

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

Danguolė Jankauskienė, Rasa Rotomskienė,
Rūta Tamošiūnaitė, Viktorija Stokaitė,
Monika Mačiulienė

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS
DARBUOTOJŲ IR GYVENTOJŲ
ĮTRAUKIMO BEI DALYVAVIMO
E. SVEIKATOS SISTEMOJE
MASTAS IR TENDENCIJOS
LIETUVOJE

MOKSLO STUDIJA

Vilnius
2014

Mokslo studija parengta vykdant Europos socialinio fondo visuotinės dotacijos priemonės finansuojamą projektą „E. sveikatos plėtros integruotos transformacijos: suinteresuotųjų pusių tinklo perspektyva“ (projekto kodas Nr. VP1-3.1-ŠMM-07-K-02-029) pagal veiklą 1.2.1. „Atlikti kiekybinį tyrimą siekiant išsiaiškinti e. sveikatos suinteresuotųjų pusių įtraukimo ir dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastą ir tendencijas“.

Recenzavo:

prof. habil dr. Vygandas Kazimieras Paulikas, Mykolo Romerio universitetas
prof. habil. dr. Vinsas Janušonis, Klaipėdos universitetas, Klaipėdos universitetinė ligoninė
Normantas Dučinskas, Sveikatos apsaugos ministerijos E. sveikatos koordinavimo ir įgyvendinimo skyriaus vedėjas

Autorių indėlis:

prof. dr. Danguolė Jankauskienė – 3,4 autorinio lanko
dr. Rasa Rotomskienė – 2,8 autorinio lanko
Rūta Tamošiūnaitė – 2 autoriniai lankai
Viktorija Stokaitė – 2,1 autorinio lanko
Monika Mačiulienė – 2,1 autorinio lanko

Atsakingoji redaktorė prof. dr. Danguolė Jankauskienė

Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto Politikos mokslų instituto 2014 m. gegužės 8 d. posėdyje (protokolo Nr. 1PMI-5) pritarta leidybai.

Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto Politikos mokslų krypties bakalauro studijų programos (Viešoji politika ir vadyba) ir komunikacijos krypties (Tarptautinė ir tarpkultūrinė komunikacija), magistrantūros studijų programų (Europos kaimynystės politika, Europos Sąjungos politika ir administravimas, Sveikatos politika ir vadyba, Švietimo politika ir vadyba, Tarptautinė politika ir ekonomika, Viešoji politika ir jos specializacija: Migracijos politika ir vadyba) ir papildomųjų studijų programų komiteto 2014 m. gegužės 8 d. posėdyje (protokolo Nr. 10-312) pritarta leidybai.

Mykolo Romerio universiteto mokslo programos „Socialinės technologijos“ 2014 m. gegužės 13 d. posėdyje (protokolo Nr. MPK2-10) pritarta leidybai.

Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto Tarybos 2014 m. gegužės 19 d. posėdyje (protokolo Nr. 1PV-55) pritarta leidybai.

Mykolo Romerio universiteto mokslinių-mokomųjų leidinių aprobavimo leidybai komisijos 2014 m. gegužės 23 d. posėdyje (protokolo Nr. 2L-10) pritarta leidybai.

Visos knygos leidybos teisės saugomos. Ši knyga arba kuri nors jos dalis negali būti dauginama, taisoma arba kitu būdu platinama be leidėjo sutikimo.

ISBN 978-9955-19-669-3 (spausdinta versija)

ISBN 978-9955-19-670-9 (elektroninė versija) © Mykolo Romerio universitetas, 2014

TURINYS

SANTRAUKA	11
PADĖKA.....	17
ĮVADAS	18
1. TRUMPA MOKSLINĖS LITERATŪROS APŽVALGA	22
1.1. Informacinių sistemų tyrimai / kompleksinių IKT projektų diegimas	23
1.2. Moksliniai organizacinių pokyčių ir pokyčių tvaros (angl. <i>change sustainability</i>) tyrimai.....	28
1.3. Suinteresuotųjų pusių teorija: kodėl svarbu būsimiems IS naudotojams dalyvauti IS diegimo procesuose.....	29
1.4. Suinteresuotųjų pusių vaidmuo diegiant informacijos ir komunikacijos technologijas sveikatos priežiūros sektoriuje.....	31
1.5. Patikrintų teorinių priemonių naudojimas formalizuojant suinteresuotųjų pusių vaidmenį e. sveikatos plėtros procese	41
2. TYRIMAS „SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ PERSONALO DALYVAVIMO E. SVEIKATOS SISTEMOJE MASTAS IR TENDENCIJOS: INFORMUOTUMAS APIE E. SVEIKATĄ, PASITENKINIMAS E. SVEIKATOS BŪKLE BEI POREIKIAI E. SVEIKATOS SRITYJE“	48
2.1. Tyrimo tikslas	48
2.2. Tyrimo metodai	49
2.3. Tyrimo rezultatai	56
2.3.1. Naudojimasis e. sveikatos informacinėmis sistemomis.....	56
2.3.2. E. sveikatos technologinių sprendimų žinomumas.....	57
2.3.3. E. sveikatos paslaugos, teikiamos respondentų sveikatos priežiūros įstaigose	59
2.3.4. Naudojimasis e. sveikatos technologiniais sprendimais savo darbe.....	63
2.3.5. E. sveikatos informacinių sistemų Lietuvoje vertinimas.....	68
2.3.6. E. sveikatos informacinių sistemų respondento SPI vertinimas	71
2.3.7. E. sveikatos informacinių sistemų diegimas per 5 metus.....	74
2.3.8. Su e. sveikatos informacinėmis technologijomis susiję sprendimai	79
2.3.9. Specialistų darbo įgūdžiai	85

2.3.10. Specialistų aktyvumas diegiant e. sveikatos informacines sistemas	86
2.3.11. Sveikatos priežiūros įstaigų informacinių sistemų nuostatai	89
2.4. Apibendrinimas	91
3. TYRIMAS „SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ VADOVŲ DALYVAVIMO E. SVEIKATOS SISTEMOJE MASTAS IR TENDENCIJOS: INFORMUOTUMAS APIE E. SVEIKATĄ, PASITENKINIMAS E. SVEIKATOS BŪKLE BEI POREIKIAI E. SVEIKATOS SRITYJE“	94
3.1. Tyrimo tikslas	94
3.2. Tyrimo metodai	94
3.3. Tyrimo rezultatai	98
3.3.1. Vadovų informuotumas apie Lietuvoje teikiamas e. sveikatos paslaugas	98
3.3.2. E. sveikatos paslaugų įvairovė respondentų vadovaujамose SPI	101
3.3.3. E. sveikatos paslaugų finansavimas	105
3.3.4. E. sveikatos sistemų strateginis planavimas	106
3.3.5. Informacinių technologijų skyrius ir jo veikla respondentų vadovaujамose SPI	109
3.3.6. Informacinės sistemos ir jų diegimas respondentų vadovaujамose SPI	111
3.3.7. Sveikatos priežiūros įstaigų vadovų e. sveikatos vertinimas	113
3.3.8. Sveikatos priežiūros įstaigų vadovų pasitenkinimas e. sveikatos būkle	120
3.3.9. E. sveikatos plėtros vertinimas	125
3.3.10. Poreikiai e. sveikatos srityje	129
3.3.11. Informacijos sklaida	132
3.3.12. Bendradarbiavimas su suinteresuotosiomis pusėmis	134
3.4. Apibendrinimas	139
4. TYRIMAS: GYVENTOJŲ DALYVAVIMO E. SVEIKATOS SISTEMOJE MASTAS IR TENDENCIJOS	147
4.1. Tyrimo tikslas	147
4.2. Tyrimo metodika	147
4.3. Tyrimo rezultatai	148
4.3.1. Informuotumas apie e. sveikatos paslaugas	148
4.3.2. Dalyvavimas kuriant e. sveikatos sistemą	149
4.3.3. Dalyvavimas funkcionuojant sukurtai e. sveikatos sistemai ..	152

4.3.4. Lietuvos e. sveikatos sistemos vertinimas.....	160
4.4. Apibendrinimas.....	165
TYRIMŲ IŠVADOS	167
PASIŪLYMAI	171
Informuotumui pagerinti	171
E. sveikatos diegimo procesui pagerinti	172
LITERATŪROS SĄRAŠAS	173
SUMMARY	177
PRIEDAI	183
1 priedas: Tyrimo „Sveikatos priežiūros įstaigų personalo dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastas ir tendencijos“ klausimynas	183
2 priedas: Tyrimo „Įstaigų vadovų dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastas ir tendencijos: informuotumas apie e. sveikatą, pasitenkinimas e. sveikatos būkle bei poreikiai e. sveikatos srityje“ klausimynas.....	194
3 priedas: Tyrimo „Gyventojų dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastas ir tendencijos: pasitenkinimas e. sveikatos būkle bei poreikiai e. sveikatos srityje“ klausimynas	207

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė.	Darbo su suinteresuotosiomis pusėmis valdymo priemonės (parengta remiantis Friedmanu ir Milesu, 2006).....	43
2 lentelė.	Statistinių paklaidų, esant skirtingiems rezultatams, dydžiai	49
3 lentelė.	Apklaustas šių valstybinių sveikatos priežiūros įstaigų personalas	51
4 lentelė.	Apklaustas šių privačių sveikatos priežiūros įstaigų personalas.....	54
5 lentelė.	Apklaustųjų struktūra.....	95
6 lentelė.	Apklaustų valstybės ir savivaldybių SPĮ vadovai	96
7 lentelė.	Apklaustų privačių SPĮ vadovai	98
8 lentelė.	E. sveikatos technologinių sprendimų žinomumas pagal SPĮ vadovų atsakymus, proc.	99
9 lentelė.	E. sveikatos paslaugos gyventojams, kurias teikia respondentų vadovaujama sveikatos priežiūros įstaiga, proc.	101
10 lentelė.	Priežastys, kodėl techninių incidentų šalinimo paslauga SPĮ neveikia visą parą	110
11 lentelė.	Sveikatos priežiūros įstaigų vadovų su e. sveikata susijusių sprendimų ir veiklų vertinimas pagal SPĮ nuosavybės formą, darbuotojų skaičių bei gyvenamąją vietovę, proc.	116
12 lentelė.	„Ar Jūsų SPĮ pacientai yra patenkinti teikiamomis e. sveikatos paslaugomis Jūsų SPĮ?“, proc.	123
13 lentelė.	Kuo Jūsų SPĮ pacientai yra patenkinti teikiamomis e. sveikatos paslaugomis Jūsų SPĮ? (atviras klausimas).....	124
14 lentelė.	Pagrindiniai veiksniai, paskatinę įdiegti pasirinktas e. sveikatos informacines sistemas / kitus technologinius e. sveikatos sprendimus pagal SPĮ nuosavybės formą, darbuotojų skaičių bei gyvenamąją vietovę.....	127
15 lentelė.	E. sveikatos moduliai, planuojami diegti artimiausioje ateityje, pagal atsakymų dažnį	129
16 lentelė.	E. sveikatos informacinių sistemų / e. sveikatos technologinių sprendimų poreikis pagal SPĮ nuosavybės formą, darbuotojų skaičių bei gyvenamąją vietovę	131
17 lentelė.	SPĮ darbuotojų informavimo apie planuojamą diegti naują e. sveikatos informacinę sistemą / kitą darbo vietoje planuojamą diegti technologinį e. sveikatos sprendimą būdai pagal SPĮ nuosavybės formą, darbuotojų skaičių bei gyvenamąją vietovę	133
18 lentelė.	Įstaigos, organizacijos, su kuriomis daugiausia bendradarbiaujama e. sveikatos diegimo / e. sveikatos paslaugų plėtros klausimais, proc.	134
19 lentelė.	Institucijos, su kuriomis dažniausiai konsultuotasi diegiant e. sveikatos informacines sistemas / kitus e. sveikatos technologinius sprendimus	136
20 lentelė.	Statistinių paklaidų, esant skirtingiems rezultatams, dydžiai	148
21 lentelė.	„Kokių e. paslaugų trūksta Jūsų sveikatos priežiūros įstaigoje?“, respondentų skaičius ir atsakiusiųjų proc.	151
22 lentelė.	Gyventojų informuotumas ir naudojimasis kiekviena e. sveikatos paslaugos rūšimi.....	156

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 paveikslas.	Nacionalinės e. sveikatos plėtros koncepcinis modelis (Rotomskienė, 2011)	45
2 paveikslas.	Naudojimosi e. sveikatos informacinėmis sistemomis dažnumas, proc.	56
3 paveikslas.	E. sveikatos technologinių sprendimų žinomumas, proc.	57
4 paveikslas.	Teikiamos e. sveikatos paslaugos respondentų sveikatos priežiūros įstaigose, proc.	60
5 paveikslas.	Teikiamos e. sveikatos paslaugos gyventojams pagal gyvenamąją vietovę, proc.	62
6 paveikslas.	Naudojimasis e. sveikatos technologiniais sprendimais savo darbe, proc.	64
7 paveikslas.	Gydytojų atsakymai apie e. sveikatos technologinių sprendimų naudojimą savo darbe, proc.	67
8 paveikslas.	E. sveikatos informacinių sistemų įvairovės Lietuvoje vertinimas, proc.	68
9 paveikslas.	E. sveikatos paslaugų gyventojams trūkumas, atsakiusių proc.	70
10 paveikslas.	Pokyčių e. sveikatos sistemoje vertinimas	71
11 paveikslas.	E. sveikatos paslaugų gyventojams įvairovės vertinimas respondento įstaigoje, proc.	71
12 paveikslas.	E. sveikatos informacinių sistemų trūkumas respondento įstaigoje, proc.	73
13 paveikslas.	Naujų e. sveikatos informacinių sistemų diegimas per pastaruosius 5 metus respondento SPĮ, proc.	74
14 paveikslas.	Įdiegtos naujos e. sveikatos informacinės sistemos respondentų SPĮ per 5 metus, proc.	76
15 paveikslas.	Įdiegtų e. sveikatos informacinių sistemų vertinimas, proc.	77
16 paveikslas.	Neigiamos e. sveikatos diegimo pasekmės, proc.	77
17 paveikslas.	Teigiamos e. sveikatos diegimo pasekmės, proc.	78
18 paveikslas.	Neigiami e. sveikatos diegimo pokyčiai.....	78
19 paveikslas.	Su e. sveikatos informacinėmis technologijomis susijusių sprendimų vertinimas.....	79
20 paveikslas.	Kas sprendžia, kokius e. sveikatos sprendimus diegti.....	80
21 paveikslas.	Kaip nusprendžiama, kokius technologinius e. sveikatos sprendimus diegti	80
22 paveikslas.	Vadovų e. sveikatos sprendimų aptarimai su darbuotojais	81
23 paveikslas.	Žinojimas apie strateginį veiklos planą, kuriame yra numatyta diegti e. sveikatos modulius artimiausiu metu	81
24 paveikslas.	Kada dažniausiai darbuotojai sužino apie planuojamą diegti naują e. sveikatos informacinę sistemą, proc.	82
25 paveikslas.	Kaip dažniausiai darbuotojai sužino apie planuojamą diegti naują e. sveikatos informacinę sistemą, proc.	83
26 paveikslas.	Kaip dažniausiai yra diegiama nauja e. sveikatos informacinė sistema, proc.	84

27 paveikslas.	Kas yra svarbiausia diegiant naujas e. sveikatos informacines sistemas, proc.	84
28 paveikslas.	Į ką kreipiamasi, jei dar nemokama naudotis nauja e. sveikatos informacine sistema, proc.	85
29 paveikslas.	Į ką kreipiamasi, jei kyla neiškumų dėl konkrečios naujos e. sveikatos informacinės sistemos, proc.	86
30 paveikslas.	Su kuo dažniausiai aptariamoms e. sveikatos technologinių sprendimų plėtros galimybės Jūsų įstaigoje, proc.	86
31 paveikslas.	Žinojimas, kokie e. sveikatos moduliai bus diegiami artimiausioje ateityje, proc.	87
32 paveikslas.	„Ar darbuotojų buvo klausiama apie naujų modulių diegimą Jūsų įstaigoje?“, proc.	87
33 paveikslas.	Ar darbuotojai teikė siūlymus dėl naujų modulių diegimo Jūsų įstaigoje, proc.	88
34 paveikslas.	Pasinaudota Jūsų siūlymais, proc.	88
35 paveikslas.	Kaip pasinaudota Jūsų siūlymais, proc.	89
36 paveikslas.	Ar yra patvirtinti SPI IS saugos nuostatai, proc.	89
37 paveikslas.	„Ar esate susipažinęs su SPI IS saugos nuostatais?“, proc.	89
38 paveikslas.	Pagrindiniai SPI IS reglamentavimo elementai, proc.	90
39 paveikslas.	E. sveikatos paslaugos, kurių gyventojams labiausiai trūksta Lietuvoje, proc.	100
40 paveikslas.	Technologiniai sprendimai, kuriais naudojasi SPI personalas, proc.	103
41 paveikslas.	Priežastys, dėl ko per maža e. sveikatos paslaugų įvairovė, proc.	104
42 paveikslas.	Ar yra skiriama lėšų e. sveikatos plėtrai, proc.	105
43 paveikslas.	SPI biudžeto dalis e. sveikatos plėtrai, proc.	105
44 paveikslas.	E. sveikatos finansavimo šaltiniai SPI, proc.	106
45 paveikslas.	E. sveikatos inovacijos strateginiame SP įstaigos plane, proc.	107
46 paveikslas.	E. sveikatos inovacijų sprendimų priėmėjai SPI.....	108
47 paveikslas.	Kaip nusprendžiama, kokias e. sveikatos sistemas diegti, proc.	108
48 paveikslas.	Darbuotojų skaičius IT skyriuje (atsakiusiųjų proc.).....	109
49 paveikslas.	Techninių incidentų šalinimas įstaigos darbo metu, proc.	110
50 paveikslas.	Techninių incidentų šalinimo paslaugos teikėjas	110
51 paveikslas.	„Kokias e. sveikatos sistemas / kitus technologinius sprendimus renkatės dažniausiai?“, proc.	112
52 paveikslas.	Išorinių tiekėjų technologinių sprendimų pasirinkimo dažnumas, proc.	112
53 paveikslas.	Sunkumai nusprendus įdiegti vieną ar kitą e. sveikatos informacinę sistemą / kitą e. sveikatos technologinį sprendimą, proc.	113
54 paveikslas.	Sveikatos priežiūros įstaigų vadovų su e. sveikata susijusių sprendimų ir veiklų vertinimas, proc.	114
55 paveikslas.	Įdiegtų e. sveikatos informacinių sistemų / technologinių e. sveikatos sprendimų vertinimas, proc.	118

56 paveikslas.	Įdiegtų e. sveikatos informacinių sistemų / technologinių e. sveikatos sprendimų vertinimas pagal SPĮ nuosavybės formą, darbuotojų skaičių bei gyvenamąją vietovę	118
57 paveikslas.	Pagrindiniai iššūkiai diegiant e. sveikatos sprendimus SPĮ, proc. ...	119
58 paveikslas.	Įdiegto e. sveikatos technologinio sprendimo sėkmės priežastys, proc.	120
59 paveikslas.	SPĮ vadovų nuomonė apie personalo pasitenkinimą įdiegtomis e. sveikatos informacinėmis sistemomis / kitais technologiniais sprendimais	121
60 paveikslas.	SPĮ per pastaruosius 5 metus įdiegtos naujos e. sveikatos informacinės sistemos / kiti e. sveikatos technologiniai sprendimai, proc.	126
61 paveikslas.	E. sveikatos informacinių sistemų / e. sveikatos technologinių sprendimų poreikis SPĮ, proc.	130
62 paveikslas.	Pažangiausiasios institucijos diegiant e. sveikatos informacines sistemas / kitus e. sveikatos technologinius sprendimus, proc.	135
63 paveikslas.	Patikimiausias, SPĮ vadovų nuomone, IT įmonės, proc.	137
64 paveikslas.	SPĮ IS teisinis reglamentavimas	138
65 paveikslas.	Ar teko girdėti, kas yra e. sveikatos paslaugos, proc.	149
66 paveikslas.	Ar klausė Jūsų nuomonės, proc.	149
67 paveikslas.	Kaip buvo sužinota Jūsų nuomonė	150
68 paveikslas.	„Kada Jūs išsakėte savo nuomonę?“	150
69 paveikslas.	Siūlymai, teikti savo iniciatyva.....	151
70 paveikslas.	Priklausymas pacientų organizacijoms, atsakiusių skaičius	152
71 paveikslas.	Naudojimasis e. sveikatos priežiūros paslaugomis per pastaruosius dvejus metus, proc.	153
72 paveikslas.	Dažno naudojimosi sveikatos priežiūros paslaugomis (6 ir daugiau kartų per metus) priklausomybė nuo amžiaus, proc.	153
73 paveikslas.	Lankymosi valstybinėse ir privačiose gydymo įstaigose dažnis, proc.	154
74 paveikslas.	Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnis per dvejus metus, proc.	154
75 paveikslas.	Naudojimasis įvairiomis atskiriomis e. sveikatos paslaugomis per dvejus metus (naudojosi respondentas ar jo gydytojas), proc. nuo visų respondentų	155
76 paveikslas.	Priežastys, kodėl gyventojai naudojami e. sveikatos paslaugomis, proc.	157
77 paveikslas.	Naudojimosi trukdžiai, proc.	158
78 paveikslas.	Pagrindinių nesinaudojimo priežasčių priklausomybė nuo amžiaus, proc.	159
79 paveikslas.	Pagrindinių nesinaudojimo priežasčių priklausomybė nuo išsilavinimo, proc.	159
80 paveikslas.	Pagrindinių nesinaudojimo priežasčių priklausomybė nuo gyvenamosios vietos, proc.	159

81 paveikslas.	Gyventojų e. sveikatos paslaugų bendras vertinimas, proc.	160
82 paveikslas.	Pasitenkinimas informuotumu apie e. sveikatos būklę, proc.	161
83 paveikslas.	„Ar Lietuvoje yra platus e. sveikatos paslaugų spektras?“, proc.	162
84 paveikslas.	„Ar Lietuvoje e. sveikatos paslaugos sparčiai vystosi?“, proc.	162
85 paveikslas.	„Ar Lietuvoje e. sveikatos paslaugos yra kokybiškos?“, proc.	162
86 paveikslas.	„Ar Jūsų sveikatos priežiūros įstaigoje yra teikiamos e. sveikatos paslaugos?“, proc.	163
87 paveikslas.	Pasitenkinimas savo sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamomis e. paslaugomis, proc.	163
88 paveikslas.	„Mano sveikatos priežiūros įstaigoje yra platus e. sveikatos paslaugų spektras“, proc.	164
89 paveikslas.	„Mano sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamos e. sveikatos paslaugos sparčiai vystosi“, proc.	164
90 paveikslas.	„Mano sveikatos priežiūros įstaigoje yra teikiamos kokybiškos e. paslaugos“, proc.	164
91 paveikslas.	„Kodėl Jūs nepatenkinti / greičiau nepatenkinti Jūsų sveikatos priežiūros įstaigoje (SPI) teikiamomis e. sveikatos paslaugomis?“, proc.	165

SANTRUMPOS

APAP – ambulatorinių paslaugų apskaitos posistemė (SVEIDROS posistemė)
 EPTS – elektroninių pažymėjimų tvarkymo sistema
 E. sveikata – elektroninė sveikatos sistema
 E. sveikatos paslaugos – e. sveikatos sistemos elektroninių procesų ir ryšių veikla
 IKT – informacinės ir komunikacinės technologijos
 IS – informacinė sistema
 IT – informacinės technologijos
 IVPK – informacinės visuomenės plėtros komitetas
 LMT – Lietuvos mokslo taryba
 NP – nedarbingumo pažyma
 PRAP – prirašymų posistemė (SVEIDROS posistemė)
 SAM – Sveikatos apsaugos ministerija
 SPAP – stacionariųjų paslaugų apskaitos posistemė (SVEIDROS posistemė)
 RSAP – reabilitacijos paslaugų apskaitos posistemė (SVEIDROS posistemė)
 SPI – sveikatos priežiūros įstaiga
 SVEIDRA – privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema
 VLK – Valstybinė ligonių kasa

SANTRAUKA

Informacinių ir komunikacinių technologijų plėtra lemia socialinio ir ekonominio gyvenimo pokyčius. Sveikatos apsaugos sektorius – ne išimtis, jis vis labiau priklauso nuo informacinių ir ryšių technologijų, padedančių plėtoti geros kokybės sveikatos priežiūros paslaugas. „Lietuvos Respublikos elektroninės sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programa parengta siekiant subalansuoti esamas ir naujai atsirandančias informacinių ir ryšių technologijų diegimo galimybes, nacionalines bei globalias tendencijas, artimiausio ir tolimesnio laikotarpio sveikatos apsaugos reikmes taip, kad būtų užtikrinta evoliucinė Lietuvos e-sveikatos sistemos plėtra, nuosekliai gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę“¹. Daugelis didelių ir sudėtingų informacinių ir komunikacinių technologijų diegimo projektų (o tokių yra dauguma įgyvendinant nacionalines sveikatos informatikos programas) susiduria su vėluojančiais diegimo terminais, gerokai padidėjusiomis biudžeto sąnaudomis bei dažnai mažinamu techninio funkcionalumo reikalavimų sąrašu jau pradėjus projekto įgyvendinimo darbus. Be to, susiduriama su dar didesniais sunkumais, kai techniškai gerai įdiegtos informacinės sistemos nėra naudojamos. Lietuvos sveikatos politika e. sveikatos plėtros atžvilgiu ir jos akcentai, kai pirmiausia yra pabrėžiamos techninės specifikacijos, sąveikumo standartų vystymas ar viešųjų pirkimų taisyklių lankstumas, iš tiesų nėra tie aspektai, kurie lemia sėkmingą ar nesėkmingą į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros plėtrą. Tuo tarpu būtent šie konceptai gana dažni tarp pagrindinių nacionalinių e. sveikatos programų tikslų². Nagrinėjant proceso planavimo ir įgyvendinimo įtaką rezultatų kokybei ir efektyvumui, ypatingą dėmesį reikia skirti pokyčių vadybos perspektyvai ir suinteresuotųjų pusių, ypač būsimų diegiamų informacinių sistemų naudotojų, įtraukimo į šiuos procesus aspektams. **Šios studijos tikslas – išsiaiškinti suinteresuotųjų pusių įtraukimo į e. sveikatos plėtros procesą mastą ir tendencijas Lietuvoje.**

¹ Mykolo Romerio universiteto įgyvendinamas projektas „E. sveikatos plėtros integruotos transformacijos: suinteresuotųjų pusių tinklo perspektyva“ (projekto kodas Nr. VP1–3.1-ŠMM-07-K-02-029), finansuojamas Europos socialinio fondo lėšomis pagal visuotinės dotacijos priemonę.

² Rotomskienė, R. Konceptinis nacionalinio e. sveikatos plėtros proceso modelis. *Socialinės technologijos*. 2011, 1 (2): 415–426.

Tyrimų uždaviniai:

1. Įvertinti sveikatos priežiūros įstaigų personalo informuotumą apie e. sveikatos informacines technologijas, naudojimąsi šiomis technologijomis darbo vietoje, e. sveikatos technologijų vertinimą Lietuvoje ir savo sveikatos priežiūros įstaigoje, e. sveikatos technologijų diegimo proceso ypatumus bei problemas.
2. Išsiaiškinti SPĮ vadovų įtraukimo ir dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastą ir tendencijas: įvertinti sveikatos priežiūros įstaigų vadovų informuotumą apie Lietuvoje diegiamas e. sveikatos technologijas, šių technologijų diegimo padėtį jų sveikatos priežiūros įstaigoje, naujų technologijų naudos vertinimą, šiame procese kylančias problemas bei poreikius.
3. Išsiaiškinti gyventojų įtraukimo ir dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastą ir tendencijas, jų pasitenkinimą e. sveikatos būkle bei poreikius e. sveikatos srityje.

2013 m. gegužės 31 d.–2013 m. spalio 30 d. buvo atlikti trys e. sveikatos kūrėjų, diegėjų ir naudotojų sociologiniai kiekybiniai tyrimai, kurių rezultatus ir pateikiame šiame leidinyje.

Tyrimų metodologija. Taikyta kiekybinio sociologinio tyrimo metodologija. Pasirinkti metodai – anketinės respondentų apklausos. Apklausų tikslinės grupės: Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų personalas (gydytojai, slaugytojai ir laborantai), SPĮ vadovai, Lietuvos gyventojai, reprezentuojantys generalinę aibę. Kiekvieno tyrimo metodai aprašyti 2.2, 3.2 ir 4.2 skyriuose. Tyrimo priemonėmis pasirinktos autorių sukurtos originalios apklausos anketos atskirai kiekvienai tiriamųjų grupei. Tyrimo anketa parengta remiantis teoriniu integruoto socialinio techninio požiūrio konceptu, plačiau aprašytu šios studijos įvade, e. sveikatos pagrindiniais elementais³, taip pat darbo su suinteresuotosiomis pusėmis valdymo priemonėmis, parengtomis remiantis Friedmanu ir Miles⁴, bei autorių supaprastintais suinteresuotųjų įtraukimo lygiais. Klausimynai pagrįsti dabartinės e. sveikatos plėtros problematikos, nustatytos prieš tai vykusių kokybinių tyrimų metu, padiktuota logika.

³ Dansky, K. H.; Thompson, D.; Sanner T. A framework for evaluating eHealth research. *Evaluation and Program Planning*. 2006, 29 (4): 397–404.

⁴ Friedman, A. L.; Miles, S. *Stakeholders: Theory and Practice*. New York: Oxford University Press Inc, 2006.

Tyrimų rezultatai. Lyginant su 2011 m. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos atlikta analize, pagal kurią tik ketvirtadalis apklaustų įstaigų turėjo įsidiegusios e. sveikatos sistemas, matyti teigiama tendencija. Šiuo metu jau 67 proc. sveikatos priežiūros įstaigų specialistų e. sveikatos informacinėmis sistemomis jau naudojami kiekvieną dieną. Du trečdaliai SPI vadovų e. sveikatos plėtrą yra numatę savo strateginiuose įstaigų plėtros planuose, trečdalis iš jų išmano visus e. sveikatos modulius. Vis dėlto akivaizdūs dideli e. sveikatos diegimo netolygumai. E. sveikatos paslaugos daugiausia teikiamos Vilniuje ir didžiuosiuose miestuose, mažiausiai – kaimuose ir mažose privačiose sveikatos priežiūros įstaigose. Apie trečdalis sveikatos priežiūros darbuotojų dar sunkiai supranta atskirus sveikatos paslaugų teikimo elementus.

Didžioji dauguma gyventojų jau naudojami įdiegtomis kai kuriomis e. sveikatos paslaugomis. Visiškai nesinaudojančių nėra daug – tik 17 proc. Kas antras trečias gyventojas e. sveikatos paslaugomis jau yra naudojęsis per pastaruosius dvejus metus. Tačiau atskirais moduliais naudojama labai nevienodai. E. sveikatos paslaugomis besinaudojančių gyventojų yra daug mažiau, negu apie jas žinančių. Net populiariausia e. paslauga – registracija pas gydytoją internetu, apie kurią žino 66 proc. gyventojų, naudojami tik 30 proc. respondentų.

Geriausieji sveikatos sistemos darbuotojai yra įvaldę šiuos Lietuvoje įdiegtus e. sveikatos technologinius sprendimus: išankstinę pacientų registraciją e. būdu, nedarbingumo lapelių pildymą, pacientų draustumo ir prisirašymo sekimą e. būdu, statistinės ambulatorinės apskaitos formos pildymą (dabartinė 025/a-LK-forma) e. būdu. Dar vienuolika e. sveikatos technologinių sprendimų naudojami trečdalis ir daugiau medicinos specialistų. Dažniausiai ir yra teikiamos šios e. sveikatos paslaugos: nedarbingumo lapelių pildymas, pacientų draustumo ir prisirašymo sekimas el. būdu, statistinės ambulatorinės apskaitos formos pildymas (dabartinė 025/a-LK-forma) el. būdu. Būtent šiomis e. sveikatos technologijomis apklausti specialistai dažniausiai ir naudojami. Vis dėlto nedidelė dalis sveikatos priežiūros specialistų mano, kad Lietuvoje yra pakankama e. sveikatos informacinių sistemų įvairovė. Dažniausiai ir vadovų, ir specialistų, ir gyventojų buvo minimos trys paslaugos, kurių vis dar labiausiai trūksta: receptų formos pildymas el. būdu, e. sveikatos istorija, išankstinė pacientų registracija el. būdu. Kaip tik šioms moduliams diegti pastaruosiu metu ir yra skirti nacionaliniai e. sveikatos projektai.

