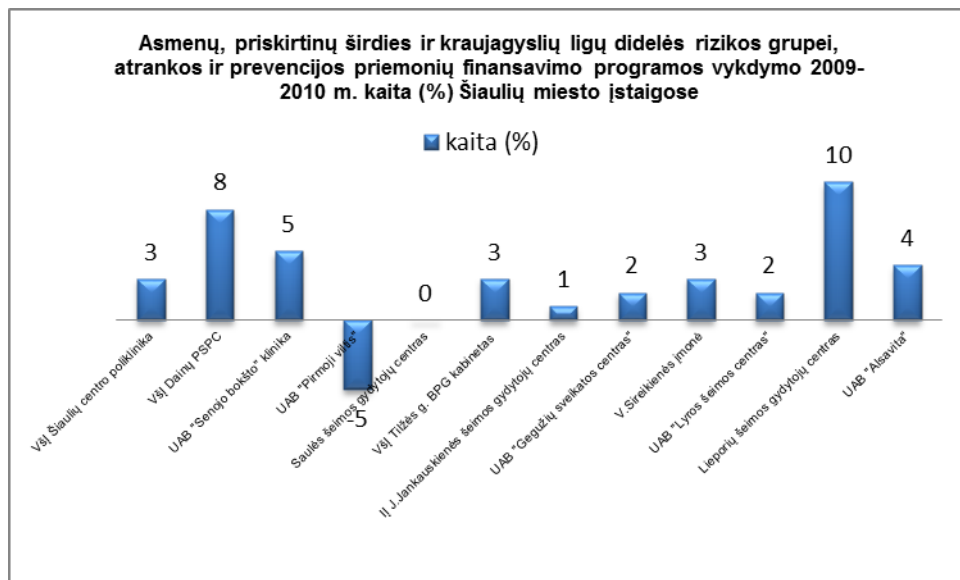


18 pav. Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos vykdymas 2009, 2010 m. (Šiaulių miesto įstaigos)

Šaltinis: Šiaulių TLK. (2011). [žiūrėta 2011-03-17]. Prieiga per internetą:

<http://www.siauliutlk.lt/index.php?2065208018> Žiūrėta 2011-01-30.

⁶⁰ <http://www.siauliutlk.lt/index.php?2065208018>



19 pav. Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos vykdymo 2009-2010 m. kaita (%) Šiaulių miesto įstaigose
Šaltinis: parengta autorės pagal <http://www.siauliutlk.lt/index.php?2065208018> Žiūrėta 2011-01-30.

3.4. Šiaulių miesto įstaigų vykdančių programą informacijos sklaida

Ypatingai svarbu, kad informacija apie programą būtų viešinama ir visiems prieinama, tokiu būdu labai svarbu, kad būtų plėtojami ryšiai su visuomene – čia dirbama nepakankamai.⁶¹ „Sveikatos paslaugų marketingas, pradedant nuo elementarios pozityvios informacijos teikimo visuomenėje apie teikiamas paslaugas ir jų rezultatus informuoti ir patys galėtų pasinaudoti jiems priklausančiomis prevencijos programos paslaugomis. 2007 m. lapkričio 23 d. – gruodžio 3 d. buvo atlikta reprezentatyvi Lietuvos gyventojų ir gydytojų apklausa apie pacientų dalyvavimą sveikatos apsaugos sistemoje, sveikatos priežiūros procese su tikslu palyginti gyventojų ir gydytojų atsakymus. Apklausos rezultatai parodė, kad bendradarbiavimą tarp pacientų ir gydytojų teigiamai vertina 56 % gyventojų, o tą patį bendradarbiavimą teigiamai vertina net 86 % gydytojų.⁶² Kaip teigia Jankauskienė (2009), kodėl taip skiriasi vertinimai, priešasčių valdymo aspektu reikia ieškoti trijose srityse: 1) organizacijų vystymo planai yra nekokybiški, 2) problematiškos sritys: darbas komandoje bei bendrieji vadybiniai gebėjimai, 3) silpnai plėtojami ryšiai su visuomene – čia dirbama nepakankamai. „Užtenka pažvelgti į atskirų sveikatos priežiūros įstaigų internetines svetaines, kad įsitikintum, jog šioje srityje yra didelė spraga. Didesnę reikšmę su visuomene paskyrę įstaigos, pvz. Vilniaus ir Kauno universitetų ligoninės, ženkliai pagerino įvaizdį. Gyventojai daugiau pageidavo būti gydomi jose“ (Jankauskienė, 2009, p.15)⁶³

⁶¹ Jankauskienė, D. Sveikatos politikos ir valdymo vystymas. Kn. Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai 2009 1(1). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2009: p.15.

⁶² Jankauskienė, D., Ališauskienė, R., Navickienė, R., Vaitkevičienė, R. Pacientų dalyvavimo sveikatos apsaugos procese įvertinimas. Visuomenės sveikata, 2008, 3(42):15-24.

⁶³ Jankauskienė, D. Sveikatos politikos ir valdymo vystymas. Kn. Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai 2009 1(1). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2009: p.15.

Norint iširti kiek prieinama informacija apie programą yra Šiaulių miesto gyventojams, buvo išanalizuotos Šiaulių miesto įstaigų dalyvaujančių ŠKL programoje internetines svetaines: uždavinys buvo išsiaiškinti ar įstaigos turi savo internetines svetaines ir ar turėdamos pasinaudoja galimybe gyventojus paskatinti dalyvauti ŠKL programoje, tokiu būdu išsirti gresiančias ligas ar užbėgti ligai už akių. Lentelėje žemiau pateikiu rezultatus:

2 lentelė

Šiaulių mieste programą vykdančių sveikatos priežiūros įstaigų informacijos apie programą sklaida jų interneto svetainėse

Nr.	Įstaigos pavadinimas	Tinklapis	Informacija apie programą
1.	VŠĮ Šiaulių centro poliklinika	www.siauliupoliklinika.lt	yra
2.	VŠĮ Dainų PSPC	www.dainupspc.lt	-
3.	VŠĮ Gubernijos poliklinika	www.siauliupoliklinika.lt	yra
4.	VŠĮ Rėkyvos ambulatorija	www.siauliupoliklinika.lt	yra
5.	UAB „Senajo bokšto klinika“	www.senasisbokstas.lt	yra
6.	UAB „Pirmoji viltis“	-	-
7.	S.Sitnikienės ir L.Kriščiūnienės TŪB Saulės šeimos gydytojų centras	-	-
8.	VŠĮ Tilžės g. BPG kabinetas	-	-
9.	IĮ J.Jankauskienės šeimos gydytojo kabinetas	-	-
10.	UAB „Gegužių sveikatos centras“	-	-
11.	V.Sireikienės įmonė	-	-
12.	UAB „Lyros sveikatos centras“	-	-
13.	V.Glodenytės TŪB Lieporių šeimos gydytojų centras	-	-
14.	UAB „Alsavita“	www.alsavita.lt	yra

Kadangi VŠĮ Gubernijos poliklinika ir VŠĮ Rėkyvos ambulatorija priklauso VŠĮ Šiaulių centro poliklinikai ir savo atskirų tinklalapių neturi, o naudojami bendra interneto svetaine, analizė parodė, kad šešios įstaigos iš keturiolikos (t. y., beveik 43 procentai visų įstaigų) turi sukūrę savo įstaigų tinklalapius. Tačiau vien sukurti tinklalapio neužtenka, reikalinga jame skelbti informaciją ir ją nuolat atnaujinti. VŠĮ Dainų PSPC nors ir turi tinklalapį, bet jame apie ŠKL prevencinę programą informacijos nėra. UAB „Alsavita“ yra vienu sakiniu paminėjusi, kad yra tokia programa ir kokiam amžiaus grupei ji skirta – išsamesnės informacijos pateikta nėra.

Galima daryti išvadą, kad didžioji Šiaulių miesto sveikatos priežiūros įstaigų dalis nesirūpina savo įvaizdžiu ir neišnaudoja visų galimybių gyventojams paskleisti informaciją apie programą.

Kaip teigia Jankauskienė (2009), „vienas iš svarbiausių uždavinių valdyme yra vadybos ir valdymo gebėjimų stiprinimas. Šioje srityje reikalingos žymiai didesnės ir intensyvesnės pastangos, nei buvo iki šiol. Sveikatos apsaugos įstaigų vadovų vadybinės kompetencijos yra ganėtinai menkos“ (p. 19).⁶⁴

„Dėl sveikatos priežiūros įstaigų valdymo kultūros ir kokybės sistemos gerinimo: Sveikatos priežiūros organizacijų kultūrai, kaip darbuotojų vertybių sistemai iki šiol nebuvo skiriama daug dėmesio ir ji nebuvo laikoma labai svarbi. Tačiau, akivaizdu, jog ji lemia darbo sėkmę, nes profesinis pasirengimas lemia darbuotojo ne tik galėjimą, bet ir norėjimą save realizuoti. O tai nulemia būtent vertybių sistema. Stipri organizacijos kultūra turi didelį poveikį darbuotojams, nes skatina darbuotojų elgesio savikontrolę ir pastovumą. Elgesio normos padaro organizaciją stabilia socialiniu aspektu, greitai adaptuoja naujus darbuotojus, jie tampa savos komandos nariais. Sveikatos priežiūros organizacijose vertybių sistema ir organizacijos kultūra gali būti tobulinama per grupinius vadybos mokymus visos kolektyvo komandos narių tarpe. Labai svarbu sukurti ir patvirtinti bendrus organizacijos vystymo ir plėtros planus. Bendra visų darbuotojų suformuota vizija yra vienas iš svarbių ir pagrindinių motyvacijos veiksnių.“ (Jankauskienė, 2009, p.19-20)⁶⁵

3.5. Būtinasis efektyvumo vertinimas

Pagal mirštamumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų Lietuva užima vieną pirmaujančių vietų Europos Sąjungoje, kurioje šios ligos lemia net 42 proc. visų mirčių atvejų.

Nors ir sunkmetis, bet šiemet širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programai skiriama šiek tiek daugiau lėšų – 7,7 mln. Lt – nei pernai (7,3 mln. Lt). Pirmąjį šių metų pusmetį pagal programą buvo patikrinta 67,8 tūkst. Lietuvos žmonių (pernai per tą patį laikotarpį – 64,4 tūkst. asmenų), panaudota 3,1 mln. litų.

NST 2008 m. konstatavo, kad vykdoma programa kelia susirūpinimą dėl blogo programos vykdymo organizavimo, netikusio planavimo. Šioje programoje įtarimo, ištyrimo paslauga pirminėje grandyje vykdoma labai gerai, o antrinėje grandyje programos aprėptis yra tik 7 proc.⁶⁶

Remdamiesi kelerių metų programos įgyvendinimo patirtimi širdies ir kraujagyslių ligų specialistai siūlo ją tobulinti, tikslinti pagal programą atliekamus tyrimus. Jie siūlo, kad pirminėje

⁶⁴ Jankauskienė, D. Sveikatos politikos ir valdymo vystymas. Kn. Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai 2009 1(1). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas: p. 19.

⁶⁵ Jankauskienė, D. Sveikatos politikos ir valdymo vystymas. Kn. Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai 2009 1(1). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas: p. 19-20.

⁶⁶ NST nutarimas „Dėl lėtinių širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos ir gydymo vadybos optimizavimo“ 2008 m. spalio 8 d. Nr.N-3

grandyje, t. y. poliklinikoje, būtų imamas ne kapiliarinis, bet veninis kraujas gliukozės kiekiui nustatyti. Tai užtikrintų tikslesnius tyrimo rezultatus, o už tyrimą iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo būtų sumokama tiek pat ar net kiek mažiau nei dabar. Gliukozės tolerancijos mėginį, kuris šiuo metu atliekamas specializuotuose padaliniuose, siūloma perkelti į pirminę grandį. Šis tyrimas būtų atliekamas ne kiekvienam patikroje dalyvaujančiam asmeniui, o tiems, kuriems jis būtinas.

Specialistai siūlo mažinti iš pirminės į specializuotą grandį siunčiamų pacientų srautą: siųsti tik tuos pacientus, kuriems įtariamas ar nustatytas metabolinis sindromas – padidėjęs organizmo atsparumas insulinui, hiperinsulinemija (padidėjęs insulino kiekis kraujo plazmoje), tolerancijos gliukozei sutrikimai. Specialistų nuomone, į specializuotus centrus siunčiant tik sunkiausius ligonius, būtų galima sumažinti išlaidas, o sutaupytas lėšas ateityje skirti naujiems, programoje dar nenumatytiems tyrimams apmokėti.

Lietuvos mastu šiandien širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programą įgyvendina kur kas daugiau specializuotų širdies ligų prevencijos padalinių. Ją pradėjus tai darė tik du specializuoti padaliniai – Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos ir Kauno medicinos universiteto klinikos, o dabar prie šių gydymo įstaigų prisidėjo Vilniaus universitetinė Antakalnio ligoninė, Kauno Dainavos poliklinika, Kauno Kalniečių poliklinika, Alytaus apskrities St. Kudirkos ligoninė, Šiaulių klinika „Pirmoji viltis“, Tauragės Medea klinika, Utenos ir Ignalinos ligoninės, Klaipėdos sveikatos centras „Šviesmeda“ bei Klaipėdos šeimos klinika „Kraujažolė“. ⁶⁷

Doc. Prano Šerpyčio, Lietuvos širdies asociacijos prezidento, nuomone ŠKL programa duos rezultatų. Bet, kad būtų rezultatų, programa turi būti aktyviai įgyvendinama visoje Lietuvoje daug dėmesio skiriant pirminei prevencijai. Jo nuomone, kad šalyse, kuriose taikomos europinės gairės ir klinikiniais tyrimai pagrįsti gydymo standartai, ryškiai sumažėja mirštamumas bei komplikacijų nuo širdies ir kraujagyslių ligų skaičius. Tokiu tikslu ūmus miokardo infarktas, nestabili krūtinės angina turėtų pagal vienodą standartą gydoma tiek Vilniuje, tiek ir tarkim Rokiškyje. Anot doc. Prano Šerpyčio (2010), galimybių yra, bet reikia politinės valios tokį standartą patvirtinti. Tokiu būdu galėtų būti pasirašytas ministro įsakymas ir privalu visiems būtų jį taikyti. „Širdies ir kraujagyslių ligų prevencija – ilgas ir nuoseklus darbas“ (Šerpytis, 2010). Anot jo, stacionarinę kardiologinę pagalbą turime plėtoti penkiuose didžiuosiuose regionuose, o elementari ambulatorinė kardiologinė pagalba pacientams turi būti prieinama kiekvienoje savivaldybėje. ⁶⁸

Kaip teigia Pečiūra (2010), Lietuvos valstybinių valdžios institucijų sprendimai sveikatos politikos srityje pagal teisės aktų nuostatas yra laikomi teisėti, bet labai daug sprendimų yra pasirenkama tokių, kurie nulemia pernelyg mažą efektą, kartais daug mažesnį, nei yra deklaruoti laukiami rezultatai, todėl negali būti vadinami teisingi. „Todėl sprendimų sveikatos politikoje

⁶⁷ Valstybinė ligonių kasa. Informacinis pranešimas 2010 08 04,

http://www.vlk.lt/vlk/pr/?page=item&kat_id=1&date=2010-08-04&item_id=1815 žiūrėta 2011 03 09.

⁶⁸ Lietuvos sveikata. „Sveikatos sąjūdis turi būti kaip Kemzūros komanda!“. 2010 m. rugsėjo 23 – 29 d. Nr. 38(877).

efektyvumo vertinimas kokybės ir kiekybės išraiška yra būtina sąlyga tam, kad nebūtų švaistomi visuomenės ištekliai, kitaip sakant šalies vidaus produktas“ (Pečiūra, 2010, p.116)⁶⁹

⁶⁹ Pečiūra R., Sveikatos politikos efektyvumo užtikrinimo instrumentai. Kn. Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai 2010 1(2). Vilnius, Mykolo Romerio universitetas: p. 116.

4. ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ PREVENCIJOS PROGRAMOS EFEKTYVUMO VERTINIMAS ŠIAULIŲ MIESTE (EMPIRINIS SOCIOLOGINIS KOKYBINIS TYRIMAS)

4.1. Bendroji tyrimo proceso logika

Siekiant įvertinti širdies ir kraujagyslių prevencijos programos efektyvumą Šiaulių mieste, buvo atliekami tyrimai, taikant kokybinius tyrimo metodus. Magistro darbe šis metodas pasirinktas stengiantis suprasti subjektyvų žmogiškosios patirties pasaulį ir bandant įeiti į žmogaus vidų ir mėginant suprasti, kaip jie interpretuoja aplink jį supantį pasaulį. (Kardelis, 2002)⁷⁰.

Pasirinkti atlikti trys kokybiniai tyrimai: norint pažinti ir suprasti programos vykdymo vertinimą ekspertų, gydytojų ir pacientų požiūriu.

Socialiniais kokybiniais tyrimais, kitaip nei kiekybiniais, nesiekama išmatuoti, pagrįsti, įrodyti, patikrinti priežastingumo ryšių. Jais siekiama suprasti, rekonstruoti egzistuojančius reiškinius. Tai indukcinis tyrinėjimo kelias: nuo praktinio fenomeno analizės link teorijos konstravimo (Strauss ir Corbin, 1998)⁷¹.

4.2. Tyrimo etikos principai

Vykdant apklausą, laikytasi pagrindinių socialiniuose tyrimuose išskiriamų etinių principų: geranoriškumo, privatumo, anonimiškumo, pagarbos, informacijos tikslumo ir kt. (Kardelis, 2002).⁷² Kokybinių tyrimų metu buvo gerbiamas respondento privatumas, suteikiama tiksli informacija apie atliekamo tyrimo pobūdį, užtikrintas anonimiškumas. Tyrėja žodžiu įsipareigojo visiems tyrimo dalyviams, kad nebus skelbiama informacija, susijusi su konkrečia įstaiga ar asmeniu.

Kokybinio tyrimo – ekspertų interviu ir gydytojų interviu duomenys buvo renkami planingai, gavus respondentų sutikimus dalyvauti tyrime, iš anksto suderinus laiką ir vietą su tyrimo dalyviais.

Kokybinio tyrimo – pacientų duomenys buvo renkami atsitiktine tvarka, gavus respondentų sutikimus dalyvauti tyrime, jiems belaukiant prie gydytojų kabinetų.

4.3. Kokybinio tyrimo ekspertų interviu etapas (tyrimo imtis, instrumentas)

Pats tyrėjas tam tikram asmeniui suteikia eksperto statusą atsižvelgdamas į tyrimo sritį ir temą.

⁷⁰ Kardelis, K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Kaunas, JUDEX leidykla, 2002: p. 277.

⁷¹ Strauss, A. L., Corbin, J. (1998). Basic of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. Sage, 2nd ed., 312. [žiūrėta 2010-06-15]. Prieiga internete: <<http://gtm.vlsm.org/gtm-13.html>>.

⁷² Kardelis, K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Kaunas, JUDEX leidykla, 2002: p. 76-84.

„Ekspertu“ gali tapti kiekvienas asmuo, turintis tokių specialiųjų žinių, kurios tiriamajame lauke tikrai ne visiems prieinamos.⁷³

Kokybinio tyrimo duomenų rinkimo metodu buvo pasirinktas pusiau struktūruotas interviu. Šiuo metodu tyrėjai buvo suteiktos plačios galimybės nuodugniau pažinti tiriamąjį asmenį ir gauti būtiną tyrimui reikalingą informaciją. Šis metodas yra lankstesnis, nei struktūruotas interviu, nes numatomas tik bendras apklausos planas. Pusiau struktūruotas interviu suteikia galimybę gauti daugiau papildomos informacijos ekspertui užduodant pokalbio metu kilusius klausimus. Apdorojant apklausos žodžiu (interviu) duomenis, taikyta kokybinė turinio (content) analizė. Kokybinė content analizė apima 4 žingsnius: daugkartinį teksto skaitymą; esminių kategorijų išskyrimą remiantis „raktiniais“ žodžiais; kategorijų turinio skaidymas į subkategorijas; kategorijų ir subkategorijų interpretavimą bei pagrindimą remiantis tekstiniais įrodymais (Žydžiūnaitė ir kt. 2005).⁷⁴

Instrumentas. Ekspertų interviu sudarė 10 klausimų (žr. 2 priedą), orientuotų į respondentų požiūrį apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programos organizavimą, vykdymą ir valdymą Šiaulių mieste bei jo vertinimą.

Tyrėja respondentų atsakymus fiksavo raštu.

Pusiau struktūruoto interviu trukmė – nuo 30 iki 40 min.

Tyrimo dalyvių imtis – 6 ekspertai, gerai žinomi Šiaulių mieste asmenys, politikos formuotojai ir įgyvendintojai: specialistai, atsakingi už miesto sveikatos politikos formavimą savivaldybės lygmeniu ir programos įgyvendintojai, atsakingi už programos organizavimą ir vykdymą – pirminių asmens sveikatos priežiūros centrų vadovai bei vienintelio Šiaulių mieste KPP centro, atliekančio išsamaus širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės įvertinimo paslaugos teikimą, vadovė, Teritorinės ligonių kasos atstovė. Respondentų charakteristikos pateiktos 7 lentelėje (Išsami ekspertų charakteristika žr. 1 priedą).

Tyrimo tikslas – išsiaiškinti ar pakankamai efektyviai vykdoma ir valdoma širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programa Šiaulių mieste, ekspertų nuomone.

Tyrimo laikas - ekspertų interviu tyrimas atliktas 2011 m. vasario mėnesį.

Konfidencialumo pagrindais respondentų pavardės neviešinos.

Tyrimas buvo atliekamas tokiais etapais:

1. Klausimų sudarymas.
2. Apklausos metodo parinkimas.
3. Duomenų analizė, ekspertų požiūris.
4. Rezultatų apibendrinimas ir išvados.

⁷³ Walter, 1994 http://www.leidykla.vu.lt/fileadmin/Acta_Paedagogica_Vilnensia/14/133-144.pdf). Tyrimo etikos principai

⁷⁴ Žydžiūnaitė, V., Merkys, G., Jonušaitė S., http://www.biblioteka.vpu.lt/pedagogika/PDF/2005/76/zydziunaite_merkys_jjonusaite.pdf

4.4. Kokybinio tyrimo ekspertų interviu rezultatų analizė

3 lentelė

Demografinės tyrimo dalyvių charakteristikos (n = 6)

Lytis	Moterys (66,67 %, n = 4) ir vyrai (33,33 %; n = 2)
Amžiaus vidurkis	50,2 m.
Pasiskirstymas pagal institucijos tipą	1 respondentas dirba savivaldybėje, 1 – valstybinėje institucijoje, 1 respondentas – sveikatos priežiūros įstaigoje ir savivaldybės tarybos komitete pirmininku, 3 respondentai – sveikatos priežiūros įstaigose.
Pasiskirstymas pagal darbinį statusą	3 respondentai – direktoriai, 1 – direktoriaus pavaduotojas, 1 respondentas – vedėja, 1 respondentas – specialistas.
Išsilavinimas	Visi respondentai įgiję aukštąjį universitetinį išsilavinimą.

Pirmuoju klausimu („*Kaip Jūs vertinate širdies ir kraujagyslių prevencinės programos svarbą, veiksmingumą ir tęstinumą?*“) siekta atskleisti ekspertų požiūrį į širdies ir kraujagyslių programą. Išskirtos 3 kokybinės kategorijos: *programos svarba, programos veiksmingumas ir programos tęstinumas.*

4 lentelė

Požiūris į širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programą

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Programos svarba	Mirtingumo mažinimas	„Tai, kad ji svarbi – tai aš 100% sutinku, todėl, kad pagal mirtingumą Lietuvoje pirmoje vietoje yra mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų ir jau daug metų ir manau, kad reikia dėti visas pastangas, kad mirtingumui būtų užkirstas kelias, vykdant prevencines programas.“ „Kadangi širdies ir kraujagyslių ligos yra viena svarbiausių priežasčių dėl ko gyventojai miršta, Nacionalinė sveikatos taryba jau seniai svarstė kaip sumažinti Lietuvos gyventojų mirtingumą nuo šių ligų ir programoje pagal atskiras ligas svarstydami, kad sumažinti sergamumą ir mirtingumą nuo šių ligų.“ „Svarbumas įrodytas, nė kalbėti nebeverta.“
	Sveikatos būklės gerinimas, ligų diagnozavimas	„Ši programa labai svarbi gerinant Lietuvos gyventojų sveikatos būklę.“ „Vertinu tikrai teigiamai, nes nustatome daug ligų, metabolinius sindromus ir cukrinius diabetus, jų tikrai randame.“ „Programą reikėtų būtinau tęsti, nes atvažiuoja žmonės kurie eina jau pas mus trečius metus – atvyksta su pagerėjimais, cholesterolis žymiai mažesnis.“
Programos veiksmingumas	Tinkamas programos	„Vykdant tinkamai – turi būti veiksminga.“ „Jeigu žiūrėtume kontekste lėtinių neinfekcinių ligų

	vykdymas	profilaktikos ir jeigu ji būtų vykdoma taip kaip reikia, tai viskas būtų tvarkoj. Mes esame atlikę tyrimus ir tikrinimus lėtinių neinfekcinių ligų. Dėl cukrinio diabeto per 2009-2010 metus šeimos gydytojai tik 1 % ištyrė, tai matome, kad pirmo lygio įstaigos dirba nepatenkinamai.“
	Ekonominės nauda ir sąnaudų santykis, programos finansavimas	„Dėl veiksmingumo: gal dar reikėtų šiek tiek padirbėti ir pabandyti įrodyti jos veiksmingumą kaip ir kiekvienos programos: ir ekonominį veiksmingumą, ir atsipirkimą. Ekonominės naudos ir sąnaudų santykis nusveria šį veiksmingumą“. „Valstybė atsakingai žiūri į šios programos vykdymą ir ją finansuoja ir mes turime ją vykdyti“.
	Dalyvaujančiųjų programoje skaičius	„Programa įsibėgėjusi, pastaraisiais metais sparčiai, gyventojų dalyvaujančiųjų programoje skaičius didėja“.
	Gyventojų informavimas apie širdies ir kraujagyslių ligas	„Kadangi mūsų žmonės nelabai domisi šia programa, gal žinių turi nepakankamai“. „Visos informavimo priemonės dabar daugiau nukreiptos ne į programą, o į įvairią reklamą (maisto papildų)“. „Veiksmingumas priklauso nuo paciento noro būti sveiku“.
Programos tęstinumas	Programos efektyvumo analizavimas ir plėtra	„O tęstinumas yra būtinas, nes tik tęstinės programos ir tokios prevencinės užtikrina gerą rezultatą ir veiksmingumą. Reikia programą plėsti, diegti visuose rajonuose, visoje Respublikoje, stiprinti tinklą ir tada tikrai pasieksim gerą rezultatą.“ „Svarbu tęstinumas, kad būtų tęsiama ir nesustotų, kad nuolat būtų analizuojamas programos efektyvumas.“ „Tikslinga šią programą tęsti ir įvairiomis priemonėmis skatinti“. „Tęstinumas – vertintinas pagal atokius rezultatus.“ „Veiksmingumą prevencinės programos vykdymo vertini tik po kiek tai metų. Aš šitų rezultatų nežinau, tai todėl negaliu jų komentuoti“.

Apibendrinimas. Visi šeši respondentai (100%) įvertino šios programos svarbą teigiamai, kad ji reikalinga ir visi siūlė programą tęsti. Veiksmingumo du ekspertai nevertino, nes nežinojo tikslų prevencijos programos rezultatų ir minėjo, kad veiksmingumas grindžiamas rezultatais, kurie išryškėja ne iš karto, o po kelių metų.

Vienas iš ekspertų paminėjo, kad: „Kadangi lėtinių neinfekcinių ligų profilaktikai mokami pinigai už prirašytus ligonius - „už galvą“, tai gal yra nepakankama motyvacija piniginiu atžvilgiu.“

Iš dviejų ekspertų sulaukiau pasiūlymo paankstinti programoje galinčių dalyvauti amžių: „Būtų galima paankstinti, nes širdies ir kraujagyslių ligų staigiai nepagydyti. Koks programoje nurodytas amžius - paprastai tokių metų jau būna viskas susiformavę. Jeigu kalbėtume apie prevenciją – tai jau per vėlu, prevencija nebetenka prasmės. Penkiais metais užtektų paankstinti. Pirmus 5 metus paslaugos teikimo periodiškumas galėtų būti retesnis, ne kasmet, o kas 2-3 metus. KPP diagnozuojamos jau užsitęsios ligos, tokios kaip cukrinis diabetas, dislipidemija ir nemažai atvejų ką

šeimos gydytojas privalėjo padaryti ir seniai nustatyti. Čia jau nebe profilaktika, o ligų diagnostavimas.“, „...norėtusi platesnės amžiaus ribos ypač vyrams, nes jaunėja šios ligos. Reikalinga programą jauninti.“

Antrojo klausimo („Ką Jūs manote apie gyventojų skatinimo dalyvauti prevencinėje programoje viešiniam: jo esamą būklę, būdus, priemones ir pakankamumą? Gal turite pasiūlymų jį patobulinti?“) tikslas išsiaiškinti ką ekspertai mano apie gyventojų raginimą dalyvauti programoje ir kad ekspertai įvardintų girdėtus, matytus gyventojų raginimo būdus ar priemones ir pateiktų konkrečius pasiūlymus.

Analizuojant antrojo klausimo interviu turinį išskirta viena kokybinė kategorija: *viešinio būdai ir priemonės*.

5 lentelė

Požiūris apie programos viešinimą gyventojams

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Viešinio priemonės ir būdai	TV sklaida išorėje ir įstaigų viduje	„Esme sukūrę klipą, kurį transliavome vietinėje televizijoje, transliavome ir dabar transliuojame savo įstaigoje – vietinės sklaidos televizoriuose.“ „Mano pasiūlymas, kad ir vaistinėse per įrengtus ekranus galima būtų transliuoti“.
	Informacinės technologijos	„Planuojame įsigyti tokią programą elektroninę kompiuterinę dar vieną, kuri generuotų SMS žinutes į telefonus, bet atsiranda problemų – ne visų turime duomenis mobiliųjų telefonų, jie dažnai keičiasi, gaus tas, kam visai nepriklauso. „ „Viešinio būdai yra įvairūs dabar prieinami per informacines technologijas.“ „Iš įstaigos, kurioje esu prisirašiusi, gaunu el. laišką“
	Lankstinukai	„Išleidome įstaigos lankstinuką, pacientams dalina, neša į namus.“ „Kas iš to, kad išleisi tų lankstinukų – ne paslaptis jie iki šiukšlių dėžės nueina. Lankstinukų efektyvumas mažas. „
	Teikiamų paslaugų viešinimas bendradarbiaujant su farmacinėmis firmomis	„Kvietėmės vaistų firmas, buvo paruošti bukletai dalinti kai jie vaikšto pas gydytojus, kad gydytojais informuotų kuo daugiau pacientų, kad tą paslaugą galima atlikti ir Šiauliuose.“
	Žiniasklaida	„Pasigendu programos viešinio žiniasklaidoje. Jo visiškai nėra“. „Dėjome mokamus straipsnius į spaudą.“ „Programą turi viešinti informavimo priemonės“.
	Programinės įrangos pagalba stebėsenai, administravimui bei lipnių lapelių metodas	„Turime rūšiavimo programą: nereikia vartyti kortelių, ją labai lengva administruoti. Kaip vadovui įstaigos galiu matyti gydytojo darbą kiek jis per mėnesį, kiek per pusmetį pakviečiama, kiek jų yra ir kiek turėtų pakviesti – vyksta sklandus darbo planavimas ir apskaita. O registratūroje

	<p>registruojantis žmogui užsidega žyma, kad piliečiui reikia atlikti tokią ir tokią programą. Tada prikljuoja lipdukus prie kortelės skirtingų spalvų (kiekviena simbolizuoja kitą prevencinę programą). Ligoniiui atėjus nebūtinai daktaras pamato, bet ir slaugytoja – darbas vyksta greičiau.“</p> <p>„Esame susižymėję visą kartoteką: geltonas lipdukas – programa nedaryta, žalias – buvo 2010 metais, oranžinis – buvo 2009 metais.“</p>
Programos svarbos žmogui išaiškinimas	<p>„Žmogui labai reikšminga žinoti koks programos vykdymas ir ko siekiama, svarbu, kad suvoktų kuo programos vykdymas svarbus jam pačiam. Ligonii reikalinga sudominti, kad jis norėtų dalyvauti šioje programoje ir, kad jo dalyvavimo programoje tikslas jam būtų suprantamas, kad siektų dalyvauti programoje dėl savo sveikatos ir amžiaus prailginimo.“</p>
Stacionaro vaidmuo prevencijoje	<p>„Ypač atkreiptinas dėmesys, kadangi dabar už programos vykdymą lygtai atsakingi šeimos gydytojai, bet ligoniiui atsigulus stacionare, jam papildomai turi būti aiškinama, kardiologai papildomai turi užsiimti, kad liga neprogresuotų.“</p>
Darbdavių įtraukimas į programos viešinimą	<p>„Darbovietėse tai turi būti skatinama – darbdaviai turi būti įjungti į šios ir kitų prevencinių programų vykdymą. Juk darbdaviai turi būti suinteresuoti, kad pas juos dirbtų sveiki žmonės, kaip tai yra daroma civilizuotame pasaulyje.“</p>
Visuomenės sveikatos propagavimas	<p>„Turi vykti stiprus prevencinis darbas mokyklose – mokyti gyventi jaunimą be žalingų įpročių.“</p> <p>„Poliklinikose galėtų būti pravedamos prevencijos valandėlės.“</p>
Aktyvus gyventojų kvietimas dalyvauti programoje	<p>„Skambina, kad reikia dalyvauti programoje, o jeigu neatvyksti, net į namus atvažiuoja kraują paima – tikrai.“</p> <p>„Siunčiame informavimo lapus pacientams paštu. Esame su paštu sudarę kurjerių sutartį“.</p>
Programų rengimas	<p>„Mes labai norėtumėm, kad būtų parengta atskira programa dėl prevencinių programų viešinimo. Sakykime, kad ir teikta finansuoti iš visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos. Dabar kiek Šiaulių TLK viešina savo turimomis priemonėmis ir gydymo įstaigos pačios, kurios vykdo šias prevencines programas. Tačiau galėtų būti ir nepriklausomi rangovai. Kurie vykdytų tas programas viešinimo ir plačiau skleistų informaciją.“</p> <p>„Reikėtų vykdyti sveikatinimo programas, įjungiant aukštąsias mokyklas, darbovietes, bendruomenes.“</p>

Apibendrinimas. Penki ekspertai teigė, kad gyventojų skatinimo dalyvauti programoje viešinimas yra nepakankamas: „*Gyventojų kvietimas, gyventojų skatinimas atvykti ir pasiimti paslaugą iš tiekėjų šiai dienai yra nepakankamas*“, „*būdai nepanaudoti įvairūs ir priemonės gali būti įvairios*“.