Dauguma specialistų ir vadovų nurodė, kad jų SPI per 5 metus buvo įdiegtos naujos e. sveikatos informacinės sistemos ir pabrėžė teigiamas jų savybes. Tačiau patį diegimo procesą ir jo mastą neigiamai vertinančių medikų vis dėlto yra daug daugiau negu vertinančių teigiamai. Beje, ir medikų susidomėjimo lygmuo e. sveikata yra dar gana žemas. Nuo trečdaliao iki pusės specialistų negalėdavo atsakyti į klausimus, nes nežinojo, kaip juos vertinti. Nedidelė specialistų dalis išsakė kritinių pastabų: e. sveikatos sistemos lėtina darbą, kaupiama informacija dažnai turi būti dubliuojama, t. y. kaupiama ir popierine, ir elektronine forma, padidėjo darbo krūvis.

Vis dėlto ten, kur e. sveikatos sistemos įdiegtos, dauguma (trys ketvirtadaliai) apklaustų specialistų yra patenkinti įdiegtomis sistemomis, nurodoma, kad jomis patogų naudotis, kaupiama tikslesnė informacija, darbus galima padaryti daug greičiau, pagerėjo darbo organizavimas, sumažėjo popierinių dokumentų apimtis. Tai, kad diegiamos e. sveikatos informacinės technologijos, vertinama palankiai, o kitų su šių technologijų veikimu susijusių veikų (finansavimo, planavimo, projektavimo, informacijos sklaidos ir t. t.) daugelis apklaustųjų įvertinti negalėjo.

Viena pagrindinių priežasčių, kodėl vartotojai ir mažai informuoti, ir mažai naudoja e. sveikatos sistemas, yra ne vien e. sveikatos sistemos prieinamumas, bet ir suinteresuotųjų įtraukimas į sprendimų priėmimą. Į paslaugų kūrimą, kad jos būtų priimtinos vartotojams, yra įtraukiama tik 2,6 proc. gyventojų ir 7 proc. medikų. Tik 2 proc. nuo besinaudojančių e. sveikatos paslaugomis gyventojų yra savo iniciatyva pateikę siūlymų, kaip gerinti e. sveikatą.

Dažniausiai sprendimus dėl e. sveikatos technologijų priima įstaigos vadovas. Čia daugeliu atveju yra atsižvelgiama į nacionalinę e. sveikatos plėtros strategiją ir veiksmų planą bei pasitarimą su atsakingomis valstybės institucijomis (pvz., SAM, IVPK ir kt.). Tik pusė atsakiusių medikų nurodė, kad vadovai su jais aptarė / pristatė e. sveikatos informacinių sistemų / technologinių sprendimų įtaką organizuojant darbą konkrečioje sveikatos priežiūros įstaigoje, dažniausiai jie apie tai sužino įdiegus technologinį e. sveikatos sprendimą arba pasirinkus konkretų produktą ir pristačius jį darbuotojams arba surengus darbuotojų mokymus, kaip naudotis vienu ar kitu nauju e. sveikatos technologiniu sprendimu, ir tik kas penktas medikas sužino nustatant SPI e. sveikatos informacinių sistemų / technologinių sprendimų poreikius ir įstaigos e. sveikatos plėtros prioritetus. Daugeliu atvejų personalas nežino, ar SPI turi strateginį veiklos

planą, kuriame yra numatyta įdiegti e. sveikatos modulius artimiausiu metu. Dažniausiai apie numatomas įdiegti sistemas sužinoma sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų susirinkimuose. Dauguma personalo nežino, kas konkrečiai diegia naujas e. sveikatos informacines sistemas, kokie e. sveikatos moduliai bus diegiami artimiausioje ateityje jų įstaigoje. Tik penktadalis specialistų nurodė, kad jų buvo klausiama, ar įstaigoje diegiami nauji moduliai. Dar mažiau teikė siūlymus, kokie moduliai turėtų būti diegiami ateityje. Pusė iš jų nurodė, kad į jų pasiūlymus buvo atsižvelgta. Ketvirtadalis personalo nurodė žinantys, kad SPI yra patvirtinti sveikatos priežiūros įstaigų informacinių sistemų saugos nuostatai. Du trečdaliai apie tai visai nežino. Dar daugiau nežinančių apie pagrindinės SPI IS specifikaciją, diegimo instrukciją, naudotojų instrukcijas, incidentų registracijos ir valdymo tvarką, pakeitimų registrą, duomenų saugos nuostatus reglamentuojančius dokumentus, veiklos tęstinumo valdymo planą.

Nurodoma nemažai e. sveikatos diegimo problemų ir kliūčių. Neigiamai vertinantys e. sveikatos sistemas gyventojai dažniausiai nurodo, kad tų paslaugų per mažai arba jų apkritai nėra ir kad jiems apskritai trūksta informacijos apie teikiamas e. sveikatos paslaugas. Medikų teigimu, dažniausiai ne pats e. sveikatos sprendimas ar jo diegimas yra vertinamas neigiamai, o su diegimu susiję procesai. Be finansavimo (ES struktūrinių lėšų buvo gavę tik trečdalis apklausoje dalyvavusių įstaigų), žmogiškųjų išteklių stygiaus (ypač mažose ir kaimo vietovių SPI), kilo naujovių diegimo procesų valdymo problemų, pavyzdžiui, darbuotojai priešinasi pokyčiams: tam tikros darbuotojų grupės (ypač vyresnių darbuotojų) vengia naudotis įdiegta sistema. Kitas aspektas, lėmęs neigiamą nusistatymą, – komunikacijos trūkumas su IT bendrovėmis arba nesusikalbėjimas – dėl to įdiegta e. sveikatos informacinė sistema neatitiko naudotojų ir vartotojų poreikių. Akivaizdi žmogiškųjų išteklių problema. Daugiau kaip pusė SPI vadovų nurodė, kad jų SPI nėra specialaus SPI IT skyriaus. Sostinėje tik penktadalis SPI neturi IT skyriaus. Didelė problema yra jau įdiegtų e. sveikatos informacinių sistemų, e. sveikatos technologinių sprendimų suderinamumas su išorės SPI / kitų įstaigų informacinėmis sistemomis / gebėjimas keistis duomenimis el. būdu. Kaip vieną pagrindinių iššūkių, diegiant e. sveikatos sprendimus SPI, vadovai nurodė sistemų pritaikymą įstaigos poreikiams, lėšų stygių, personalo įtikinimą naudotis įdiegtais technologiniais e. sveikatos sprendimais, nežinojimą, į kokius standartus orientuotis.

Tyrimo duomenys atskleidžia, kad siekiant didinti pasitenkinimą e. sveikatos plėtra, būtina įveikti vieną iš pagrindinių kliūčių – pabrėžti suinteresuotųjų pusių vaidmens svarbą kuriant ir diegiant nacionalinę e. sveikatos sistemą. Būtent suinteresuotųjų pusių įtraukimas, tyrimo duomenimis, – akivaizdžiai nevykstantis procesas SPI, dažnai lemiantis nepasitenkinimą bei esmines plėtros klaidas. Reta SPI atlieka ne tik darbuotojų nuomonių ir poreikių analizę IS atžvilgiu bei pacientų nuomonių ir poreikių tyrimus.

Galima teigti, kad e. sveikatos plėtros proceso sėkmė proporcingai nedidėja vien diegiant e. sveikatos informacines sistemas arba naujus technologinius e. sveikatos sprendimus. Tai procesas, glaudžiais priklausomybės ryšiais susijęs su įvairiomis suinteresuotųjų grupėmis bei priklausantis nuo pačios SPI dedamų pastangų. Šios studijos pabaigoje autoriai pateikia siūlymų, kaip padėti gerinti.

PADĖKA

Tyrimo rengėjai nuoširdžiai dėkingi Sveikatos apsaugos ministerijos E. sveikatos koordinavimo ir įgyvendinimo skyriaus darbuotojams už suteiktas konsultacijas, sveikatos priežiūros įstaigų vadovams ir jų personalui už apklausoms skirtą laiką ir pasidalijimą savo išvalgomis dėl e. sveikatos sistemos plėtros.

Autoriai dėkoja Visuomenės nuomonės ir rinkos tyrimų centrui „Vil-morus“, pagal viešųjų pirkimų sutartį atlikusiam respondentų apklausas.

Mykolo Romerio universiteto mokslininkų komanda dėkoja Lietuvos mokslo tarybai už paramą ir pagalbą vykdant Europos socialinio fondo lėšomis pagal visuotinės dotacijos priemonę finansuojamą projektą „E. sveikatos plėtros integruotos transformacijos: suinteresuotųjųusių tinklo perspektyva“ (projekto kodas Nr. VP1–3.1-ŠMM-07-K-02-029).

Studijos autoriai pabrėžia, kad Sveikatos apsaugos ministerija ir Mokslo taryba nėra atsakingos už šioje studijoje pateiktą turinį.

ĮVADAS

E. sveikata – nauja sveikatos apsaugos, medicininės informatikos ir administracinės veiklos sritis, skirta sveikatinimo (asmens, visuomenės, farmacijos) paslaugoms tobulinti operatyviai pateikiant išsamią veiklai reikalingą informaciją interneto ir panašių skaitmeninių technologijų priemonėmis.

E. sveikatos paslaugos – elektroninių procesų ir ryšių veikla arba nauda, kurią viena šalis gali pasiūlyti kitai sveikatos priežiūros įstaigoje ir kuri apima elektroninius / skaitmeninius procesus visose sveikatos priežiūros stadijose.

Sveikatos priežiūros sektoriuje e. sveikatos paslaugos nagrinėja:

1. informacinių ir komunikacinių technologijų valdymą ir kontrolę;
2. informacinių ir komunikacinių technologijų discipliną, informacijos apdorojimą ir perdavimą;
3. medicininės informatikos ir administracinės veiklos sritį;
4. elektroninius skaitmeninius procesus.

E. sveikata kaip inovacija yra nauja sritis sveikatos apsaugos, medicininės informatikos ir administracinės veiklos sandūroje. Ji skirta sveikatos paslaugoms ir jai reikalingai informacijai pateikti bei tobulinti naudojant internetą ir panašias technologijas. Platesne prasme šis terminas reiškia ne tik technologinę plėtrą, bet taip pat sąmoningumo lygį, mąstymo būdą, požiūrį ir atsivavimą globaliai, tinklinei veiklai ir mąstymui, leidžiančiam esmingai pagerinti sveikatos apsaugos paslaugas vietiniu, regioniniu ir pasauliniu lygiu, naudojant informacines ir komunikacines technologijas.

Informacinių ir komunikacinių technologijų plėtra lemia socialinio ir ekonominio gyvenimo pokyčius. Sveikatos apsaugos sektorius – ne išimtis, jis vis labiau priklauso nuo informacinių ir ryšių technologijų, padedančių plėtoti geros kokybės sveikatos priežiūros paslaugas. „Lietuvos Respublikos elektroninės sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programa parengta siekiant subalansuoti esamas ir naujai atsirandančias informacinių ir ryšių technologijų diegimo galimybes, nacionalines bei globalias tendencijas, artimiausio ir tolimesnio laikotarpio sveikatos apsaugos reikmes taip, kad būtų užtikrinta evoliucinė Lietuvos e. sveikatos sistemos

plėtra, nuosekliai gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę⁵⁵. Svarbų vaidmenį, siekiant numatytų pokyčių socialinėje ir ūkio plėtroje, atlieka išplėtotą ir visiems prieinama informacinių technologijų (IT) ir elektroninių ryšių infrastruktūra bei sparčiai plintančios informacijos teikiamos galimybės įvairiausiose gyvenimo srityse, teikiant viešojo ar privataus sektoriaus paslaugas. Informacinių sistemų sprendimai suteikia plačias galimybes: tobulinti sudėtingų struktūrų valdymą, administravimą visais lygiais, taupyti pacientų ir personalo darbo laiką, supaprastinti ir optimizuoti statistinę bei buhalterinę apskaitą. „IT suteikiamos keitimosi informacija galimybės leidžia komunikuoti su kitomis įstaigomis, esančiomis ne tik Lietuvoje, bet ir kitose šalyse, konsultuotis, skubiai teikti bei gauti žodinę ir vaizdinę informaciją – visa tai ypatingai svarbu organizuojant sveikatos priežiūros paslaugų teikimo / gavimo procesą (įstaigų veiklą)“⁵⁶.

E. sveikatos plėtra – ilgalaikis ir sudėtingas procesas, apimantis platų suinteresuotųjų ratą.

2004 m. balandį Europos Komisija priėmė e. sveikatos veiksmų planą ir įpareigojo Europos Sąjungos šalis nares priimti nacionalines e. sveikatos plėtros strategijas bei su jomis susijusius veiksmų planus ir siekti veiksmingai juos įgyvendinti. Netrukus plataus spektro e. sveikatos infrastruktūra ir e. sveikatos informacinės sistemos tapo vienu iš pagrindinių elementų strateginiuose sveikatos priežiūros paslaugų plėtros dokumentuose, o informacinių ir komunikacinių technologijų (toliau – IKT) diegimą sveikatos priežiūros sektoriuje pradėta sieti su saugių, veiksmingai teikiamų, kokybiškų ir į pacientą orientuotų sveikatos priežiūros paslaugų teikimu. Tačiau, nors planai ir su jais susiję lūkesčiai ambicingi, nuo pat pradžių ši procesą dažnai lydi su kompleksinių IKT projektų žlugimu susijęs nusivylimas.

Teigiama, kad sveikatos priežiūros sektorius Europos šalyse turi didžiulį modernizavimo diegiant informacinių ir komunikacinių technologijų potencialą, pirmiausia siekiant padidinti sektoriaus sąnaudų efektyvumą. Tačiau gana ilgą laiką šios srities sektoriui trūko investicijų. Pastaruoju metu padėtis pradėjo keistis. Šalyse nustatomi atitinkami politiniai prioritetai ar išpareigojimai plėtoti šią sritį prisiimami Europos Sąjungos

⁵⁵ Mykolo Romerio universiteto įgyvendinamas projektas „E. sveikatos plėtros integruotos transformacijos: suinteresuotųjų pusių tinklo perspektyvos perspektyva“ (projekto kodas Nr. VP1–3.1-ŠMM-07-K-02-029), finansuojamas Europos socialinio fondo lėšomis pagal visuotinės dotacijos priemonę.

⁵⁶ *Ibid.*

lygmeniu. Nemažos finansinės lėšos taip pat tapo prieinamesnės. Vis dėlto, nors tinkamas finansavimas yra būtinas, kai kurių Europos šalių patirtis rodo, jog turimi finansai dar negarantuoja, kad laukiama nauda bus sėkmingai pasiekta, o pokyčiai žvelgiant į ateitį bus tvarūs⁷.

Daugelis didelių ir sudėtingų informacinių ir komunikacinių technologijų diegimo projektų (o tokių yra dauguma įgyvendinant nacionalines sveikatos informatikos programas) susiduria su vėluojančiais diegimo terminais, gerokai padidėjusiomis biudžeto sąnaudomis bei dažnai mažinamu techninio funkcionalumo reikalavimų sąrašu jau pradėjus projekto įgyvendinimo darbus. Be to, susiduriama su dar didesniais sunkumais, kai techniškai gerai įdiegtos informacinės sistemos nėra naudojamos. Anot R. Rotomskienės, kuri savo disertacijoje analizavo e. sveikatos plėtros patirtį užsienio šalyse, šiandieninė daugelio šalių (taip pat ir Lietuvos) e. sveikatos plėtros politika ir jos akcentai, kai pirmiausia yra pabrėžiamos techninės specifikacijos, sąveikumo (angl. *interoperability*) standartų plėtra ar viešųjų pirkimų taisyklių lankstumas, iš tiesų nėra tie aspektai, kurie lemia sėkmingą (ar nesėkmingą) nepertraukiamos (angl. *seamless*) ir į pacientą orientuotos (angl. *patient-centred*) sveikatos priežiūros plėtrą. Tuo tarpu būtent šie konceptai gana dažni tarp pagrindinių nacionalinių e. sveikatos programų tikslų⁸. Anot autorės, nagrinėjant proceso planavimo ir įgyvendinimo įtaką rezultatų kokybei ir efektyvumui, ypatingą dėmesį reikia skirti pokyčių vadybos perspektyvai ir suinteresuotųjų pusių (angl. *stakeholder*), ypač būsimų diegiamų informacinių sistemų naudotojų, įtraukimo į šiuos procesus aspektams. Ši įžvalga paremta ir platesniais šioje srityje vykdytų mokslinių tyrimų rezultatais⁹.

Šios studijos tikslas – išsiaiškinti suinteresuotųjų pusių įtraukimo mastą ir tendencijas e. sveikatos plėtros procese Lietuvoje.

2013 m. gegužės 31 d.–2013 m. spalio 30 d. buvo atlikti trys e. sveikatos kūrėjų, diegėjų ir naudotojų sociologiniai kiekybiniai tyrimai.

Tyrimų uždaviniai:

1. Įvertinti sveikatos priežiūros įstaigų personalo informuotumą apie e. sveikatos informacines technologijas, naudojimąsi šiomis

⁷ Rotomskienė, R. Konceptinis nacionalinio e. sveikatos plėtros proceso modelis. *Socialinės technologijos*. 2011, 1 (2): 415–426.

⁸ *Ibid.*

⁹ Rotomskienė, R. Unfolding national eHealth implementation processes: stakeholder engagement as a key lesson from the National Health Service in England and Wales. *Socialinių mokslų studijos*. 2011, 3 (4).

- technologijomis darbo vietoje, e. sveikatos technologijų vertinimą Lietuvoje bei savo sveikatos priežiūros įstaigoje, e. sveikatos technologijų diegimo proceso ypatumus bei problemas.
2. Išsiaiškinti SPĮ vadovų įtraukimo ir dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastą ir tendencijas: įvertinti sveikatos priežiūros įstaigų vadovų informuotumą apie Lietuvoje diegiamas e. sveikatos technologijas, šių technologijų diegimo padėtį jų sveikatos priežiūros įstaigoje, naujų technologijų naudos vertinimą, šiame procese kylančias problemas bei poreikius.
 3. Išsiaiškinti gyventojų įtraukimo ir dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastą ir tendencijas, jų pasitenkinimą e. sveikatos būkle bei poreikius e. sveikatos srityje.

Šios studijos struktūrą sudaro septynios dalys. Pirmoji – trumpa mokslinės literatūros apžvalga, kurioje apžvelgiami informacinių sistemų tyrimai / kompleksinių IKT projektų diegimas, organizacinių pokyčių ir jų tvaros moksliniai tyrimai; suinteresuotųjų pusių teorija: kodėl svarbus būsimų IS naudotojų dalyvavimas IS diegimo procesuose, patikrintų teorinių priemonių naudojimas formalizuojant suinteresuotųjų pusių vaidmenį e. sveikatos plėtros procese. Šioje dalyje yra paaiškinamas teorinis empirinių tyrimų konceptas. Antrąją studijos dalį sudaro tyrimas „Sveikatos priežiūros įstaigų personalo dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastas ir tendencijos: informuotumas apie e. sveikatą, pasitenkinimas e. sveikatos būkle bei poreikiai e. sveikatos srityje“, kuriame atskleidžiamas tikslas, metodai ir rezultatai. Trečioje leidinio dalyje pristatomas kitas empirinis tyrimas „Įstaigų vadovų dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastas ir tendencijos: informuotumas apie e. sveikatą, pasitenkinimas e. sveikatos būkle bei poreikiai e. sveikatos srityje“. Ketvirtoje dalyje nagrinėjamas trečiasis empirinis gyventojų dalyvavimo e. sveikatos sistemoje masto ir tendencijų tyrimas. Studijos pabaigoje pateikiamos išvados, rekomendacijos, naudota literatūra, santrauka anglų kalba.

1. TRUMPA MOKSLINĖS LITERATŪROS APŽVALGA

Galima drąsiai teigti, kad IKT diegimas sveikatos sektoriuje yra tarpdalykinis kompleksinis procesas. Aiškinant šį reiškinį, buvo pasitelktos trys mokslinių tyrimų sritys:

- Informacinių sistemų tyrimai / kompleksinių IKT projektų diegimas: pateiktos teorinės jau esamų IKT diegimo ir naudojimo organizacijose analizės modelių išvalgos. Dėmesys atkreiptas į informacinių sistemų inovacijų aiškinimą, jų ryšį ir sąveiką su organizacijos kontekstu ir charakteristikomis bei daugialygiškumais (angl. *multilevel*) organizacinius pokyčius. Analizuoti Orlikowski (2000)¹⁰, (2002)¹¹, Schollo (2004)¹², Heekso (1999)¹³, Lyytinen (1999)¹⁴ ir kitų mokslininkų darbai.
- Organizacinių pokyčių ir pokyčių tvaros (angl. *change sustainability*) moksliniai tyrimai: pateiktos teorinės išvalgos analizuojant profesionalizuotų biurokratijų (angl. *professional bureaucracies*) organizacinių pokyčių ypatumus, ypač klinikinėje organizacijų veikloje (Mintzberg, 1979)¹⁵. Konstruktivistinė organizacijų ir organizacinių pokyčių teorijos, veiklos inovacijų tvarumo specifika bei reakcijos į pokyčius padėjo suprasti ir interpretuoti empirinius duomenis. Nagrinėti Buchanano (2007)¹⁶, Mintzbergo (1979)¹⁷,

¹⁰ Orlikowski, W. Using Technology and Constituting Structures: A Practice Lens for Studying Technology in Organizations. *Organization Science*. 2000, 11 (4): 404-428.

¹¹ Orlikowski, W. and Iacono. Knowing in Practice: Enacting a Collective Capability in Distributed Organizing. *Organization Science*. 2002, 13 (4): 249-273.

¹² Scholl, H. J. Involving salient stakeholders. *Action Research*. 2004, 2 (3): 277-304.

¹³ Heeks, R.; Mundy, D.; Salazar, A. Why Health Care Information Systems Succeed or Fail. Information Systems for Public Sector Management. *Working Paper Series, Paper No. 9*. Institute for Development Policy and Management. 1999.

¹⁴ Lyytinen, K.; Robey, D. *Learning failure in information systems development* *Information Systems Journal*. 1999, 9, (2): 85-101.

¹⁵ Mintzberg, H. *The structuring of organisations*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs. 1979.

¹⁶ Buchanan, D. A.; Fitzgerald, L.; Ketley, D. (ed.). *The Sustainability and Spread of Organizational Change*. Routledge, 2007, p. 303.

¹⁷ Mintzberg, H. *The structuring of organisations*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1979.

Extono ir Totterdillo (2009, 2004)¹⁸, Shortello (2006)¹⁹, Berwicko (1994, 1998)²⁰, Bownso & McNulty (1999)²¹, Greenhalgho (2004)²² ir Bate'o (2007, 2000)²³ ir kitų mokslininkų darbai.

- Suinteresuotųjų pusių teorija: pateikta papildomų išvalgų apie suinteresuotųjų pusių valdymo kokybės lygmenis žvelgiant iš suinteresuotųjų pusių perspektyvos. Analizuoti Wheelerio ir Freemanio (2003)²⁴, Friedmano ir Miles (2006)²⁵ ir kitų mokslininkų darbai.

1.1. Informacinių sistemų tyrimai / kompleksinių IKT projektų diegimas

Ilgą laiką informacinių sistemų tyrimuose vyravusią techninę / funkcionalistinę paradigmą šiandien keičia evoliuciniai ir organizacinių pokyčių tyrimų modeliai, kurie pabrėžia socialinio mokymosi ir organizacinių pokyčių valdymo svarbą (Hirschheim & Klein, 1989)²⁶; (Scholl, 2004)²⁷, kai IS kūrėjai ir tyrinėtojai daugiau dėmesio turi skirti IS kūrimo proceso kokybei, o sukurtos IS tenkinti ne tik pirminius informacijos valdymo techninius reikalavimus, bet atsižvelgti ir į organizacijos sandaros bei funkcijų aspektus, kurie galbūt gali turėti įtakos būsimų IS naudotojų

¹⁸ Exton, R.; Totterdill, P. *Workplace innovation: bridging knowledge and practice*. AI Soc. 2009, 23 (1): 3-15.

¹⁹ Shortell, S. M. *Effective Hospital-Physician Relationships*. Chicago: Health Administration Press, 1991.

²⁰ Berwick, D. Eleven worthy aims of clinical leadership of health system reform. *Journal of American Medical Association*. 1994: 797-802.

²¹ Bowns, I.; McNulty, T. *Reengineering LRI – An Independent Evaluation of Impelementation and Impact*. University of Sheffield / Department of Health, 1999, p. 66-67.

²² Greenhalgh, T. et al. Introduction of shared electronic records: multi-site case study using diffusion of innovation theory. *BMJ*. 2008, 337 (7677): 1040-1044.

²³ Bate, P. Changing the culture of a hospital: from hierarchy to networked community. *Public Administration*. 2000, 78: 485-512.

²⁴ Wheeler, D.; Colbert, B.; Freeman, E. Focusing on value: Reconciling corporate social responsibility, sustainability and a stakeholder approach in a network world. *Journal of General Management*. 2003, 28 (3): 1-28.

²⁵ Friedman, A. L.; Miles, S. *Stakeholders: Theory and Practice*. New York: Oxford University Press Inc, 2006.

²⁶ Hirschheim, R.; Klein, H. K. Four paradigms of information systems development. *Magazine. Communications of the ACM CACM*. 1989, 32 (10): 1199-1216.

²⁷ Scholl, H. J. Involving salient stakeholders. *Action Research*. 2004, 2 (3): 277-304.

darbo aplinkai (Joshi & Rai, 2000)²⁸. Anot Schollo (2004)²⁹, pagrindinė su informacinėmis technologijomis (toliau - IT) susijusių pokyčių projektų problema dažniausiai yra ta, kad pabrėžiami techniniai ir ekonominiai aspektai, o organizaciniai ir socialiniai poveikio aspektai dažnai pamirštami, t. y. techninis IT komponentų validumas užgožia labai svarbius specifinius kontekstinius socialius ir organizacinius aspektus (Newman et al., 1996)³⁰; (Scholl, 2004)³¹. Panašią išvadą daro ir Mustonen-Ollila & Lyytinenas (2003)³²: IS procesų inovacijos turi apimti ne tik technologinius plėtojamos veiklos aspektus, pavyzdžiui, naujosios programinės kalbos ar operacinių sistemų naudojimo įsisavinimą, bet ir organizacines ar administracines inovacijas, pavyzdžiui, naujus projektų vadybos ar darbo organizavimo metodus ir pan. Taigi dabartinis požiūris į organizacinius pokyčius, ypač aiškinant empirinių tyrimų, tiriančių, kaip IT naudojamos organizacijose, duomenis, šiandien labiau pradėjo pabrėžti žmogiškąją organizacijų komponentą (angl. *human agency*) nei technologinį ar organizacinės struktūros aspektus (Boudreau, 2005)³³. Teigiama, kad ankstesni darbai IS tyrimų srityje rodė, jog IS organizacijose diegiamos pirmiausia remiantis efektyvumo ir racionalumo konceptais, šiandien jau pradėta suprasti, kad praktikoje organizacijos funkcionuoja visiškai kitaip ir pirmiausia priklauso nuo socialinių ir politinių procesų, kurie egzistuoja jų vidinėje ir išorinėje organizacinėje aplinkoje, o IS tampa „mechanizmais, kuriuos naudojant deramasi dėl skirtingų interesų, išryškėja priešingos nuomonės bei išrutuliojami politiniai organizacijos procesai“ (Doolin, 2004)³⁴.

Taigi šiandien jau didėja bendras supratimas, kad, žinant sėkmės ir nesėkmės veiksnius, tačiau nepaisant jų sąveikos su socialiniais procesais,

²⁸ Joshi, K.; Rai, A. Impact of the quality of information products on information system users' job satisfaction: an empirical investigation. *Info Systems J.* 2000, 10: 323–345.

²⁹ Scholl, H. J. Involving salient stakeholders. *Action Research.* 2004, 2 (3): 277–304.

³⁰ Neumann, P. J.; Parente, S. T.; Paramore, L. C. Potential savings from using information technology applications in health care in the United States. *International Journal on Technology Assessment in Health Care.* 1996, 12 (3): 425–35.

³¹ Scholl, H. J. Involving salient stakeholders. *Action Research.* 2004, 2 (3): 277–304.

³² Mustonen-Ollila, E.; Lyytinen, K. Why organizations adopt information system process innovations: a longitudinal study using Diffusion of Innovation theory. *Info Systems J.* 2003, 13: 275–297.

³³ Boudreau, M. C.; Robey, D. *Enacting Integrated Information Technology: A Human Agency Perspective.* *Organization Science.* 2005, 16 (1, 3): 18.

³⁴ Doolin, B. Power and resistance in the implementation of a medical management information system. *Info Systems J.* 2004, 14: 343–362.

tokios žinios tampa nereikšmingos arba tiesiog vienpusės (Scholl, 2004)³⁵. Tačiau tuo pačiu metu socialiniai IT skatinamų pokyčių procesų modeliai mokslinėje literatūroje pateikiami retai (Scholl, 2004)³⁶. Tokie modeliai, ypač viešajame sektoriuje, yra itin reikalingi pirmiausia dėl kiekvienam viešosios politikos sektoriui būdingo tam tikro specifinio įtakos ir skirtingų interesų pasidalijimo ir tarpusavio santykių kompleksiskumo, kai vyrauja poreikis ar net būtinybė skirtingus interesus derinti praktiškai bet kokio dydžio projekte ar viešosios politikos žingsnyje (Juciūtė, 2009)³⁷.

Orlikowski (2000)³⁸ pirmoji pateikė tam tikrą integruotą teorinį modelį, kuris atspindėtų pagrindines šiandienines IS tyrimų realijas bei galimas šios srities plėtros artimiausioje ateityje tendencijas. Keletas svarbių elementų yra integruoti šiame koncepciniame modelyje, o pats modelis pasaulį mato pliuralistinės prigimties ir pilną tarpusavyje dėl dominavimo ar kontrolės konkuruojančių ir susipinančių / susikryžiuojančių įvykių, įtakų ir vertybių, kai reikšmė kuriama derybų ir susitarimo būdu ir atsiranda iš minėtos įvairių veiksmų konfrontacijos.

Pirmasis šio modelio koncepcinis elementas, kuris siūlomas apibendrinus iki šiol atliktus IKT kūrimo ir naudojimo tyrimus, yra konteksto ir proceso, aprašomo kaip socialinis procesas, apimantis naudotojus, projektų vadovus ir organizacijų atsakingus asmenis bei kitas pagrindines suinteresuotąsias puses (Orlikowski, 2000)³⁹, santykis. Maža to, šis socialinis procesas yra susijęs su organizacijų vidaus ir platesniais kontekstais, atsirandančiais iš istorinių, organizacinių ir ekonominių aplinkybių. Anot autorės, konteksto ir proceso ryšys yra esminis siekiant suprasti naujųjų IKT iniciatyvų ir projektų įtaką organizacijoms, nes „IKT ar IS kūrimas iš dalies priklauso nuo konteksto, kuriame jos yra kuriamos, bet kartu jos pačios tampa veiksmu, kuris gali palaikyti ar keisti tą kontekstą“. Kontekstas čia yra suprantamas kaip platesnė sociopolitinė struktūra ar sistema, kurioje ir yra plėtojamas tam tikras IKT projektas ir kuriai yra būdingos tam tikros srities savybės, politinės darbotvarkės ir įtakos ryšiai bei tam tikros IKT projekte dalyvaujančių organizacijų organizacinės kultūros

³⁵ Scholl, H. J. Involving salient stakeholders. *Action Research*. 2004, 2 (3): 277–304.

³⁶ *Ibid.*

³⁷ Juciūtė, R. ICT implementation in the health-care sector: effective stakeholders' engagement as the main precondition of change sustainability. *AI & Society*. 2009, 23 (1): 131–137.

³⁸ Orlikowski, W. Using Technology and Constituting Structures: A Practice Lens for Studying Technology in Organizations. *Organization Science*. 2000, 11, 4: 404–428.