Vienas iš ekspertų paminėjo galimų priemonių neapibrėžtumą: „*Dabar viešina kiek kas kaip nori.*“

Vieno eksperto nuomone yra „*neskiriama lėšų šios programos viešinimui.*“

Vienas ekspertas pasiūlė mano užduotą klausimą pakreipti visai kitaip nei buvau suformulavusi: „Norėčiau šį klausimą pakreipti kita linkme. Santykis šeimos gydytojo ir jo prirašyto paciento. Apie vykdomą šeimos gydytojo asmens sveikatos priežiūrą prirašytiems gyventojams. Čia problema. Šeimos gydytojas atsako, vykdo jam deleguotą funkciją vykdyti asmens sveikatos priežiūrą tinkamai ir kokybiškai. Nes jis gauna pinigus per metus už prirašytus ligonius - „už galvą“. Jis už tuos pinigus privalo, ne nori ar nenori, bet privalo atlikti lėtinių neinfekcinių ligų profilaktiką. Papildomai prevencines programas gaunant papildomą mokėjimą. Šeimos gydytojas yra atsakingas už žmones. Mes niekur nekalbame apie gydytojo atsakomybę, mes tik kalbame apie motyvavimą, skatinimą, bet nėra atsakomybės klausimo už netinkamą pareigų vykdymą. Gydytojas pats privalo juos pakviesti.“

Buvo pasiūlyta „...pasirašant sutartį su teritorine ligonių kasa turėtų būti privalomai nurodytas kažkoks procentas viešinimui, tai tada kažkiek apibrėžtų kiekvienos įstaigos teikiančios šią paslaugą prievolę pavišinti, o ne tik skaičiuoti kiek dalyvavo programoje žmonių. Tada galėtų ligonių kasos ir pakontroliuoti kaip yra viešinama“. Ekspertas įvardino, kad „...programa yra papildomas darbas ir šioks toks uždarbis, bet jeigu žmonės neateina, tai ir darbo kaip ir nėra. Ir toliau sėdim ir laukiam, nes niekas labai nepajudina mūsų.“

Trečiojo klausimo („**Kokia Jūsų nuomonė apie šeimos gydytojų kompetenciją ir jos ribas diagnozuojant ir gydant kardiologinius ligonius – ar ji pakankama?**“) tikslas – atskleisti kaip ekspertai vertina šeimos gydytojų kompetenciją kardiologijos srityje ir ar jos jiems netrūksta.

Analizuojant trečiojo klausimo interviu turinį išskirta viena kokybinė kategorija: *kompetencija kardiologijos srityje*.

6 lentelė

Šeimos gydytojo kompetencija kardiologijos srityje

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Kompetencija kardiologijos srityje	Kompetencijos kėlimo būdai	„Apie širdies ir kraujagyslių ligų prevenciją, gydymą yra labai daug tobulinimosi medžiagos įvairios: tiek rašytinės, tiek konferencijų, sklaida elektroniniu paštu. Jeigu yra noras ir priimi informaciją, na jau šioje srityje yra pakankama.“ „Gydytojai lankosi konferencijose, domisi“. „Kompetencija pakankama, bet nuolat turi būti atnaujinamos žinios, supažindinami su naujovėmis diagnozuojant ir gydant kardiologinius ligonius.“
	Kompetencijos vertinimas	„Kadangi nesu gerai įsigilinsi į šį klausimą, nes tiesiogiai neorganizuoju šeimos gydytojų darbo, bet kompetencija vis plečiama. Daugiau diagnostinių tyrimų gali daryti susijusių su širdies ir kraujagyslių ligomis iškart prieinamas gerėja pacientui, nereikia pacientui laukti eilėse konsultuoti pas antro lygio specialistus. Kuo bus platesnė bus šeimos gydytojų kompetencija, tuo gerės prieinamumas, bet, aišku turi būti ir techninėmis priemonėmis aprūpintos institucijos, kad šeimos gydytojui būtų patogų naudotis, prieinama,

		kokybiška.“ „Kadangi gydytojai dirba ir darbą nesusijusį su savo gydytojo kompetencija, jam nebelieka laiko papildomai kelti savo kompetenciją ir kvalifikaciją.“
	Kas apibrėžia kompetenciją ir kokios jos ribos	„Šiuo metu gydytojų kompetencijos atitinka jų turimas licencijos“. „Kompetencija apibrėžta šeimos gydytojo medicinos normoje. Kompetencija labai plati.“ „Gydytojų kompetencijos ribos yra neišmatuojamos.“ „Šeimos gydytojas turi būti svarbiausiais informuojant pacientą apie šios programos svarbą. Šeimos gydytojo kompetencija, supažindinimas turi būti esminis, nes šeimos gydytojas geriausiai žino paciento problemas.“

Apibendrinimas. Ekspertų nuomonės šiek tiek išsiskyrė: keturi iš ekspertų mano, kad esama šeimos gydytojų kompetencija gydant kardiologinius ligonius yra pakankama, du ekspertai turimą kompetenciją įvertino neigiamai: „Tikrai nepakankama. Nesu specialistė, bet vertinu pagal anketos užpildymą. Iš užpildymo aišku, kad gydytojai nelabai domisi Sveikatos apsaugos ministro įsakymais. Juose juk aiškiai nurodoma pagal kokias diagnozes siunčiama arba nesiunčiama. Atsiprašome pacientų, kad negalime priimti, nes sirgę infarktu. Buvo visko. Dabar jau tokių atvejų yra pavieniai.“

Pateikiu dar vieną eksperto nuomonę: „Viena problema: gydytojas studijų metu įgyja kvalifikaciją reikalingą teikti apibrėžtos kompetencijos normose. Problema prasideda podiplominių studijų mokymuose, kai vyksta tęstinės podiplominės studijos. Skirtingai nei Europos sąjungoje, Lietuvoje, vienintelėje valstybėje, nėra nepriklausomo farmakologinio mokymo gydytojams keliant podiplominę kvalifikaciją. Lietuvoje tai patikėta farmacijos kompanijoms, kurios eina pas gydytojus ir aiškina kiekvienas apie savo vaistėlį ir nėra bendro konteksto. Manychiau, kad siekiant vystyti ir skatinti racionalų vaistų vartojimą, tame tarpe ir kardiologinių vaistų, Lietuvoje turėtų būti pradėtas nepriklausomas podiplominis farmakologinis gydytojų mokymas. Vienu metu žmogui skiriama virš 10 skirtingų vaistų, farmakologai sakytu, kad tai yra baisu. Tai rodo galias farmakologijos žinių spragas. Lėšos vistiek išeina neracionaliam vaistų vartojimui. Niekas nevykdo racionalaus vaistų skyrimo monitoringo.“

Ketvirtuoju klausimu („Kokia Jūsų nuomonė apie programoje nurodytus atlikti tyrimus pirminiame lygyje? Ar jų pakanka ir ar reikėtų tyrimų sąrašą koreguoti?“) siekta atskleisti ekspertų požiūrį apie programoje pirminiame lygyje nurodytus atlikti tyrimus.

Analizuojant ketvirtojo klausimo interviu turinį išskirta viena kokybinė kategorija: *programoje nurodyti tyrimai*.

7 lentelė

Požiūris apie programoje pirminiame lygyje nurodytus atlikti tyrimus

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
------------	---------------	-------------------------

Programoje nurodyti tyrimai	Sąrašą reikėtų koreguoti	<p>„Būtinai reikėtų koreguoti, kad pirminis lygis atliktų gliukozės tolerancijos mėginį. Būna taip, kad žmogus pas mus būtinai turi atvykti papildomai dar vieną kartą, kad mes pamatytume užpildytą anketą ir įvertintume ar jam reikalingas gliukozės tolerancijos tyrimas. Jeigu jis atvyktų pas mus su jau atliktu tyrimu, galėtume iš karto imtis antrinio lygio paslaugų.“</p> <p>„Sąrašą reikėtų koreguoti. Nuo 2010 m. sausio 1d. į šeimos gydytojo medicinos normą yra įtraukti tyrimai, kuriuos ir šiaip turėtų atlikti, būtent tyrimai, įvertinantys inkstų funkciją. O juk žinoma, kad inkstų ligos sukelia ir arterinę hipertenziją. Reikalinga įtraukti kreatinino ir šlapalo tyrimą siekiant įvertinti inkstų būklę. Reikėtų svarstyti klausimą pacientams atsiųstiems į KPP su rodikliais rodančiais inkstų funkcijos pažeidimus įvertinti gydytojui nefrologui. Tą galėtų daryti KPP.“</p>
-----------------------------	--------------------------	---

Apibendrinimas. Trys ekspertai esamą pirminiame lygyje nurodytą tyrimų sąrašą vertina tinkamu ir nemano, kad jį reikėtų papildyti. Vieno iš šių keturių eksperto nuomone „...žinoma, gal būtų gražu ir kiti tyrimai šiek tiek detalesni, bet vėlgi viskas atsimuša į kaštus, tai apsibrėžiama šiais pagrindiniais.“ Dar vienas ekspertas teigė, kad „Pirmame lygyje tyrimų pakanka, tik tolimesnis tyrimas ne visada atliekamas tikslingai.“

Du iš ekspertų pateikė pasiūlymus, kurie išvardinti prie patvirtinančių teiginių t.y. įtraukti į sąrašą tokius tyrimus: 1) gliukozės tolerancijos tyrimą, 2) kreatinino ir šlapalo tyrimą norint įvertinti inkstų būklę.

Vienas ekspertas atsakė, kad nežino, nes „...nesu šiuo aspektu tiek detalai įsigilinęs į šią programą.“

Penktuoju klausimu („*Ką manote apie gydytojų motyvavimą skatinti gyventojus dalyvauti širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programoje? Kokiomis priemonėmis tai būtų galima padaryti ir ar tai yra daroma?*“) siekta atskleisti ekspertų požiūrį į esamą gydytojų motyvavimą skatinti gyventojus dalyvauti programoje, jo poreikį, svarbą ir ar jis vyksta.

Analizuojant penktojo klausimo interviu turinį išskirta viena kokybinė kategorija: *gydytojų motyvavimas skatinti gyventojus dalyvauti programoje.*

8 lentelė

Požiūris į gydytojų motyvavimą skatinti gyventojus dalyvauti programoje

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Gydytojų motyvavimas	Administracinis ir finansinis skatinimas	<p>„Visko girdėjau: kad už kiekvieną žmogų papildomai mokama, kiti nesistengia, nes papildomai nemoka. Už skatinamąsias paslaugas gydytojas turi būtinai gauti priedą.“</p> <p>„Motyvavimas vyksta ne tik administracinėmis priemonėmis, bet ir materialiomis. Yra padaryta skatinimo</p>

skatinti gyventojus dalyvauti programoje		<p>tvarka už skatinamąsias priemones. Konkrečiai kiek kiekvienas gydytojas, slaugytojas investavo į šitą reikalą 50% uždirbtų pajamų yra prie jo atlygio. Manychiau, tai gana didelės lėšos, kurios materialiai paskatina domėtis šia programa.“</p> <p>„Motyvacija pakankama. Aišku, visi nori, kad daug mokėtų, mokėtų papildomai.“</p> <p>„Manau, kad tai priklauso nuo įstaigos, kuri vykdo programą, vadovo, kaip jis numato skatinimo priemones ar pinigines, ar moralines. Kadangi šios programos vykdymas yra atskirai apmokamas iš privalomojo sveikatos draudimo fondo, taigi lėšų tikrai pakanka ir gydymo įstaigai nuostolio nėra, tai tikrai turi būti skatinimas padarytas. Jeigu įstaigos vadovas nėra labai gobšus, tai ir daugiau duoda. Tada ir gydytojas yra suinteresuotas vykdymu, o jeigu vadovas nieko neduoda ir nori, kad už dyką padarytų, tai motyvacijos nebus.“</p>
	Gydytojo pareiga ir atsakomybė vykdyti programą	<p>„Kadangi tai yra papildomas mokėjimas už prevencines programas, kyla atsakomybės klausimas už tinkamai vykdomą pavestą darbą. Šiaulių miesto savivaldybė puikiai vykdo programą, tačiau yra savivaldybių kurios vykdo blogai arba iš viso nevykdo. Kadangi tai yra papildomi pinigai, tai aš kalbu apie atsakomybę ir apie teikiamų paslaugų tinkamumą ir prieinamumą savo prirašytiems gyventojams. Tai paslauga, kurią savo žmonėms garantuoja Lietuvos Respublika ir ji yra neprieinama organizaciniu požiūriu, dėl to, kad gydytojai piktybiškai jos nevykdo.“</p> <p>„Gydytojo pareiga rūpintis savo ligonių sveikata.“</p> <p>„Nepakankama motyvacija. Šeimos gydytojas turi daugiau laiko tam skirti.“</p>
	Teigiamas įstaigos vertinimas – motyvavimas skatinti	<p>„Ligonių kasos moka už gerus darbo rezultatus, o tai vertinama kuo daugiau patikrintų ligonių skaičiumi. Prestižas dirbti įstaigoje, kuri vertinama teigiamai.“</p>

Apibendrinimas. Penki iš visų ekspertų pripažino, kad motyvavimas, tiek finansinis, tiek administracinis yra svarbus ir reikalingas. Vienas iš ekspertų teigė, kad gydytojas privalo skatinti gyventojus dalyvauti programoje ir be papildomo motyvavimo, nes tai „*gydytojo pareiga*“.

Šeštuoju klausimu („*Kaip Jūs vertinate pirminės asmens sveikatos priežiūros centrų ir specializuotų širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos padalinių darbo, susijusio su širdies ir kraujagyslių prevencinės programos vykdymu, planavimą ir organizavimą? Ar esate patenkinti jų darbu? Gal galėtumėte pateikti pasiūlymų kaip jį pagerinti?*“) siekta atskleisti ekspertų požiūrį ar tinkamai, jų nuomone planavimo, organizavimo ir vykdymo prasme, dirba sveikatos priežiūros įstaigos, vykdančios programą.

Analizuojant šeštojo klausimo ekspertų interviu turinį, išskyrčiau tris kokybines kategorijas:

paslaugos prieinamumas, paslaugos veiksmingumas ir paslaugų planavimas bei organizavimas.

9 lentelė

Požiūris į sveikatos priežiūros įstaigų darbą, susijusį su programa

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Paslaugos prieinamumas	Prevencinių paslaugų tinklo būklė ir plėtra	„Pas mus ateina žmonės ir sako, kad ir verkiu, ir gydytojų prašau – ir niekas nieko niekur nedaro.“ „Keista, kad Šiaulių mieste ilgą laiką nebuvo antrinės paslaugas teikiančio tiekėjo. Gal ligoninė neapsiėmė dėl to, kad jiems neapsimoka dėl didelių kaštų. Dabar atsidarius „Pirmai vilčiai“ ir patekimas paprastesnis, ir nėra tokių eilių, kai būdavo anksčiau.“ „Iš tikrųjų tai nebuvo patenkinti jų darbu, todėl, kad eilė antriniam ištyrimui Vilniaus arba Kauno klinikose, kurios tik vienos teikė šią paslaugą, buvo metai ar pusantrų metų.“ „Jeigu anksčiau buvo eilės, tai atsidarius KPP to nebėra: dirba ir šeštadieniais, kad žmonės galėtų atvykti.“ „Pas specializuotus padalinius yra eilės, ligonis turi laukti, o paskui užmiršta apsilankyti.“
Paslaugos veiksmingumas	TLK teikiami duomenys apie programos vykdymą	„Iki 2011 sausio mėnesio, vadovaujantis TLK analize kiek žmonių dalyvavo programoje, aš taip galvočiau, kad įstaigos prastai dirbo.“ „Šiauliuose organizuojama palyginti gerai ir KPP gerai veikia. Šiaulių visos įstaigos pagal duomenis yra aukščiau TLK vidurkio ir vienos iš geriausiai dirbančių Lietuvoje.“
	Viešųjų įstaigų ir privačių įstaigų rezultatų skirtumai	„Nėra skirtumo tarp VŠĮ ir privačių įstaigų – privačios geriau nevykdo.“
Paslaugų planavimas bei organizavimas	Bendradarbiavimas tarp sveikatos priežiūros įstaigų teikiančių paslaugas	„Antrinis lygis nevykdo analizės arba ja nesidalina su pirminio lygio įstaigomis: mato, kad ligonis buvo patikrintas prieš metus, nepateikia pirminiam lygiui savo darbo analizės. Juk jie turi kompiuterius, įveda ir mato kokia situacija“.
	Darbų sveikatos priežiūros įstaigoje paskirstymo problema	„Slaugytojos - tinginės, galėtų aktyviau dalyvauti gyventojų pakvietime, jos daugiau dirba kabinete, nevaikšto po apylinkes. Jos galėtų eiti pas pacientus į namus, matuoti kraujospūdį.“ „Slaugos administratorė nepakankamai atlieka savo darbą.“
	Pacientų informavimas	„Ligoniui ne visada yra paaiškinama: kokia jo sveikatos būklė, rizika, paskirto gydymo reikšmė, kodėl reikalingas pakartotinis tyrimas.“ „Šeimos gydytojas turi būti pradžios vykdytojas ir rezultatų (tyrimo) perteikėjas pacientui, rekomendacijų nurodytojas.“

Apibendrinimas. Svarstant ekspertų interviu pateiktą turinį šeštoju klausimu, labai išsiskyrė ekspertų nuomonės. Vienas ekspertas blogai vertino pirminės asmens sveikatos priežiūros centrų atliekamą darbą. Vienas ekspertas blogai vertino anksčiau buvusią situaciją, kai Šiaulių mieste nebuvo specializuoto širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos padalinio, paminėdamas, kad paslauga pacientui buvo neprieinama: „Šeimos gydytojas atliko tyrimus, nustatė riziką ir pacientui reikalingi kiti tyrimai. Pacientui pasakai, kad Jus priims tik po metų ir sulauki jo reakcijos: „Juk aš nesulauksiu – numirsiu“.