³⁹ *Ibid.*

charakteristikos (pvz., įvairios formalios ir neformalios elgesio taisyklės, kurių laikosi organizacijos nariai, ir pan.). Organizacinės kultūros ypatumai atspindi tai, kas organizacijos viduje yra savaime suprantami dalykai, t. y. integruota ir suprantama tos organizacijos nariams, bet taip pat apima ir painiavą, tam tikrą neišmanymą, paradoksus ir fragmentaciją (Constantinides, 2006)⁴⁰. Taigi, kuriant ir naudojant naujas IKT organizacijose, atsiranda daug svarbių implikacijų, nes naujųjų technologijų paskatinti organizaciniai pokyčiai neretai pradeda kvestionuoti projekte dalyvaujančių organizacijų jau egzistuojančią organizacinę kultūrą bei struktūrą, taip pat įtakos ryšius ir pan. Negana to, struktūros ir kultūros ryšiai, kaip tam tikrą įvairių grupių ir individų prasmių sistemą įtvirtinančių dalykų visuma, taip pat nuolat keičiasi, todėl kontekstas taip pat turi būti suprantamas kaip nuolatinės kaitos procesas.

Antrasis koncepcinis elementas kalba apie tai, kaip esanti darbo organizavimo praktika tam tikroje organizacijoje gali veikti, o kartu ir būti veikiamą diegiamų naujųjų IKT. Šis koncepcinis elementas labai glaudžiai susijęs su diskusijomis apie organizacinį kontekstą būtent tuo, kad daugiausia dėmesio skiria prielaidų, žinių ir lūkesčių, kuriuos turi žmonės apie IKT, analizei, kuriuos jie pasitelkia bandydami tokioje aplinkoje susivokti ir veikti. Orlikowski (2000)⁴¹ šį elementą pavadino „praktikos lizdėmis“ (angl. *practice lens*). Technologijų naudojimo procesas yra įvardijamas kaip „įtvirtinimo procesas“ (angl. *a process of enactment*), leidžiantis visapusiškesnę darbo praktikų vaidmens suvokimą tiek tuomet, kai naujosios technologijos yra naudojamos įprastoje darbo aplinkoje ir procesuose, tiek ir organizacinių pokyčių / transformacijos atvejais. Šiame kontekste sociotechnologinis aspektas reiškia, kad darbo organizavimo praktikos organizacijose yra labai glaudžiai susijusios su keletu elementų, pavyzdžiui, technine įranga, naudojamomis dokumentų formomis, klasifikacijomis, įrankiais ir kt., kurių kiekvienas atlieka tam tikro tarpininko vaidmenį, bet kartu veikia per kontekstinę darbo organizavimo prizmę. Anot autorės, organizacinėje aplinkoje, kurioje nuolat didėja bendruomenių skaičius (pvz., įvairūs profesinių bendruomenių tipai, neformalios

⁴⁰ Constantinides, P.; Barrett, M. Negotiating ICT development and use: The case of a telemedicine system in the healthcare region of Crete. *Information and Organization*. 2006, 16: 27-55.

⁴¹ Orlikowski, W. Using Technology and Constituting Structures: A Practice Lens for Studying Technology in Organizations. *Organization Science*. 2000, 11, 4: 404-428.

bendruomenės ir įvairios jų konfigūracijos), darbuotojai paprastai būna kelių bendruomenių nariai, o priklausymas bet kuriai iš jų yra nuolatinis susitarimo dalykas. Šis komponentas pabrėžia, kad darbuotojo patirtis, kuri buvo sukaupta įvairiuose kontekstuose, sukuria tam tikras nuostatas, nuomonę, reikšmes bei lūkesčius, o žmonės visada remiasi savo anksčiau susidarytomis nuostatomis bandydami suprasti ir suvokti (angl. *make sense*) naujus reiškinius net ir veikiant kartu su kitais individais, o tai savo ruožtu turi įtakos darbo aplinkos ir darbo procesų suvokimui, kuriams naujiems darbo organizavimo procesams organizacinių pokyčių kontekste, taip pat ir tuomet, kai organizaciniai pokyčiai yra susiję su naujų IKT diegimu. Vėliau, susitarę dėl naujų prasmų naujoje aplinkoje (realybėje), žmonės peržiūri ir atnaujina savo ankstesnių nuostatų struktūras akumuliuodami ir integruodami naujas žinias. Todėl konkrečiame organizaciniame kontekste įdiegtų IKT sėkmė priklausys nuo visų dalyvių kolektyvinių pastangų peržiūrėti ir atnaujinti savo ankstesnių nuostatų struktūras (angl. *frames of reference*) susivokiant naujoje darbo organizavimo aplinkoje, dėl kurios turėjo būti priimtas bendras visų organizacijos narių sutarimas. Kitaip tariant, nauja tam tikrų IKT aplinka ir toliau priklausys nuo dalyvių bendruomenės susitarimo.

Trečiasis koncepcinis elementas siejamas su technologinių priemonių, tarp jų ir IKT, vaidmeniu. Anot W. Orlikowski (2000)⁴², šis koncepcinis elementas yra glaudžiai susijęs su kitais dviem, nes technologijos gali būti tik tada iki galo suvoktos, kai yra naudojamos praktikoje, tačiau būtina daryti takoskyrą tarp technologijų kaip priemonės ir kitų prasmų, nes tai leidžia IKT suprasti kartu kaip fizinį dalyką ir kaip dalyką, kurio prasmė atsiranda per jų naudojimą. Autoriai teigia, kad būtina plėsti IKT tik kaip priemonės, turinčios tam tikras struktūras, kurias suplanavo IS kūrėjai, supratimą, nes visa IKT reikšmė atsiskleidžia tik jas naudojant darbo procesuose (Orlikowski, 2000)⁴³, – IKT vaidmuo gali būti suprantamas kaip technologinės priemonės, kuri yra nepriklausoma nuo bet kokių ketinimų ar struktūrinių savybių, bet susijusi su susitarimo / derybų procesais organizacijose. Skiriant daugiau dėmesio įvairių technologinių priemonių vaidmens įvairių grupių ar individų darbo praktikoje teorizavimui, pokyčių ir tęstinumo procesų suvokimas gali būti geriau informuojamas.

⁴² Orlikowski, W. Using Technology and Constituting Structures: A Practice Lens for Studying Technology in Organizations. *Organization Science*. 2000, 11, 4: 404-428.

⁴³ *Ibid.*

1.2. Moksliniai organizacinių pokyčių ir pokyčių tvaros (angl. *change sustainability*) tyrimai

Taigi, remiantis jau anksčiau atliktų tyrimų rezultatais, vadinamasis integruotas sociologinis techninis požiūris nemažai dėmesio turėtų skirti būsimų IT naudotojų vaidmens analizei, nes naujai diegiamos IS gali radikaliai pakeisti organizaciją ir jos vidaus organizacinius ryšius. Esant tokioms sąlygoms, būsimų IKT naudotojų įtraukimas į procesą organizacijos viduje tampa kritiškai svarbiu veiksniu užtikrinti organizacinių pokyčių tvarumą. Maža to, atlikti tyrimai rodo, kad būsimi kuriamų IS naudotojai privalo dalyvauti kiekviename IS raidos etape: renkantis produktą ar apibrėžiant reikalavimus / technines būsimų IS specifikacijas, kuriant ar pritaikant pačias IS, vėliau diegiant jas organizacijose bei testuojant, taip pat būtent būsimi kuriamų IS naudotojai privalo turėti galimybę planuoti visą procesą, priešingu atveju jie gali atmesti jau įdiegtas IS ir taip nulemti visišką jų žlugimą.

Atlikto vieno tyrimo autoriai (Boudreau & Robey, 2005)⁴⁴ daro išvadą, kad, nepaisydami vykdytos pokyčių programos diegiant naują IS, jos naudotojai iš pradžių kuo ilgiau vengė jomis naudotis (inercija), o vėliau stengėsi dirbti nenumatytais būdais, siekdami kompensuoti jos trūkumus (nenumatytos pasekmės). Daroma išvada, kad praktikoje integruotai technologijai, kuri potencialiai yra stiprus „žmogiškosios organizacijos“ suvaržymas, gali būti labai lengvai pasipriešinta ar kitaip bandoma pakeisti pirminę jos paskirtį, jei nėra sudaromos tam tikros kitos sąlygos sėkmingai tas technologijas įdiegti. Apžvalgoje (Constantinides & Barrett, 2006)⁴⁵ pasiūlytas tam tikras IKT kūrimo ir naudojimo analizės modelis. Jis iš esmės paremtas Orlikowski (2000)⁴⁶ pasiūlytais praktikos lygmens sąveikos tarp technologijos ir organizacijos tęstinumo ar pokyčio paaiškinimais. Anot autorių, pagrindinis iš to kylantis argumentas yra tas, kad mokslininkai pagaliau turi pereiti nuo požiūrio į IKT kaip nepajudinamai įtvirtintas tam tikrose organizacinėse ir technologinėse struktūrose

⁴⁴ Boudreau, M. C.; Robey, D. Enacting Integrated Information Technology: A Human Agency Perspective. *Organization Science*. 2005, 16 (1): 3–18.

⁴⁵ Constantinides, P.; Barrett, M. Negotiating ICT development and use: The case of a telemedicine system in the healthcare region of Crete. *Information and Organization*. 2006, 16: 27–55.

⁴⁶ Orlikowski, W. and Iacono. Knowing in Practice: Enacting a Collective Capability in Distributed Organizing. *Organization Science*. 2002, 13 (4): 249–273.

prie požiūrio, kad organizacija pirmiausia yra „žmogiškoji organizacija, turinti atvirą ir nuolat besiformuojantį struktūrų rinkinį, kuris praktikoje gali būti įgyvendinimas per nuolat adaptuojamų technologijų naudojimą“ (Orlikowski, 2000)⁴⁷. Tam, kad suprastume šį nuolatinio kitimo procesą, būtina išnagrinėti trijų skirtingų IKT plėtros ir naudojimo organizacijose koncepto dimensijų tarpusavio sąveiką ir įtaką: kontekstą, kuriame yra diegiamos IKT, būdus, kuriais tos IKT yra įprasminamos naudojimo praktikoje, ir IKT, kaip skirtingų technologinių priemonių, vaidmenį (Constantinides, 2006)⁴⁸.

1.3. Suinteresuotųjų pusių teorija: kodėl svarbu būsimiems IS naudotojams dalyvauti IS diegimo procesuose

Pabrėžiamas (Chang, 2006)⁴⁹ suinteresuotųjų pusių įtraukimo ir įvairių aspektų, prisidedančių prie sėkmingo organizacinių pokyčių įgyvendinimo, ryšys. Pavyzdžiui, suinteresuotųjų pusių dialogo poreikis didėja su kiekvienu integracijos kompleksiskumo lygiu, kompleksiniai IKT sprendimai paprastai reikalauja perorganizuoti darbo procesus, o šie – kaip pripažįsta ir patys IS analitikai praktikai, – kad aktyviai dalyvautų suinteresuotosios pusės, nes tai prisideda prie bendro organizacinių procesų ir technologijų sąveikos supratimo ir iš to kylančio didesnio IS naudotojų pasitenkinimo. Kita vertus, jau yra nemažai įrodymų, kad geresnis darbo procesų ir IS sąveikos suvokimas, kurį lemia suinteresuotųjų pusių įtraukimas, skatina pačių IT efektyvumą.

Kiti autoriai (Lyytinen & Robey, 1999)⁵⁰ taip pat įrodė mokymosi galimybių trūkumą kuriant IS ir rekomendavo strategijas, kaip to išvengti. Anot jų, IS kūrimas yra labai rizikingas darbas, o nesėkmės yra gana dažnas reiškinys, nors ir pasiekta bendra pažanga kuriant prog-

⁴⁷ Orlikowski, W. and Iacono. Knowing in Practice: Enacting a Collective Capability in Distributed Organizing. *Organization Science*. 2002, 13 (4): 249–273.

⁴⁸ Constantinides, P.; Barrett, M. Negotiating ICT development and use: The case of a telemedicine system in the healthcare region of Crete. *Information and Organization*. 2006, 16: 27–55.

⁴⁹ Chang, H. H. Technical and management perceptions of enterprise information system importance, implementation and benefits. *Information Systems Journal*. 2006, 16 (3): 263–292.

⁵⁰ Lyytinen, K.; Robey, D. Learning failure in information systems development. *Information Systems Journal*. 1999, 9 (2): 85–101.

ramines priemonės ir technologijas. Viena iš pagrindinių priežasčių – vengiama naudoti organizacijų, kurioms yra kuriamos IS, žinias bei gebėjimus, būtinus siekiant perprasti IS kūrimo proceso kompleksiskumą. Organizacijos taip pat nepasimoko iš savo ankstesnės IS kūrimo patirties, o vienos dažniausių priežasčių pirmiausia yra organizacinių gebėjimų trūkumas, netinkama mokymosi aplinka, gremėzdiška organizacinė struktūra ir kitos mokymosi kliūtys. Anot autorių, ne tik daugelis organizacijų „neišmoko mokytis“, bet daugelis iš jų tiesiog „išmoko žlugti“, nes ilginiui tokios organizacijos susitaiko su tam tikrais veiklos nesklaidumais, nebesitiki efektyvesnės organizacinės veiklos ir pradeda kurti vadinamuosius organizacinius mitus – esą tuo metu jos siekia veiklas optimizuoti ilguoju laikotarpiu ir nesklaidumai trumpuoju laikotarpiu iš dalies yra pateisinami⁵¹. Apskritai IS mokslinių tyrimų literatūroje yra teigiama, kad naudotojų įtraukimas į programinės įrangos kūrimo procesą yra vertingas dalykas, nes tai IS identifikavimo procesą daro efektyvesnį, būsimoji IS naudotojai geriau įsitraukia į procesą ir įsipareigoja jam, tokio proceso metu būsimoji kuriamų IS naudotojai yra geriau informuoti ir dėl to labiau pasitiki IS kūrėjais bei didesnis būsimoji IS naudotojų pasitenkinimo lygis, IS kokybė ir IS naudojimas jas įdiegus (Gallivan & Keil, 2003)⁵².

Tuo pačiu metu būsimojių IS naudotojų dalyvavimo lygiai yra labai įvairūs ir skiriasi atsižvelgiant į tipus ir savo laipsniu, turiniu, apimtimi, formalumo lygiu, ir įtaka (Scholl, 2004)⁵³. Tačiau nors būsimojių naudotojų dalyvavimas IS kūrimo procese yra gana gerai išnagrinėtas dalykas IS tyrimų literatūroje (Scholl, 2004)⁵⁴, yra nemažai nežinomų aspektų apie suinteresuotųjų pusių dalyvavimą ir net teigiama (Gallivan & Keil, 2003)⁵⁵, kad pavojinga manyti, jog būsimojių IS naudotojų dalyvavimas visada veda prie sėkmingo projekto įgyvendinimo. Kitaip tariant, didelė kuriamų IKT nesėkmių rizika leidžia manyti, kad tik instrumentinis suinteresuotųjų pusių įtraukimas, siekiant sėkmingai kurti IKT ir jas diegti, kuris ilgai vy-

⁵¹ Lyytinen, K.; Robey, D. Learning failure in information systems development. *Information Systems Journal*. 1999, 9 (2): 85–101.

⁵² Gallivan, M. J.; Keil, M. The user–developer communication process: a critical case study. *Info Systems J.* 2003, 13: 37–68.

⁵³ Scholl, H. J. Involving salient stakeholders. *Action Research*. 2004, 2 (3): 277–304.

⁵⁴ *Ibid.*

⁵⁵ Gallivan, M. J.; Keil, M. The user–developer communication process: a critical case study. *Info Systems J.* 2003, 13: 37–68.

ravo IS tyrimuose, ir – dar svarbiau – praktikoje, šiandien taip pat nėra išeitis, nes nebeatitinka šių dienų praktikų poreikių

1.4. Suinteresuotųjų pusių vaidmuo diegiant informacijos ir komunikacijos technologijas sveikatos priežiūros sektoriuje

Jau prieš kurį laiką naujosios IKT buvo apibrėžtos kaip turinčios didelę galią gerinti ir sveikatos įstaigų funkcionavimą (pvz., Neumann et al., 1996)⁵⁶. Tačiau, panašiai kaip ir kiti IKT skatinami organizacinės veikos procesų pokyčiai, kurie jau visiems žinomi dėl didelės žlugimo rizikos, sveikatos IS potencialas čia taip pat gali būti įgyvendintas tik tada, kai IS yra sėkmingai sukurtos ir įdiegtos (Heeks et al., 1999)⁵⁷. Pavyzdžiui, Cho et al. (2007)⁵⁸ pateikė specifinių problemų, kurios susijusios su IT skatinamų inovacijų diegimu sveikatos priežiūros sektoriuje, apžvalgą. Kaip pagrindinės buvo įvardytos šios: žinių kliūtys ir vadybos problemos, žmogiškojo veiksnio ir organizacinės problemos, socialinės komunikacijos ypatumai, organizacinės struktūros ir kultūra bei skirtingų atskirų suinteresuotųjų pusių susidarytų nuostatų (angl. *structures of reference*) skirtumai. Šie aspektai iš esmės rodo organizacinių procesų svarbą nagrinėjant sveikatos IS inovacijų sėkmes ir nesėkmes. Kita apžvalginė studija tyrė IS įgyvendinimo sėkmės veiksnius. Šioje studijoje teigiama, kad IS įgyvendinimo sėkmė priklauso nuo daugelio veiksnių: tam, kad procesas būtų sėkmingas, būtina atsižvelgti į organizacinį kontekstą, diegimo procesą ir sistemos turinio aspektus (Butler & Murphy, 2007)⁵⁹. Socialiniai ir organizaciniai kontekstiniai veiksniai apima organizacines ideologijas, organizacinį kompleksumą, organizacines patologijas, vadovų paramą, IS kūrėjų prielaidas ir įsitikinimus, lyderystę ir įsipareigojimus ir galutinių

⁵⁶ Neumann, P. J.; Parente, S. T.; Paramore, L. C. Potential savings from using information technology applications in health care in the United States. *International Journal on Technology Assessment in Health Care*. 1996, 12 (3): 425–35.

⁵⁷ Heeks, R.; Mundy, D.; Salazar, A. Why Health Care Information Systems Succeed or Fail. Information Systems for Public Sector Management. *Working Paper Series, Paper No. 9*. Institute for Development Policy and Management, 1999.

⁵⁸ Cho, S.; Mathiassen, L.; Robey, D. Dialectics of resilience: a multi-level analysis of a telehealth innovation. *Journal of Information Technology*. 2007, 22: 24–35.

⁵⁹ Butler, T.; Murphym, C. Understanding the design of information technologies for knowledge management in organizations: a pragmatic perspective. *Info Systems J*. 2007, 17: 143–163.

IS naudotojų įsitikinimus bei lūkesčius⁶⁰. Su IS įdiegimu susiję veiksniai apima pasirinktus IS diegimo metodų aspektus. Tuo tarpu su sistemos turiniu susiję veiksniai kreipia dėmesį į tai, kaip technologija atitinka organizaciją, ar naudotojų reikalavimai keičiasi IS kūrimo ir diegimo procese, ar diegiama sistema galbūt pati keičiasi. Efektyvi lyderystė ir atidžios su IS įdiegimu susijusios IT vadovų ir tiesioginio pavaldumo vadovų planavimo veiklos taip pat turi įtakos IS sėkmei. IS kūrėjai gali išspręsti konfliktus ir sumažinti skirtumus daugiau dėmesio skirdami ir technologijoms, ir pačioms organizacijoms, kuriose diegiamos IKT (Butler & Murphy, 2007)⁶¹. Anot autorių, organizacinės savybės taip pat gali daryti įtakos IS diegimo procesui. IS kūrėjai ir tiesiogiai atsakingi asmenys organizacijoje privalo suprasti susijusių rizikų tipus, pavyzdžiui, socialinius aspektus, susijusius su suinteresuotųjų pasiūlytomis / nuomone, reikalavimais, ir neformalius darbo metodus bei darbo organizavimo ypatumus (Butler & Murphy, 2007)⁶².

Kita studija įrodė, kad IS galutinių naudotojų nuostatos elektroninės pacientų kortelės sistemos įdiegimo atžvilgiu keliose sveikatos priežiūros įstaigose turėjo įvairių su šiuo procesu susijusių pasekmių. Pavyzdžiui, tais atvejais, kai galutiniai diegiamų IS naudotojai manė, kad elektroninės pacientų kortelės diegimo procesas turi trūkumų, IS kūrimo procesas susidūrė su žmogiškojo veiksnio problemomis organizacinių pokyčių kontekste ir dėl to dar labiau padidino priešinimąsi diegti technologinį sprendimą: diegiama IS smarkiai sumažino gydytojų produktyvumą, ypač pirmaisiais IS diegimo etapais, o tai dar labiau padidino jų priešinimąsi pokyčiams; diegiama IS taip pat pareikalavo patikslinti klinikinius vaidmenis (t. y. kiekvieno darbuotojo atliekamo darbo aprašus) bei atsakomybę ir tai sukėlė didelį kai kurių darbuotojų grupių nepasitenkinimą, nors bendradarbiavimu paremta organizacinė kultūra iš dalies leido pasiekti tam tikrų kompromisų atskiruose projekto įgyvendinimo etapuose. Įdomu ir tai, kad nė vienas vadovavimo stilius organizacijoje nebuvo optimalus – visus įtraukiantis, kviečiantis dalyvauti ar bent prisidėti; konsensuso ieškantis stilius buvo veiksmingesnis priimamų sprendimų atžvilgiu; tuo

⁶⁰ Butler, T.; Murphym, C. Understanding the design of information technologies for knowledge management in organizations: a pragmatic perspective. *Info Systems J.* 2007, 17: 143–163.

⁶¹ *Ibid.*

⁶² *Ibid.*

tarpu įsakmesnis vadovavimas padėjo šalinti kliūtis ir pasipriešinimą projektą įgyvendinant ir ypač tada, kai procesas sukūrė priešišką ir konfliktuojantį organizacinį klimatą, kurį dar labiau paskatino sprendimas atsakyti senosios IS (Scott, 2005)⁶³.

Taip pat buvo ištirta, kad gydytojai nebuvo pasyvūs kompiuterinės kontrolės sistemos stebėtojai / subjektai, o kai kurie aktyviai priešinosi nenaudodami IS surenkamos informacijos, kvestionuodami jos patikimumą ar manipuliuodami prašė daugiau išteklių (Doolin, 2004)⁶⁴. Laikui bėgant IS vaidmuo buvo iš naujo interpretuotas, o tęstinio gydytojų pasipriešinimo aplinkoje jos reikšmė ilgainiui buvo dirbtinai sumenkinta. Kitoje studijoje teigiama, kad elektroninė sveikatos kortelė – tai ne „kištuku įjungiamos“ technologijos (angl. *plug-in technologies*) (Greenhalgh et al., 2008)⁶⁵. Ji yra kompleksinė inovacija, kuri turi būti priimta ir pacientų, ir sveikatos sektoriaus darbuotojų, įdiegta organizaciniuose ir tarporganizaciniuose darbo organizavimo procesuose. Šis procesas mikrolygmeniu (angl. *micro-level*) yra stipriai veikiamas fizinių technologijų ypatybių, individų nuostatų ir nuogaštavimų bei tarpasmeninės įtakos; viduriniuoju lygmeniu (angl. *meso-level*) – organizacijos atminties, pasirengimo ir įvairių diegimo proceso aspektų; makrolygmeniu (angl. *macro-level*) – institucinių ir sociopolitinių jėgų⁶⁶. Atvejo studijos modelis ir daugialygmenė teorinė analizė gali leisti suprasti, kaip kontekstiniai veiksniai kreipia, įgalina ir apriboja naujus pacientų sveikatos priežiūros technologijų paremtus modulius. Kitoje studijoje (Hill, 2007)⁶⁷ nagrinėtas centralizuotai kaupiamos ir leidžiančios keistis duomenimis (kritine paciento informacija) elektroninės pacientų kortelės Anglijoje diegimo procesas ir pateiktos apibendrintos rekomendacijos dėl didelės apimties IT projektų diegimo sveikatos priežiūros sektoriuje specifikos. Susirūpinimas sveikatos priežiūros įstaigų koordinavimo stoka verčia įgyvendinama politika reikalauti didesnės paslaugų ir organizacinės praktikos integracijos, plėtojant į pacientą orientuotą sveikatos priežiūros

⁶³ Scott, J.; Kaiser, T. Permanent's experience of implementing an electronic medical record: a qualitative study. *BMJ*. 2005, 331 (7528): 1313–1316.

⁶⁴ Doolin, B. Power and resistance in the implementation of a medical management information system. *Info Systems J.* 14: 343–362.

⁶⁵ Greenhalgh, T. et al. Introduction of shared electronic records: multi-site case study using diffusion of innovation theory. *BMJ*. 2008, 337 (7677): 1040–1044.

⁶⁶ *Ibid.*

⁶⁷ Hill, P. Making it personal: the challenge of multi-agency care. *British Journal of Healthcare Computing & Information Management*. 24 (2): 13–15.

sistemą. Toks požiūris reikalauja atitinkamų IT valdymo modelių pokyčių. Į pacientą orientuota sveikatos priežiūra gali būti veiksminga tik tuomet, kai yra galimybė prisijungti prie į pacientą orientuotų sveikatos įrašų ir sistemų, o tai savo ruožtu reikalauja į pacientą orientuoto informacijos valdymo. Iššūkiai šiame procese yra susiję su praktikoje ypač išsigalėjusiu profesinių ir organizacinių sienų valdymu ir perorganizavimu kartu su procesų, sistemų ir technologijų pokyčiais, garantuojant, kad diegiama integracija veiksmingai plėtotų į pacientą orientuotą modelį ir jį remiančius principus.

Tuo tarpu kita studija (Marsden et al., 2005)⁶⁸ įrodė, kad prasmingas medicinos darbuotojų įtraukimas viso naujos klinikinės IS diegimo proceso metu prisidėjo prie vienos didelės kompleksinės sveikatos priežiūros organizacijos vidaus pokyčių programos veiksmingo įgyvendinimo. Daugėja moksliniais tyrimais paremtų įrodymų, kad suinteresuotųjų pasiūlymų įtraukimas, kuris pabrėžtų medicinos ir kitų darbuotojų įtraukimą sveikatos priežiūros organizacijose, skatina organizacinį efektyvumą (Audit Commission, 2009)⁶⁹ ir veiklos efektyvumą, didina imlumą pokyčiams ir / ar gerina pacientų priežiūros kokybę (Buchanan et al. 2007⁷⁰; Exton & Totterdill, 2009⁷¹; Green, 2003⁷²; Rosenstein, 2004⁷³; Guthrie, 2005⁷⁴). Aplinka ir politikos kontekstas, kuriame yra organizuojamas sveikatos priežiūros paslaugų teikimas, yra labai kompleksinė ir apima daug iššūkių, todėl, norint išspręsti tuos sunkumus, būtina įsitraukti medikams / medicinos personalui, būtinos žinios ir konstruktyvi kri-

⁶⁸ Marsden, C. et al. Implementing an electronic patient record for Leicestershire's therapists working in the community: 2002–2005. *British Journal of Healthcare Computing and Information Management*. 2005, 22 (5): 20–22.

⁶⁹ Audit Commission. *Clinicians and finance: improving patient care*. London: Audit Commission, 2009. Web publication (retrieved 3 September 2013).

⁷⁰ Buchanan, D. A.; Fitzgerald, L.; Ketley, D. (ed.). *The Sustainability and Spread of Organizational Change*. Routledge, 2007, p. 303.

⁷¹ Exton, R.; Totterdill, P. Workplace innovation: bridging knowledge and practice. *AI Soc*. 2009, 23 (1): 3–15.

⁷² Green, T. New strategies required to improve hospital-physician alignment. *Health Care Strategy Manage*. 2003, 21:15–17.

⁷³ Rosenstein, A. A. Physician involvement in supply and materials management. *Physician Exec*. 2004, 30: 42–48.

⁷⁴ Guthrie, M. Engaging physicians in performance improvement. *American Journal of Medical Quality*. 2005, 20: 235–238.

tika bei jų nuomonė ir, žinoma, pritarimas (Guthrie, 2005)⁷⁵. Esminių pokyčių klinikinėse srityse negalima pasiekti be bendradarbiavimo su medicinos darbuotojais, jų pagalbos ir pritarimo (Bowns and McNulty, 1999)⁷⁶. 1994 m. Berwickas (1994)⁷⁷ rašė, kad „jei gydytojai, medicinos seserys, vaistininkai, medicinos technikai, vadybininkai ir kitas tiesiogiai sveikatos priežiūros paslaugas teikiantis personalas nenorės savo darbo praktikoje ką nors pakeisti, kad būtų geriau tenkinamas visuomenės gesnės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės poreikis, tai niekas kitas ne iš sveikatos priežiūros sistemos nebus toks pajėgus ar ganėtinai išmanus, kad galėtų tai priversti padaryti“. Medicinos darbuotojų pagalba yra būtina pertvarkant procesus, kurie atitiktų klinikinės pokyčių programas pacientų priežiūros, paslaugų plėtros ir profesinio tobulėjimo srityse (Bowns and McNulty, 1999)⁷⁸. Anot autorių, labai dažnai gydytojų sudominimas darbo procesų perorganizavimu reikalauja įkalbinėjimų, dažniausiai neformaliu būdu, vienu metu bendraujant tik su vienu gydytoju, o pats procesas turėtų būti labai interaktyvus. Maža to, medicinos darbuotojų įsipareigojimas pokyčiams, jų atsidavimas pokyčiams ir pagalba nuolat reikalauja pasitikrinimo, sustiprinimo bei nuolatinio darbo (Bowns and McNulty)⁷⁹.

Šiandien moksliniai tyrimai jau labai akivaizdžiai įrodo suinteresuotųjų pusių, ypač medicinos personalo, įtraukimo į e. sveikatos plėtros procesus naudą, bet kartu ir pavojus, jei klinikinis įtraukimas nevyksta. Savo studijoje apie pokyčių agentus Fitzgeraldas ir kolegos (2006)⁸⁰ daro išvadą, kad netrūksta įrodymų, jog medicinos darbuotojai gali daryti labai didelę įtaką ir kaip organizacinių pokyčių rėmėjai bei propagotojai, ir kaip tie, kurie juos stabdo ir žlugdo. Dėl įtakos ir nuomonės

⁷⁵ Guthrie, M. Engaging physicians in performance improvement. *American Journal of Medical Quality*, 2005, 20: 235–238.

⁷⁶ Bowns, I.; McNulty, T. *Reengineering LRI – An Independent Evaluation of Impelementation and Impact*. University of Sheffield / Department of Health, 1999, p. 66–67.

⁷⁷ Berwick, D. Eleven worthy aims of clinical leadership of health system reform. *Journal of American Medical Association*, 1994; 797–802.

⁷⁸ Bowns, I.; McNulty, T. *Reengineering LRI – An Independent Evaluation of Impelementation and Impact*. University of Sheffield / Department of Health, 1999, p. 66–67.

⁷⁹ *Ibid.*

⁸⁰ Fitzgerald, L.; Lilley, C.; Ferlie, E.; Addicott, R.; McGivern, G.; Buchanan, D. A. Manging change and role enactment in the professionalised organisation. *Report to the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO)*. London, 2006.

gydytojai gali blokuoti arba sutrukdyti bet kokius vadybininkų ar politikų ketinimus įgyvendinti iš „viršaus į apačią“ (angl. *top-down*) nuleidžiamų pokyčių planus (Bowns and McNulty, 1999)⁸¹. Pavyzdžiui, anot Kleino (2006, p. 61)⁸², nacionalinėje Anglijos sveikatos apsaugos sistemos (angl. – NHS) struktūroje tiesiog yra privalomos valstybės ir medikų de-rybos ir susitarimai. Ir pirmiausia dėl to, kad „tuo tarpu, kai vyriausybė kontroliuoja biudžetą, gydytojai kontroliuoja, kas vyksta tame biudžete, t. y. finansinė įtaka yra telkiama centre, o klinikinė įtaka – kiekvienoje sveikatos priežiūros įstaigoje – politikai vyriausybėje priima sprendimus dėl išlaidų dydžio, o gydytojai – kokį gydymą skirti kuriam pacientui“. Viena vertus, įtraukiant gydytojus į organizacinių pokyčių procesus, veiklos efektyvumą galima padidinti. Ten, kur medicinos personalas yra nuoširdžiai įgalintas prisidėti prie paslaugų gerinimo iniciatyvų, jis vaidina labai svarbų vaidmenį formuojant visuomenės ir pacientų pasitikėjimą, ir atvirkščiai – ten, kur nebuvo pasiekta stiprios klinikinės ir tiesiogiai su pacientais dirbančių medicinos darbuotojų lyderystės, susiduriama su kritika, kad pokyčių iniciatyvos yra inicijuotos tik iš finansinių ar vadybinių paskatų, o ne pacientų saugos ar paslaugų kokybės gerinimo perspektyvos (Carruthers, 2007)⁸³.