Teko pačiam skambinti keletą sykių registratorėms į Vilnių ir Kauną: „Ką mes galime padaryti – visa Lietuva čia važiuoja“. Gal prieinamumą riboja ten dirbančiųjų darbuotojų skaičius.“ Vienas ekspertas teigė: „Aš nežinau taip detaliai. Negaliu atsakyti. Turi būti toks, kaip nustatyta teisės aktuose, o kaip yra iš tikrųjų – nežinau.“ Du ekspertai buvo nepatenkinti specializuotų padalinių darbu. Vienas ekspertas teigė, kad tiek pirminis, tiek antrinis lygis Šiauliuose dirba puikiai.

Septintojo klausimo („*Ką manote apie esamus gydytojų darbo krūvius ir galimybę rasti pacientui laiko pokalbiui apie širdies ir kraujagyslių ligų profilaktikos priemones bei patarimus, kaip stiprinti ir išsaugoti sveikatą?*“) tikslas išsiaiškinti ekspertų nuomonę apie tai, ar šeimos gydytojui lieka laiko ne tik asmens sveikatos priežiūrai, bet ir visuomenės sveikatos propagavimui, pokalbiui apie ligų prevenciją.

Analizuojant interviu išskirta viena kokybinės kategorija: *darbo organizavimas*.

10 lentelė

Požiūris į darbo organizavimą susijusį su visuomenės sveikatos propagavimu

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Darbo organizavimas	Sveikatos priežiūros įstaigoms privalomų pildyti dokumentų ir formų sąrašas	„Didelis darbo krūvis dėl popierizmo, įvairių kiekvieno ligonio registravimo įvairiuose popieriuose, receptų rašymo: Ligonų kasai, Sodrai, statistikos kabinetui. Sudėtingas kompensuojamųjų receptų rašymas.“ „Darbo krūviai tikrai yra dideli dėl didelio popierizmo. Jeigu popierių pildymas būtų mažesnis - jokios bėdos nematytime.“
	Profilaktiką vykdančių įstaigų paskirstymas	„Lietuvoje tam yra visuomenės sveikatos specialistas. Tai bendrąją profilaktiką bendrajai populiacijai turėtų vykdyti visuomenės sveikatos specialistai, t.y. Visuomenės sveikatos biurai.“ „Profilaktika įrašyta į šeimos gydytojo medicinos normą, O rasti laiko pokalbiui – jeigu norėsi, tai ir rasi. Prancūzai turi tokią patarlę: „Norėti reiškia galėti“.
	Vadovo organizaciniai gebėjimai paskirstyti darbo krūvį	„Jeigu nėra laiko, reiškia blogai organizuotas darbas.“ „Laiko nėra dėl blogo darbo organizavimo.“ „Darbas turėtų būti organizuotas taip, kad prie jo prirašytų gyventojų nebūtų daugiau negu yra numatyta SAM ministro optimaliuose normatyvuose arba jeigu jų yra daugiau, tai atitinkamai turėtų dirbti su didesniu etatu.“ „Gydytojų darbo krūviai – organizacinis įstaigos dalykas.“ „Jei gydytojas dirbtų 7 val. 36 min. per dieną, laiko prevencijai atsirastų. Problema darbo organizavime.“ „Darbo krūvį kiekvienam savo šeimos gydytojui nustato vadovas vadovaujantis teisės aktų reikalavimais ir privalomai turi būti skirta laiko profilaktikai, rasti laiko pokalbiui, duoti patarimus kaip stiprinti ir saugoti sveikatą“. „Vadovas, priklausomai nuo krūvio, turi papildomai steigti etatų skaičių, jeigu mato, kad daktaras nebespėja.“

Apibendrinimas. Penki iš visų ekspertų teigė, kad esami gydytojų krūviai yra dideli didžiaja dalimi dėl reikalingo užpildyti dokumentų kiekio - „popierizmo“ ir laiko pokalbiui su pacientu apie sveiką gyvenimą nebelieka: „...pokalbiai su pacientais būna trumpi...“, „...mes daugiau orientuojamės į pasekmes, o ne į prevenciją...“.

Vienas iš ekspertų teigė, kad gydytojų darbo krūviai yra normalūs.

Vienas iš ekspertų neįvertino darbo krūvio, teigdamas, kad gydytojo pareiga kalbėti su pacientu ir patarti kaip stiprinti sveikatą“.

Visi šeši ekspertai mano, kad darbo krūvio paskirstymas sveikatos priežiūros įstaigoje priklauso nuo įstaigos vadovo.

Vienas iš ekspertų paminėjo gydytojų įstaigoje stoką: „Yra apibrėžtos pacientų prisirašymo pas gydytojų normos. Tačiau kai yra fizinė gydytojų stoka, žmogus vistiek renkasi kažkokį gydytoją. Ir prisirašo daugiau nei priklauso, tai automatiškai ir laiko lieka mažiau pašnekesiui.“

Aštuntuoju klausimu („*Kaip manote, ar galėtų būti įvestos pacientų atsakomybė dėl savo sveikatos ugdančios ir drausminančios priemonės vykdyti visus gydytojo nurodymus?*“) siekta atskleisti ekspertų požiūrį į pacientus drausminančias priemones vykdyti visus gydytojo nurodymus, atsakomybės dėl savo sveikatos prisiėmimo jeigu nurodymai nevykdomi.

Analizuojant šio klausimo interviu turinį išskirtos dvi kokybinės kategorijos: *paciento atsakomybė* ir *abipusė gydytojo ir paciento atsakomybė*.

11 lentelė

Požiūris į pacientų atsakomybę ir drausminių priemonių sukūrimą jai atsirasti

Kategorija	Patvirtinantis teiginys
Paciento atsakomybė	„Turėtų pacientas jausti atsakomybę už savo sveikatą, bet kaip tą padaryti? Kadangi konstitucija numatomą nemokamą sveikatos priežiūrą, tai ligonis tos atsakomybės nejaučia. Valstybė finansuodama programą ir turėtų reikalauti, kad jis vykdytų visus gydytojų nurodymus, o jeigu jis nevykdo – turėtų mokėti.“ „Daugelyje valstybių yra tokia atsakomybė paremta draudimo įmoka. Rūkantis sąmoningai žino, kad žaloja save, todėl jo draudimo įmoka yra santykinai didesnė, todėl, kad yra didesnė rizika susirgti, vadinasi į jį valstybė turės daugiau investuoti lėšų. Gal galėtų būti simbolinis mokestis žmogui, kuris nesirūpina savo sveikata – rūko, turi atsvarį ir t.t.. Pirmą kartą žmogus galėtų būti įspėtas. Antrą ar trečią kartą turėtų gauti - „skatinimą“ per pinigines.“
Abipusė gydytojo ir paciento atsakomybė	„Atsakomybė turi būti abipusė. Jeigu gydytojo tuometinė kvalifikacija neatitinka šiuolaikinių reikalavimų, tai ir jo patarimai kartais gali būti žalingi. Kartais mokslu grįsti įrodymai po dešimt metų pasidaro pavojingi ir klaidingi dėl skirtų medikamentų. Yra sveiko proto ribos. Aišku, kad yra neiginčijami dalykai: rūkymo, alkoholio ar nesveikos mitybos žala. Nėra atnaujinamos žinios dėl vaistų. Lietuvoje net nėra vedama mirtingumo nuo neteisingai skiriamų vaistų statistika.“ „Stenduose iškabinau: gydytojų pareigos ir pacientų pareigos. Gydytojais

turi vykdyti savo pareigas, pacientai – savo.“
--

Apibendrinimas. Du ekspertai teigė, kad jokių būdu negali būti įvestos jokios pacientus drausminančios priemonės vykdyti visu gydytojo nurodymus, nes tai būtų „...žmogaus teisių pažeidimas“; „pacientas – žmogus demokratijos pagrindu turi būti sau šeiminingas. Jo teisė žinoti ir rinktis.“, „Kažkokias sankcijas taikyti – nerealū.“

Trys ekspertai atsakė, kad tokios drausminančios priemonės turėtų būti įvestos, tik jiems iškilo klausimas „kaip tai padaryti?“.

Vienas iš ekspertų teigė, kad atsakomybė turi būti abipusė: „...gydytojais turi būti tinkamos kvalifikacijos ir atsakingai skirti vaistus, pacientai turi sveikai gyventi ir vykdyti gydytojo nurodymus, bet ir žinoti, kad „yra sveiko proto ribos“.

Vieno eksperto nuomone: „Siūlau pacientams būti pilietiškais ir aktyviai naudotis jų teisėmis apibrėžtomis pacientų teisių ir žalos atlyginimo sveikatai įstatyme. Žmogus turi gauti informaciją, kurią jam priklauso gauti. Informuotas pacientas yra geriausias savo sveikatos vadybininkas.“

Devintojo klausimo („**Kokia Jūsų nuomonė apie programos administravimo grupės narių sudėtį bei jos darbą - programos vykdymo rodiklių, rezultatų ir efektyvumo pagal nustatytus kriterijus vertinimą, siūlymų dėl programos vykdymo teikimą.**“) tikslas – atskleisti ekspertų požiūrį apie programos administravimo grupės sudėtį ir jai priskirtų privalomų užduočių vykdymą.

Analizuojant interviu turinį išskirtos dvi kokybinės kategorijos: *administravimo grupės sudėtis* ir *administravimo grupės darbo rezultatai*.

12 lentelė

Programos administravimo grupės sudėties ir jos veiklos ataskaitų teikimo vertinimas

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Administravimo grupės darbo rezultatai	Programos vykdymo stebėsenos rodiklių sveikatos priežiūros įstaigoms teikimas	„Bendraujame telefonu. Jokių duomenų iš jų negaunu. Savo įstaigos analizę darau pats ir pats ją kiekvienais metais nusiunčiu administravimo grupei elektroniniu paštu.“ „Administravimo grupės atgalinio ryšio norėtusi glaudesnio. Stebėsenos rezultatų negaunu.“ „Lietuvoje nesimato administravimo grupės darbo, rezultatų ir efektyvumo vertinimo nėra. Administravimo grupės darbas pasyvus.“
Administravimo grupės sudėtis	Pasiūlymai papildyti administravimo grupę naujais nariais	„Sudėtį būtų galima papildyti teisininkais, sveikatos ekonomistais“. „Siūlyčiau į grupę būtina įtraukti gydytojus nefrologus, nes viena iš arterinės hipertenzijos priežasčių yra inkstų pažeidimai. Sudėtyje yra neurologų, o nefrologų nėra, jie reikalingi, kad būtų sistemiškai pažiūrėta į širdies ir kraujagyslių ligas.“

Apibendrinimas. Du ekspertai nežinojo administravimo grupės narių sudėties.

Keturi iš ekspertų paminėjo, kad iš administravimo grupės negauna jokios informacijos apie programos stebėsenos rezultatus ir pasiūlymų dėl programos vykdymo. „*Visada siųsdamas anketas prirašau prierašą, kad man įdomu kokia situacija mano įstaigoje: kokia rizika, kaip mano įstaiga atrodo kitų įstaigų Lietuvoje kontekste. Jokio atsakymo nebuvo, tylu. Buvo parašyti 3 raštai.*“ Kito nuomone: „*Vis padarai ir tikiesi kokios gražos*“.

Vienas ekspertas suabejojo administravimo grupės reikalingumu: „*Jeigu turėsime elektroninį pacientų apskaitos programą ir ten bus šios programos apskaita, elektroninė forma, kuri nukeliaus tiesiai į administravimo grupės centrą, kuris skaičiuoja, taip pat ir į mūsų įstaigos statistiką. Nereikės popieriaus ir jo ilgo kelio iki statistikos. Bet tada aš ir pats galėčiau susiskaičiuoti rezultatus ir man nereikėtų prašyti jokios administravimo grupės.*“

Vieno iš ekspertų nuomone: „*Turbūt administravimo grupei gėda skelbti analizę, nes nėra gerų sveikatos rodiklių, mirtingumas nemažėja. Jų pareiga yra analizuoti – kodėl negerėja situacija? Gal pacientai nepakviečiami, gal gydytojams trūksta kompetencijos, gal dar kokios kliūtys. Tai geriau jie visai nevertina. Gal administravimo grupėje esantiems asmenims, kurie turi vertinti, kiti administravimo grupės nariai nepateikia reikalingų duomenų?*“

Dešimtojo klausimo (***Kaip manote, kas Šiaulių mieste turėtų administruoti širdies ir kraujagyslių prevencinę programą?***) tikslas – sužinoti ekspertų nuomonę kas turėtų būti pagrindinis programos administratorius Šiaulių mieste, gal ekspertai galėtų pasiūlyti papildomų variantų.

Analizuojant interviu turinį išskirta viena kokybinė kategorija: *programos administravimas Šiaulių mieste.*

13 lentelė

Požiūris į programos administratorių Šiaulių mieste

Kategorija	Patvirtinantis teiginys
Programos administravimas Šiaulių mieste	<p>„Kažkiek galėtų savivaldybė prižiūrėti apjungiant visą miestą, tačiau ligonių kasos rankose yra ir pinigų mokėjimas, ir kontrolė. O kontrolė ir yra rezultatų vertinimas. Ten gi yra gydytojai ekspertai – taigi jie gali tai daryti.“</p> <p>„Teritorinės ligonių kasos: pas juos yra duomenys.“</p> <p>„Už pirminę sveikatos priežiūrą atsakingas savivaldybės gydytojas, tai jis ir turėtų administruoti. Teritorinės ligonių kasos moka pinigus, analizuoja, sudaro sutartis, vykdo stebėseną, tačiau savivaldybės gydytojas kaip sveikatos priežiūros koordinatorius savivaldybėje turėtų prižiūrėti kaip dirba jo įstaigos, ar reikiama apimtimi vykdo programą, nes savivaldybės gydytojas - politikos ir veiksmų planuotojas.“</p> <p>„Nežinau ar reikėtų papildomai dar vieno administratoriaus kai yra centrinis. Jeigu Šiauliuose reikėtų pateiktį antrą kartą tas pačias ataskaitas, kurias teikiame administravimo grupei, jau tikrai nebenorėčiau to daryti, nes programa daugiau taptų ne prevencine, o atsiskaitymų programa.“</p>

Apibendrinimas. Vienas iš ekspertų neturėjo nuomonės šiuo klausimu.

Du ekspertai mano, kad pagrindinis programos administratorius mieste turi būti teritorinės ligonių kasos.

Vienas ekspertas nemano, kad šią programą papildomai turėtų imtis kas nors administruoti: *„Dabar finansuojama per teritorinę ligonių kasą ir dalinis administravimas vykdomas, o dalinis pačioje sveikatos priežiūros įstaigoje. O, kad iš šono kas įsikištų – nemanau.“*

Dviejų ekspertų nuomone, pagrindiniu programos administratoriumi turėtų būti savivaldybės gydytojas. Vienas ekspertas teigė, kad: *„Šiuo metu savivaldybės gydytojai nesidomi šia programa. Teisinė bazė Lietuvoje yra gera, tačiau problema yra jos vykdyme ir valdyme, pradžioje nuo vietinio lygio.“*

Eksperto pateiktas pasiūlymas dėl teisės aktų suvienodinimo

Vienas ekspertas pateikė informaciją apie du teisės aktus, kurie nesutampa ir kuriuos reikėtų suvienodinti. Minimi teisės aktai: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymu V-1013 patvirtinta Lietuvos medicinos norma MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gegužės 31 d. įsakymu Nr. 301 patvirtinto įsakymo "Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigoje" 6 priedas "Neinfekcinių ligų profilaktikos ir kontrolės tvarka". Šeimos gydytojo medicinos normoje (punktas 31.25.5.) nurodyta, šeimos gydytojas privalo atlikti cholesterolio kiekio kraujyje tyrimą asmenims nuo 40 metų amžiaus, tačiau „Neinfekcinių ligų profilaktikos ir kontrolės tvarkoje“ (atlieka bendrosios praktikos gydytojas, jo nesant – pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikianti gydytojų komanda) (eil.nr. 17.) nurodoma cholesterolio tyrimą atlikti pradėdant nuo amžiaus grupės nuo 19 iki 40 m. vieną kartą per metus. Reikalinga būtų suvienodinti du teisės aktus.

4.5. Kokybinio tyrimo gydytojų ir pacientų interviu etapas (tyrimo imtis, instrumentas)

Siekiant išsamiau įvertinti širdies ir kraujagyslių prevencijos programos vykdymą ir valdymą, papildomai prie ekspertų interviu buvo atliktas jį papildantis kokybinis pacientų ir gydytojų tyrimas.

Kokybinio tyrimo apibendrinimui buvo naudotas „kontent“ analizės metodas.

Instrumentas. Buvo sudaryti du klausimynai: gydytojams ir pacientams.

Gydytojų interviu sudarė 8 klausimai (žr. 3 priedą), orientuoti į gydytojus kaip į programos vykdytojus, analizuoti jų požiūrį į širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programos organizavimą, vykdymą ir valdymą.

Pacientų interviu sudarė 7 klausimai (žr. 4 priedą), orientuoti į pacientų supratimą apie

programos svarbą, jų informuotumą vykdoma programa, gydytojų darbo vertinimą, pacientų požiūrį į gydytojo nurodymus ir ar jis juos vykdo, paanalizuoti programos valdymą programos vartotojų - pacientų - akimis.

Tyrėja informantų atsakymus fiksavo raštu.

Pusiaus struktūruoto interviu trukmė – nuo 30 iki 40 min.

Tyrimo dalyvių imtis – 10 gydytojų (po penkis iš dviejų Šiaulių mieste didžiausių programoje galinčių dalyvauti skaičių turinčių pirminės sveikatos priežiūros centrų) ir 10 pacientų (imtis tikslinė: po penkis įeinančius į 40-55 metų vyrų ir 50-65 metų moterų amžiaus grupę, prisirašiusius prie Šiaulių mieste didžiausių programoje galinčių dalyvauti skaičių turinčių pirminės sveikatos priežiūros centrų).

Tyrimo tikslas – išsiaiškinti ar pakankamai efektyviai vykdoma ir valdoma širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programa Šiaulių mieste jos vartotojų ir vykdytojų požiūriu.

Tyrimo laikas - ekspertų interviu tyrimas atliktas 2011 m. vasario mėnesį.

Tyrimas buvo atliekamas tokiais etapais:

1. Klausimų sudarymas.
2. Apklauso metodo parinkimas.
3. Duomenų analizė, gydytojų ir pacientų požiūris.
4. Rezultatų apibendrinimas ir išvados.

Tyrėja žodžiu įsipareigojo visiems tyrimo dalyviams, kad nebus skelbiama informacija, susijusi su konkrečia įstaiga ar asmeniu ir pavardės nebus viešinos.

4.5.1. Kokybinio tyrimo gydytojų interviu rezultatų analizė

Respondentų gydytojų charakteristikos pateiktos 14 lentelėje.

14 lentelė

Demografinės tyrimo dalyvių, gydytojų, charakteristikos (n = 10)

Lytis	Moterys (70 %, n = 7) ir vyrai (30 %; n = 3)
Amžiaus vidurkis	51,2 m.
Pasiskirstymas pagal institucijos tipą	10 (100 %) respondentų dirba pirminės asmens sveikatos priežiūros centre.
Pasiskirstymas pagal darbinį statusą	10 respondentų – šeimos gydytojai.
Išsilavinimas	Visi respondentai įgiję aukštąjį universitetinį medicininį išsilavinimą.

Pirmuoju klausimu (*Kaip ir kokiū būdu esate motyvuojami skatinti gyventojus dalyvauti širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programoje?*) siekta atskleisti gydytojų požiūrį ar jie yra ir motyvuojami skatinti gyventojus kuo aktyviau dalyvauti programoje.

Analizuojant pirmojo klausimo interviu turinį išskirta viena kokybinė kategorija: *motyvacijos būdai*.

15 lentelė

Gydytojų požiūris apie motyvavimą skatinti žmones dalyvauti programoje

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Motyvacijos būdai	Finansinis motyvavimas	„Už programos vykdymą ligonių kasos moka mūsų įstaigai ir kas ketvirtį mums mokama papildomai prie atlyginimo už programos vykdymą.“ „Smulkmė kiek gaunu papildomai.“ „Papildomai gaunu pinigus už programos vykdymą, bet tai nėra tiek, kiek galėtų mokėti. Galėtų mokėti daugiau.“
	Administracinis motyvavimas	„Motyvaciją galėčiau pavadinti pagyrimu, kurį išgirdau iš vadovo, nes pakviečiau daug pacientų dalyvauti programoje.“

Apibendrinimas. Du iš respondentų teigė, kad jie yra motyvuoti: „Nesvarbu pinigai. Dirbu šį darbą daugiau iš idėjos, kad sumažinti sergamumą ir mirtingumą.“

Aštuoni respondentai teigė, kad nelabai yra motyvuojami, o tiesiog atlieka savo pareigą: „Nejaučiu jokios motyvacijos – atlieku iš pareigos kas gydytojui priklauso“, „...nesu labai motyvuojamas. Dirbu kas liepta ir kas priklauso dirbti.“

Vieno iš respondentų nuomonė: „Nelabai suprantu aš šios situacijos: Valstybė nesirūpina gyventojų socialine aplinka, nedarbu - tai reiškia ir jų sveikata, o iš kitos pusės leidžia pinigus programai, lyg norėdama kompensuoti savo nepadirbtus darbus.“

Antruoju klausimu gydytojams (*Kaip vertinate pirminės sveikatos priežiūros centro techninę bazę ir galimybę ją išnaudoti kuo efektyvesniam duomenų apie pacientus surinkimui, naudojimui ir apdorojimui?*) siekta atskleisti respondentų nuomonę apie įstaigos turimą techninę bazę, jos pritaikymo galimybes efektyviau vykdyti programą ir stebėseną.

Išskirta viena kokybinė kategorija: *įstaigos techninės bazės lygis*

16 lentelė

Gydytojų požiūris apie esamą sveikatos priežiūros įstaigos techninę bazę

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Įstaigos techninės bazės lygis	Kompiuteriai ir programinė įranga	„Galima sakyti tos techninės bazės kaip ir nėra – dirbame senoviniais metodais. Nėra kompiuterinės sistemos, kad greičiau būtų analizuojami atėję pacientai, jų atlikti tyrimai ir kontrolė ar visus tyrimus atliko.“ „Techninė bazė pakankamai skurdi. Juk būtų galima tiek

	<p>daug padaryti jeigu kiekvienas gydytojo kabinetas turėtų kompiuterį.“</p> <p>„Bloga techninė bazė. Gydytojams reikia kompiuterių, aptarnaujančio personalo. Būtų gerai jeigu galėtume anketas pildyti elektroniniu būdu. Nes dabar labai daug popierizmo.“</p> <p>„Pati įstaiga turi šiokią tokią techninę bazę, bet kabinetuose – prasta situacija. Juk galėtume kaip šiuolaikiniame pasaulyje suvesti viską ne į popierines korteles, o į kompiuterines programas.“</p> <p>„Esame nekompiuterizuoti. Žinoma, kompiuterio neužtektų. Reikėtų ir programų įvairių ir tinklo, kad ta informaciją visi galėtume suvesti, matyti analizuoti. Duomenis greitai surastume, tai tikrai palengvintų mūsų darbą.“</p> <p>„Registratūra kompiuterizuota, bet gydytojai – ne. Viską pildome į krūvas įvairiausių lapelių, klįjuojame juos kaip nežinau kokias laikais. Paskui vartome, vartome. Juk tiek informacinės technologijos išsivysčiusios.“</p>
--	---

Apibendrinimas. Visi 10 respondentų vertina techninę bazę blogai: „*Techninė bazė pakankamai skurdi. Jeigu kiekvienas gydytojo kabinetas turėtų kompiuterį, būtų galima tiek daug padaryti. O jeigu dar būtų ir internetas, galėtume ir patys elektroninius laiškus pacientams išsiųsti, kad jau laikas dalyvauti programoje. Aišku, čia būtų kita problema, turbūt pacientų elektroninių adresų neturime, nes niekas jų neklausia ir nesuveda.*“

Trečiuoju klausimu gydytojams (***Kokia Jūsų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros centro darbo, susijusio su širdies ir kraujagyslių prevencinės programos vykdymu, organizavimą? Gal galėtumėte pateikti pasiūlymų kaip jį pagerinti?***) siekta sužinoti gydytojų nuomonę apie jų įstaigos programos vykdymo organizavimą.

Išskirta viena kokybinė kategorija: *programos vykdymo organizavimas.*

17 lentelė

Gydytojų požiūris apie programos vykdymo organizavimą jų įstaigoje

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Programos vykdymo organizavimas	Bendradarbiavimas su darbdaviais	„Man atrodo organizuojama gerai, tik žmonių sąmoningumas prastas. Reikėtų skatinti per darbovietes, kad ir jie paragintų dalyvauti programose ir, kad duotų laisvą dieną atlikti reikiamus tyrimus. Jie turi būti taip pat suinteresuoti, kad pas juos dirbtų sveiki darbuotojai“.
	Privalomos pildyti dokumentacijos kiekis	„Nespėjame sunkių ligonių apžiūrėti, reikia ir paskirti gydymą, išrašyti sunkiai pildomus kompensuojamus receptus. Popierių tvarkymas – labiausiai brangų laiką suryjantis dalykas“.
	Darbu įstaigoje paskirstymas	„Sunku įtikinti ligonį, rasti jį, pakviesti atlikti tyrimus. Reikalinga griežčiau reikalauti iš slaugytojų kad atliktų tokius darbus: aktyviai kviesti gyventojus pagal amžiaus grupes dalyvauti programoje, kad ji kviesdama išaiškintų žmogui programos esmę, kad programa nemokama, kad

		<p>programa sveikatai ar gyvybei svarbi, išaiškinti jos reikšmingumą. Kad visų pirma duomenis apie pacientą surašytu pacientui atėjus, nes kartais net jo telefono numerio neturime.“</p> <p>„Organizavimas geras, tik slaugytojos daugiau turi stengtis. Jas vadovams reikėtų labiau pajudinti ir pareikalauti, kad aktyviau atliktų savo darbą, užsiimtų aktyviu žmonių kvietimu dalyvauti programoje.“</p>
	Programoje dalyvaujančių pacientų skaičiaus didėjimas	<p>„Manau, kad programa vykdoma pakankamai neblogai. Tai vertinu pagal tai kiek žmonių dalyvauja joje, tai reiškia, kad ji ir organizuojama gerai.“</p> <p>„Man atrodo, kad gerėja programos vykdymas. Ligoniai pradeda domėtis tyrimų rezultatais, juos lyginti su praėjusiais metais.“</p>
	Programos paslaugą teikiančios įstaigos savireklama	<p>„Galėtų įstaiga daugiau pasirūpinti ir savo reklama: išleisti lankstinuką, kuriame ir paminėtų, kad vykdomos programos ar ir kitais būdais informuoti gyventojus. Dabar to nėra. Galėtų sistemaiškai planuoti programų reklamą.“</p>

Apibendrinimas. Penkių gydytojų vertinimu, programos vykdymas organizuojamas gerai, kitų nuomonės išsiskyrė.

Du iš respondentų teigė, kad: „...galėtų labiau paskatinti pinigine išraiška, tai ir motyvas kitoks būtų dirbti.“, „...moka papildomai menkai“.

Vienas iš respondentų paminėjo įstaigos atliekamų programos tyrimų kainas: „Lėšos skirtos programos vykdymo finansavimui yra labai mažos, nes tyrimai brangūs, jų kaina didelės ir kas įstaigai belieka? Reikėtų šiek tiek padidinti programos įkainius ar bent balo vertę padidinti.“

Vienas iš respondentų teigė, kad: „...sunku iškviešti žmones atlikti programą, nes ligoniai prisirašę ne teritoriniu principu – iš viso miesto. Kaip juos fiziškai pakviesti. Dar labai daug yra išvykusių į užsienį, su jais jau daug metų kontakto neturime.“

Ketvirtuoju klausimu gydytojams (*Ką manote apie specializuotų širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos padalinių vykdančių programą antriniu ir tretiniu lygiu darbą? Ar Jūs patenkinti jų atliekamu darbu?*) siekta atskleisti gydytojų nuomonę apie antriniu ar tretiniu lygiu paslaugas teikiančių įstaigų darbą, jo būklę.

Išskirta viena kokybinė kategorija: *programą vykdančios įstaigos darbo organizavimas ir vykdymas.*

18 lentelė

Gydytojų nuomonė apie antriniu ar tretiniu lygiu paslaugas teikiančių įstaigų darbą

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Programą vykdančios įstaigos	Paciento informavimas apie vykdomą programą ir atliekamus tyrimus	<p>„Galėtų daugiau paaiškinti pacientams apie tai kokius tyrimus atlieka ir kam tie tyrimai reikalingi. Žmonės nesupranta tyrimų esmės, klausinėja mūsų.“</p> <p>„Jie atlieka labai trafaretiškai tą darbą. Nepaaiškina</p>

darbo organizavimas ir vykdymas		pacientui, tik surašo viską ir eikit pas savo šeimos gydytoją – jis jums viską paaiškina.“
	Dirbančių gydytojų kvalifikacija ir kompetencija	„Manau, kad kvalifikacija Šiauliuose dirbančio KPP menka.“ „Man atrodo, kad trūksta kompetencijos. Ten dirbanti gydytoja visų sričių meistras: ir onkologė, ir sporto medicinos gydytoja, ir kardiologė.“
	Paslaugos prieinamumas	„Kadangi pas juos būna eilių, jie labai skuba, neišaiškina pacientams tyrimų rezultatų.“ „Gydytoja labai skuba, nes dirba keliuose darbuose.“ „Viskas ten būtų gerai, jeigu nereikėtų žmonėms laukti tyrimų eilės.“

Apibendrinimas. Visi 10 gydytojų išreiškė nuomonę apie Šiaulių miesto specializuoto širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos padalinio darbą, nei vienas nepatiekė teiginių apie tretiniu lygiu dirbančių įstaigų darbą. Aštuoni iš visų respondentų vertina specializuotų padalinių darbą patenkinamai.

Dar vienas gydytojas išsakė štai tokį teiginį: „*Neturime mes su šia įstaiga gero kontakto, ryšio, duomenų analizės.*“

Pateikiu dar vieno gydytojo nuomonę: „*Vagia mūsų ligonius. Kviečia pas save prisirašyti.*“

Penktuoju klausimu gydytojams (***Ką manote apie esamą darbo krūvį vykdant asmens sveikatos priežiūrą ir galimybę pacientams patarti kaip stiprinti ir išsaugoti sveikatą?***) siekta atskleisti respondentų nuomonę apie esamą gydytojų darbo krūvį gydytojų požiūriu ir esamą pareigą vykdant asmens sveikatą vykdyti ir visuomenės sveikatos propagavimą.

Išskirtos dvi kokybinės kategorijos: *gydytojų darbo organizavimas* ir *paciento pagalba gydytojui suvokiant savo sveikatos svarbą*.

19 lentelė

Darbo krūvio vertinimas gydytojų požiūriu

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Gydytojų darbo organizavimas	Esamos gydytojų darbo laiko ir prisirašiusių pacientų normos	„Nuoširdžiai, kaip priklauso ir kaip norėtusi atlikti savo darbą – kartais nebelieka laiko ir fizinių jėgų. Vienam ligoniui užtenka trumpai viską paaiškinti, kitam turi aukoti valandą ar daugiau. Nespėjame atleisti ligonių pagal darbo valandas – dirbame viršvalandžius aukodami savo asmeninį laiką. Ateina ligonis ir be talono, kaip jo gali nepriimti.“ „Labai daug turiu prisirašiusių ligonių. Jeigu žiūrėčiau pagal normą kiek turiu laiko kiekvienam paskirti – nieko nespėčiau. Todėl su išsamiais patarimais būna sunkiai.“
	Gydytojui deleguota funkcija vykdyti visuomenės sveikatos propagavimą	„Galėtų kas nors ir kitas papildomai patarimus dalinti, nes vos spėjame visus popierius sutvarkyti ir gydyti ligonius.“ „Galėtų visuomenės sveikatos specialistai priruošti informacinių leidinukų, mes juo ligoniui paduotume, galėtų pasiskaityti.“
Paciento	Paciento noras vykdyti	„Aiškini, aiškini, o jis nevykdo – negeria nei vaistų nuo

pagalba gydytojui suvokiant savo sveikatos svarbą	gydytojo nurodymus	kraujo spaudimo, rūkyti nemeta, nei tyrimų nepadaro“. „Viską suspėjame. Tik ligoniai ne visada vykdo kas priklauso, tyrimus pamiršta ar tingi padaryti.“ „Daug kas priklauso ir nuo paciento. Jei jis rūpinasi savo sveikata, tai su juo ir lengva dirbti. Jei nesirūpina, tai aiškink neaiškines – niekas nesikeičia. Kiek kartų sakiau, kad mestų rūkyti, ne ir viskas. Net pikta. Su tokiais sunku ir susimąstai ar bevarta tokia ir laiką gaišti, geriau tą patį laiką paskirti kitam, kuris vykdo nurodymus ir rūpinasi savo sveikata.“
---	--------------------	--

Apibendrinimas. Išsiskyrė gydytojų nuomonės šiuo klausimu. Trys respondentai teigė, kad nors darbo krūvis didelis, bet spėja pabendrauti su pacientais apie sveikatos stiprinimą: „*Krūvis didelis, bet viską spėjame – esame užsigrūdinę.*“, „...*darbo krūvis didelis, bet užtenka laiko paaiškinti, jei tik pats ligonis domisi programa.*“

Vienas ekspertas teigė, kad: „*Krūvis labai didelis, manau, čia įstaigos vadovas galėtų labiau pasistengti suorganizuoti darbą kaip priklauso.*“

Vieno respondentų nuomone: „*Jei valstybė taip rūpinasi žmonėmis ir sukuria tokias programas, tai galėtų nors šiek tiek labiau mumis, gydytojais, pasirūpinti. Kuo toliau, tuo labiau tik apverčia papildomais dokumentais, formomis, sudėtingiausiais receptų išrašymais ir tik sunkina darbą. Atsisėstų į mūsų vietą ir būtų įdomu pažiūrėti kaip susitvarkytų pagal esamas gydytojų normas.*“

Vienas gydytojas respondentas pasakė: „*Pas esu tokio amžiaus, kad turėčiau sudalyvauti programoje, žinau, kad negerai, bet neturiu tam laiko.*“

Šeštuoju klausimu gydytojams (***Kokia Jūsų nuomonė apie Jūsų pildomas programos dokumentacijos formas? Gal turite pasiūlymų kaip jas patobulinti?***) siekta atskleisti respondentų nuomonę apie patvirtintas ir privalomas pildyti programos formas.