Dar 1991 m. buvo padaryta išvada, kad medicinos darbuotojų / gydytojų įtraukimas į valdymą gali ne tik pagerinti gydytojų, vadybininkų ir valdybos komunikaciją, bet taip pat skatinti pasitikėjimo aplinką, kurioje medicinos personalas bus užtikrintas, kad jų profesinės vertybės ir tikslai yra atstovaujami sprendimų priėmimo procese (Shortell, 1991)⁸⁴. Taip pat pripažįstama, kad gydytojų pasipriešinimas paslaugų gerinimo ir kitiems organizacinių pokyčiams yra bendra visoms šalims ir sveikatos sistemoms (Shekelle, 2002)⁸⁵. Grupė tyrėjų, nagrinėjusių skepticizmą ir pasipriešinimą darbo organizavimo pokyčiams paslaugų gerinimo sveikatos priežiūros įstaigose, padarė išvadą, kad skepticizmas ir pasipriešinimas egzistuo-

⁸¹ Bowns, I.; McNulty, T. *Reengineering LRI – An Independent Evaluation of Impelemntation and Impact*. University of Sheffield / Department of Health, 1999, p. 66–7.

⁸² Klein, R. *The New Politics of the NHS*, fifth edition. Oxford: Radcliffe Publishing, 2006.

⁸³ Carruthers, I. *Service improvement: quality assurance of major changes to service provision*. London: Department of Health, 2007.

⁸⁴ Shortell, S. M. *Effective Hospital-Physician Relationships*. Chicago: Health Administration Press, 1991.

⁸⁵ Shekelle, P. G. Why don't physicians enthusiastically support quality improvement programmes? *Qual Saf Health Care*. 2002, 11: 6.

ja visose darbuotojų grupėse, ypač gydytojų. Priežastys apėmė asmeni-
nį nenorą keistis, klaidingai suprantamus pokyčių programos tikslus ar
nepritarimą programų įgyvendinimo metodams. Skeptiškai nusiteikusius
darbuotojus būtų galima paveikti taip, kad dalyvautų organizacinių pro-
cesų gerinimo veiklose, bet labai dažnai tai užima nemažai laiko, o naujai
iškovota parama gali būti labai trapi ir reikalaujanti vis naujų įrodymų dėl
programos / veiksmų naudos, kad ta parama išliktų ilgiau.

Viena iš pagrindinių įtakos ir jėgos priežasčių sveikatos priežiūros
įstaigose yra siejama su „profesinėmis biurokratijomis“ (angl. *professio-
nal bureaucracies*) (Mintzberg, 1979)⁸⁶. Anot autoriaus, pagrindinis pro-
fesinių organizacijų požymis yra tas, kad ten dirbantys specialistai labai
kontroliuojami, o vadybininkų, politikų ir kitų gebėjimas paveikti spren-
dimų priėmimo procesą tokiose organizacijose yra daug labiau apribotas
nei kitose. Kitas svarbus „profesinės biurokratijos“ požymis yra tai, kad ji
yra labiau orientuota į stabilumą nei į pokyčius. Darbo funkcijos profes-
nėse biurokratijose yra labai specializuotos ir minimaliai formalizuotos
(Mintzberg, 1980⁸⁷; Friedson, 1986⁸⁸; Dickinson & Ham, 2008⁸⁹). Tokios
organizacijos yra apibūdinamos kaip pakankamai decentralizuotos, o pa-
sirengimas inovacijų diegimo procesui, kuris reikalauja darbo organizavi-
mo pokyčių, paprastai turėtų būti plačios apimties, nes tokioms organiza-
cijoms yra būdingas labai aiškus pasidalijimas į kolegialių tipų darbuotojų
grupes. Šios grupės, t. y. kolegialūs mechanizmai (kolektyviniai spėdimų
priėmimo procesai to paties statuso / pareigų darbuotojų grupelėse), yra
labai svarbūs tokiose profesionalizuotose organizacijose, nes lyderiai iš
įvairių profesinės bendruomenės grupių gali turėti labai svarbų vaidmenį
sutelkiant pokyčiams arba jiems prieštaraujant. Tokios organizacijos yra
apibūdinamos kaip turinčios labai stiprius horizontalius ryšius, todėl po-
kyčiai turi būti skatinami iš apačios į viršų, o ne tik taikant iš viršaus į
apačią formalią įsakymų įtaką (Dickinson & Ham, 2008)⁹⁰. Anot autorių,

⁸⁶ Mintzberg, H. *The structuring of organisations*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1979.

⁸⁷ *Ibid.*

⁸⁸ Friedson, E. *Professional powers: a study of the institutionalization of formal knowledge*. London: The University of Chicago Press, 1986.

⁸⁹ Dickinson, H.; Ham, Ch. *Engaging Doctors in Leadership: Review of the Literature*. Health Services Management Centre, University of Birmingham, January 2008.

⁹⁰ Dickinson, H.; Ham, Ch. *Engaging Doctors in Leadership: Review of the Literature*. Health Services Management Centre, University of Birmingham, January 2008, retrieved 3 September 2011.

sveikatos priežiūros sektorius tradiciškai yra labai geras profesionalizuotos biurokratijos pavyzdys, kai gydytojai turi pereiti labai ilgą pasirengimo dirbti pagal specialybę procesą, taip pat turi labai stiprius horizontalius ryšius su savo profesinės grupės atstovais. Galiausiai gydytojai sukaupta daug specializuotų žinių, prie kurių kiti, pavyzdžiui, medicininio išsilavinimo neturintys vadybininkai, politikai ir pan., gali prieiti ribotai. Tęsdamas Mintzbergo tyrimus, Friedsonas (1986)⁹¹ toliau nagrinėjo ir daug rašė apie tai, kokią poveikį tokios sistemos kaip Mintzbergo apibrėžta profesinė biurokratija daro specializuotų žinių ir profesinės įtakos organizacijose. Pasak jo, formalios žinios daro įtaką, kaip žmogiškosios institucijos yra organizuojamos ir suprantamas žmogiškasis elgesys, todėl gydytojų galima bei įtaka ir kyla iš jų sukauptų specializuotų žinių, o tie, kurie siekia pakeisti nusistovėjusias klinikinės praktikas arba tai, kaip darbas yra organizuojamas sveikatos priežiūros įstaigose, turi į tai atkreipti dėmesį iš anksto parinkdami tam tikras veikimo strategijas tokio tipo galimiems sunkumams išvengti (Dickinson & Ham, 2008)⁹². Tokioje organizacinėje aplinkoje gydytojai dažnai yra laikomi vieninteliais specialistais, kuriems teisiškai leidžiama įgyvendinti pokyčius medicininės priežiūros gerinimo srityje. Organizacinių pokyčių procesai bus daug sėkmingesni, jei bus rasta veiksmingų strategijų, kaip tas galimybes išnaudoti (Guthrie, 2005)⁹³. Tokiose aplinkose / srityse svarbūs gali būti hibridiniai vaidmenys, kurie susietų profesines ir kitas darbuotojų grupes (Fitzgerald et al., 2006)⁹⁴. Kita vertus, šių dienų realijos rodo, kad siekiant įgyvendinti pokyčius sveikatos priežiūros sektoriuje darbas tarp „organizacijų sienų“ ir tinklų viduje tampa ypač svarbus (Goodwin et al., 2004)⁹⁵, o dirbant šia kryptimi klinikinė lyderystė ir įtraukimas yra privalomi dalykai, jei norima tą

⁹¹ Friedson, E. *Professional powers: a study of the institutionalization of formal knowledge*. London: The University of Chicago Press, 1986.

⁹² Dickinson, H.; Ham, Ch. *Engaging Doctors in Leadership: Review of the Literature*. Health Services Management Centre, University of Birmingham, January 2008, retrieved 3 September 2011.

⁹³ Guthrie, M. Engaging physicians in performance improvement. *American Journal of Medical Quality* 20, 2005: 235-238.

⁹⁴ Fitzgerald, L.; Lilley, C.; Ferlie, E.; Addicott, R.; McGivern, G.; Buchanan, D. A. Managing change and role enactment in the professionalised organisation. *Report to the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO)*. London, 2006.

⁹⁵ *Ibid.*

pokyčių pasiekti ir juos palaikyti (Woodard, 2007)⁹⁶. Pavyzdžiui, teigiama, kad dauguma šiandien įgyvendinamų vyriausybės sveikatos reformų turi „užkoduotą“ poreikį, kad „integruota keletu profesijų specialistų reikalaujanti priežiūra yra įmanoma tik tada, kai peržengiamos profesinės ir organizacinės sienos bei yra palaikoma bendro klinikinio valdymo organizacinė kultūra, kuriai būtų būdingas darbuotojų įgalinimas prisiimti atsakomybę ir atskaitingumą visais organizacinės hierarchijos lygmenimis“ (Milward and Bryan, 2005)⁹⁷.

Išsami empirinė studija, kuri buvo atlikta ligoninės aplinkoje, dar kartą įrodė profesinių biurokratijų stiprumą bei profesinių tinklų vaidmenį tose biurokratijose (Bate, 2000)⁹⁸. Studija patvirtino ryšį ir nutiesė kelią į dar platesnio masto tyrimus kolektyvinės lyderystės sveikatos priežiūros įstaigose svarbos kontekste ir ypač į dalį tų studijų, kurios nagrinėja klinikinį mikrosistemų organizacijose vaidmenį, bei pateikė apibendrinimą, kad pokyčių programas įgyvendinančiose organizacijose turi būti suburtas lyderių „žvaigždynas“ tiems pokyčiams remti (Dickinson & Ham, 2008)⁹⁹. Sveikatos priežiūros kontekste apibrėžimą „mikrosistema“ Quinnas (1992)¹⁰⁰ paaiškino kaip mažiausią organizacinį vienetą, turintį savo žmogiškuosius, finansinius ir technologinius išteklius, o Dickinsonas ir Hamas (2008)¹⁰¹ – kaip vienetą, turintį klinikinį ir veiklos tikslus, kurie susiję su procesais ir bendra informacine aplinka ir kurie kuria veiklos rezultatus.

⁹⁶ Woodard, F. *How to Achieve Effective Clinical Engagement and Leadership when Working Across Organisational Boundaries*. Practical Recommendations. Guy's St Thomas' Charity, 2007.

⁹⁷ Millward, L.; Bryan, K. Leadership in Health Care: A Position Statement. *Leadership in Health services component of the International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2005, 18 (2): 13–25.

⁹⁸ Bate, P. Changing the culture of a hospital: from hierarchy to networked community. *Public Administration*. Issue, 2000, 78: 485–512.

⁹⁹ Dickinson, H.; Ham, Ch. *Engaging Doctors in Leadership: Review of the Literature*. Health Services Management Centre, University of Birmingham, January 2008, retrieved 3 September 2011.

¹⁰⁰ Quinn, J. *Intelligent enterprise: a knowledge and service based paradigm for industry*. The Free Press, New York, 1992.

¹⁰¹ Dickinson, H.; Ham, Ch. *Engaging Doctors in Leadership: Review of the Literature*. Health Services Management Centre, University of Birmingham, January 2008, retrieved 3 September 2011.

Pavyzdžiui, Bate'as (2000)¹⁰² įrodė, kad ligoninės vyriausieji gydytojai galėjo / turėjo galimybių sumažinti vadybininkų galią, ypač tais atvejais, kai nepritarė vadovų sprendimams. Anot jo, ligoninė buvo padalyta į suborganizacinės kultūros vienetus, kurie egzistavo nepriklausomai vienas nuo kito. Tai pasirodė ypač problemiška tais atvejais, kai įgyvendinami pokyčiai reikalavo keletu organizacijos vienetų bendradarbiavimo. Buvo nemažai tarpusavio įtampos ir aklaviečių bandant priversti tarpusavyje bendradarbiauti atskirus struktūrinius padalinius ir susijusias struktūras. Maža to, tyrimai parodė, kad tokia organizacinė aplinka neskatino gydytojų iš skirtingų organizacijos struktūrinių padalinių bendradarbiauti, nes toks procesas pareikalautų paaukoti dalį turimos įtakos ir galios. Anot autorių (Dickinson & Ham, 2008)¹⁰³, labiau pabrėždamas tinklų nei hierarchijų vaidmenį bei didesnį gydytojų ir vadybininkų bendradarbiavimą, Bate'as (2000)¹⁰⁴ atskleidė, kaip svarbu įtraukti žmones iš įvairių organizacijos lygmenų, ne tik tuos, kurie užėmė oficialias pareigas organizacijos valdymo struktūroje. Keletas kitų autorių (Ferlie & Shortell, 2001¹⁰⁵; Batalden et al., 2003¹⁰⁶) taip pat pabrėžė būtinybę konkrečioje organizacijoje įtraukti darbuotojus iš visų organizacijos lygmenų. Pavyzdžiui, apibendrinta (Ferlie & Shortell)¹⁰⁷, kad visiškas pasiklivimas tik charizmatiškais asmenimis kaip galimais lyderiais organizacinių pokyčių procese yra klaida, ypač kompleksinėse / sudėtingose suinteresuotųjų pusių egzistavimu paremtose sistemose, tokiose kaip sveikatos priežiūros sektorius, kurių atskiros grupės tikėtis skirtingų valdymo stilių. Teigiama (Batalden et al., 2003)¹⁰⁸, kad daugumoje didelį

¹⁰² Bate, P. Changing the culture of a hospital: from hierarchy to networked community. *Public Administration*. 2000, 78. 485-512.

¹⁰³ Dickinson, H.; Ham, Ch. *Engaging Doctors in Leadership: Review of the Literature*. Health Services Management Centre, University of Birmingham, January 2008, retrieved 3 September 2011.

¹⁰⁴ Bate, P. Changing the culture of a hospital: from hierarchy to networked community. *Public Administration*. 2000, 78: 485-512.

¹⁰⁵ Ferlie, E. B.; Shortell, S. Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *Milbank Quarterly*. 2001, 79: 281-315.

¹⁰⁶ Batalden, P. B.; Nelson, E.; Mohr, J. J.; Godfrey, M. M.; Huber, T. P.; Kosnik, L. and Ashling, K. Microsystems in health care: Part 5. How leaders are leading. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*. 2003, 29: 297-308.

¹⁰⁷ Ferlie, E. B.; Shortell, S. Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *Milbank Quarterly*. 2001, 79: 281-315.

¹⁰⁸ Batalden, P. B.; Nelson, E.; Mohr, J. J.; Godfrey, M. M.; Huber, T. P.; Kosnik, L. and Ashling, K. Microsystems in health care: Part 5. How leaders are leading. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*. 2003, 29: 297-308.

veiklos efektyvumą demonstruojančiose organizacinėse mikrosistemose, kurias jie studijavo, buvo vienas lyderis, o du ar trys tarpusavyje veiklą koordinuojantys lyderiai. Labai dažnai tokios vadovaujantios grupės susidėjo iš kelių asmenų, kuriais pasitikėjo ir kurie atstovavo skirtingoms subbendruomenėms organizacijoje, t. y. po lyderį iš gydytojų, slaugos darbuotojų ir administracijos profesinių bendruomenių. Dirbdami kartu, formalūs ir neformalūs lyderiai dirbo kartu siekdami į pokyčių procesus įtraukti visas sveikatos priežiūros organizacijoje susidariusias profesines bendruomenes ir komandas. Todėl mikrosistemos, manoma, yra gana veiksmingos ten, kur jos geba įtraukti darbuotojus iš visų lygių per kolektyvios lyderystės procesą (Dickinson & Ham, 2008)¹⁰⁹.

1.5. Patikrintų teorinių priemonių naudojimas formalizuojant suinteresuotųjų pusių vaidmenį e. sveikatos plėtros procese

Apibendrinant šią mokslinės literatūros apžvalgą galima teigti, kad atsiranda vis daugiau įrodymų, jog ypač daugiasluoksniuose organizacinių pokyčių procesuose sveikatos priežiūros sektoriuje, koks yra nacionalinis e. sveikatos plėtros procesas, reikia kompleksiškesnių pokyčių vadybos modelių.

Remiantis ankstesnių tyrimų rezultatais yra pristatomas taip vadinamas nacionalinės e. sveikatos plėtros proceso koncepcinis modelis (1 diagrama)¹¹⁰. Siekiant atskleisti labai svarbią suinteresuotųjų pusių įtraukimo į šį procesą reikšmę, modelis sudarytas iš trijų dalių: suinteresuotųjų pusių įtraukimo, techninio IKT diegimo ir organizacinių pokyčių valdymo. Priešingai nei vyraujanti techninė / funkcionalistinė paradigma plačiai paplitusiuose IS tyrimuose, kuri nebeatspindi šiandienos realijų, apibendrinti atlikto tyrimo rezultatai leidžia pateikti teorinį modelį, pabrėžiantį organizacinio mokymosi per suinteresuotųjų pusių daugiasluksnį (angl. *multi-level nature*) įtraukimą ir „organizacinių pokyčių visuotinumą“ (angl. *orchestrated organisational change*) reikšmę, kai organizaciniai pokyčių procesai, susiję su e. sveikatos plėtra nacionaliniu lygmeniu su daugeliu įvairių suinteresuotųjų pusių, įtakų ir interesų, vertinami kaip

¹⁰⁹ Dickinson, H.; Ham, Ch. *Engaging Doctors in Leadership: Review of the Literature*. Health Services Management Centre, University of Birmingham, January 2008, retrieved 3 September 2011.

¹¹⁰ Rotomskienė, R. Koncepcinis nacionalinio e. sveikatos plėtros proceso modelis. *Socialinės technologijos*. 2011, 1 (2): 415–426.

komunikacijos / platesnės sąveikos problematika. Daugiausia dėmesio šiame modelyje yra skiriama suinteresuotųjų pusių įtraukimui. Nustatyta, kad suinteresuotųjų pusių (ypač kuriamų IS galutinių naudotojų) įtraukimas gali prisidėti prie pokyčių komunikacijos proceso, imlumo pokyčiams, pokyčių laikymo savu procesu (angl. *change ownership*), išpareigojimą pokyčiams, siekiant glaudesnio bendradarbiavimo ir pasitikėjimo vienu kitais sveikatos priežiūros sektoriuje (tai ypač svarbu bendraujant su IT sistemų tiekėjais), taip pat peržengiant profesines ir organizacines sienas teikiant į pacientą orientuotas sveikatos priežiūros paslaugas, gerinant organizacinę mokymąsi (tai be galo svarbu siekiant didesnio nepriklausomumo nuo privataus sektoriaus sveikatos IT sistemų tiekėjų), plėtojant inovatyvumo gebėjimus, sveikatos paslaugų kokybę ir organizacinių pokyčių tvarą. Todėl suinteresuotųjų pusių įtraukimas prisideda prie bendro organizacinių pokyčių valdymo per daugiadimensį (angl. *multi-dimentional*) mokymosi procesą, taip pat skatinant bendrą išpareigojimą darbo organizavimo pokyčiams. Suinteresuotųjų pusių įtraukimas prisideda ir prie techninio IKT diegimo į sveikatos sektorių proceso geriau išsiaiškinant sistemų naudotojų poreikius ir specifikuojant naudotojų reikalavimus, taip skatinant inovatyvių ir tinkamų naudoti IS kūrimą. IKT tuo tarpu turi būti suprantamas ne kaip tikslas, o kaip priemonė organizaciniams pokyčiams siekti sveikatos priežiūros sektoriuje.

Naudojantis Friedmano ir Miles (2006)¹¹¹ pateiktu išplėstu Arnsteino (1969)¹¹² dalyvavimo kopėčių modeliu, kuris iliustruoja bendradarbiavimo su suinteresuotomis pusėmis kokybės laipsnius iš suinteresuotųjų perspektyvos (žr. 1 lentelę), galima nustatyti, kokias suinteresuotas puses ir kokių laipsnių būtina įtraukti į e. sveikatos plėtros procesą siekiant proceso efektyvumo ir pokyčių tvaros. Arnsteino (1969)¹¹³ modelis suskirstė dalyvius į turinčius galios ir įtakos ir jų neturinčius, o Friedmanas ir Miles (2006)¹¹⁴ analizavo įgalinimo laipsnį. Jų pateiktame modelyje įgalinimas yra padalytas į 12 lygių, nors būtina atkreipti dėmesį į tai, kad ir patys autoriai teigia, jog dvilyktas lygis nėra siekiamybė visais dalyvavimo atve-

¹¹¹ Friedman, A. L.; Miles, S. *Stakeholders: Theory and Practice*. New York: Oxford University Press Inc, 2006.

¹¹² Arnstein, S. R. *A Ladder of Citizen Participation*. *American Institute of Planners Journal*. 1969, 35: 216-224.

¹¹³ *Ibid.*

¹¹⁴ Friedman, A. L.; Miles, S. *Stakeholders: Theory and Practice*. New York: Oxford University Press Inc, 2006.

jais. Dvyliktasis lygis gali būti neįmanomas kai kuriais atvejais; tiesiog yra skiriama dvylika įtraukimo lygių. Friedmano ir Miles (2006)¹¹⁵ teigimu, atvejo tvarumas gali būti pažeistas, jei svarbios suinteresuotosios pusės nėra įtraukiamos reikiamu lygmeniu.

I lentelėje pirmieji trys suinteresuotųjų pusių įtraukimo lygiai reprezentuoja autokratinį valdymo stilių ir neapima konstruktyvaus suinteresuotųjų ir organizacijos bendradarbiavimo. Pasak Lindblomo (1994)¹¹⁶, du žemiausi lygmenys yra ne kas kita kaip daugiau viešųjų ryšių veikla siekiant pakeisti suinteresuotųjų lūkesčius.

Pirmas–ketvirtas lygiai apima vienpusę komunikaciją. Viduriniai kopėčių lygiai yra tik simbolinio dalyvavimo, kai suinteresuotiesiems suteikta galimybė pateikti savo nuomonę priimant sprendimą, į kurią paprastai nėra atsižvelgiama. Tuo tarpu esant aukščiausiems dalyvavimo lygiams suinteresuotieji įtraukiami į sprendimo priėmimo procesą (Friedman and Miles, 2006)¹¹⁷. Esant penktam lygiui (toliau tęsiant iki dvylikto) kyla problema: kaip parinkti suinteresuotuosius, kam turi būti suteikta balso teisė ir pan.

1 lentelė. Darbo su suinteresuotosiomis pusėmis valdymo priemonės (parengta remiantis Friedmanu ir Milesu, 2006)

	Lygiai	Priemonės	Svarbios pastabos
Autokratinis	I – manipuliacija	Internetas, informaciniai susitikimai, lankstinukai, žurnalai, informaciniai biuleteniai, įmonių socialinės ir aplinkos apsaugos ataskaitos, kiti leidiniai	Čia svarbi semantika. Priemonės naudojamos siekiant savanauđiskais tikslais paveikti suinteresuotuosius
	II – terapija		
	III – informavimas	Internetas, informaciniai susitikimai, lankstinukai, žurnalai, informaciniai biuleteniai, įmonių socialinės ir aplinkos apsaugos ataskaitos, kiti leidiniai	Tos pačios priemonės kaip ir manipuliacijos ir terapijos lygiais, tačiau šių priemonių taikymo tikslas yra būti atviriems ir skaidriems, o ne kontroliuoti arba apgauti suinteresuotuosius

¹¹⁵ Friedman, A. L.; Miles, S. *Stakeholders: Theory and Practice*. New York: Oxford University Press Inc, 2006.

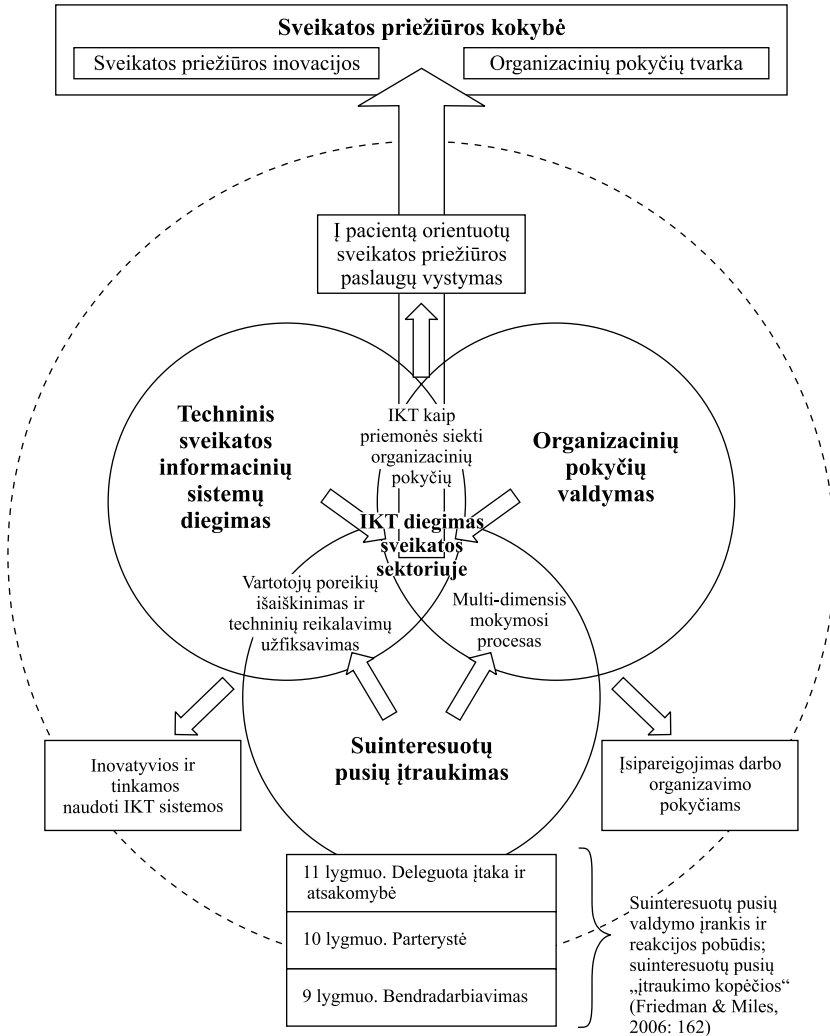
¹¹⁶ Lindblom, C. K. The Implications of Organizational Legitimacy for Social Corporate Performance and Disclosure. *Presented at the Critical Perspectives on Accounting Conference*. 1994.

¹¹⁷ Friedman, A. L.; Miles, S. *Stakeholders: Theory and Practice*. New York: Oxford University Press Inc, 2006.

Simbolinis	IV – paaiškinimas	Darbo sesijos	Suinteresuotieji informuojami dar iki paviešinant priimtą sprendimą, tačiau be galimybės daryti įtaką galutiniam sprendimo rezultatui
	V – nuraminimas	Patariamieji komitetai, darbo grupės, tikslinės grupės, apskritojo stalo diskusijos	Suinteresuotieji informuojami iki paviešinant priimtą sprendimą su galimybėmis paveikti galutinį sprendimo rezultatą. Suinteresuotieji paprastai neteikia sprendimo alternatyvų, o tik pataria dėl esamų
	VI – konsultavimasis	<i>Fokus</i> grupės, patariamieji komitetai	Tyrimo rezultatai gali padėti pasiekti tvarų sprendimą, nors tyrimo rezultatai gali būti naudojami įvairiems tikslams (t. y. nebūtinai suinteresuotųjų šalių naudai)
	VII – derybos	Tiesioginės diskusijos arba netiesioginės diskusijos per tarpininką	Suinteresuotosios šalys teikia santykinę paramą sprendimų priėmimo proceso metu. Iš jų tikimasi patarimų ir rekomendacijų
Įgalinimas	VIII – įtraukimas	Apskritojo stalo diskusijos	Suinteresuotosios šalys teikia santykinę paramą sprendimų priėmimo proceso metu. Iš jų tikimasi alternatyvų siūlymo
	IX – bendradarbiavimas	Strateginiai aljansai: rinkodaros paskatinti aljansai, produkto stiprinimas, verslo rėmimas, formalūs susitarimai (pvz., produkto kūrimas ir licencijavimas)	Procese dalyvaujantys partneriai prisideda įgūdžiais arba ištekliams, vertingais norint pasiekti visoms proceso pusėms naudingą tikslą. Pabrėžiami bendri rezultatai. Pagrindiniai pranašumai viešajame sektoriuje – teigiamas viešumas ir sumažėjusi visuomenės kritika
	X – partnerystė	Bendros įmonės, socialinė partnerystė, bendri komitetai	Procese dalyvaujantys partneriai prisideda įgūdžiais arba ištekliams, vertingais norint pasiekti visoms proceso pusėms naudingą tikslą. Pabrėžiama bendra veikla dėl bendrų rezultatų
	XI – deleguota galia	Dalyvavimas priežiūros komitete	Suinteresuotieji turi tas pačias teises kaip ir organizacinė taryba
	XII – suinteresuotųjų kontrolė	Suinteresuotieji užima daugumą arba visas sprendimo priėmimo vieneto narių vietas	Labai retas atvejis. Mažai tikėtina, kad kas nors, kas nedalyvavo kuriant organizaciją, galėtų vėliau įgyti kontrolę

Šaltinis: Rotomskienė, R.; Tamošiūnaitė, R. Suinteresuotosios pusės e. sveikatos plėtos procese: teorija ir užsienio šalių praktinė patirtis. *Socialinės technologijos*. 2013, 3 (2): 448–471¹¹⁸.

¹¹⁸ Rotomskienė, R.; Tamošiūnaitė R. Suinteresuotosios pusės e. sveikatos plėtos procese: teorija ir užsienio šalių praktinė patirtis. *Socialinės technologijos*. 2013, 3 (2): 448–471.



1 paveikslas. Nacionalinės e. sveikatos plėtros koncepcinis modelis (Rotomskienė, 2011)

Aukštas įtraukimo lygis galimas tik esant aukštam pasitikėjimo lygiui, kai organizacijos ir suinteresuotieji kartu sprendžia visiemis svarbias problemas. Nuo aštunto iki dešimto lygio suinteresuotieji turi galimybę daryti įtaką sprendimo proceso rezultatui, bet galutinis sprendimas yra

priimamas pačios organizacijos, kuri ir inicijavo darbo su suinteresuotomis pusėmis procesą (Friedman and Miles, 2006)¹¹⁹.

Empiriškai pagrįsti tyrimo rezultatai rodo, kad yra keletas suinteresuotųjų pusių įtraukimo būdų, kurie leistų siekti inovacijų sveikatos priežiūros srityje bei organizacinių pokyčių tvarumo ir kurie yra susiję su suinteresuotųjų pusių įtraukimo ir valdymo lygiu bei suinteresuotųjų pusių įtraukimo strategijomis, identifikuotomis atlikus empirinius tyrimus. Remiantis pateikta suinteresuotųjų pusių įtraukimo ir valdymo lygių tipologija (angl. *levels of stakeholder engagement and management*), 9 lygmuo (bendradarbiavimas, angl. *collaboration*) – 11 lygmuo (perduota įtaka ir atsakomybė, angl. *power*) yra tinkamiausi lygmenys nacionalinės e. sveikatos plėtros procese į procesą įtraukiant būsimą kuriamų informacinių sistemų naudotoją (Friedman & Miles, 2006, p. 162)¹²⁰. Čia įtraukimo laipsnis / suinteresuotųjų pusių įtakos laipsnis gali kisti nuo proaktyvios iki pasitikėjimo; ketinimas / suinteresuotumas įtraukti suinteresuotąsias puses gali kisti nuo tam tikrų galių spendimų priėmimo procese perdavimo suinteresuotosioms pusėms iki suinteresuotųjų pusių mažumos atstovavimo sprendimų priėmimo procesuose; suinteresuotųjų pusių įtakos lygis gali kisti nuo formavimo ir pritarimo priimamiems sprendimams iki daugiadimensio dialogo ir gali būti strateginės sąjungos ar atstovavimas organizacijos valdymo struktūrose. Tuo tarpu būtina pabrėžti, jog IT tiekėjai turi būti įtraukti taip, kad juos galėtų glaudžiai valdyti nacionalinį procesą koordinuojanti organizacija (pvz., Velse ir Anglijos atveju tai buvo nacionalinės programos: *Informing Healthcare* Velse ir *Connecting for Health* Anglijoje). Keletas aspektų, kurie leistų suinteresuotųjų pusių įtraukimo procesą padaryti daug veiksmingesnį diegiant e. sveikatą, buvo pasirinkti papildomai. Tai suinteresuotųjų pusių įtraukimą vertinti kaip turtingą mokymosi išteklių, nacionalinį e. sveikatos plėtros procesą, kuo anksčiau įtraukiant medikus bei galutinius diegiamų sveikatos IS naudotojus. Procesas yra veiksmingesnis, jei diegiamas inkrementiniu būdu plačiai įtraukiant suinteresuotąsias puses (atkreipiant dėmesį į nacionalinių procesų institucinę įvairovę ir „daugiasluoksniškumą“) kiekviename proceso etape. Pavyzdžiui, tai svarbu plėtojant e. sveikatos diegimo strategiją, sutariant dėl veiksmų planų, įtraukiant suinteresuotuosius į paslaugų geri-

¹¹⁹ Friedman, A. L.; Miles, S. *Stakeholders: Theory and Practice*. New York: Oxford University Press Inc, 2006.

¹²⁰ *Ibid.*

nimo projektus (angl. *service improvement projects*), siekiant suinteresuotųjų pusių įgalinimo (angl. *empowering*) ir bendro organizacinio mokymosi proceso, bet išlaikant kontrolę visą diegimo procesą. Nacionalinės koordinuojančios institucijos daugiausia dėmesio turėtų skirti tam, kad būtų sukurta tam tikra bendradarbiavimo platforma, skirta viso sveikatos sektoriaus organizacinio mokymosi e. sveikatos srityje poreikiams, skatintų vidinių sveikatos priežiūros srities bendradarbiavimą, rodytų bendrą strateginę kryptį, mažintų riziką ir priklausomybę nuo IT produktų tiekėjų, skatintų bendradarbiavimą tarp organizacijų ir įvairių profesijų žmonių bei suinteresuotųjų pusių įgalinimą, bet išlaikytų programos įgyvendinimo kontrolę, o kartu ir atsakomybę. Tik tuomet suinteresuotųjų pusių įtraukimo rezultatai gali būti teigiami ir prisidėti gerinant pokyčių komunikaciją, suinteresuotųjų pusių imlumą pokyčiams, prisiimant institucinę / asmeninę atsakomybę už vykdomus pokyčius, gerinant įsipareigojimus pokyčiams, bendradarbiavimui ir pasitikėjimui sektoriaus viduje, gebėjimą peržengti organizacines ir profesines sienas, organizaciniam mokymuisi, inovatyvumui, sveikatos priežiūros kokybei ir organizacinių pokyčių tvarumui. Tai savo ruožtu prisidės prie inovatyvumo sveikatos priežiūros paslaugų kokybės prasme ir organizacinių pokyčių, o kartu ir pacientų sveikatos priežiūros kokybės gerinimo.

Remiantis šiomis teorinėmis nuostatomis ir koncepcijomis LMT projekto metu kiekybiniais ir kokybiniais metodais siekiama išsiaiškinti suinteresuotųjų pusių įtraukimo mastą ir tendencijas e. sveikatos plėtros procese Lietuvoje.

2. TYRIMAS „SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ PERSONALO DALYVAVIMO E. SVEIKATOS SISTEMOJE MASTAS IR TENDENCIJOS: INFORMUOTUMAS APIE E. SVEIKATĄ, PASITENKINIMAS E. SVEIKATOS BŪKLE BEI POREIKIAI E. SVEIKATOS SRITYJE“

2.1. Tyrimo tikslas

Kaip teigia savo disertacijoje dr. R. Rotomskienė „Į e. sveikatos plėtrą siūloma pažvelgti kaip į procesą, reikalaujantį plataus spektro organizacinių pokyčių, o svarbiausia – reikalaujantį įtraukti plataus spektro suinteresuotąsias puses, – pirmiausia kuriamų sveikatos informacijos sistemų galutinius naudotojus – įvairių sričių ir lygių medikus, vadybininkus, administratorius, IT specialistus ir kt., – t. y. visus dirbančius sveikatos priežiūros sektoriuje, nes tik nuo jų sutarimo dėl pokyčių ir įsipareigojimų juos įgyvendinti priklauso inovacijų sveikatos priežiūroje diegimas bei tų pokyčių tvara, kas savo ruožtu labai turi įtakos sveikatos priežiūros paslaugų kokybei“¹²¹.

Taigi sveikatos priežiūros įstaigų personalo nuomonė apie e. sveikatos sistemą ir joje vykstančius procesus yra kritiškai svarbi e. sveikatos būklei ir tolesnei plėtrai.

Šio tyrimo tikslas buvo: įvertinti sveikatos priežiūros įstaigų personalo informuotumą apie e. sveikatos informacines technologijas, naudojimąsi šiomis technologijomis darbo vietoje, e. sveikatos technologijų vertinimą Lietuvoje bei savo sveikatos priežiūros įstaigoje, e. sveikatos technologijų diegimo proceso ypatumus bei problemas.

Tyrimą pagal viešųjų pirkimų sutartį atliko Visuomenės nuomonės ir rinkos tyrimų centras „Vilmorus“.

Tyrimo duomenų analizė kiek kitokiais aspektais yra taip pat publikuota 2014 m. Sveikatos politikos ir valdymo žurnale 1(6)¹²².

¹²¹ Rotomskienė, R. Konceptinis nacionalinio e. sveikatos plėtos proceso modelis. *Socialinės technologijos*. 2011, 1 (2): 416.

¹²² Jankauskienė, D.; Jakubčionytė, A. Sveikatos priežiūros įstaigų personalo dalyvavimas e. sveikatos sistemoje. *Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai*. 2014, 1 (6): 80–98.

2.2. Tyrimo metodai

Taikyta kiekybinio sociologinio tyrimo metodologija. Pasirinktas metodas – anketinė respondentų apklausa. Pasirinkta apklausos tikslinė grupė – Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų personalas (gydytojai, slaugytojai ir laborantai). Iš viso apklausta 400 specialistų, dirbančių valstybės ir savivaldybių bei privačiose sveikatos priežiūros įstaigose. Siekiant, kad tyrimas reprezentuotų viso Lietuvos sveikatos priežiūros personalo nuomonę, respondentai atrinkti proporcingai iš kiekvieno Lietuvos regiono. Taikytas mišrus (akivaizdinis, telefonu, el. paštu) apklausos būdas atitinkamai iš ambulatorines ir stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių viešųjų ir privačių įstaigų. Teirautasi tik medicinos personalo, t. y. gydytojų, slaugytojų ir laborantų.

2 lentelė. Statistinių paklaidų, esant skirtingiems rezultatams, dydžiai

	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	3	5	10	15	20	25	30	40	50
	97	95	90	85	80	75	70	60	50
N									
100	3,4	4,4	6,0	7,1	8,0	8,7	9,2	9,8	10,0
200	2,4	3,1	4,2	5,0	5,7	6,1	6,5	6,9	7,1
300	2,0	2,5	3,5	4,1	4,6	5,0	5,3	5,7	5,8
400	1,7	2,2	3,0	3,6	4,0	4,3	4,6	4,9	5,0

Tyrimo anketa parengta remiantis teoriniu integruoto socialinio techninio požiūrio konceptu, plačiau aprašytu šios studijos įvade, taip pat e. sveikatos pagrindiniais elementais¹²³ bei darbo su suinteresuotosiomis pusėmis valdymo priemonėmis, parengtomis remiantis autorių Friedmano ir Miles pateiktais supaprastintais suinteresuotųjų įtraukimo lygiais¹²⁴. Tyrimui atlikti buvo pasirinktas autorių sukurtas originalus klausimynas, grindžiamas logika, padiktuota dabartinės problematikos: domėjimosi e. sveikata lygis, interesų turinys, interesams atstovaujančios organizacijos vidiniai socialiniai tinklai, interesams atstovaujančių organizacijų išoriniai socialiniai tinklai, interesams atstovaujančios organizacijos valdymo

¹²³ Dansky, K. H.; Thompson, D.; Sanner T. A framework for evaluating eHealth research. *Evaluation and Program Planning*, 2006, 29 (4): 397–404.

¹²⁴ Friedman, A. L.; Miles, S. *Stakeholders: Theory and Practice*. New York: Oxford University Press Inc, 2006.

organizacinė sistema. Tuo remiantis buvo sukurti originalūs klausimynai. Anketą sudarė 53 klausimai. Dabartinė e. sveikatos sistemos diegimo problematika išsiaiškinta apžvelgus tarptautinę e. sveikatos sistemų vystymo praktiką, teisinę bazę, išnagrinėjus ir apibendrinus vykdomus e. sveikatos projektus Lietuvoje. Taip pat buvo atlikti kokybiniai tyrimai su e. sveikatos sistemos suinteresuotaisiais. Šiais tyrimais siekta pagerinti kiekybinių tyrimų ir jų klausimyno formulavimo žinias.

Duomenims analizuoti panaudotas *SPSS for Windows* statistinis paketas (15.0 versija). Statistiniai požymių ryšiai vertinti naudojant Chi kvadrato (χ^2) kriterijų. Statistiniam patikimumui vertinti pasirinktas reikšmingumo lygmuo $p < 0,05$. Siekiant nustatyti, kokius statistinius kriterijus naudoti, apskaičiuota, ar tyrimo duomenys pasiskirstė pagal normalųjį skirstinį, ar ne.

Bandomasis tyrimas, siekiant patikrinti anketos validumą, atliktas 2013 m. birželio 17–21 d. Kiekybinis tyrimas atliktas 2013 m. rugsėjo 10 d.–lapkričio 5 d.

Apklaustųjų struktūra

Lytis:

Vyrai	11 %
Moterys	89 %

Amžius:

Iki 39 m.	22 %
40–49 m.	34 %
50–59 m.	33 %
60 m. ir daugiau	11 %

Vietovė:

Vilnius	23 %
Didieji miestai	22 %
Kiti miestai	47 %
Kaimo vietovės	8 %

Pareigos:

Gydytojas (-a)	47 %
Slaugytojas (-a)	43 %

Laborantas (-ė)	8 %
Kita	2 %

Įstaigos nuosavybės forma:

Valstybės, savivaldybės	80 %
Privati	20 %

Įstaigos tipas pagal teikiamas paslaugas:

Ambulatorinė	63 %
Stacionarinė	4 %
Mišri	33 %

3 lentelė. Apklaustas šių valstybinių sveikatos priežiūros įstaigų personalas

Nr.	Valstybinės sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas
1	VšĮ „Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninė“
2	VšĮ „Biržų ligoninė“
3	VšĮ „Ignalinos rajono ligoninė“
4	VšĮ „Jonavos ligoninė“
5	VšĮ „Klaipėdos vaikų ligoninė“
6	VšĮ „Kupiškio ligoninė“
7	VšĮ „Kuršėnų ligoninė“
8	VšĮ „Kėdainių ligoninė“
9	VšĮ „Marijampolės ligoninė“
10	VšĮ „Pasvalio ligoninė“
11	VšĮ „Prienų ligoninė“
12	VšĮ „Plungės rajono savivaldybės ligoninė“
13	VšĮ „Raseinių ligoninė“
14	VšĮ „Šilalės rajono ligoninė“
15	VšĮ „Regioninė Telsių ligoninė“
16	VšĮ „Varėnos ligoninė“
17	VšĮ „Mykolo Marcinkevičiaus ligoninė“
18	VšĮ „Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialas“
19	VšĮ „Juodšilių ambulatorija ir palaikomojo gydymo bei slaugos ligoninė“
20	VšĮ „Kauno slaugos ligoninė“
21	VšĮ „Klaipėdos medicininės slaugos ligoninė“
22	VšĮ „Ramygalos ambulatorija ir palaikomojo gydymo bei slaugos ligoninė“
23	VšĮ „Kauno Panemunės palaikomojo gydymo bei slaugos ligoninė“
24	VšĮ „Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos“

25	VšĮ „Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė, Kauno klinikos
26	VšĮ „Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė, Kauno klinikos, Kardiologijos klinika“
27	VšĮ „Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė, Kauno klinikos, Akių klinika“
28	VšĮ Socialinio solidarumo institutas „Naujoji klinika“
29	VšĮ „Vilniaus universiteto onkologijos institutas“
30	VšĮ „Kauno klinikinės ligoninės Konsultacinė poliklinika“
31	VšĮ „Pasvalio ligoninės Konsultacinė poliklinika“
32	VšĮ „VUL Santariškių klinikos Konsultacinė poliklinika“
33	VšĮ „Kauno Centro poliklinika“
34	VšĮ „Kauno Kalniečių poliklinika“
35	VšĮ „Kauno Dainavos poliklinika“
36	VšĮ „Panevėžio miesto poliklinika“
37	VšĮ „Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika“
38	VšĮ „Panevėžio miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuras“
39	VšĮ „Pajstrio šeimos gydytojo kabinetas“
40	VšĮ „Šiaulių miesto Centro poliklinika“
41	VšĮ „Centro poliklinika“
42	VšĮ „CP Vytenio filialas Vilniuje“
43	VšĮ „Karoliniškių poliklinika“
44	VšĮ „Antakalnio poliklinika“
45	VšĮ „Šeškinės poliklinika“
46	VšĮ „Lazdynų poliklinika“
47	VšĮ „Naujosios Vilnios poliklinika“
48	VšĮ „Vilniaus rajono centrinė poliklinika“
49	VšĮ „Vilniaus rajono Nemenčinės poliklinika“
50	VšĮ „Alytaus rajono savivaldybės PSPC“
51	VšĮ „Anykščių PSPC“
52	VšĮ „Druskininkų PSPC“
53	VšĮ „Kaišiadorių PSPC“
54	VšĮ „Kelmės rajono PSPC“
55	VšĮ „Kartenos PSPC“
56	VšĮ „Kėdainių PSPC“
57	VšĮ „Klaipėdos Senamiesčio PSPC“
58	VšĮ „Kretingos PSPC“
59	VšĮ „Pagėgių PSPC“
60	VšĮ „Pakruojo PSPC“

61	VšĮ „Raseinių PSPC“
62	VšĮ „Sedos PSPC“
63	VšĮ „Skuodo PSPC“
64	VšĮ „Šeduvos PSPC“
65	VšĮ „Šiaulių rajono PSPC“
66	VšĮ „Šilalės PSPC“
67	VšĮ „Širvintų PSPC“
68	VšĮ „Telšių rajono PSPC“
69	VšĮ „Utenos PSPC“
70	VšĮ „Varėnos PSPC“
71	VšĮ „Vilkijos PSPC“
72	VšĮ „Vilkaviškio PSPC“
73	VšĮ „Zarasų PSPC“
74	VšĮ „Žiežmarių PSPC“
75	VšĮ „Giedraičių ambulatorija“
76	VšĮ „Kidulių ambulatorija“
77	VšĮ „Kruopių ambulatorija“
78	VšĮ „Lentvario ambulatorija“
79	VšĮ „Lukšių ambulatorija“
80	VšĮ „Vilniaus rajono Marijampolės ambulatorija“
81	VšĮ „Vilniaus rajono centrinė poliklinika, Pagirių ambulatorija“
82	VšĮ „Pelėdnagių ambulatorija“
83	VšĮ „Pernaravos ambulatorija“
84	VšĮ „Papilės ambulatorija“
85	VšĮ „Paberžės ambulatorija“
86	VšĮ „Ruklos ambulatorija“
87	VšĮ „Rozalimo ambulatorija“
88	VšĮ „Šaukoto ambulatorija“
89	VšĮ „Vilniaus rajono centrinė poliklinika, Juodšilių ambulatorija“
90	BĮ „Vilniaus sutrikusio vystymosi kūdikių namai“
91	VšĮ „Alytaus apskrities sutrikusio vystymosi kūdikių namai“
92	VšĮ „Balsių šeimos medicinos centras“
93	VšĮ „VUL Santariškių klinikos Šeimos medicinos centras“
94	VšĮ „Kauno karo medicinos centras“
95	VšĮ „Kelmės rajono bendrosios praktikos gydytojų centras“
96	VšĮ „Vilniaus odos ir veneros ligų centras“
97	VšĮ „Kauno odos ir veneros ligų poliklinika“

98	VšĮ „Kelmės rajono psichikos sveikatos centras“
99	VšĮ „Akmenės rajono psichikos sveikatos centras“
100	VšĮ „Kauno miesto greitosios medicinos pagalbos stotis“
101	VšĮ „Jonavos greitosios medicinos pagalbos stotis“
102	VšĮ „Sveikata į namus“
103	VšĮ „Tulpės sanatorija“

4 lentelė. Apklaustas šių privačių sveikatos priežiūros įstaigų personalas

Nr.	Privačios sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas
1	UAB „Biržų šeimos gydytojų centras“, Biržai
2	UAB „Bendrosios medicinos praktika“, Kaunas
3	UAB „Eikime kartu“, Kaunas
4	UAB „Sargėnų sveikatos centras“, Kaunas
5	UAB „Bioklinika“, Kaunas
6	UAB „Echoton“, Kauno natūralios medicinos centras, Kaunas
7	UAB „Vladina“, Kėdainiai
8	UAB „Mano šeimos gydytojas“, Klaipėda
9	UAB „Šeimos medicinos klinika“, Marijampolė
10	UAB „Danguolės Skurkienės bendrosios medicinos klinika“, Marijampolė
11	UAB „Gydora“, Plungė
12	UAB „Sveikos akys“, Raseinių r.
13	UAB „Reginos optika“, Raseiniai
14	UAB „Skuodo psichikos sveikatos ir psichoterapijos centras“, Skuodas
15	UAB „Zanavykų optika“, Šakiai
16	UAB „Šakių psichikos sveikatos centras“, Šakiai
17	UAB „Gegužių sveikatos centras“, Šiauliai
18	UAB „Telšių sveikata“, Telšiai
19	UAB „Telšių šeimos klinika“, Telšiai
20	UAB „Lionet Žolyno poliklinika“, Vilnius
21	UAB „Vilniaus dietologijos centras“, Vilnius
22	UAB „Anos ginekologijos kabinetas“, Vilnius
23	UAB „Šeimos namai“, Vilnius
24	UAB „Neuroklinika“, Vilnius
25	UAB „Socialiniai ir sveikatos projektai“, Vilnius
26	ĮĮ „Philema“, V. R. Petkinienės ambulatorija, Jurbarkas
27	„V. Rožukienės Ažuolyno šeimos sveikatos centras“, Kaunas
28	ĮĮ „Antano Jokšo šeimos sveikatos centras“, Kelmės r.

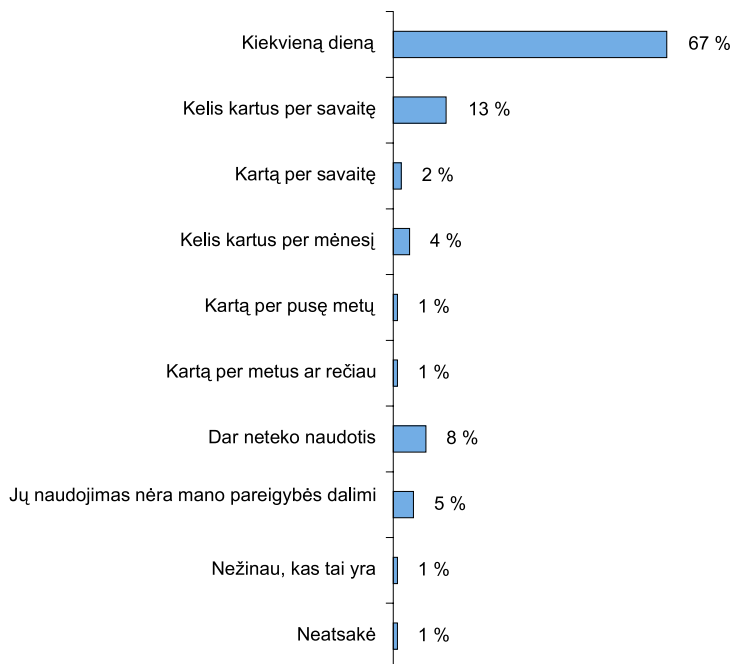
29	IĮ „Rasuolės Klusevičienės ambulatorija“, Marijampolė
30	IĮ „R. Gabrilavičienės BPG“, Marijampolės r.
31	„Albinos Kiudulienės IĮ“, Mažeikių r.
32	„R. Tamoliūno IĮ“, Panevėžys
33	IĮ „Pulsas“, A. Zamulskio gydymo įmonė, Plungė
34	„A. Morkūno IĮ“, Pakruojo r.
35	IĮ „M. Tamaliūno šeimos klinika“, Raseiniai
36	IĮ „G. Radavičiaus klinika“, Raseiniai
37	„Aurelijos R. IĮ“, Raseiniai
38	„Raimondo Naviko IĮ“, Šilalė
39	IĮ „Petro Kalinausko medicinos kabinetas“, Tauragė
40	IĮ „Kristinos Gedminienės šeimos gydytojos kabinetas“, Tauragės r.
41	„V. Jokubaičio IĮ“, Telšiai
42	„V. Riškienės IĮ“, Telšiai
43	„L. Prabišienės IĮ“, Ukmergė
44	IĮ „Pulsas“, V. Griniaus konsultacinis diagnostinis kabinetas, Vilnius
45	IĮ „Akių gydytojos J. Breivienės kabinetas“, Zarasai

2.3. Tyrimo rezultatai

2.3.1. Naudojimas e. sveikatos informacinėmis sistemomis

Sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų buvo klausiama, kaip dažnai jie naudojami e. sveikatos informacinėmis sistemomis.

Kaip dažnai naudojātės e. sveikatos informacinėmis sistemomis savo darbe?



2 paveikslas. Naudojimosi e. sveikatos informacinėmis sistemomis dažnumas, proc.

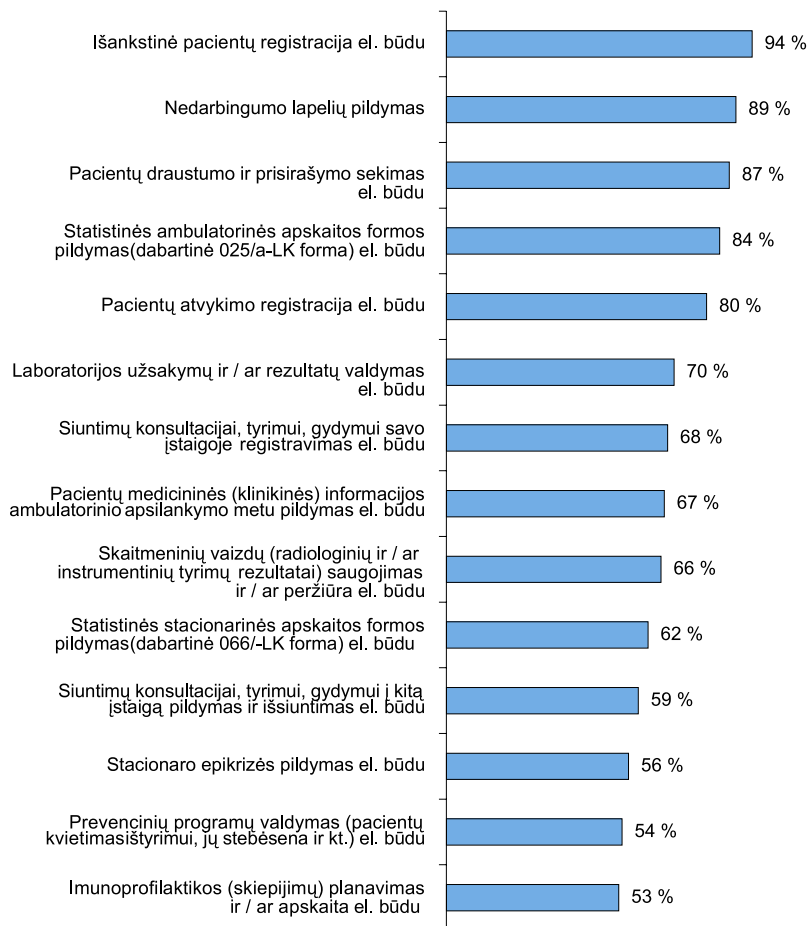
Daugiausia respondentų nurodė, kad e. sveikatos informacinėmis sistemomis naudojasi kiekvieną dieną, – 67 proc., 13 proc. respondentų – kelis kartus per savaitę. Dar 8 proc. darbuotojų nurodė, kad e. sveikatos sistemomis nesinaudojo, o 5 proc. – kad naudotis šiomis sistemomis nėra jų pareigybės dalis.

Didesnė dalis moterų (69 proc. nei vyrų (51 proc.) nurodė, jog e. sveikatos informacinėmis sistemomis naudojasi kasdien ($p < 0,05$). Tuo tarpu daugiau vyrų (12 proc.) teigė, jog šiomis sistemomis naudojami ke-

lis kartus per mėnesį (moterų – 3 proc.) $p < 0,05$. Šį atsakymo variantą taip pat pasirinko didesnė 60 metų ir vyresnių respondentų grupės dalis (11 proc.) ($p < 0,05$).

2.3.2. E. sveikatos technologinių sprendimų žinomumas

Kokius žinote e. sveikatos technologinius sprendimus, kurie yra įdiegti Lietuvos SPĮ?



***Kita:** Ligonių išrašymas į namus iš stacionaro (0,3 proc.)

3 paveikslas. E. sveikatos technologinių sprendimų žinomumas, proc.

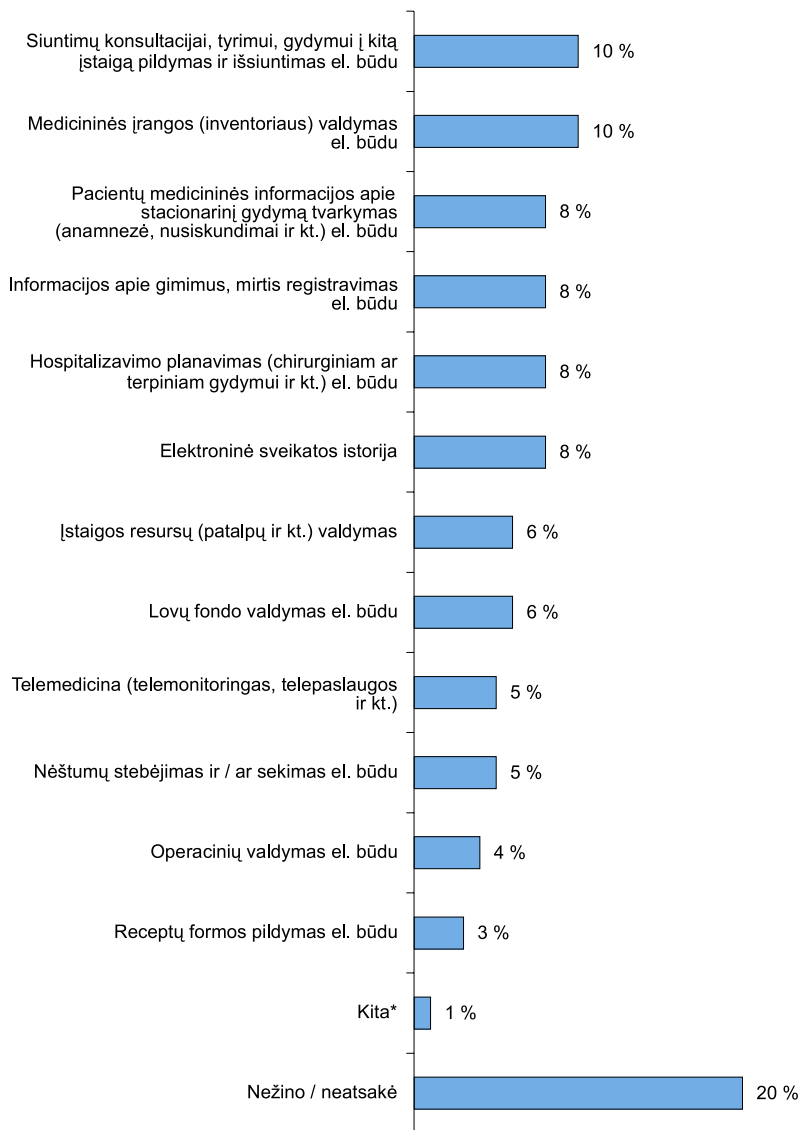
E. sveikatos technologinius sprendimus pagal jų žinomumą galima sugrupuoti į tris dalis:

- Žino didžioji dauguma (80–94 proc.): išankstinę pacientų registraciją el. būdu – 94 proc., nedarbingumo lapelių pildymą – 89 proc., pacientų draustumo ir prisirašymo sekimą el. būdu – 87 proc., statistinės ambulatorinės apskaitos formos pildymą (dabartinė 025/a-LK forma) el. būdu – 84 proc., pacientų atvykimo registraciją el. būdu – 80 proc.
- Žino dauguma (53–70 proc.): laboratorijos užsakymų ir / ar rezultatų valdymą el. būdu – 70 proc., siuntimų konsultuotis, išsitiirti, gydytis savo įstaigoje registravimą el. būdu – 68 proc., pacientų medicininės (klinikinės) informacijos ambulatorinio apsilankymo metu pildymą el. būdu – 67 proc., skaitmeninių vaizdų (radiologinių ir / ar instrumentinių tyrimų rezultatai) saugojimą ir / ar peržiūrą el. būdu – 66 proc., statistinės stacionarinės apskaitos formos pildymą (dabartinė 066/a-LK forma) el. būdu – 62 proc., siuntimų konsultuotis, išsitiirti, gydytis į kitą įstaigą pildymą ir išsiuntimą el. būdu – 59 proc., stacionaro epikrizės pildymą el. būdu – 56 proc., prevencijos programų valdymą (pacientų kvietimą iširti, jų stebėseną ir kt.) el. būdu – 54 proc., imunoprofilaktikos (skiepijimų) planavimą ir /ar apskaitą el. būdu – 53 proc.
- Žino pusė ir mažiau (31–50 proc.): vaistų užsakymo ir / ar tiekimo į padalinius valdymą el. būdu – 50 proc., e. sveikatos istoriją – 50 proc., receptų formos pildymą el. būdu – 49 proc., pacientų medicininės informacijos apie stacionarinį gydymą tvarkymą (anamnezė, nusiskundimai ir kt.) el. būdu – 46 proc., informacijos apie gimimus, mirtis registravimą el. būdu – 45 proc., medicininės įrangos (inventoriaus) valdymą el. būdu – 44 proc., telemediciną (telemonitoringą, telepaslaugas ir kt.) – 41 proc., hospitalizavimo planavimą (chirurgiškai ir terapiškai gydyti) el. būdu – 38 proc., lovų fondo valdymą el. būdu – 32 proc., nėštumų stebėjimą ir / ar sekimą el. būdu – 32 proc., įstaigos išteklių (patalpų ir kt.) valdymą – 32 proc., operacinių valdymą el. būdu – 31 proc.

2.3.3. E. sveikatos paslaugos, teikiamos respondentų sveikatos priežiūros įstaigose

Kokias e. sveikatos paslaugas gyventojams teikia Jūsų sveikatos priežiūros įstaiga?





*Kita: Ligonių išrašymas į namus iš stacionaro (0,3 proc.).

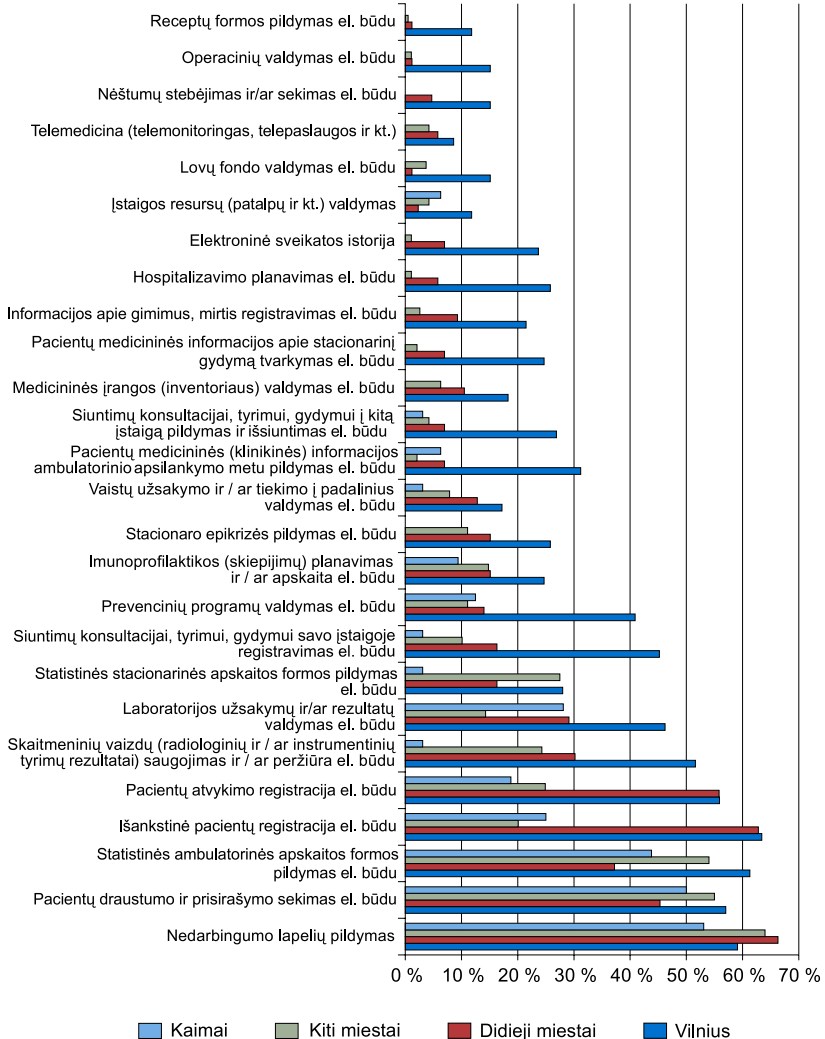
4 paveikslas. Teikiamos e. sveikatos paslaugos respondentų sveikatos priežiūros įstaigose, proc.