Išskirta viena kokybinė kategorija: *programos dokumentacijos formos.*

20 lentelė

Patvirtintų dokumentacijos formų vertinimas gydytojų požiūriu

Kategorija	Patvirtinantis teiginys
Programos dokumentacijos formos	„Esamos formos labai informatyvios“. „Forma gera, tik, kad rankiniu būdu dirbame: kol kortelės išvartai, kol palygini skirtingų metų duomenis – sudėtinga vertinti, lyginti. Ir tas vartymas užima papildomai laiko.“

Apibendrinimas. Visi (100%) respondentai išsakė nuomonę, kad esamos dokumentacijos formos yra geros ir tinkamos ir nepateikė pasiūlymų kaip būtų galima jas patobulinti. Visi respondentai paminėjo, kad reikalinga būtų tokias formas pildyti kompiuteriu: „...*reikia pereiti prie kompiuterizuotų darbo metodų...*“, „...*galėtume duomenis greičiau surasti, analizuoti, jeigu viskas būtų suvedama į kompiuterius...*“.

Vienos gydytojo pateikta nuomonė: „*Forma tai gera, bet pas mus viskas kuriama be sisteminio suvokimo: patvirtinta programa, ją vykdome, o kaip ją ir kokiomis priemonėmis darysite – tai jau nesvarbu. Kompiuterių tai neturime – finansavimo sukurti techninę bazę neskirta.*“

Septintuoju klausimu gydytojams (*Ką manote apie programos administravimo grupės atliekamą širdies ir kraujagyslių prevencinės programos stebėsenos rezultatų vertinimą pagal jos vykdymo rodiklius ir efektyvumo kriterijus?*) siekta atskleisti respondentų nuomonę apie administravimo grupės pateikiamą programos stebėsenos rezultatų vertinimą.

Išskirta viena kokybinė kategorija: *programos administravimo grupės programos stebėsenos rezultatų vertinimas.*

21 lentelė

Požiūris į programos administravimo grupės programos stebėsenos rezultatų vertinimą

Kategorija	Patvirtinantis teiginys
Programos administravimo grupės programos stebėsenos rezultatų vertinimas	<p>„Žinau, kad tokia grupė yra, bet ką ji dirba – neturiu supratimo. Nėra jokio vertinimo, jokių efektyvumo kriterijų.“</p> <p>„Nesuprantu apie ką kalbate. Žinau, kad anketos yra kažkam siunčiamos, bet kam ir kas iš to, nežinau. Nemačiau jokių stebėsenos rezultatų. Norėčiau juos pamatyti.“</p> <p>„Kiek žinau, administravimo grupė turėtų pateikti analizę pagal grafiką, gal kartą per metus bet neteko tos analizės gauti.“</p> <p>„Ar tokia grupė yra? Nesijaučia Lietuvoje, kad būtų tokia administravimo grupė.“</p> <p>„Neteko matyti administravimo grupės jokio stebėsenos rezultatų vertinimo.“</p> <p>„Pavieniai administravimo grupės nariai darė porą pranešimų apie programą, bet konkrečių stebėsenos rezultatų tikrai nepateikė.“</p>

Apibendrinimas. Visi (100 %) respondentai teigė negavę programos stebėsenos rezultatų vertinimo pagal jos vykdymo rodiklius ir efektyvumo kriterijus.

Vienas respondentų teigė: „*Mums būtina reikia atsakingų specialistų konsultacijų, analizės ir pasiūlymų kaip tobulinti darbą.*“

Vieno iš respondentų nuomonė: „*Kaip aš suprantu, administravimo grupė turėtų būti programos ir mūsų vedlys su stebėsenos rodikliais. Jie turėtų būti atsakingi, pilna ta žodžio prasme, už programos rezultatų vertinimą ir turėtų mums pateikti pastabas ir pasiūlymus, tai ir programa būtų vykdoma geriau. Dabar kiek žinau gauname tik pastabas dėl anketų užpildymo – mokomės iš savo klaidų. Panašu, kad jie šiai dienai tik duomenis suveda, bet mes jų negauname.*“

Dar viena respondento nuomonė: „*Man atrodo, kad administravimo grupei reikėtų didesnės jų darbo kontrolės iš Sveikatos apsaugos ministerijos. Ministerija galėtų paprašyti, kad grupė jai parodytų programos stebėsenos rezultatus.*“

Aštuntuoju klausimu gydytojams (*Kaip Jums organizuojami širdies ir kraujagyslių ligų diagnostikos ir prevencijos principų mokymai? Ar gaunate su programa susijusių metodikų ir rekomendacijų? Kas Jūsų nuomone jas turėtų teikti?*) siekta atskleisti respondentų nuomonę apie gydytojų kvalifikacijos, susijusios su širdies ir kraujagyslių ligomis, kėlimo galimybes, mokymų organizavimą, metodikų ir rekomendacijų gavimą ir kas jų nuomone tai turėtų daryti.

Išskirta viena kokybinė kategorija: *ŠKL diagnostikos ir prevencijos mokymų, rekomendacijų ir metodikų gavimo būdai*.

22 lentelė

Požiūris apie organizuojamus mokymus, gaunamas programos metodikas, rekomendacijas

Kategorija	Patvirtinantis teiginys
ŠKL diagnostikos ir prevencijos mokymų, rekomendacijų ir metodikų gavimo būdai	„Gal ir organizuojami, bet daugiau informacijos susirenku iš medicininių žurnalų šia tema.“ „Tobulinamės patys iš medicininės literatūros.“ „Patys organizuojamės vietinius pasitarimus, instruktažus. Metodinių rekomendacijų labai trūksta.“ „Mes patys tariamės su įstaigos administracija kaip reikia dirbti“.

Apibendrinimas. Visi (100%) respondentai teigė negaunantys su programa susijusių metodikų ir rekomendacijų išskyrus iš programos administravimo grupės ir įstaigos administracijos gautus nurodymus kaip teisingai pildyti anketas: „...supažindino su raštu kas neteisingai yra pildoma...“, „...kad neteisingai būna įrašyti duomenys...“.

Respondentų (100%) nuomone metodikas ir rekomendacijas bei mokymų teikimą turėtų organizuoti programos administravimo grupė.

Vienas respondentų paminėjo informaciją: „Farmacinės kompanijos kartais aprūpina anketomis“.

4.5.2. Kokybinio tyrimo pacientų interviu rezultatų analizė

Respondentų pacientų charakteristikos pateiktos 23 lentelėje.

23 lentelė

Demografinės tyrimo dalyvių, pacientų, charakteristikos (n = 10)

Lytis	Moterys (40 %, n = 4) ir vyrai (60 %; n = 6)
Amžiaus vidurkis	Moterų 57,5 m., vyrų 47,5 m.
Pasiskirstymas pagal darbinį statusą	9 respondantai dirbantys, 1 respondantas nedirbantis.
Išsilavinimas	Vidurinis – 2 respondantai, spec.vidurinis – 3 respondantai,

aukštesnysis – 3 respondentai, aukštasis – 2 respondentai.
--

Pirmuoju klausimu pacientams (*Ką konkrečiai žinote apie vykdomą širdies ir kraujagyslių prevencijos programą?*) siekta išsiaiškinti respondentų žinias apie programą.

Išskirta viena kokybinė kategorija: *pacientų žinios apie programą*.

24 lentelė

Pacientų žinios apie vykdomą širdies ir kraujagyslių programą

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Pacientų žinios apie programą	Paciento informavimo lapo užpildymas	„Davė pasirašyti kažkokį lapą, paaiškino, kad tai yra programa, kad turėsiu atlikti tyrimus.“ „Gavau pakvietimą. Kvietė seselė. Jei būtų nekvietė, nebūčiauėjusi. Kai pakvietimą gavau, tada ir sužinojau.“
	SCORE lentelė	„Praėjusiais metais man rodė kažkokią lentelę. Pamenu sakė, kad jei ir toliau rūkysiu, greičiau mirsiu nei nerūkyčiau.“ „Gydytojas pamenu rodė spalvotą lentelę. Ten labai įdomiai parodoma už kiek metų mirsi, jeigu nesveikai gyvensi. Tai priklauso nuo amžiaus, lyties, cholesterolio, kraujospūdžio ir ar rūkai.“
	Atliekami programos tyrimai	„Žinau, kad yra matuojamas kraujospūdis, tiriamas cholesterolis.“ „Žinau, kad reikia pasitikrinti širdį.“ „Daro elektrokardiogramą.“

Apibendrinimas. Nei vienas apklaustų respondentų (100%) neįvardino žodžio „programa“, bet visi turėjo žinių, kad yra atliekami tyrimai, duodama pasirašyti informavimo forma, tikrinama širdis.

Antruoju klausimu pacientams (*Ar dalyvavote širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programoje? Su kokiomis problemomis susidūrėte?*) siekta išsiaiškinti ar respondentai gydymo įstaigoje buvo pakviesti dalyvauti programoje ir ar jie nesusidūrė su problemomis.

Išskirta viena kokybinė kategorija: *programos organizavimas pacientų požiūriu*.

25 lentelė

Pacientų požiūris į programos organizavimą

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Programos organizavimas pacientų požiūriu	Informavimas apie programos tikslą ir svarbą	„Galėjo gydytoja ir išsamiau paaiškinti kodėl mane taip tyrinėti reikia.“ „Man patinka atlikti tyrimus, bet nelabai supratau kokiu tikslu.“
	Pacientų pakvietimas dalyvauti programoje	„Sakė, kad po metų reikės ateiti. Abejoju ar nepamiršiu.“ „Tik reikėjo pačiai prisiminti, nes niekas nepriminė.“
	Bendros informacinės medžiagos pateikimas	„Galėtų gydytojas kokios literatūros duoti, nes išėjau tuščias, paskaityčiau.“
	Paslaugų prieinamumas	„Tik pas mano gydytoją labai daug žmonių – ilgai tenka laukti.“ „Pas daktarus tik eilės, nurodytu laiku nepavyksta patekti. O iš darbo išsiprašyti nelabai lengva.“

Apibendrinimas. Visi apklausti respondentai (100%) buvo dalyvavę programoje. Įvardintos problemos su kuriomis susidūrė: eilės pas gydytojus, išsamios informacijos apie tyrimus ir bendros informacinės medžiagos nepateikimas.

Trečiuoju klausimu pacientams (*Ar buvote siunčiamas išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę į specializuotą širdies ir kraujagyslių ligų padalinį – antru ar trečiu lygiu? Su kokiomis problemomis susidūrėte?*) siekta išsiaiškinti respondentų, siųstų išsirtinti antru ar trečiu lygiu nuomonę apie atliktas paslaugas.

Išskirta viena kokybinė kategorija: *programos organizavimas antru ar trečiu lygiu pacientų požiūriu.*

26 lentelė

Pacientų požiūris apie specializuotų širdies ir kraujagyslių ligų padalinių darbo organizavimą

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Programos organizavimas antru ar trečiu lygiu pacientų požiūriu	Informavimas apie programos tikslą ir svarbą	„Aš mėgstu viską smulkmeniškai išsiaiškinti. Pradėjau klausinėti ir iš gydytojos atsakymų supratau, kad ji neturi laiko ilgiems pokalbiams su manimi. Išėjau nelabai supratusi ar tie tyrimai geri, ar nelabai.“
	Paslaugų prieinamumas	„Aptarnavo gerai, tik reikėjo laukti apie mėnesį kol pateksiu“.

Apibendrinimas. Iš dešimties trys (30%) respondentai buvo siunčiami išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę į specializuotą padalinį. Du iš jų teigė, kad reikėjo paslaugos palaukti apie mėnesį. Vienas gydytojos darbą įvertino kaip skubotą.

Ketvirtuoju klausimu pacientams (*Iš kur ir koku būdu sužinojote apie širdies ir kraujagyslių prevencijos programą? (gavote lankstinuką, kvietimą iš asmens sveikatos priežiūros centro, pasakė pažįstami ir t.t.)*) siekta išsiaiškinti kokias informacines priemones respondentai išvardins, koks programos viešinimo būdas juos pasiekė. Išskirtos dvi kokybinės kategorijos: *programos viešinimo būdas pasiekęs pacientą ir reali gyvenimo situacija paskatinusi susirūpinti sveikata.*

27 lentelė

Programos viešinimo ar sužinojimo būdas paskatinęs dalyvauti programoje

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Programos viešinimo būdas pasiekęs pacientą	Poliklinikos darbuotojų informacijos sklaida	„Poliklinikoje kai kreipiausi dėl kito susirgimo.“ „Sužinojau, kai vežiau žmoną pas gydytoją į polikliniką. Sako ir man reikia pasitikrinti.“ „Sužinojau pas gydytoją, kai rado aukštą kraujospūdį. Po to pradėjau pati domėtis, žurnalus skaityti.“ „Gydytoja pasakė, kad man pagal amžių reikia atlikti visus

		tyrimus, tai kaip suprantu, tai ir yra programa apie kurią klausiate.“ „Pakvietė seselė.“
	Informacinių priemonių būdas	„Esu kažką skaičiusi spaudoje.“ „Sužinojau per Šiaulių TV, sveikatos laidą. Poliklinikos gydytoja kvietė atvykti pasitikrinti moteris nuo 50 iki 65 metų.“
Reali gyvenimo situacija paskatinusi susirūpinti sveikata	Kitų žmonių netikėta mirtis	„Kai brolis staiga mirė nuo infarkto ir aš susirūpinau savo sveikata, atėjau pas gydytojus. Bijau, kad ir aš nuo to nemirčiau“. „Kai sužinojau, kad kaimyną, o jam tik 42 m., ištiko infarktas. O jis nei gėrė, nei rūkė, buvo sportininkas. O aš tuo pasigirti negaliu, išsigandau.“

Apibendrinimas. Didžioji dalis respondentų sužinojo apie programą iš poliklinikos darbuotojų atvykę vizitui pas gydytoją dėl kitų priežasčių. Respondentų buvo išvardinti šie informacijos teikimo kanalai ar būdai: poliklinikos darbuotojai, spauda, televizija. Du respondentai atėjo pasitikrinti sveikatą po kitų žmonių netikėtų mirčių nuo širdies ir kraujagyslių ligų.

Penktu klausimu pacientams (*Kokia Jūsų nuomonė apie širdies ir kraujagyslių prevencijos programos viešinimą spaudoje, per televiziją, per radiją ar kitas masinio informavimo priemones? Gal galėtumėte išsamiau įvardinti kur ir ką teko apie programą girdėti?*) siekta išsiaiškinti pacientų nuomonę apie esamą programos viešinimą per masinio informavimo priemones ir kokią konkrečiai informaciją prisimena.

Išskirta viena kokybinės kategorija: *programos viešinimo informacija pasiekusi pacientą.*

28 lentelė

Programos viešinimo per masinio informavimo priemonėse pacientų pasiekiamumas

Kategorija	Patvirtinantis teiginys
Programos viešinimo informacija pasiekusi pacientą	„Teko skaityti straipsnį vietiniame laikraštyje apie širdies ligas, bet, kad apie programą kas būtų paminėta, nepamenu.“ „Dabar daugiau visi apie E 621 kalba. Apie širdies programą neteko girdėti. Nemėgstu laidų apie sveikatą, nes ten daug reklamos prikišta.“ „Mačiau kažkada laidą per televiziją apie širdies ligas. Minėjo, kad didelis cholesterolis užkemša kraujagysles, susergama infarktu, kad reikia judėti ir neviršyti svorio.“ „Mačiau per Šiaulių televiziją laidą. Gydytoja minėjo, kad yra programos, bet kokios dabar neišvardinsiu. Gimdos kaklelio tik prisimenu. Dar prostatos.“ „Nieko negirdėjau per masines informavimo priemones.“ „Apie šią programą? Ne, per informavimo priemones neteko nieko girdėti. Va apie prostatą tai mačiau, kur senutės ragina vyriškius pasitikrinti.“

Apibendrinimas. Nei vienas iš respondentų konkrečiai neįvardino, kad girdėjo per masines informavimo priemones pateiktą informaciją apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programą. Įvairią bendrą informaciją apie širdies ir kraujagyslių ligas teko sužinoti visiems, įvairiais būdais.