Esamas e. sveikatos paslaugas pagal dažnį galima sugrupuoti į tris dalis:

- Paslaugos, kurios yra daugumoje SPI (51–63 proc.): nedarbingumo lapelių pildymas – 63 proc., pacientų draustumo ir prisirašymo sekimas el. būdu – 53 proc., statistinės ambulatorinės apskaitos formos pildymas (dabartinė 025/a-LK forma) el. būdu – 52 proc.
- Dažnos paslaugos (26–40 proc.): išankstinė pacientų registracija el. būdu – 40 proc., pacientų atvykimo registracija el. būdu – 38 proc., skaitmeninių vaizdų (radiologinių ir / ar instrumentinių tyrimų rezultatai) saugojimas ir / ar peržiūra el. būdu – 30 proc., laboratorijos užsakymų ir / ar rezultatų valdymas el. būdu – 26 proc.
- Retesnės paslaugos (iki 25 proc.): statistinės stacionarinės apskaitos formos pildymas (dabartinė 066/a-LK forma) el. būdu – 23 proc., siuntimų konsultuotis, tirtis, gydytis savo įstaigoje registravimas el. būdu – 19 proc., prevencijos programų valdymas (pacientų kvietimas ištirti, jų stebėseną ir kt.) el. būdu – 19 proc., imunoprofilaktikos (skiepijų) planavimas ir / ar apskaita el. būdu – 17 proc., stacionaro epikrizės pildymas el. būdu – 15 proc., vaistų užsakymo ir / ar tiekimo padaliniais valdymas el. būdu – 11 proc., pacientų medicininės (klinikinės) informacijos ambulatorinio apsilankymo metu pildymas el. būdu – 10 proc., siuntimų konsultuotis, tirtis, gydytis į kitą įstaigą pildymas ir išsiuntimas el. būdu – 10 proc., medicininės įrangos (inventoriaus) valdymas el. būdu – 10 proc., pacientų medicininės informacijos apie stacionarinį gydymą tvarkymas (anamnezė, nusiskundimai ir kt.) el. būdu – 8 proc., informacijos apie gimimus, mirtis registravimas el. būdu – 8 proc., hospitalizavimo planavimas (chirurgiškai ar terapiškai gydyti ir kt.) el. būdu – 8 proc., elektroninė sveikatos istorija – 8 proc., įstaigos išteklių (patalpų ir kt.) valdymas – 6 proc., lovų fondo valdymas el. būdu – 6 proc., telemedicina (telemonitoringas, telepaslaugos ir kt.) – 5 proc., neštumų stebėjimas ir / ar sekimas el. būdu – 5 proc., operacinių valdymas el. būdu – 4 proc., receptų formos pildymas el. būdu – 3 proc.

E. sveikatos paslaugos daugiausia teikiamos Vilniuje ir didžiuosiuose miestuose, mažiausiai – kaimuose. Kituose miestuose mažiausiai teikiamos yra šios paslaugos: laboratorijų užsakymų ir / ar rezultatų valdymas el. būdu, pacientų medicininės (klinikinės) informacijos ambulatorinio

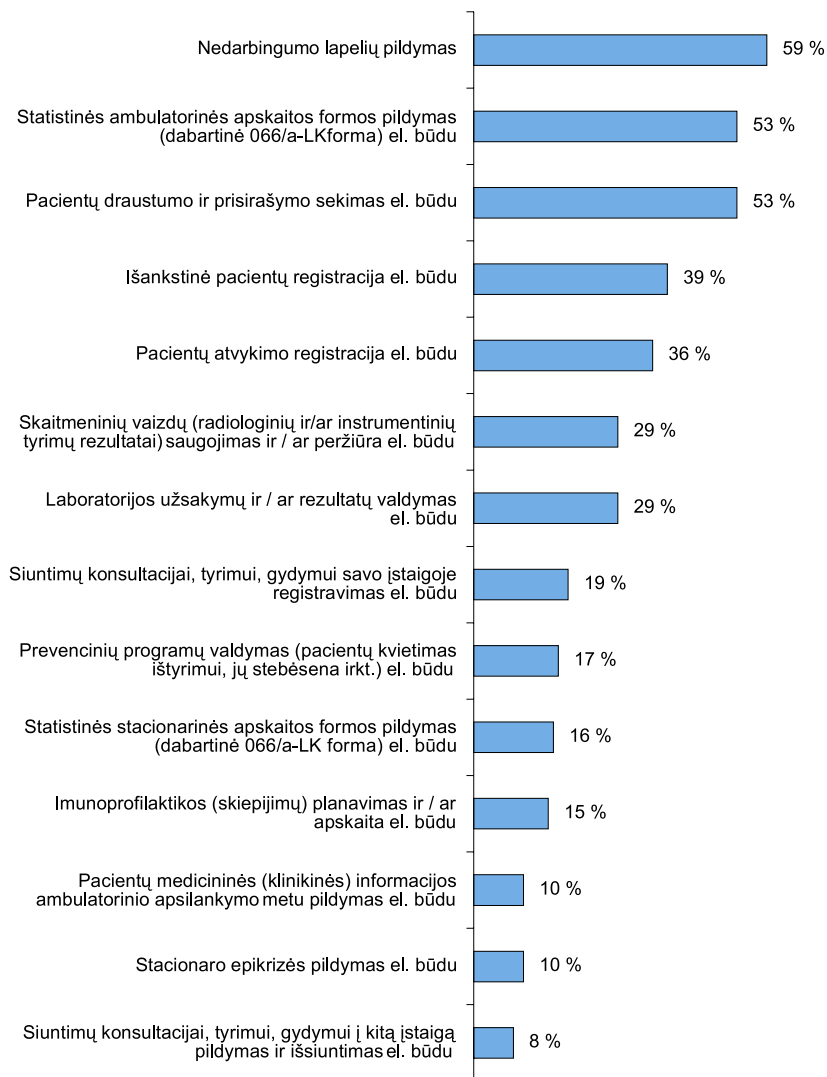
apsilankymo metu pildymas (anamnezė, nusiskundimai ir kt.) el. būdu bei prevencijos programų valdymas (pacientų kvietimas išsitiirti, jų stebėseną ir kt.) el. būdu (5 pav.).

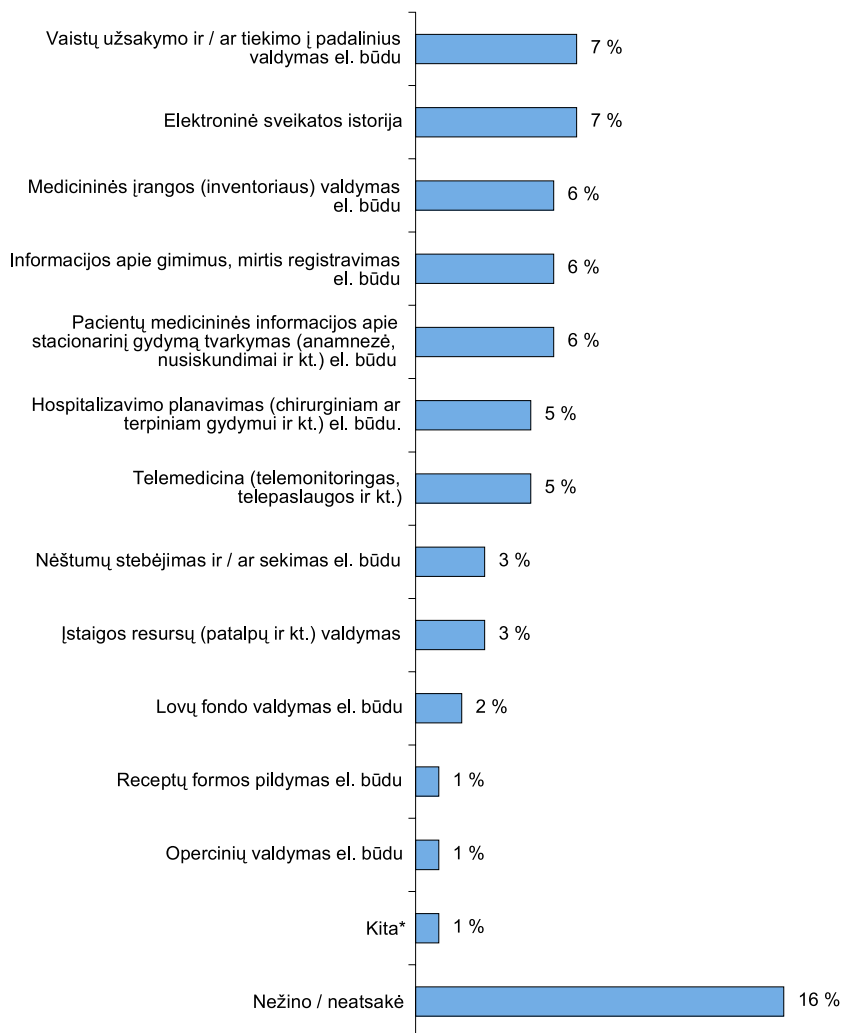


5 paveikslas. Teikiamos e. sveikatos paslaugos gyventojams pagal gyvenamąją vietovę, proc.¹²⁵

¹²⁵ Jankauskienė, D.; Jakubčionytė, A. Sveikatos priežiūros įstaigų personalo dalyvavimas e. sveikatos sistemoje. *Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai*. 2014, 1 (6): 80–98.

2.3.4. Naudojimasis e. sveikatos technologiniais sprendimais savo darbe

Kokiais e. sveikatos technologiniais sprendimais naudojātės savo SPĮ darbe?



*Kita: Ligonių išrašymas į namus iš stacionaro (0,3 proc.).

6 paveikslas. Naudojimasis e. sveikatos technologiniais sprendimais savo darbe, proc.

Įvairiais e. sveikatos technologiniais sprendimais naudojamosi šiek tiek rečiau, negu žinoma apie juos, tačiau naudojimosi grupės pagal intensyvumą išlieka tos pačios:

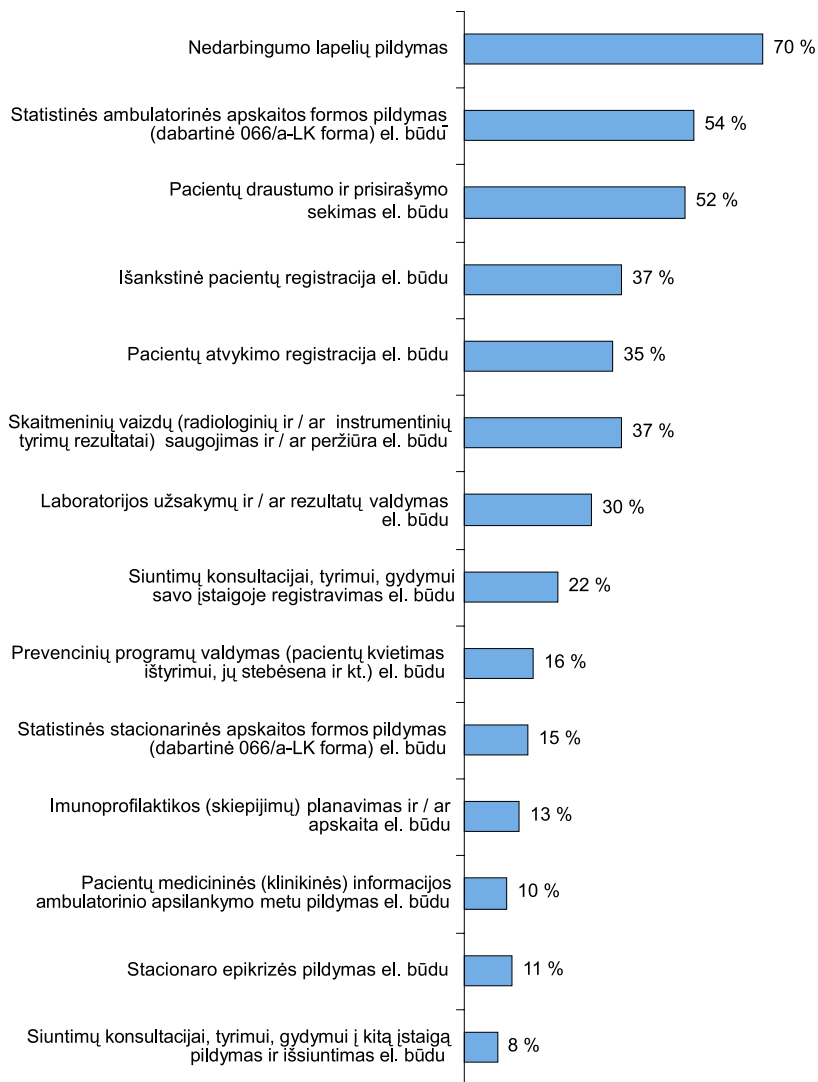
Paslaugos, kuriomis naudojasi dauguma (53–59 proc.): nedarbingumo lapelių pildymas – 59 proc., statistinės ambulatorinės apskaitos formos pildymas (dabartinė 025/a-LK forma) el. būdu – 53 proc., pacientų draustumo ir prisirašymo sekimas el. būdu – 53 proc.

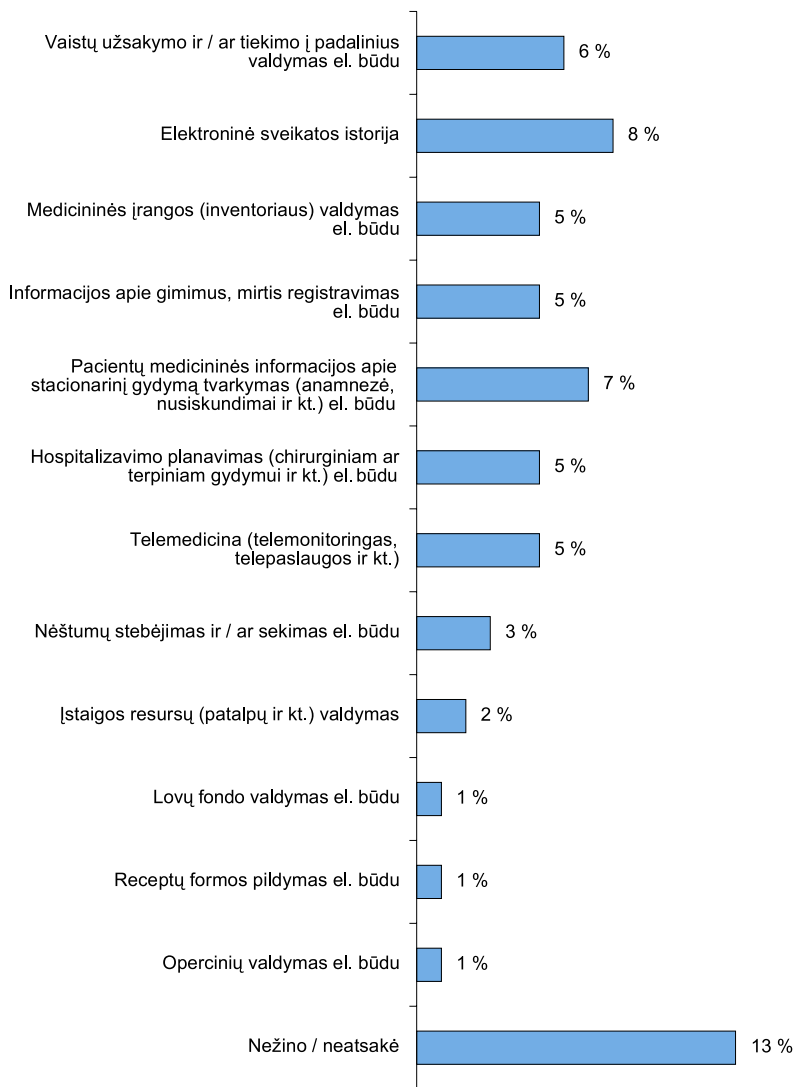
Dažno naudojimo paslaugos (29–39 proc.): išankstinė pacientų registracija el. būdu – 39 proc., pacientų atvykimo registracija el. būdu – 36 proc., skaitmeninių vaizdų (radiologinių ir / ar instrumentinių tyrimų rezultatai) saugojimas ir / ar peržiūra el. būdu – 29 proc., laboratorijos užsakymų ir / ar rezultatų valdymas el. būdu – 29 proc.

Retesnės paslaugos (iki 19 proc.): siuntimų konsultuotis, išsitiirti, gydytis savo įstaigoje registravimas el. būdu – 19 proc., prevencijos programų valdymas (pacientų kvietimas atlikti tyrimus, jų stebėsena ir kt.) el. būdu – 17 proc., statistinės stacionarinės apskaitos formos pildymas (dabartinė 066/a-LK forma) el. būdu – 16 proc., imunoprofilaktikos (skiepimų) planavimas ir / ar apskaita el. būdu – 15 proc., pacientų medicininės (klinikinės) informacijos ambulatorinio apsilankymo metu pildymas el. būdu – 10 proc., stacionaro epikrizės pildymas el. būdu – 10 proc., siuntimų konsultuotis, išsitiirti, gydytis į kitą įstaigą pildymas ir išsiuntimas el. būdu – 8 proc., vaistų užsakymo ir / ar tiekimo padaliniams valdymas el. būdu – 7 proc., elektroninė sveikatos istorija – 7 proc., medicininės įrangos (inventoriaus) valdymas el. būdu – 6 proc., informacijos apie gimimą, mirtį registravimas el. būdu – 6 proc., pacientų medicininės informacijos apie stacionarinį gydymą tvarkymas (anamnezė, nusiskundimai ir kt.) el. būdu – 6 proc., hospitalizavimo planavimas (chirurgiškai ar terapiškai gydyti ir kt.) el. būdu – 5 proc., telemedicina (telemonitoringas, telepaslaugos ir kt.) – 5 proc., nėštumų stebėjimas ir / ar sekimas el. būdu – 3 proc., įstaigos išteklių (patalpų ir kt.) valdymas – 3 proc., lovų fondo valdymas el. būdu – 3 proc., receptų formos pildymas el. būdu – 1 proc., operacinių valdymas el. būdu – 1 proc.

Kadangi nemaža dalis respondentų negalėjo atsakyti į šį ir prieš tai buvusį klausimą, atskirai pavaizduosime gydytojų atsakymus apie e. sveikatos technologinių sprendimų naudojimą savo darbe.

Kokiais e. sveikatos technologiniais sprendimais naudojātės savo SPĮ darbe? (gydytojų atsakymai N = 190)



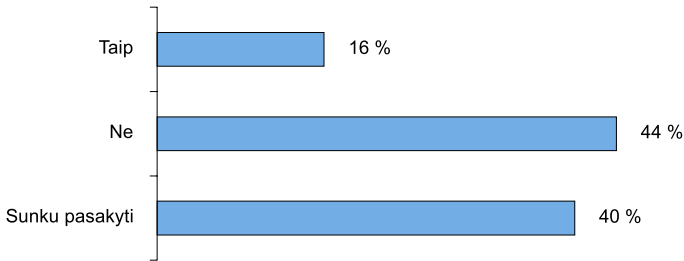


7 paveikslas. Gydytojų atsakymai apie e. sveikatos technologinių sprendimų naudojimą savo darbe, proc.

Gydytojai dažniau nei vidurkis minėjo nedarbingumo lapelių pildymą bei skaitmeninių vaizdų saugojimą ir jų peržiūrą. Tačiau ir tarp jų gana nemaža dalis (nors kiek ir mažesnė) – 13 proc. – negalėjo atsakyti į šį klausimą. Tai rodo, kad e. sveikatos sistema dar nėra pasklidusi visoje sveikatos sistemoje.

2.3.5. E. sveikatos informacinių sistemų Lietuvoje vertinimas

Jūsų manymu, ar pakankama e. sveikatos informacinių sistemų / technologinių sprendimų įvairovė yra Lietuvos SPĮ?

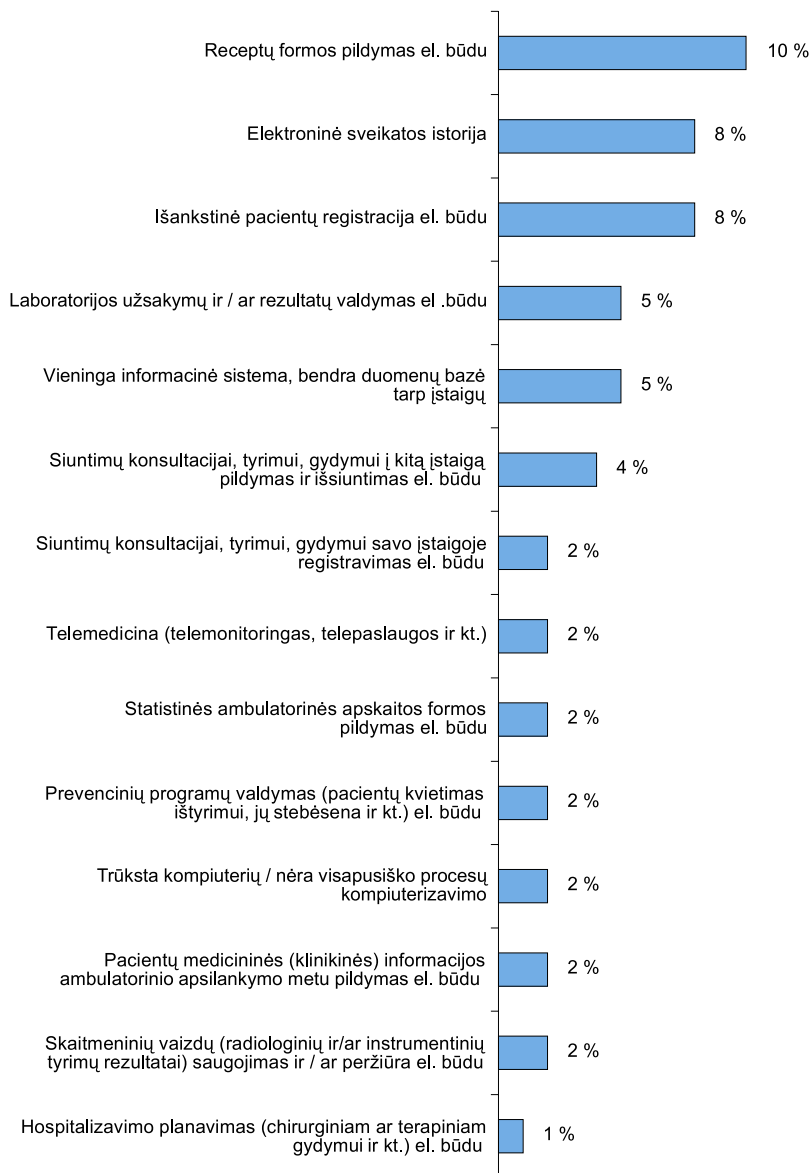


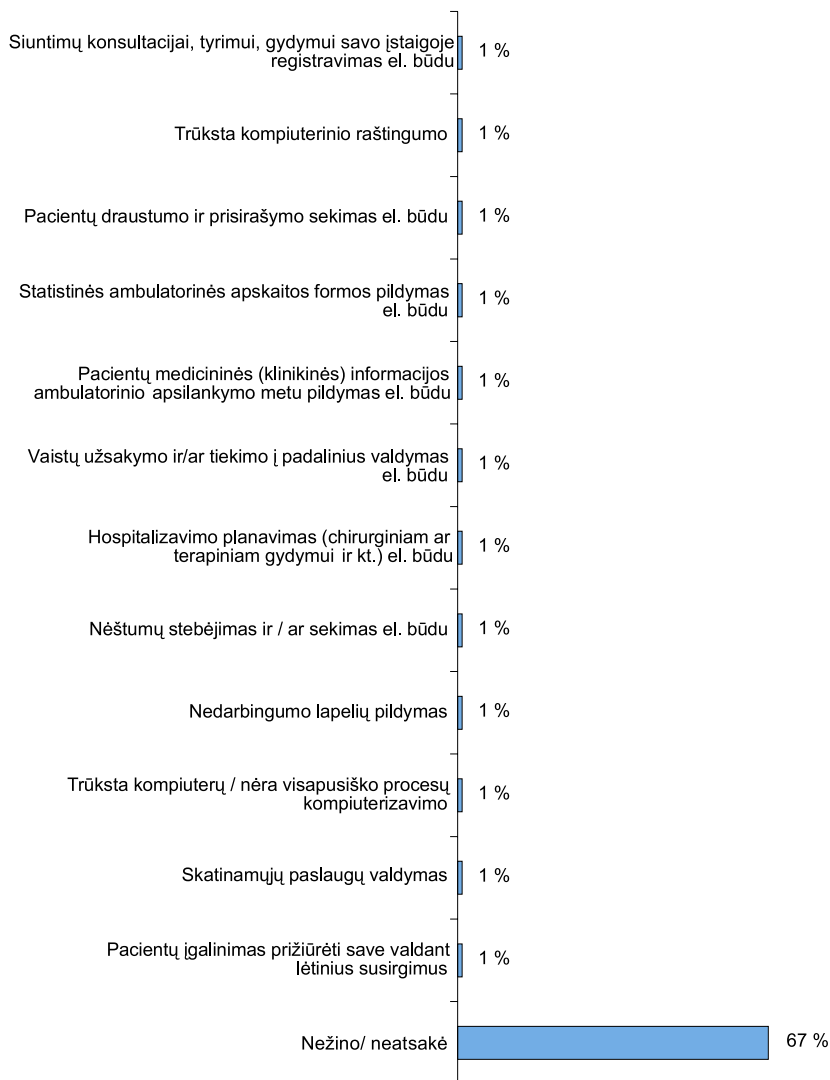
8 paveikslas. E. sveikatos informacinių sistemų įvairovės Lietuvoje vertinimas, proc.

Tik nedidelė dalis sveikatos priežiūros specialistų mano, kad Lietuvoje yra pakankama e. sveikatos informacinių sistemų įvairovė. Daugiau taip manančių yra valstybinėse / savivaldybių įstaigose (19 proc.), o privačiose – tikrai 5 proc. Didesnė dalis neturinčių nuomonės yra privačiose SPĮ (59 proc.) ($p < 0,05$). Taip pat ambulatorines paslaugas teikiančiose įstaigose (19 proc.) ($p < 0,05$).

Specialistų taip pat buvo klausama, kokių paslaugų labiausiai trūksta (tai buvo atviras klausimas be iš anksto suformuluotų alternatyvų).

**Kokių e. sveikatos paslaugų gyventojams labiausiai trūksta Lietuvoje?
(atviras klausimas)**



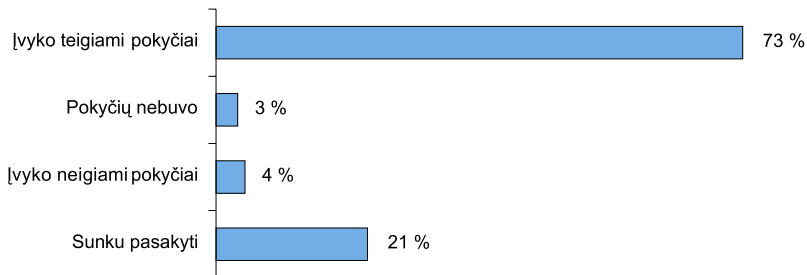


9 paveikslas. E. sveikatos paslaugų gyventojams trūkumas, atsakiusiųjų proc.

Dažniausiai buvo minimos trys paslaugos, kurių labiausiai trūksta gyventojams: receptų formos pildymas el. būdu – 12 proc., elektroninė sveikatos istorija – 8 proc., išankstinė pacientų registracija el. būdu – 8 proc. Tačiau gana didelė dalis respondentų nežino ir neatsakė į šį klausimą. Tai

rodo gana didelį medicinos darbuotojų nedalyvavimo ir nesidomėjimo lygį ir pasyvumą diegiant naujoves.

Jūsų manymu, ar per 5 metus Lietuvoje įvyko pokyčiai e. sveikatos sistemoje?

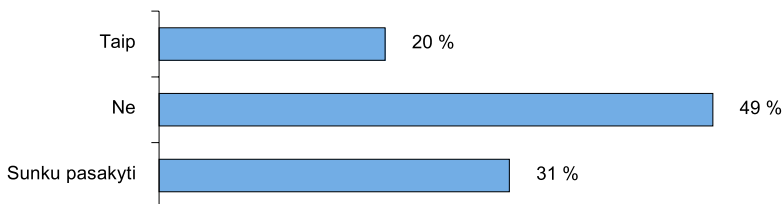


10 paveikslas. Pokyčių e. sveikatos sistemoje vertinimas

Didžioji dauguma – 73 proc. – specialistų teigiamai įvertino Lietuvoje įvykusius e. sveikatos sistemos pokyčius. Didesnei daliai respondentų iš mažesnių miestų, rajonų centrų buvo sunku įvertinti įvykusius pokyčius („sunku pasakyti“ – 28 proc.) ($p < 0,05$), mažesnė jų dalis pokyčius įvertino teigiamai (66 proc.) ($p < 0,05$).

2.3.6. E. sveikatos informacinių sistemų respondento SPĮ vertinimas

Ar Jūsų SPĮ pakankama e. sveikatos paslaugų gyventojams įvairovė?



11 paveikslas. E. sveikatos paslaugų gyventojams įvairovės vertinimas respondento įstaigoje, proc.

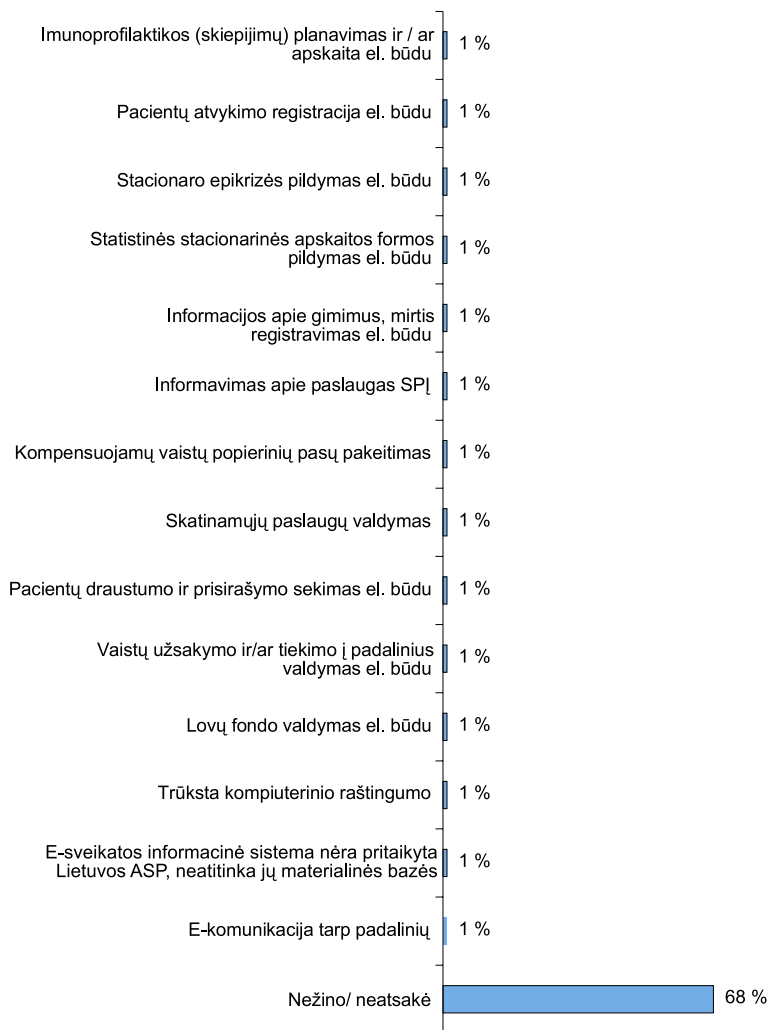
E. sveikatos paslaugų įvairovė savo paties SPĮ buvo vertinamas panašiai kaip ir Lietuvoje (tik čia mažiau neturinčiųjų nuomonės): teigiamai e. sveikatos paslaugų įvairovę savo SPĮ vertina 20 proc. (Lietuvoje – 16 proc.), neigiamai – 49 proc. (padėtį Lietuvoje neigiamai vertina 44 proc.) respondentų. Daugiau respondentų 50–59 metų amžiaus grupėje atsakė „sunku pasakyti“ (40 proc.), taip pat laborantų (53 proc.) ($p < 0,05$). Didesnė dalis vilniečių SPĮ

e. sveikatos paslaugų įvairovę įvertino teigiamai (37 proc.), o mažesnių miestų / rajonų centrų respondentai – daugiau neigiamai (53 proc.) ($p < 0,05$). Tai rodo, kad jaunesnio amžiaus ir Vilniuje gyvenantys bei dažniau e. sveikatos sistema besinaudojantys medikai e. sveikatos paslaugas vertina geriau.

Specialistų buvo klausiami, kokių e. sveikatos paslaugų labiausiai trūksta jų SPI (atviras klausimas, be suformuluotų atsakymų).

Kokių e. sveikatos informacinių sistemų / e. sveikatos technologinių sprendimų labiausiai trūksta Jūsų SPI? (atviras klausimas)



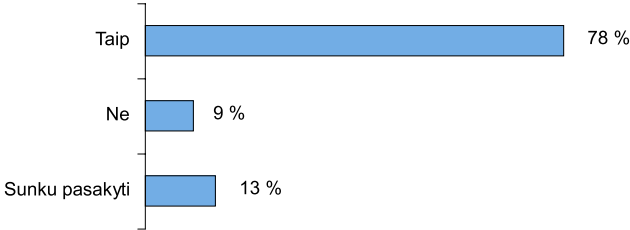


12 paveikslas. E. sveikatos informacinių sistemų trūkumas respondento įstaigoje, proc.

Specialistų nuomone, jų SPĮ labiausiai trūksta trijų e. sveikatos paslaugų: receptų formos pildymo el. būdu – 10 proc., elektroninės sveikatos istorijos – 8 proc., išankstinės pacientų registracijos el. būdu – 8 proc. Jos pastaruoju metu ir diegiamos Lietuvoje.

2.3.7. E. sveikatos informacinių sistemų diegimas per 5 metus

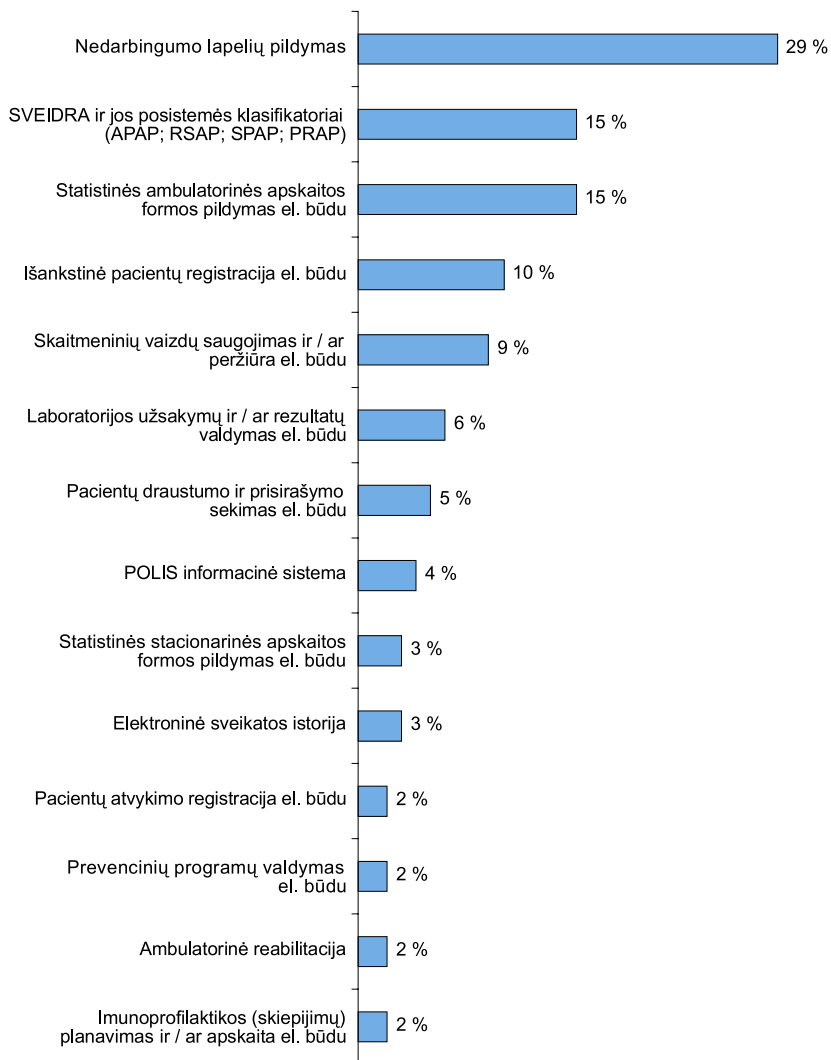
Ar per pastaruosius 5 metus buvo įdiegtos naujos e. sveikatos informacinės sistemos Jūsų SPĮ / darbo vietoje?

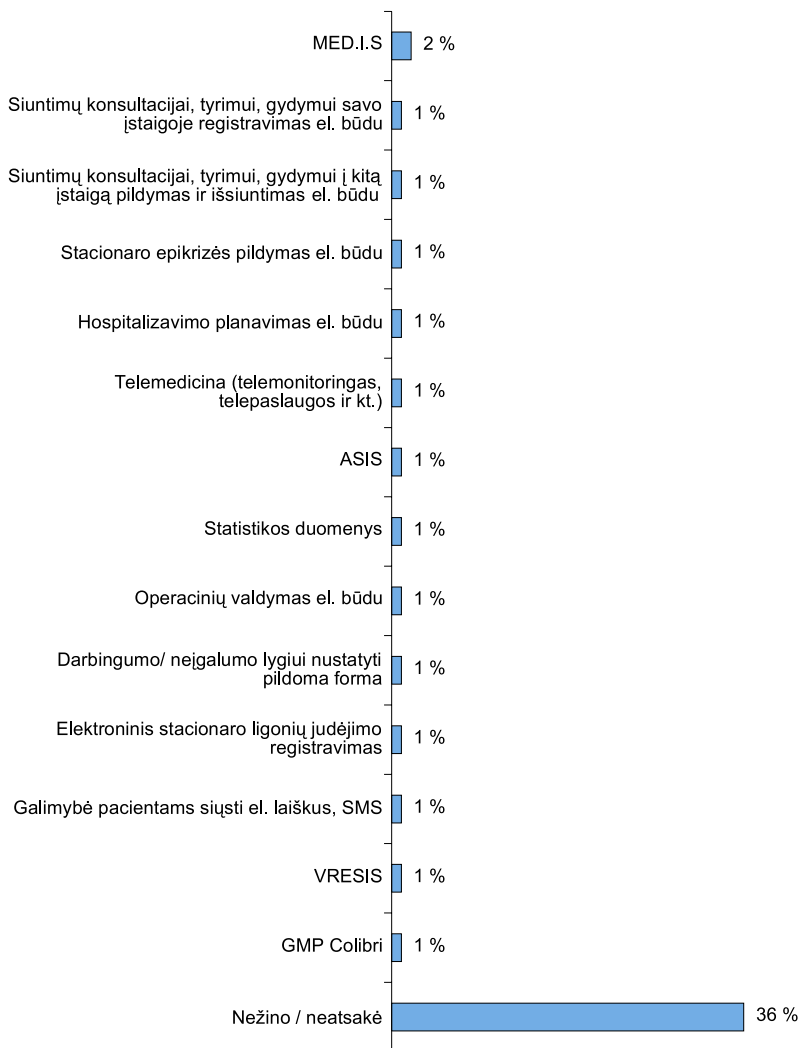


13 paveikslas. Naujų e. sveikatos informacinių sistemų diegimas per pastaruosius 5 metus respondento SPĮ, proc.

Dauguma specialistų – 78 proc. – nurodė, kad jų SPĮ per 5 metus buvo įdiegtos naujos e. sveikatos sistemos. Daugiau laborantų nurodė, kad jų SPĮ nebuvo įdiegtos naujos e. sveikatos sistemos (23 proc.) ($p < 0,05$). Tokį rezultatą paaiškina ankstesni tyrimo duomenys, kad nors apie laboratorijų užsakymų ir rezultatų valdymo e. sveikatos modulį žino maždaug 70 proc. respondentų, bet jį naudoja tik 26 proc. Vadinasi, daugumoje įstaigų šis modulis nėra diegiamas, todėl laborantai ir negali nieko pasakyti apie e. sveikatos naujoves. Didesnė dalis jauniausių darbuotojų (iki 29 m.) taip pat negalėjo atsakyti į šį klausimą (47 proc.) ($p < 0,05$). Didžioji jų dalis buvo iš kaimo sveikatos priežiūros įstaigų.

Jei taip, kokios? (atviras klausimas)
Atsakinėja respondentai, nurodę, kad per 5 metus jų SPĮ buvo įdiegtos naujos e. sveikatos informacinės sistemos (N = 311)



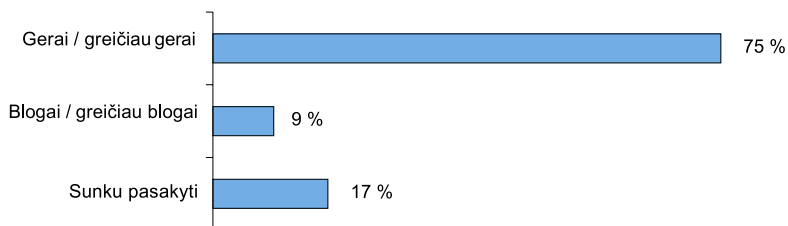


14 paveikslas. Įdiegtos naujos e. sveikatos informacinės sistemos respondentų SPĮ per 5 metus, proc.

Dažniausiai buvo minima, kad buvo įdiegta: nedarbingumo lapelių pildymas – 29 proc., SVEIDRA ir jos posistemės klasifikatoriai (APAP; RSAP; SPAP; PRAP) – 15 proc., statistinės ambulatorinės apskaitos formos pildymas el. būdu – 15 proc. Daugiau kaip trečdalis respondentų

įstaigose, kuriose yra diegiamos e. sveikatos naujovės, negalėjo atsakyti į šį klausimą. Tai rodo, kad trečdalis medikų nesidomi e. sveikatos naujovėmis.

Kaip vertinate savo įstaigoje įdiegtas e. sveikatos informacines sistemas / technologinius e. sveikatos sprendimus?

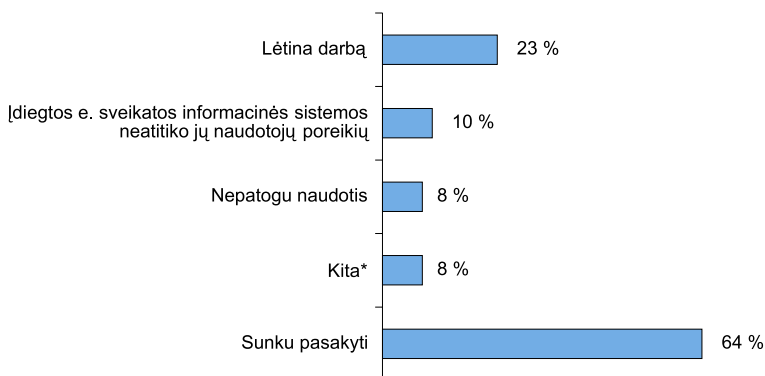


15 paveikslas. Įdiegtų e. sveikatos informacinių sistemų vertinimas, proc.

Dauguma – 75 proc. – specialistų teigiamai įvertino pastaraisiais metais jų SPĮ įdiegtas e. sveikatos informacines sistemas. Daugelis nurodė, kad jomis yra patogiu naudotis (57 proc.), yra kaupiama tikslesnė informacija (54 proc.), darbus galima padaryti daug greičiau (46 proc.).

Specialistų taip pat buvo klausama, kas, jų nuomone, nėra gerai įdiegtas naujas e. sveikatos informacines sistemas (klausama buvo ir tų, kurie apskritai gerai įvertino naujoves).

Kas, Jūsų manymu, yra blogai / greičiau blogai?



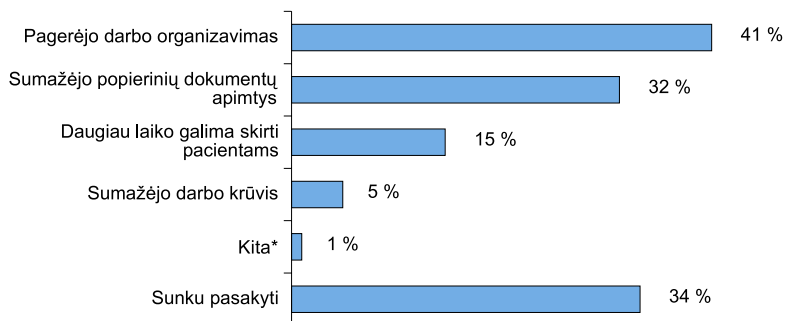
***Kita:** Stringa sistemos / dažnai neveikia (5,3 proc.); dubliuoja popierinį darbą (0,7 proc.); darbas priklauso nuo interneto ryšio (0,7 proc.). Kitos priežastys buvo minimos dar rečiau.

16 paveikslas. Neigiamos e. sveikatos diegimo pasekmės, proc.

Iš neigiamai vertinančiųjų beveik ketvirtadalis (23 proc.) specialistų nurodė, kad naujos sistemos lėtina darbą, 10 proc. – kad jos neatitiko poreikių, 8 proc. – kad nepatogu naudotis. Tačiau vėlgį didžioji pusė negalėjo įvardyti, kodėl vertina neigiamai.

Respondentams vertinti buvo pateikti ir kiti galimi pokyčiai įdiegus e. sveikatos informacines technologijas.

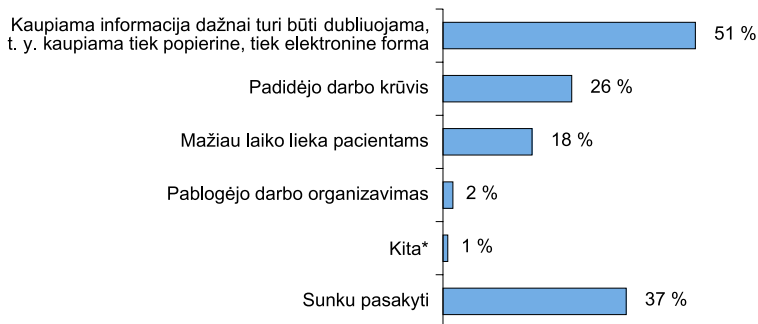
Nurodykite, kokius teigiamus pokyčius pastebėjote:



* **Kita:** Pagerėjo kompiuterinis raštingumas (0,3 proc.).

17 paveikslas. Teigiamos e. sveikatos diegimo pasekmės, proc.¹²⁶

Nurodykite, kokius neigiamus pokyčius pastebėjote:



* **Kita:** Trūksta kompiuterių naudotis e. sveikatos technologiniais sprendimais (0,3 proc.).

18 paveikslas. Neigiami e. sveikatos diegimo pokyčiai¹²⁷

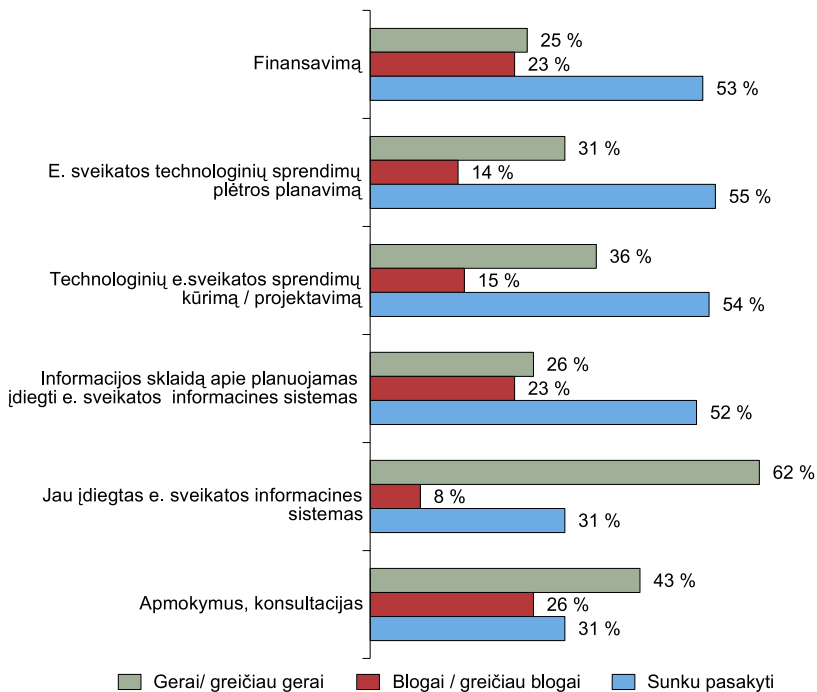
¹²⁶ Jankauskienė, D.; Jakubčionytė, A. Sveikatos priežiūros įstaigų personalo dalyvavimas e. sveikatos sistemoje. *Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai*. 2014, 1 (6): 80–98.

¹²⁷ *Ibid.*

Prie teigiamų pokyčių specialistai priskiria pagerėjusį darbo organizavimą (41 proc.) ir sumažėjusią popierinių dokumentų apimtį (32 proc.), o prie neigiamų – informacijos dubliavimą ir elektronine, ir popierine forma (51 proc.).

2.3.8. Su e. sveikatos informacinėmis technologijomis susiję sprendimai

*Kaip vertinate su e. sveikata susijusius sprendimus ir veiklas savo SP?**

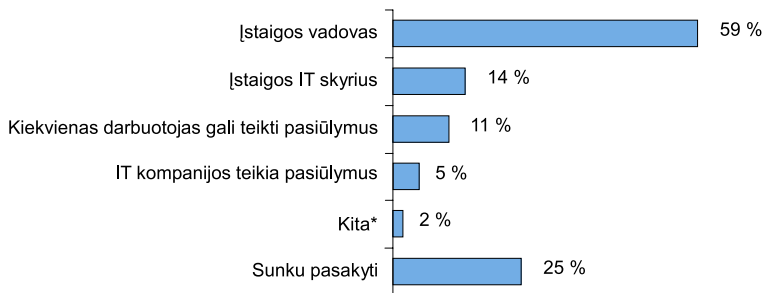


19 paveikslas. Su e. sveikatos informacinėmis technologijomis susijusių sprendimų vertinimas

Geriausiai yra vertinamos jau įdiegtos e. sveikatos informacinės sistemos apskritai – 65 proc. palankių vertinimų; o konkretūs sprendimai buvo vertinami santūriau: jau įdiegtas e. sveikatos informacines sistemas teigiamai įvertino 62 proc. specialistų; apmokymus, konsultacijas – 43 proc., technologinių e. sveikatos sprendimų kūrimą / projektavimą – 36 proc., e. sveikatos technologinių sprendimų plėtros planavimą – 31 proc., informacijos apie planuojamus įdiegti e. sveikatos informacines sistemas sklai-

dą – 26 proc., finansavimą – 25 proc. Gana didelė dalis (nuo trečdaliao iki pusės medikų) su e. sveikata susijusių sprendimų negalėjo įvertinti apskritai.

Kas dažniausiai sprendžia, kokius technologinius e. sveikatos sprendimus diegti Jūsų SPĮ?

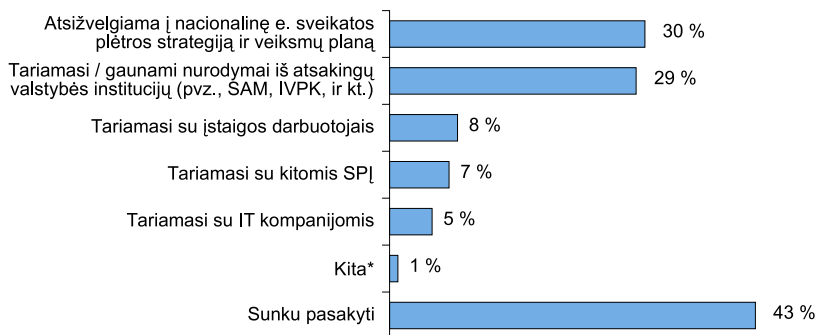


20 paveikslas. Kas sprendžia, kokius e. sveikatos sprendimus diegti

*Kita: Gauna nurodymus iš aukštesnių institucijų (1,2 proc); mokslinė taryba ir administracija (0,3 proc.); vyr. slaugos administratorė (0,3proc.).

Dažniausiai klausimus dėl konkrečius e. sveikatos sprendimų sprendžia įstaigos vadovas – 59 proc., kiti teikia pasiūlymus daug rečiau: įstaigos IT skyrius – 14 proc., kiekvienas darbuotojas– 11 proc., IT bendrovės – 5 proc. Vis dėlto daugiausiai galių darbuotojai dėl e. sveikatos sprendimų atiduoda vadovo atsakomybei.

Kaip nusprendžiama, kokius technologinius e. sveikatos sprendimus diegti?

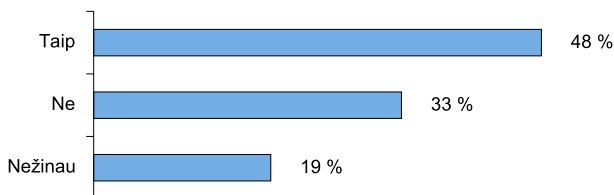


*Kita: Asmeniniu vadovo sprendimu (0,3 proc.).

21 paveikslas. Kaip nusprendžiama, kokius technologinius e. sveikatos sprendimus diegti

Dažniausiai nusprendžiama, kokius technologinius e. sveikatos sprendimus diegti, atsižvelgiant į nacionalinę e. sveikatos plėtros strategiją ir veiksmų planą – 30 proc. – ir pasitarus su atsakingomis valstybės institucijomis (pvz., SAM, IVPK ir kt.) arba gavus iš jų nurodymus – 29 proc.

Ar Jūsų vadovai su Jumis yra aptarę / pristatę e. sveikatos informacinių sistemų / technologinių sprendimų įtaką ir vietą organizuojant darbą Jūsų SPĮ?



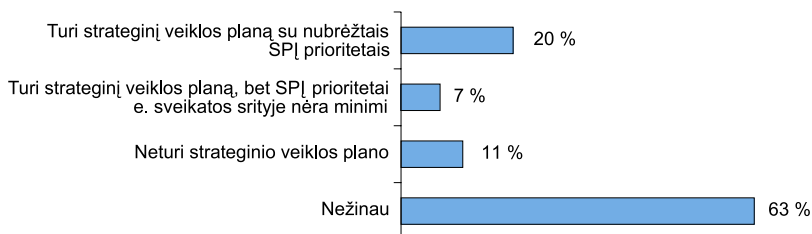
22 paveikslas. Vadovų e. sveikatos sprendimų aptarimai su darbuotojais

Apie pusė specialistų (48 proc.) nurodė, kad jų vadovai yra aptarę / pristatę e. sveikatos informacinių sistemų / technologinių sprendimų įtaką ir vietą organizuojant darbą SPĮ. Bet kas penktas darbuotojas to visiškai nežino.

Daug mažiau žino apie jų SPĮ strateginį planą, kuriame yra numatytas e. sveikatos modulių diegimas artimiausiu metu.

Didesnė dalis darbuotojų iš privačių SPĮ į šį klausimą atsakė teigiamai (60 proc.), daugiau respondentų iš valstybės / savivaldybių SPĮ atsakė neigiamai (36 proc.) ($p < 0,05$). Taip pat neigiamai atsakė didesnė dalis vilniečių respondentų (42 proc.) ($p < 0,05$).

Ar Jūsų SPĮ turi strateginį veiklos planą, kuriame numatyta diegti e. sveikatos modulius artimiausiu metu?

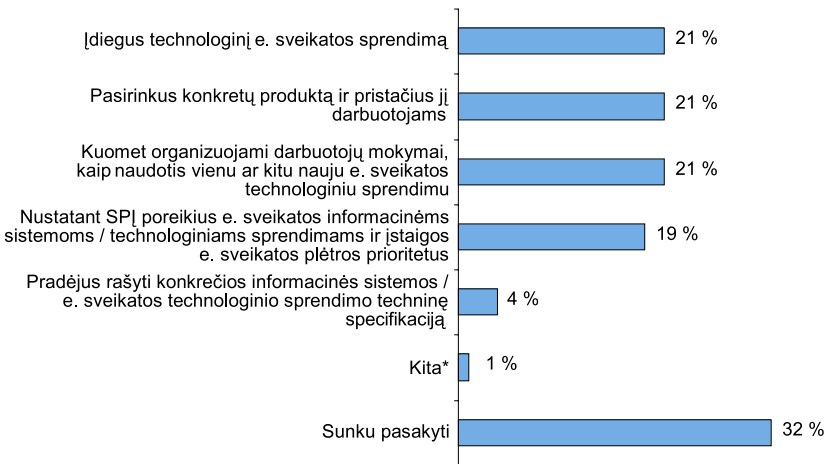


23 paveikslas. Žinojimas apie strateginį veiklos planą, kuriame yra numatyta diegti e. sveikatos modulius artimiausiu metu

Dauguma – 63 proc. – tiesiog nežino apie tokį planą. Tik nedidelė dalis – 20 proc. – žino, kad jų SPĮ turi strateginį veiklos planą su nubrėžtais SPĮ prioritetais, o 7 proc. žino, kad turi strateginį veiklos planą, bet SPĮ prioritetai e. sveikatos srityje nėra minimi.

Daugiau darbuotojų iš privačių SPĮ nurodė, kad jų įstaiga iš viso neturi strateginio veiklos plano (37 proc.). Tai daugiausia mažos privačios sveikatos priežiūros įstaigos. Nežinančių apie strateginius veiklos planus daugiau buvo valstybinėse / savivaldybių įstaigose (68 proc.) ($p < 0,05$). Ambulatorines paslaugas teikiančių įstaigų darbuotojai daugiau nurodė, kad jų įstaiga neturi strateginio veiklos plano (15 proc.). Mišrias paslaugas teikiančių įstaigų darbuotojai daugiau nurodė, kad įstaiga turi veiklos planą, bet SPĮ prioritetai e. sveikatos srityje nėra minimi (11 proc.). Dauguma mišrias paslaugas teikiančių įstaigų darbuotojų negalėjo atsakyti į šį klausimą (68 proc.). Nežinojo, kaip atsakyti, taip pat ir respondentai iš Vilniaus (75 proc.) ($p < 0,05$). Taigi strateginio planavimo problemų, matyt, apstu visų rūšių sveikatos priežiūros įstaigose.

Kada dažniausiai Jūsų SPĮ darbuotojai sužino apie planuojamą diegti naują e. sveikatos informacinę sistemą / kitą Jūsų darbo vietoje planuojamą diegti technologinį e. sveikatos sprendimą?



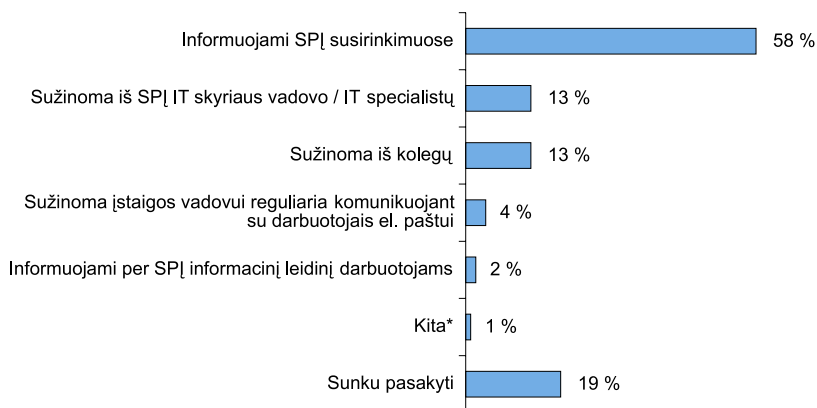
*Kita: Įstaiga dalyvauja rengiant „E. sveikatos paslaugų plėtra Telšių regione asmens sveikatos priežiūros įstaigose“, finansuojamą iš ES struktūrinių fondų (0,3 proc.).

24 paveikslas. Kada dažniausiai darbuotojai sužino apie planuojamą diegti naują e. sveikatos informacinę sistemą, proc.

Klausiami, kada dažniausiai sužino, kad jų SPĮ diegiamos naujos e. sveikatos informacinės sistemos / technologiniai e. sveikatos sprendimai, specialistai maždaug vienodai nurodė šias keturias alternatyvas: jau įdiegus technologinį e. sveikatos sprendimą (21 proc.); pasirinkus konkretų produktą ir pristatčius jį darbuotojams (21 proc.); kai organizuojami darbuotojų mokymai, kaip naudotis vienu ar kitu nauju e. sveikatos technologiniu sprendimu (21 proc.); nustatant SPĮ e. sveikatos informacinių sistemų / technologinių sprendimų poreikius ir įstaigos e. sveikatos plėtros prioritetus (19 proc.). Vadinasi, medikai vis dar neįtraukiami į sprendimų priėmimus.

Specialistų buvo klausama ir apie tai, kaip sužino apie planuojamą diegti naują e. sveikatos informacinę sistemą / kitą darbo vietoje planuojamą diegti technologinį e. sveikatos sprendimą?

Kaip dažniausiai Jūsų SPĮ darbuotojai sužino apie planuojamą diegti naują e. sveikatos informacinę sistemą / kitą darbo vietoje planuojamą diegti technologinį e. sveikatos sprendimą?



*Kita: Nurodymai iš SAM (0,5 proc.).

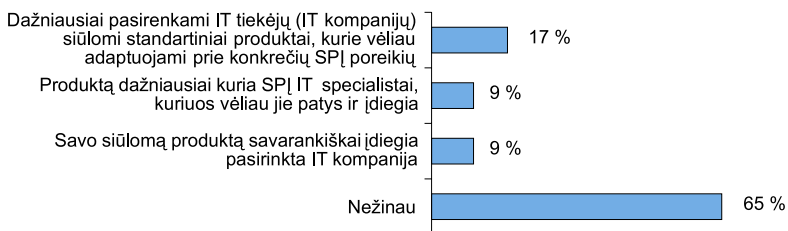
25 paveikslas. Kaip dažniausiai darbuotojai sužino apie planuojamą diegti naują e. sveikatos informacinę sistemą, proc.

Apie planuojamą diegti naują e. sveikatos informacinę sistemą / kitą darbo vietoje planuojamą diegti technologinį e. sveikatos sprendimą dažniausiai sužinoma SPĮ susirinkime – 58 proc. Kiti šaltiniai buvo minimi daug rečiau: sužinoma iš SPĮ IT skyriaus vadovo / IT specialistų – 13 proc., iš kolegų – 13 proc., sužinoma įstaigos vadovui reguliariai bendraujant su

darbuotojais el. paštu – 4 proc., informuojant per SPĮ informacinį leidinį darbuotojams – 2 proc.

Taip pat specialistų buvo klausiama, kaip SPĮ yra diegiama nauja e. sveikatos informacinė sistema / kitas technologinis e. sveikatos sprendimas.

Kaip dažniausiai Jūsų SPĮ yra diegiama nauja e. sveikatos informacinė sistema / kitas technologinis e. sveikatos sprendimas?

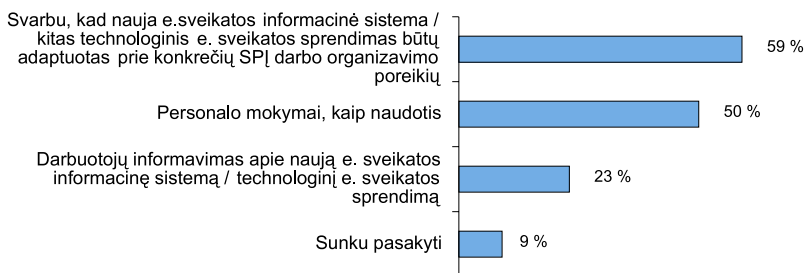


26 paveikslas. Kaip dažniausiai yra diegiama nauja e. sveikatos informacinė sistema, proc.