Šeštu klausimu pacientams (*Ką manote apie Jūsų šeimos gydytojo pateiktą ir išaiškintą prevencinės programos tikslą ir Jūsų dalyvavimo programoje svarbą Jūsų sveikatai bei pateiktas profilaktines priemones ir patarimus, kaip stiprinti ir saugoti sveikatą? Kaip buvo pateikta informacija ir kaip gydytojas atsakė į Jums iškilusius klausimus? Kaip Jūs supratote informacinio pranešimo turinį?*) siekta išsiaiškinti ar pacientams buvo paaiškinta koks svarbus yra programos tikslas, ar buvo atsakyta į visus paciento klausimus, ar gydytojas pacientas suprato informacinio pranešimo turinį.

Išskirta viena kokybinė kategorija: *gydytojo informacijos pateikimas apie programos svarbą.*

29 lentelė

Gydytojo pateiktos informacijos apie programą supratimas pacientų požiūriu

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Gydytojo informacijos pateikimas apie programos svarbą	Informacinio pranešimo turinio perteikimas	„Pasirašiau ant lapo, kurį gydytoja davė. Neskaičiau nieko, tik parašą padėjau.“ „Gydytojas davė kažkur padėti parašą. Sakė pasirašyti, tai ir pasirašiau.“ „Sakė ramiai perskaityti, bet skubėjau, tai greitai padėjau parašą ir viskas.“ „Perskaičiau pranešimą. Bet ten nieko naujo nesužinojau – tas pats per tą patį: nerūkyk, negerk...“.
	Gydytojo atsakymai į paciento klausimus	„Gydytoja greitai atsakė apie mitybą, bet man neišeina taip maitintis ir gyventi. Maitintis neturiu laiko.“ „Aš mėgstu uždavinėti klausimus, nes man daug kyla visokių abejonių. Labai aiškiai informavo, kad turiu keisti gyvenimo būdą, nes gyvenisiu trumpiau negu galėčiau, jeigu nepakeisiu gyvenimo būdo“. „Aš visada susirašau visus neaiškumus ir prašau paaiškinimo. Man paaiškino.“ Iš aiškino, atrodo, viską, bet neišsidėmėjau, negalėčiau atpasakoti.

Apibendrinimas. Didžioji dalis respondentų teigė, kad gydytojas aiškiai atsakė į respondentų užduotus klausimus. Buvo pora respondentų kurie teigė: *“Aš nieko neklausinėju – man ir taip viskas aišku.”*, *„...nebėgu pas gydytoja kiekvieną kartą aiškintis. Informaciją susirandu internete.“*

Išsamiai su informacinio pranešimo turiniu susipažino 1 respondentas iš dešimties (10 %).

Septintu klausimu pacientams (*„Kaip Jūs reaguojate į gydytojo nurodymus sveikai gyventi ir atlikti paskirtus tyrimus? Ką žinote apie pakartotinį dalyvavimą programoje?“*) siekta išsiaiškinti ar respondentai vykdo gydytojo nurodymus, ar atlieka paskirtus tyrimus, ar buvo informuoti apie pakartotinį dalyvavimą programoje.

Išskirta viena kokybinė kategorija: *paciento gydytojo nurodymų vykdymas.*

Paciento požiūris į gydytojo nurodymus ir jų vykdymas

Kategorija	Patvirtinantis teiginys
Paciento gydytojo nurodymų vykdymas	<p>„Stengiuosi vykdyti, bet ne visada yra galimybės.“</p> <p>„Nevykdu, nes nėra kada. Vykdu tik tada kai jau visai blogai ir be vaistų nebegaliu.“</p> <p>„Tyrimus atlikau, bet gydytojo nurodymus ne visada vykdu.“</p> <p>„Nevykdu beveik. Kelionėse nuolat tolimųjų reisų, sunku reguliariai maitintis. Maitinuosi kaip papuola.“</p> <p>„Vykdu viską kruopščiai. Užsirašau į darbo kalendorių kada ką reikia padaryti, kad nepamirščiau.“</p> <p>„Pasistengsiu vykdyti, nes gydytoja truputį pagąsdino. Reikės sekti padidintą kraujospūdį.“</p> <p>„Rūkyti mesti neišeina, nors ir griežtai liepia.“</p>

Apibendrinimas. Visi respondentai buvo informuoti apie pakartotinį dalyvavimą programoje: „...sakė, žinau, kad kitais metais...“, „...po metų, bet abejoju ar prisiminsiu“.

Tyrimus nurodytus gydytojo atliko devyni iš dešimties respondentų (90%).

Gydytojo nurodymus sveikai gyventi vykdo trys respondentai iš dešimties. (30%).

IŠVADOS

1. Aukšti širdies ir kraujagyslių ligų mirtingumo statistiniai duomenys Šiaulių mieste ir visoje Lietuvoje rodo, kad programa yra reikalinga. Teisės aktai pakankamai ir detaliai reglamentuoja programos įgyvendinimą.
2. Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų, vykdančių programą darbo organizavimas bei valdymas yra nepakankamai efektyvus dėl įstaigų vadovų darbų paskirstymo esamiems įstaigos darbuotojams, darbo krūvio nesureguliuojimo, skurdžių techninės ir programinės įrangos galimybių pacientų informavimui, registravimui, duomenų įvedimui ir analizei.
3. Gyventojų skatinimo dalyvauti programoje viešinimas yra nepakankamas, galimybės informuoti gyventojus optimaliai nėra išnaudotos. Nė vienas iš apklaustų gyventojų per masines informavimo priemones negirdėjo ir nematė jokios informacijos apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programą. Net pacientai, dalyvaujantys programoje ir pasirašę informacinį pranešimą, nežino, kad programoje dalyvauja.
4. Gydytojai nepakankamai vykdo visuomenės sveikatos propagavimą ir nepakankamai laiko skiria pokalbiams su pacientu apie tai kaip stiprinti ir išsaugoti sveikatą, nes yra apkrauti biurokratiniu darbu: privalo pildyti ir įvairiose sistemose registruoti formas, dokumentus ir rašyti sudėtingus kompensuojamųjų vaistų receptus.
5. Programos administravimo grupė Šiaulių miesto pirminės sveikatos priežiūros centrams ir specializuotam širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos padalinii neteikia programos vykdymo rodiklių, rezultatų ir efektyvumo pagal nustatytus kriterijus.
6. Gydytojai nėra apmokomi širdies ir kraujagyslių ligų diagnostikos prevencijos principų ir negauna su programa susijusių metodikų bei rekomendacijų, išskyrus iš programos administravimo grupės ir įstaigos administracijos gautus nurodymus, kaip teisingai pildyti anketas.
7. Nėra glaudaus tarpusavio bendradarbiavimo tarp programoje dalyvaujančių Šiaulių miesto pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių centrų ir specializuoto širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos padalinio (KPP).

Kelta darbo hipotezė pasitvirtino.

PASIŪLYMAI

Sveikatos apsaugos ministerijai:

1. Tęsti šią programą, nes tik ilgalaikės ir tęstinės programos duoda rezultatų ir gyventojų sergamumo statistika tai pagrindžia.
2. Papildyti programoje nurodytų atlikti tyrimų pirminiame lygyje sąrašą įtraukiant: 1) gliukozės toleravimo mėginį, 2) kreatininą ir šlapalą.
3. Papildyti programos administravimo grupės narių sąrašą įtraukiant gydytoją nefrologą, sveikatos ekonomistą, teisininką.
4. Pakeisti patvirtintą programos informacinį pranešimą, padarant jį vizualiai ir informacijos pateikimo aspektu įdomesnį ir patrauklesnį pacientui.
5. Suvienodinti du teisės aktus: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymu V-1013 patvirtinta Lietuvos medicinos norma MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gegužės 31 d. įsakymu Nr. 301 patvirtinto įsakymo "Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose" 6 priedas "Neinfekcinių ligų profilaktikos ir kontrolės tvarka". Šiuose dviejuose teisės aktuose nesutampa asmenų, kuriems šeimos gydytojas turi atlikti cholesterolio tyrimą, amžius.
6. Pakeisti programos įgyvendinimo tvarką paankstinant galinčių programoje dalyvauti gyventojų amžių. Būtų galima paankstinti penkiais metais. Pirmus penkis metus paslaugos teikimo periodiškumas galėtų būti retesnis, ne kasmet, o kas 2-3 metus.
7. Sveikatos apsaugos ministerijai peržiūrėti ir patobulinti programos įgyvendinimo vadybą, įvardinant siektinus rodiklius, numatant priemones ir programos viešinimo būdus. Būtina numatyti nuolatinį ir sistemingą finansavimą organizuojant programos viešinimą, reklamavimą įvairiais būdais ir priemonėmis.
8. Sveikatos apsaugos ministerijai analizuoti bendrosios praktikos gydytojų galimybes aktyviau dalyvauti lėtinių neinfekcinių ligų profilaktikoje ir numatyti šiai veiklai skatinamąsias priemones.
9. Sveikatos apsaugos ministerijos sekretoriui pagal administravimo sritį kontroliuoti „Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos“ vykdymą.

Nacionalinei sveikatos tarybai, sveikatos politikams, Sveikatos apsaugos ministerijai:

1. Svarstyti galimybę pakeisti Lietuvos Respublikoje galiojančius teisės aktus numatant paciento atsakomybę už savo sveikatos žalojimą (neatsisakant žalingų priklausomybių ir t.t.) ir gydytojo

nurodymų nevykdymą.

2. Siekiant vystyti ir skatinti racionalų vaistų vartojimą, tarp jų ir kardiologinių vaistų, Lietuvoje galėtų būti pradėtas nepriklausomas podiplominis farmakologinis gydytojų mokymas ir pradėtas vykdyti vaistų skyrimo monitoringas.

Sveikatos priežiūros įstaigoms vykdančioms programą:

1. Reikalingas aktyvus gyventojų pakvietimas dalyvauti programoje, daugiau išnaudojant bendruomenės slaugytojų potencialą.

2. Reikalinga susitvarkyti prie įstaigų prisirašiusių pacientų duomenų bazes ar ambulatorines korteles, kad jose būtų visa reikalinga kontaktinė paciento informacija, pvz., laidinio ar mobiliojo telefono numeris, elektroninio pašto adresas.

Programos administravimo grupei:

1. Programos administravimo grupei palaikyti glaudesnę, betarpiškesnę ir dažnesnę kontaktą su gydymo įstaigomis, vykdančiomis programą – stiprinti bendradarbiavimą laiku pateikiant programos rezultatų vertinimą pagal programos vykdymo rodiklius ir efektyvumo kriterijus, teikti ir analizuoti tarpinius stebėsenos duomenis.

LITERATŪRA

Teisės aktai:

1. Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“, 1998 m. liepos 2 d. Nr. VIII-833, Valstybės žinios: 1998-07-17 Nr.64-1842
2. Lietuvos Respublikos Seimo rezoliucija „Dėl Lietuvos sveikatos politikos įgyvendinimo“. 2003 m. birželio 19 d. Valstybės žinios, 2003-06-25, Nr.60-2700.
3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“, 2005 m. lapkričio 25 d. Nr. V-913, Valstybės žinios, 2005-12-13, Nr. 145-5288
4. Lietuvos Respublikos Konstitucija, priimta Lietuvos Respublikos piliečių 1992 m. spalio 25 d. referendume, 53 str.
5. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas 1994 m. liepos 19 d. Nr.I-552, Vilnius Valstybės žinios, 1994-08-17, Nr. 63-1231.
6. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl valstybinės širdies ir kraujagyslių ligų profilaktikos programos“ 1999 m. balandžio 8 d. nutarimas Nr. 385.
7. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl valstybės investicijų 2004–2006 metų programoje numatytų 2004 metams kapitalo investicijų paskirstymo pagal asignavimų valdytojus ir investicijų projektus“, 2004 m. vasario 9 d. Nr. 140 Valstybės žinios, 2004-02-12, Nr. 23-707.
8. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymo nr. V-913 „Dėl asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“ papildymo, 2008 m. gruodžio 9 d. Nr. V-1224, Vilnius, Valstybės žinios, 2009-01-10, Nr. 3-68.
9. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymo nr. V-913 „Dėl asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“ papildymo, 2008 m. gruodžio 9 d. Nr. V-1224, Vilnius, Valstybės žinios, 2009-01-10, Nr. 3-68. Informacinio pranešimo forma http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.dok_priedas?p_id=30784
10. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552. Valstybės žinios 1994 m. rugpjūčio 17d., Nr. 63-1231.
11. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I-1343, Vilnius 1996, Nr. 55-1287.

12. Nacionalinės sveikatos tarybos nutarimas, 2004 m. vasario 24 d. Nr. N-4 „Dėl širdies ir kraujagyslių profilaktikos programos“, http://www3.lrs.lt/pls/inter/nst.show?p_rid=698&p_did=36656, žiūrėta 2011-01-30
13. NST nutarimas „Dėl lėtinių širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos ir gydymo vadybos optimizavimo“ 2008 m. spalio 8 d. Nr.N-3.
14. Sveikata 21.Sveikata visiems XXI amžiuje. ISBN 9986-882-02-8
15. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas V-1013 Lietuvos medicinos norma MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“
16. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gegužės 31 d. įsakymas Nr. 301 "Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose“.

Mokslo darbai, pranešimai, ataskaitos, straipsniai:

17. Grabauskas, V. Visuomenės sveikatos reformos poreikis. Kn. Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai 2009 1 (1). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.
18. Kalėdienė, R. Lietuvos gyventojų sveikatos raida. Kn.: Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai 2010 1(2). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2010.
19. Gaižauskienė A., Ar išvengiama mirtingumo rodiklis yra tinkama priemonė sveikatos priežiūros sistemos vertinimui Lietuvoje? Kn. Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai 2010 1(2). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.
20. Petrulionienė Ž., Kardiovaskulinės rizikos įvertinimo ir modifikavimo įtaka aterosklerozės progresavimui ir sąsajos su arterijų sienelės pažeidimo žymenimis. Habilitacijos procedūrai teikiamų mokslo darbų apžvalga, Vilniaus universitetas, 2009 04 20.
21. Pečiūra R., Sveikatos politikos efektyvumo užtikrinimo instrumentai. Kn. Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai 2010 1(2). Vilnius, Mykolo Romerio universitetas.
22. Jankauskienė, D. Sveikatos politikos ir valdymo vystymas. Kn. Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai 2009 1(1). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2009.
23. Pečiūra R., Sveikatos politikos efektyvumo užtikrinimo instrumentai. Kn. Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai 2010 1(2). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.
22. Gurevičius R., Jaselionienė J. Mirtingumo nuo svarbiausių mirties priežasčių dinamika Lietuvoje, Europos sąjungos ir Baltijos šalyse. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, 2010.
24. Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuras, Šiaulių miesto gyventojų sveikatos būklė. 2009 metų ataskaita, VšĮ Šiaulių universiteto leidykla, 2010, Šiauliai.
25. Kalėdienė R. Lietuvos gyventojų sveikatos raida. Kn. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje. Vilnius: UAB Sveikatos ekonomikos centras, 2010.

26. Jankauskienė, D., Ališauskienė, R., Navickienė, R., Vaitkevičienė, R. Pacientų dalyvavimo sveikatos apsaugos procese įvertinimas. Visuomenės sveikata, 2008, 3(42).
27. Povilanskienė, R., Jurkuvėnas, V. Visuomenės sveikatos programų vertinimas, Visuomenės sveikata, 2009/4(47).
28. Joshua T. Cohen, Peter J. Neumann, Milton C. Weinstein. Does Preventive Care Save Money? Health Economics and the Presidential Candidates, N Engl J Med 2008; 358.

Knygos:

29. Jankauskienė, D., Pečiūra, R. Sveikatos politika ir valdymas. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007.
30. Domarkienė, S. Širdies ir kraujagyslių ligos. Epidemiologija ir profilaktika. Kaunas: Kauno medicinos universiteto kardiologijos institutas, 2000.
31. Kardelis, K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Kaunas, JUDEX leidykla, 2002.
32. Klepcigas, H. Širdies ir kraujagyslių ligos. Vilnius: Mokslas, 1989.
33. Tarptautinis žodžių žodynas. Vilnius: Vyriausioji enciklopedijų redakcija, 1985.
34. Juškelienė, V. Visuomenės sveikatos įvadas: Sveikatos samprata, sveikatos rizikos ir palaikantys veiksniai. Vilnius: Vilniaus pedagoginio universiteto leidykla, 2007.
35. Petrulionienė Ž., Mažinkime širdies ligų riziką. Vilnius: Margi raštai, 2005.

Interneto puslapiai:

36. Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos vykdymo 2009 m. apžvalga, Valstybinės ligonių kasos http://www.vlk.lt/vlk/pag/files/prevencija/apie_programas_2010/prevencija10.pdf, žiūrėta 2011-03-15
37. Valstybinės ligonių kasos tinklapis, protokolai (2005-07-15 Nr. 7 ir 2005-09-30 Nr. 9) http://www.vlk.lt/vlk/kt/?page=item&item_id=204 ir http://www.vlk.lt/vlk/kt/?page=item&item_id=210 žiūrėta 2011-01-28.
38. Valstybinė ligonių kasa. Informacinis pranešimas 2010 08 04, http://www.vlk.lt/vlk/pr/?page=item&kat_id=1&date=2010-08-04&item_id=1815 žiūrėta 2011 03 09.
39. Europos sąjungos portalas apie sveikatos apsaugą http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/cardiovascular_diseases/index_lt.htm, žiūrėta 2010-01-15
40. Prieiga per internetą: <http://www.healthpowerhouse.com/files/heart-index-2008-lt.pdf>
41. http://epp.eurostat.ec.europa.eu:80/portal/page/portal/statistics/search_database
41. Walter, 1994 http://www.leidykla.vu.lt/fileadmin/Acta_Paedagogica_Vilnensia/14/133-144.pdf
41. <http://www.stat.gov.lt/lt>

43. <http://www.medicine.lt/index.php?pagrid=leidiniai&subid=gm&strid=7492> , žiūrėta 2011-01-29
44. http://www.heart.lt/index.php/pagrindinis_meniu/pacientams/suzinok_savo_rizika/3983/, žiūrėta 2010-01-29.
45. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>, žiūrėta 2010-12-14
44. Žydžiūnaitė, V. , Merkys, G., Jonušaitė S.,
http://www.biblioteka.vpu.lt/pedagogika/PDF/2005/76/zydziunaite_merkys_jjonusaite.pdf
46. Strauss, A. L., Corbin, J. (1998). Basic of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. Sage, 2nd ed., 312. [žiūrėta 2010-06-15]. Prieiga internete:
<http://gtm.vlsm.org/gtm-13.html>
47. <http://www.siauliutlk.lt/index.php?2065208018>
48. http://www.gydytojas.com/SCORE_lentele.pdf
49. Prieiga per internetą: <http://www.healthpowerhouse.com/files/heart-index-2008-lt.pdf>
50. Ambrozaitienė, A. (2010). Gyventojų mirtingumas mažėja. Žiūrėta 2011-03-16]. Prieiga per internetą: <http://www.stat.gov.lt/lt/news/view/?id=7677>
51. Fielding J. E., Husten C. G., Richland J. H., Cohen J. T., Neumann P. J., Weinstein M. C. Does Preventive Care Save Money// N Engl J Med 2008; 358:2847-2848, Jun 26, 2008
52. www.lsic.lt
53. Javtokas, Z.,
http://www.smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Kvalifikacijos_tobulinimas/Lektura/Sveikatos_stiprinimas-Konspektas.pdf

Laikraščiai, žurnalai

54. Žemaitienė E., Pasirašyta širdies sveikatos chartija. Lietuvos medicinos kronika, 2007 10 24, Nr.28, p.5.
55. Kasiulevičius, V. Šeimos gydytojų vaidmuo taikant ŠKL profilaktiką. Lietuvos GYDYTOJO žurnalas. Kaunas: 2010 Nr. 10 (34) 72 psl.
56. Lietuvos sveikata. „Sveikatos sąjūdis turi būti kaip Kemzūros komanda!“. 2010 m. rugsėjo 23–29 d. Nr. 38 (877).

Garbenienė H. Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programos efektyvumo vertinimas Šiaulių mieste / Sveikatos politikos ir valdymo magistro baigiamasis darbas. Vadovė prof. dr. D. Jankauskienė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2011. 96 p.

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe išanalizuotas Asmenų, priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos efektyvumas Šiaulių mieste. Iškeltos programos vykdymo ir valdymo problemos bei pateikti pasiūlymai, kaip šias problemas spręsti. Teorinėje dalyje teoriniu aspektu tiriamas programos reikalingumas, Lietuvos teisės aktai, reglamentuojantys programos įgyvendinimą. Išanalizuoti sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų duomenys ir statistikos rezultatai bei įvertinta programos įgyvendinimo situacija Lietuvoje ir Šiauliuose. Ketvirtojoje dalyje nagrinėjamas ekspertų, gydytojų ir pacientų požiūris apie širdies ir kraujagyslių ligų programos įgyvendinimą.

Pagrindinės sąvokos: Asmenų, priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos efektyvumo vertinimas, programos valdymas, širdies ligų prevencija, kraujagyslių ligų prevencija.

Garbenienė H. Assessment of the efficiency of the prevention program of heart and vascular diseases in Šiauliai City / the Health Policy and Management Master's Thesis. Advisor prof. dr. D. Jankauskienė. – Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, 2011. 96 p.

ABSTRACT

In the Master's Thesis, there is analysed the efficiency of the program of financing of the selection and prevention measures of persons attributed to the group of high risk of cardiovascular diseases in Šiauliai City. The problems of performance and management of the program are raised and suggestions, how to solve these problems, are presented. In the theoretical part, the necessity of the program, Lithuanian law acts regulating implementation of the program are investigated in a theoretical aspect. Data and statistical results on morbidity and mortality caused by cardiovascular diseases are analysed as well as the situation of the program implementation in Lithuania and Šiauliai is assessed. In the fourth part, there is considered the approach of experts, therapists and patients towards implementation of the program of heart and vascular diseases.

Key concepts: Assessment of the efficiency of the program of financing of the selection and prevention measures of persons attributed to the group of high risk of cardiovascular diseases, management of the program, prevention of heart diseases, prevention of vascular diseases.

Garbenienė H. Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programos efektyvumo vertinimas Šiaulių mieste / Sveikatos politikos ir valdymo magistro baigiamasis darbas. Vadovė prof. dr. D. Jankauskienė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2011. 96 p.

SANTRAUKA

Širdies ir kraujagyslių ligos Lietuvoje kaip ir visame pasaulyje yra dažniausia mirtingumo priežastis. Pasiiekti geresnių sveikatos rodiklių galima įtraukiant kuo daugiau gyventojų į sveiką gyvenimą skatinančias programas, tačiau svarbi visuma - programos reikalinga ir tinkamai valdyti.

Darbo tikslas - įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programos vykdymo efektyvumą Šiaulių mieste.

Darbo uždaviniai: Išnagrinėti Asmenų, priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos reikalingumą, Lietuvos teisės aktus, reglamentuojančius programos įgyvendinimą. Išanalizuoti sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų duomenis ir statistikos rezultatus bei įvertinti programos įgyvendinimo situaciją Lietuvoje ir Šiauliuose. Įvertinti širdies ir kraujagyslių programos efektyvumą jos vartotojų ir vykdytojų požiūriu Šiaulių mieste ir pateikti programai pasiūlymus.

Tyrimo objektas: Asmenų, priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa.

Tyrimo dalykas: Asmenų, priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos efektyvumas, įgyvendinimas bei problemos.

Darbo metodai: aprašomasis, palyginamosios analizės, istorinis, ir 3 sociologiniai tyrimai: kokybinis gydytojų ir pacientų nuomonės tyrimas ir kokybinis tyrimas – pusiau struktūruotas ekspertų interviu.

Išvados: Programa reikalinga, nes mirtingumas Šiaulių mieste kaip ir visoje Lietuvoje nuo širdies ir kraujagyslių ligų išlieka didžiausias. Teisės aktai gerai reglamentuoja programos įgyvendinimą. Vienas iš trūkumų – nepakankamai efektyvus pirminės sveikatos priežiūros įstaigų, vykdančių programą, darbo organizavimas bei valdymas. Gyventojų skatinimo dalyvauti programoje viešinimas yra nepakankamas, gydytojais nepakankamai vykdo visuomenės sveikatos propagavimą, nes yra apkrauti biurokratiniais darbais. Nėra glaudaus tarpusavio bendradarbiavimo tarp programoje dalyvaujančių Šiaulių miesto pirminės sveikatos priežiūros centrų, specializuoto širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos padalinio ir programos administravimo grupės.

Siūloma tęsti šią programą, įtraukiant papildomus tyrimus pirminiame lygyje, aktyviau kviesti gyventojus dalyvauti programoje, svarstyti paankstinti programos dalyvių amžių, numatyti finansavimą organizuojant programos viešinimą, gerinti programos įgyvendinimo vadybą. Programos

administravimo grupei siūloma palaikyti glaudesnę kontaktą su gydymo įstaigomis, vykdančiomis programą.

Garbenienė H. Assessment of the efficiency of the prevention program of heart and vascular diseases in Šiauliai City / the Health Policy and Management Master's Thesis. Advisor prof. dr. D. Jankauskienė. – Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, 2011. 96 p.

SUMMARY

Heart and vascular diseases are the most frequent cause of mortality in Lithuania as well as in the whole world. It is possible to achieve better health rates involving as many people into programs encouraging and stimulating healthy lifestyle as possible, however the totality is also important – it is also necessary to manage appropriately the programs.

Objective of the paper - to assess the efficiency of performance of the prevention program of heart and vascular diseases in Šiauliai City.

Tasks of the paper: To consider the necessity of the program of financing of the measures of selection and prevention of people attributed to the group of high risk of heart and vascular diseases, as well as to analyse Lithuanian law acts regulating implementation of the program. To analyse data and statistical results on morbidity and mortality caused by cardiovascular diseases as well as to assess the situation of the program implementation in Lithuania and Šiauliai. To assess the efficiency of the program of cardiovascular diseases from the point of view of the users and implementers thereof as well as to give suggestions and advises to the program.

Object of the research: the program of financing of selection and prevention measures of people attributed to the group of high risk of cardiovascular diseases.

Subject of the research: the efficiency, implementation and problems of the program of financing of the selection and prevention measures of people attributed to the group of high risk of cardiovascular diseases.

Working methods: descriptive, of comparative analysis, historical and 3 sociological researches: qualitative evaluation of therapists and patients' opinion as well as qualitative research – the half-structured interview of experts.

Conclusions: The program is necessary, whereas mortality caused by cardiovascular diseases remains the highest in Šiauliai City as well as in the whole Lithuania. Law acts regulate implementation of the program. One of the weaknesses is the insufficiently efficient organisation and management of the work of primary healthcare institutions implementing the program. Publicity of population encouragement to participate in the program is insufficient; therapists perform insufficiently the propagation of public health, whereas they are burdened with bureaucratic work. Any close cooperation between the primary healthcare centres of Šiauliai City, the specialised unit of

prevention of heart and vascular diseases and the administration group of the program does not exist.

It is suggested to continue this program involving additional researches on the primary level, to invite more actively population to participate in the program, to consider the advance of the age of the program's participants, to foresee financing organising the publicity of the program, to improve the management of the program implementation. It is suggested to the group administrating the program to keep a closer contact with medical institutions implementing the program.

PRIEDAI

1 PRIEDAS

EKSPERTŲ, DALYVAVUSIŲ TYRIME, IŠSAMI CHARAKTERISTIKA

Ekspertas Nr.1 – moteris, 41 m., išsilavinimas aukštasis universitetinis (gydytojo sveikatos apsaugos administratoriaus kvalifikacija), Šiaulių miesto savivaldybės gydytoja (vyr. patarėja).

Ekspertas Nr.2 – vyras, 45 m., išsilavinimas aukštasis universitetinis (bendrosios praktikos (šėimos gydytojo) kvalifikacija, gydomoji medicina, VŠĮ Šiaulių centro poliklinika, vyriausiasis gydytojas.

Ekspertas Nr.3 – vyras, 60 m., išsilavinimas aukštasis universitetinis, medicinos gydytojo kvalifikacija, VŠĮ Dainų pirminės sveikatos priežiūros centras, direktorius.

Ekspertas Nr.4 – moteris, 65 m., išsilavinimas aukštasis universitetinis, medicinos gydytojo kvalifikacija, bendrosios praktikos (šėimos gydytojo) kvalifikacija, buvusi Nacionalinės sveikatos tarybos narė, VŠĮ Dainų pirminės sveikatos priežiūros centras, direktoriaus pavaduotoja medicinai, Šiaulių miesto savivaldybės sveikatos ir socialinių reikalų komiteto pirmininkė.

Ekspertas Nr.5 – moteris, 41 m., išsilavinimas aukštasis universitetinis, vadybos magistras, klinikos „Pirmoji viltis“ direktorė.

Ekspertas Nr.6 – moteris, 52 m., išsilavinimas aukštasis universitetinis, provizorė. Šiaulių teritorinės ligonių kasos kontrolės ir ekspertizės skyriaus vedėja.

2 PRIEDAS

EKSPERTŲ INTERVIU KLAUSIMAI

1. Kaip Jūs vertinate širdies ir kraujagyslių prevencinės programos svarbą, veiksmingumą ir tęstinumą?
2. Ką Jūs manote apie gyventojų skatinimo dalyvauti prevencinėje programoje viešinimą: jo esamą būklę, būdus, priemones ir pakankamumą? Gal turite pasiūlymų jį patobulinti?
3. Kokia Jūsų nuomonė apie šeimos gydytojų kompetenciją ir jos ribas diagnozuojant ir gydant kardiologinius ligonius – ar ji pakankama?
4. Kokia Jūsų nuomonė apie programoje nurodytus atlikti tyrimus pirminiame lygyje? Ar jų pakanka ir ar reikėtų tyrimų sąrašą koreguoti?
5. Ką manote apie gydytojų motyvavimą skatinti gyventojus dalyvauti širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programoje? Kokiomis priemonėmis tai būtų galima padaryti ir ar tai yra daroma?
6. Kaip Jūs vertinate pirminės asmens sveikatos priežiūros centrų ir specializuotų širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos padalinių darbo, susijusio su širdies ir kraujagyslių prevencinės programos vykdymu, planavimą ir organizavimą? Ar esate patenkinti jų darbu? Gal galėtumėte pateikti pasiūlymų kaip jį pagerinti?
7. Ką manote apie esamus gydytojų darbo krūvius ir galimybę rasti pacientui laiko pokalbiui apie širdies ir kraujagyslių ligų profilaktikos priemones bei patarimus, kaip stiprinti ir išsaugoti sveikatą?
8. Kaip manote, ar galėtų būti įvestos pacientų atsakomybę dėl savo sveikatos ugdančios ir drausminančios priemonės vykdyti visus gydytojo nurodymus?
9. Kokia Jūsų nuomonė apie programos administravimo grupės narių sudėtį bei jos darbą - programos vykdymo rodiklių, rezultatų ir efektyvumo pagal nustatytus kriterijus vertinimą, siūlymų dėl programos vykdymo teikimą.
10. Kaip manote, kas Šiaulių mieste turėtų administruoti širdies ir kraujagyslių prevencinę programą?

3 PRIEDAS

GYDYTOJŲ INTERVIU KLAUSIMAI

1. Kaip ir koku būdu esate motyvuojami skatinti gyventojus dalyvauti širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programoje?
2. Kaip vertinate pirminės sveikatos priežiūros centro techninę bazę ir galimybę ją išnaudoti kuo efektyvesniam duomenų apie pacientus surinkimui, naudojimui ir apdorojimui?
3. Kokia Jūsų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros centro darbo, susijusio su širdies ir kraujagyslių prevencinės programos vykdymu, organizavimą? Gal galėtumėte pateikti pasiūlymų kaip jį pagerinti?
4. Ką manote apie specializuotų širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos padalinių vykdančių programą antriniu ir tretiniu lygiu darbą? Ar Jūs patenkinti jų atliekamu darbu?
5. Ką manote apie esamą darbo krūvį vykdant asmens sveikatos priežiūrą ir galimybę pacientams patarti kaip stiprinti ir išsaugoti sveikatą?
6. Kokia Jūsų nuomonė apie Jūsų pildomas programos dokumentacijos formas? Gal turite pasiūlymų kaip jas patobulinti?
7. Ką manote apie programos administravimo grupės atliekamą širdies ir kraujagyslių prevencinės programos stebėsenos rezultatų vertinimą pagal jos vykdymo rodiklius ir efektyvumo kriterijus?
8. Kaip Jums organizuojami širdies ir kraujagyslių ligų diagnostikos ir prevencijos principų mokymai? Ar gaunate su programa susijusių metodikų ir rekomendacijų? Kas Jūsų nuomone jas turėtų teikti?

4 PRIEDAS

PACIENTŲ INTERVIU KLAUSIMAI

1. Ką konkrečiai žinote apie vykdomą širdies ir kraujagyslių prevencijos programą?
2. Ar dalyvavote širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programoje? Su kokiomis problemomis susidūrėte?
3. Ar buvote siunčiamas išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę į specializuotą širdies ir kraujagyslių ligų padalinį – antru ar trečiu lygiu? Su kokiomis problemomis susidūrėte?
4. Iš kur ir koku būdu sužinojote apie širdies ir kraujagyslių prevencijos programą? (gavote lankstinuką, kvietimą iš asmens sveikatos priežiūros centro, pasakė pažįstami ir t.t.)
5. Kokia Jūsų nuomonė apie širdies ir kraujagyslių prevencijos programos viešinimą spaudoje, per televiziją, per radiją ar kitas masinio informavimo priemones? Gal galėtumėte išsamiau įvardinti kur ir ką teko apie programą girdėti?
6. Ką manote apie Jūsų šeimos gydytojo pateiktą ir išaiškintą prevencinės programos tikslą ir Jūsų dalyvavimo programoje svarbą Jūsų sveikatai bei pateiktas profilaktines priemones ir patarimus, kaip stiprinti ir saugoti sveikatą? Kaip buvo pateikta informacija ir kaip gydytojas atsakė į Jums iškilusius klausimus? Kaip Jūs supratote informacinio pranešimo turinį?
7. Kaip Jūs reaguojate į gydytojo nurodymus sveikai gyventi ir atlikti paskirtus tyrimus? Ką žinote apie pakartotinį dalyvavimą programoje?