Dauguma – 65 proc. respondentų nežinojo, kaip SPĮ yra diegiama nauja e. sveikatos informacinė sistema / kitas technologinis e. sveikatos sprendimas, o modalus atsakymas buvo: „Dažniausiai pasirenkami IT tiekėjų (IT bendrovių) siūlomi standartiniai produktai, kurie vėliau adaptuojami prie konkrečių SPĮ poreikių“ – 17 proc.

Didesnė dalis privačių SPĮ nurodė, kad jos dažniausiai pasirenka IT tiekėjų siūlomus standartinius produktus (31 proc.) ($p < 0,05$).

Kas, Jūsų manymu, yra svarbiausia diegiant naujas e. sveikatos informacines sistemas / kitus technologinius e. sveikatos sprendimus?



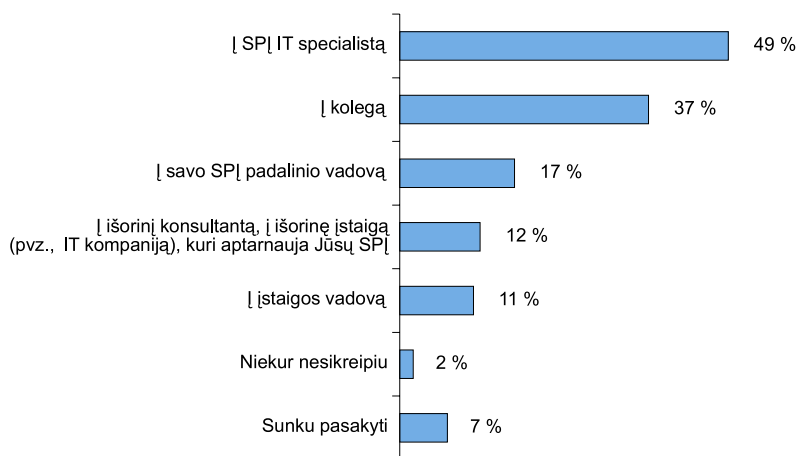
27 paveikslas. Kas yra svarbiausia diegiant naujas e. sveikatos informacines sistemas, proc.¹²⁸

¹²⁸ Jankauskienė, D.; Jakubčionytė, A. Sveikatos priežiūros įstaigų personalo dalyvavimas e. sveikatos sistemoje. *Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai*. 2014 1 (6): 80–98.

59 proc. apklaustųjų nurodė, kad labai svarbu diegiant naujas e. sveikatos informacines sistemas / kitus technologinius e. sveikatos sprendimus, kad nauja e. sveikatos informacinė sistema / kitas technologinis e. sveikatos sprendimas būtų pritaikyti konkrečioms SPĮ darbo organizavimo poreikiams – 59 proc., taip pat personalo mokymai – 50 proc.

2.3.9. Specialistų darbo įgūdžiai

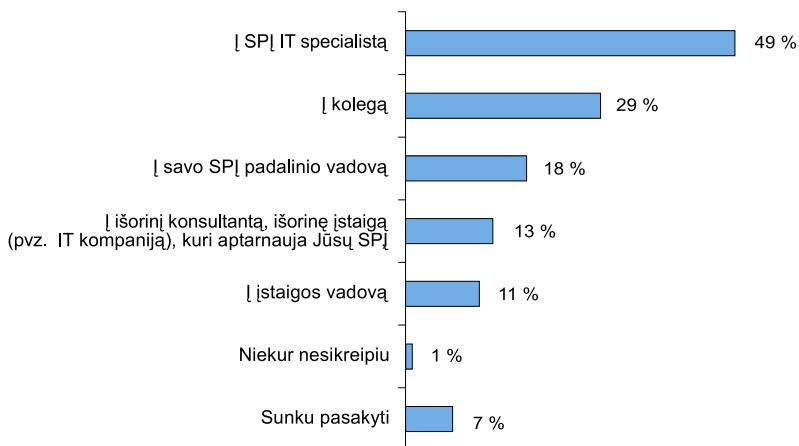
Į ką kreipiatės, jei dar nemokate naudotis nauja e. sveikatos informacine sistema / kitu Jūsų darbo vietoje įdiegtu technologiniu e. sveikatos sprendimu?



28 paveikslas. Į ką kreipiamasi, jei dar nemokama naudotis nauja e. sveikatos informacine sistema, proc.

Jeigu specialistai dar nemoka naudotis nauja e. sveikatos informacine sistema / kitu darbo vietoje įdiegtu technologiniu e. sveikatos sprendimu, dažniausiai kreipiasi į SPĮ IT specialistą – 47 proc. arba į kolegą – 37 proc.

Į ką kreipiatės, jei kilo neaiškumų dėl konkrečios naujos e. sveikatos informacinės sistemos / kito Jūsų darbo vietoje įdiegto technologinio e. sveikatos sprendimo naudojimo?

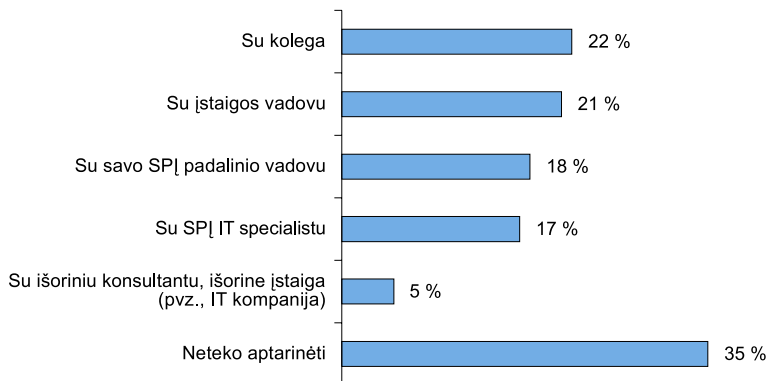


29 paveikslas. Į ką kreipiamasi, jei kyla neaiškumų dėl konkrečios naujos e. sveikatos informacinės sistemos, proc.

Ir šiuo atveju dažniausiai kreipiamasi į SPĮ IT specialistą – 49 proc. – arba į kolegą – 29 proc.

2.3.10. Specialistų aktyvumas diegiant e. sveikatos informacines sistemas

Su kuo dažniausiai aptariate (jei tai darote) e. sveikatos technologinių sprendimų plėtros galimybes savo įstaigoje?

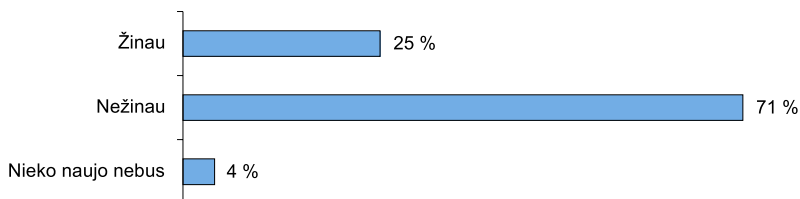


30 paveikslas. Su kuo dažniausiai aptariamos e. sveikatos technologinių sprendimų plėtros galimybės Jūsų įstaigoje, proc.

Atsakydami į klausimą, su kuo dažniausiai aptaria e. sveikatos technologinių sprendimų diegimo galimybes savo įstaigoje, respondentai gana vienodai minėjo: su kolega – 22 proc., su įstaigos vadovu – 21 proc., su savo SPĮ padalinio vadovu – 18 proc., su SPĮ IT specialistu – 17 proc.

Daug rečiau – 5 proc. – buvo minimi išoriniai konsultantai, 35 proc. nurodė, kad to iš viso neteko aptarti.

Ar žinote, kokie e. sveikatos moduliai bus diegiami artimiausioje ateityje Jūsų įstaigoje?

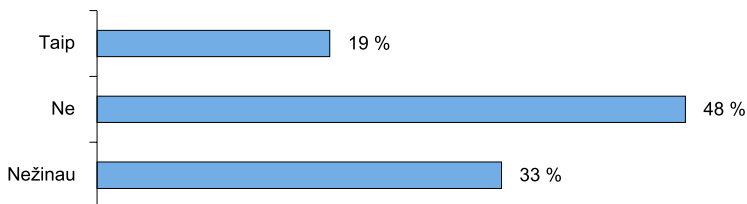


31 paveikslas. Žinojimas, kokie e. sveikatos moduliai bus diegiami artimiausioje ateityje, proc.

Dauguma – 71 proc. – nežino, kokie e. sveikatos moduliai artimiausioje ateityje bus diegiami jų įstaigoje.

Didesnė dalis vyrų respondentų nurodė, kad „nieko naujo nebus“ (9 proc.). Didesnė dalis moterų nurodė, kad „nežino“ (73 proc.) ($p < 0,05$). Daugiau darbuotojų iš mažesnių miestų / rajonų centrų teigė, jog „žino“ (33 proc.) ($p < 0,05$).

Ar darbuotojų buvo klausama apie naujų modulių diegimą Jūsų įstaigoje?



32 paveikslas. „Ar darbuotojų buvo klausama apie naujų modulių diegimą Jūsų įstaigoje?“, proc.

19 proc. specialistų nurodė, kad buvo klausama, ar diegiami nauji moduliai jų įstaigoje. Daugiau respondentų iš stacionarines paslaugas

teikiančių įstaigų atsakė, kad darbuotojų nebuvo klausama (71 proc.). Teigiamai atsakė daugiau gydytojų (23 proc.), o laborantų grupėje buvo daugiau nežinančių (57 proc.). Daugiau nežinančių buvo ir jauniausių darbuotojų grupėje (53 proc.). Teigiamai daugiau atsakė respondentai iš mažesnių miestų / rajonų centrų (23 proc.) ($p < 0,05$).

Ar teikėte siūlymus, kokie moduliai turėtų būti diegiami ateityje?



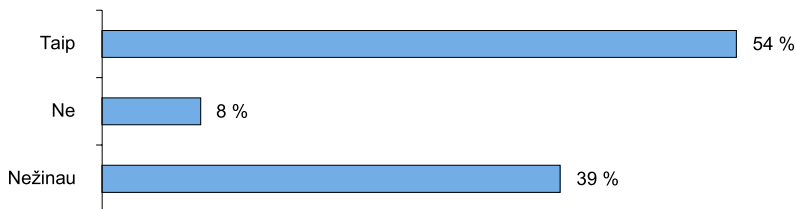
33 paveikslas. Ar darbuotojai teikė siūlymus dėl naujų modulių diegimo Jūsų įstaigoje, proc.¹²⁹

Tik nedidelė dalis – 7 proc. – teikė siūlymus, kokie moduliai turėtų būti diegiami ateityje.

Siūlymus dažniau teikė ambulatorines paslaugas teikiančios įstaigos (10 proc.), didžiuosiuose miestuose esančios įstaigos (12 proc.), siūlymų dažniau neteikė mišrias paslaugas teikiančios įstaigos (99 proc.) ($p < 0,05$).

Ar Jūsų siūlymais buvo pasinaudota?

Atsakinėja respondentai, nurodę, kad teikė siūlymus (N = 26)

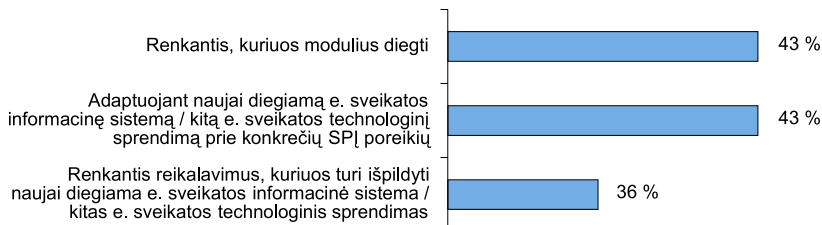


34 paveikslas. Pasinaudota Jūsų siūlymais, proc.

Maždaug puse atvejų tais siūlymais buvo pasinaudota, tačiau absoliučia išraiška tai nedidelis skaičius (N = 14).

¹²⁹ Jankauskienė, D.; Jakubčionytė A. Sveikatos priežiūros įstaigų personalo dalyvavimas e. sveikatos sistemoje. *Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai*. 2014 1 (6): 80–98.

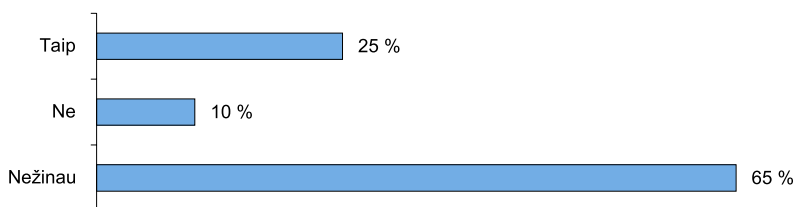
*Kaip, Jūsų manymu, Jūsų siūlymais buvo pasinaudota?
Atsakinėja respondentai, nurodę, kad jų siūlymais pasinaudota (N = 14)*



35 paveikslas. Kaip pasinaudota Jūsų siūlymais, proc.¹³⁰

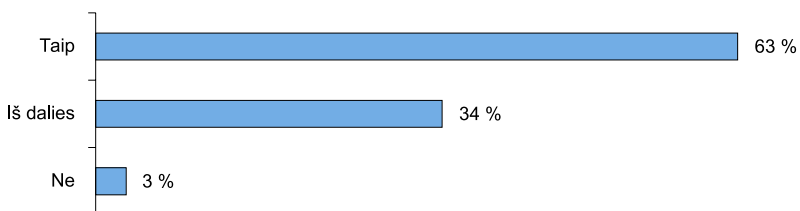
2.3.11. Sveikatos priežiūros įstaigų informacinių sistemų nuostatai

Ar yra patvirtinti SPĮ IS saugos (Sveikatos priežiūros įstaigų informacinių sistemų) nuostatai Jūsų įstaigoje?



36 paveikslas. Ar yra patvirtinti SPĮ IS saugos nuostatai, proc.

*Ar esate susipažinęs su SPĮ IS saugos nuostatais?
Atsakinėja respondentai, nurodę, kad SPĮ IS saugos nuostatai patvirtinti (N = 98)*

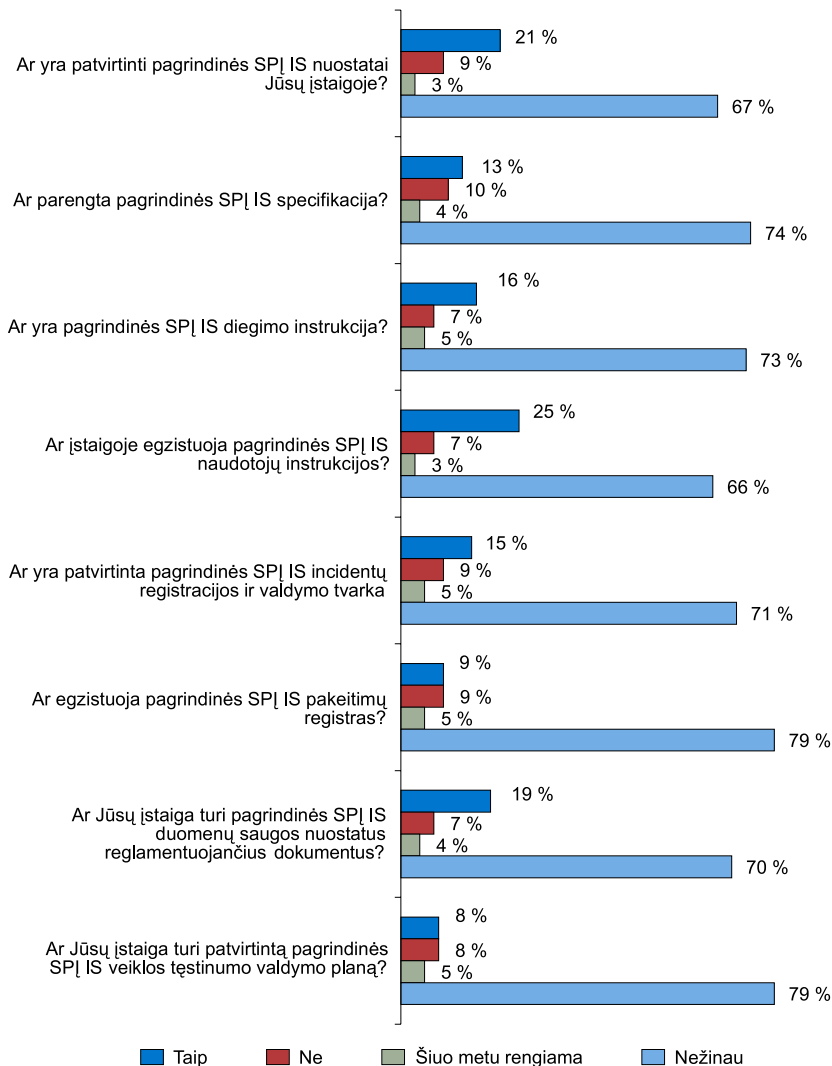


37 paveikslas. „Ar esate susipažinęs su SPĮ IS saugos nuostatais?“, proc.

Ketvirtadalis apklaustųjų nurodė, kad įstaigoje yra patvirtinti sveikatos priežiūros įstaigų informacinių sistemų saugos nuostatai, net 65 proc. apklaustųjų negalėjo atsakyti į šį klausimą.

¹³⁰ Jankauskienė, D.; Jakubčionytė A. Sveikatos priežiūros įstaigų personalo dalyvavimas e. sveikatos sistemoje. *Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai*. 2014, 1 (6): 80–98.

Pagrindiniai SPĮ IS reglamentavimo elementai



38 paveikslas. Pagrindiniai SPĮ IS reglamentavimo elementai, proc.

Dauguma apklaustųjų specialistų negalėjo atsakyti į klausimą dėl SPĮ diegimo instrukcijų, naudotojų instrukcijų, IS incidentų registracijos ir valdymo tvarkos, IS veiklos tęstinumo valdymo plano ir t. t.

2.4. Apibendrinimas

Daugiau kaip pusė sveikatos priežiūros įstaigų personalo nurodė, kad kai kuriomis e. sveikatos informacinėmis sistemomis ar jų elementais yra naudojama kiekvieną dieną. Taip nurodė 67 proc. apklaustųjų ir tik 15 proc. jų nenaudoja arba nežino, kas tai yra.

Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų specialistai dažniausiai nurodė šiuos žinomus Lietuvoje įdiegtus e. sveikatos technologinius sprendimus: **išankstinę pacientų registraciją el. būdu, nedarbingumo lapelių pildymą, pacientų draustumo ir prisirašymo sekimą el. būdu, statistinės ambulatorinės apskaitos formos pildymą (dabartinė 025/a-LK-forma) el. būdu, pacientų atvykimo registraciją el. būdu.** Dar vienuolika e. sveikatos technologinių sprendimų žino trečdalis ir daugiau specialistų. Dažniausiai ir yra teikiamos šios e. sveikatos paslaugos: nedarbingumo lapelių pildymas, pacientų draustumo ir prisirašymo sekimas el. būdu, statistinės ambulatorinės apskaitos formos pildymas (dabartinė 025/a-LK-forma) el. būdu. Būtent šiomis e. sveikatos technologijomis apklausti specialistai dažniausiai ir naudojami. Dauguma specialistų (apie du trečdalius) naudojami e. sveikatos informacinėmis sistemomis kiekvieną dieną.

E. sveikatos paslaugos daugiausia teikiamos Vilniuje ir didžiuosiuose miestuose, mažiausiai – kaimuose. Kituose miestuose mažiausiai teikiamos šios paslaugos: laboratorijų užsakymų ir / ar rezultatų valdymas el. būdu, pacientų medicininės (klinikinės) informacijos ambulatorinio apsilankymo metu pildymas (anamnezė, nusiskundimai ir kt.) el. būdu bei prevencijos programų valdymas (pacientų kvietimas išsitiirti, jų stebėseną ir kt.) el. būdu.

Didžioji dauguma – 73 proc. – specialistų teigiamai įvertino Lietuvoje ir savo įstaigoje įvykusius e. sveikatos sistemos pokyčius. Didesnei daliai respondentų iš mažesnių miestų, rajonų centrų buvo sunku įvertinti įvykusius pokyčius. Jaunesnio amžiaus ir Vilniuje gyvenantys bei dažniau e. sveikatos sistema besinaudojantys medikai e. sveikatos paslaugas vertina geriau. SPI labiausiai trūksta trijų e. sveikatos paslaugų: receptų formos pildymo el. būdu, elektroninės sveikatos istorijos, išankstinės pacientų registracijos el. būdu.

Dauguma specialistų – 78 proc. – nurodė, kad jų SPI per 5 metus buvo įdiegtos naujos e. sveikatos sistemos. Nors apie laboratorijų užsakymų ir rezultatų valdymo e. sveikatos modulį žino maždaug 70 proc.

respondentų, bet jį naudoja tik 26 proc. Vadinasi, daugumoje įstaigų šis modulis nėra diegiamas, todėl laborantai negali nieko pasakyti apie e. sveikatos naujoves. Didesnė dalis jauniausių darbuotojų (iki 29 m.) taip pat negalėjo atsakyti į šį klausimą. Vadinasi, jaunesniais specialistais yra remiamasi per mažai, nes tyrimai rodo, jog jie yra didžiausi naujovių palaikytojai. Didžioji jų dalis buvo iš kaimo sveikatos priežiūros įstaigų.

Dažniausiai buvo minima, kad per penkerius metus buvo įdiegta: ne-darbingumo lapelių pildymas, SVEIDRA ir jos posistemės klasifikatoriai (APAP; RSAP; SPAP; PRAP), statistinės ambulatorinės apskaitos formos pildymas el. būdu.

Daugiau kaip trečdalis respondentų įstaigose, kuriose yra diegiamos e. sveikatos naujovės, negalėjo atsakyti į šį klausimą. Tai rodo, kad medikai nesidomi e. sveikatos naujovėmis.

Dauguma – 75 proc. – specialistų teigiamai įvertino pastaraisiais metais jų SPĮ įdiegtas e. sveikatos informacines sistemas.

Beveik ketvirtadalis (23 proc.) specialistų iš neigiamai vertinančių nurodė, kad naujos sistemos lėtina darbą, 10 proc. – kad jos neatitiko poreikių, 8 proc. – kad nepatogu naudotis. Tačiau didžioji pusė negalėjo įvardyti, kodėl vertina neigiamai. Vis dėlto daugiau galių darbuotojai dėl e. sveikatos sprendimų atiduoda vadovo atsakomybei. Dažniausiai nusprendžiama, kokius technologinius e. sveikatos sprendimus diegti, atsižvelgiant į nacionalinę e. sveikatos plėtros strategiją ir veiksmų planą.

Strateginiai planai, kuriuose numatyta e. sveikatos plėtra įstaigose, žinomi labai prastai. Retas darbuotojas žino, kad toks planas yra. Kad toks planas turimas, žinoma tik kas penktam darbuotojui.

Dauguma – 71 proc. – nežino, kokie e. sveikatos moduliai bus diegiami artimiausioje ateityje jų įstaigoje. Kas penkto buvo klausama, ar diegiami nauji moduliai. Siūlymus dažniau teikė ambulatorines paslaugas teikiančių įstaigų darbuotojai, taip pat dirbantys didžiuosiuose miestuose. Siūlymų dažniau neteikė mišrias paslaugas teikiančios įstaigos ($p < 0,05$).

Tik ketvirtadalis apklaustųjų nurodė, kad įstaigoje yra patvirtinti sveikatos priežiūros įstaigų informacinių sistemų saugos nuostatai. Du trečdaliai (65 proc.) to nežino. Dar daugiau apklaustųjų nėra girdėję apie pagrindinę SPĮ IS specifikaciją, diegimo instrukciją, naudotojų instrukcijas, incidentų registracijos ir valdymo tvarką, pakeitimų registrą, duomenų saugos nuostatus reglamentuojančius dokumentus, veiklos tęstinumo valdymo planą.

Apibendrinant atliktą tyrimą, akivaizdu, kad e. sveikatos paslaugų mastas sveikatos priežiūros įstaigose Lietuvoje didėja gana sparčiai. Per gerus dvejus metus jis padidėjo daugiau kaip dvigubai. 2011 m. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos (LR SAM) atliktos analizės duomenimis, tik ketvirtadalis (25 proc.) apklaustų įstaigų turėjo įsidiegusios SPI IS. Medicinos personalo informuotumas apie e. sveikatos technologijas yra neblogas, ypač apie tris plačiausiai naudojamus modulius: nedarbingumo lapelių pildymą, pacientų draustumo ir prisirašymo sekimą el. būdu, statistinės ambulatorinės apskaitos formos pildymą (dabartinė 025/a-LK-forma) el. būdu; kitas vienuolika e. sveikatos paslaugų jau žino irgi apie pusė apklaustųjų. Tačiau vis dėlto medicinos personalo dalyvavimas e. sveikatos sistemoje yra dar labai mažas. Tik nedidelė dalis sveikatos priežiūros specialistų mano, kad Lietuvoje yra pakankama e. sveikatos informacinių sistemų įvairovė, bet ir patys nelabai domisi e. sveikatos sprendimais. Daugiausia sprendimus dėl e. sveikatos plėtros personalas yra vis dar linkęs patikėti vadovui, nedidelė dalis reiškia nuomonę ir teikia siūlymus, domisi strateginiais planais ir e. sveikatos diegimo nuostatomis.

3. TYRIMAS „SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ VADOVŲ DALYVAVIMO E. SVEIKATOS SISTEMOJE MASTAS IR TENDENCIJOS: INFORMUOTUMAS APIE E. SVEIKATĄ, PASITENKINIMAS E. SVEIKATOS BŪKLE BEI POREIKIAI E. SVEIKATOS SRITYJE“

3.1. Tyrimo tikslas

Informacinių ir komunikacinių technologijų sklaida Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje lėmė teikiamų paslaugų modernizavimą, supaprastinimą bei diferenciaciją sveikatos priežiūros įstaigų valdymo srityje. Kadangi e. sveikata vertinama kaip sveikatos priežiūros naujovė, ją diegiant labai svarbus lyderių ir sveikatos priežiūros vadovų indėlis. E. sveikatos sistemų diegimas daro tiesioginį poveikį sveikatos priežiūros įstaigų efektyvumui, teikiamų medicininių paslaugų kokybei bei pacientų saugumui kartu mažinant sąnaudas bei klaidų tikimybę. Sveikatos priežiūros įstaigų vadovų nuomonės tyrimo tikslas – išsiaiškinti vadovų įtraukimo ir dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastą ir tendencijas: įvertinti sveikatos priežiūros įstaigų vadovų informuotumą apie Lietuvoje diegiamas e. sveikatos technologijas, kaip šios technologijos diegiamos jų sveikatos priežiūros įstaigoje, naujų technologijų naudos vertinimą, šiame procese kylančias problemas bei poreikius. Tyrimą pagal viešųjų pirkimų sutartį atliko Visuomenės nuomonės ir rinkos tyrimų centras „Vilmorus“.

3.2. Tyrimo metodai

Taikyta kiekybinio sociologinio tyrimo metodologija. Pasirinktas metodas – anketinė respondentų apklausa. Apklauskos tikslinė grupė – Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų vadovai. Iš viso apklausti 77 vadovai, vadovaujantys valstybės ir savivaldybių bei privačioms sveikatos priežiūros įstaigoms. Siekiant, kad tyrimas reprezentuotų visos Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų vadovų nuomonę, respondentai atrinkti pro-

porcingai iš kiekvieno Lietuvos regiono valstybinių ir privačių sveikatos priežiūros įstaigų, atitinkamai teikiančių ambulatorines ir stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas. Buvo taikomas mišrus (akivaizdinis, telefonu, el. paštu) apklausos būdas. Tyrimo anketa, kaip ir atliekant personalo nuomonės tyrimą, parengta remiantis teoriniu integruoto socialinio techninio požiūrio konceptu, plačiau aprašytu šios studijos įvade, e. sveikatos pagrindiniais elementais¹³¹, taip pat darbo su suinteresuotomis pusėmis valdymo priemonėmis, parengtomis remiantis Friedmano ir Miles pateiktais suinteresuotųjų įtraukimo lygiais¹³². Tyrimui atlikti buvo pasirinktas originalus autorių sukurtas klausimynas, pagrįstas dabartinės problematikos padiktuota logika: domėjimosi e. sveikata lygis, interesų turinys, interesams atstovaujančios organizacijos vidiniai socialiniai tinklai, interesams atstovaujančių organizacijų išoriniai socialiniai tinklai, interesams atstovaujančios organizacijos valdymo organizacinė sistema. Anketą sudarė 53 klausimai.

Duomenų analizei naudotas *SPSS for Windows* statistinis paketas (15.0 versija). Statistiniai požymių ryšiai vertinti naudojant Chi kvadrato (χ^2) kriterijų. Statistiniam patikimumui skaičiuoti pasirinktas reikšmingumo lygmuo $p < 0,05$. Siekiant nustatyti, kokius statistinius kriterijus naudoti, apskaičiuota, ar tyrimo duomenys pasiskirstė pagal normalųjį skirstinį, ar ne.

Bandomasis tyrimas atliktas 2013 m. birželio 17–21 d., tyrimas atliktas 2013 m. rugsėjo 10–lapkričio 5 d.

5 lentelė. Apklaustųjų struktūra

Lytis	Proc.
Vyrai	35 %
Moterys	65 %
Amžius	
Iki 39 metų	9 %
40–49 metai	18 %
50–59 metai	46 %
60 ir daugiau metų	25 %

¹³¹ Dansky, K. H.; Thompson D.; Sanner, T. A framework for evaluating e-Health research. *Evaluation and Program Planning*. 2006, 29 (4): 397–404.

¹³² Friedman, A. L.; Miles, S. *Stakeholders: Theory and Practice*. New York: Oxford University Press Inc, 2006.

Vietovė	Proc.
Vilnius	18 %
Didieji miestai	10 %
Kiti miestai	55 %
Kaimo vietovės	17 %
Vadovavimo patirtis	
Iki 9 metų	36 %
10–15 metų	33 %
Per 16 metų	27 %
Neatsakė	4 %
Darbuotojų skaičius	
Iki 10	25 %
11–100	35 %
101–500	31 %
501–1 000	9 %
Įstaigos nuosavybės forma	
Valstybės, savivaldybės	74%
Privati	26 %
Įstaigos tipas pagal teikiamas paslaugas	
Ambulatorinė	69 %
Stacionarinė	3 %
Mišri	28 %

6 lentelė. Apklaustų valstybės ir savivaldybių SPĮ vadovai

Nr.	Sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas
1	VšĮ „Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninė“
2	VšĮ „Druskininkų ligoninė“
3	VšĮ „Ignalinos rajono ligoninė“
4	VšĮ „Juodšilių ambulatorija ir palaikomojo gydymo bei slaugos ligoninė“
5	VšĮ „Jonavos ligoninė“
6	VšĮ „Kauno slaugos ligoninė“
7	VšĮ „Klaipėdos vaikų ligoninė“
8	VšĮ „Lazdijų ligoninė“
9	VšĮ „Ramygalos ambulatorija ir palaikomojo gydymo bei slaugos ligoninė“
10	VšĮ „Regioninė Telšių ligoninė“
11	VšĮ „Varėnos ligoninė“
12	VšĮ „Mykolo Marcinkevičiaus ligoninė“

13	VšĮ „Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialas“
14	VšĮ „Centro poliklinika“
15	VšĮ „CP Vytenio filialas Vilniuje“
16	VšĮ „Karoliniškių poliklinika“
17	VšĮ „Šeškinės poliklinika“
18	VšĮ „Vilniaus rajono centrinė poliklinika“
19	VšĮ „Vilniaus rajono Nemenčinės poliklinika“
20	VšĮ „Kauno Centro poliklinika“
21	VšĮ „Kauno Kalniečių poliklinika“
22	VšĮ „Kaišiadorių PSPC“
23	VšĮ „Kėdainių PSPC“
24	VšĮ „Kretingos PSPC“
25	VšĮ „Kybartų PSPC“
26	VšĮ „Marijampolės PSPC“
27	VšĮ „Mosėdžio PSPC“
28	VšĮ „Onuškio PSPC“
29	VšĮ „Raseinių PSPC“
30	VšĮ „Širvintų PSPC“
31	VšĮ „Šeduvos PSPC“
32	VšĮ „Varėnos PSPC“
33	VšĮ „Vilkijos PSPC“
34	VšĮ „Žiežmarių PSPC“
35	VšĮ „Alytaus rajono savivaldybės PSPC“
36	VšĮ „Griškabūdžio ambulatorija“
37	VšĮ „Gelgaudiško ambulatorija“
38	VšĮ „Giedraičių ambulatorija“
39	VšĮ „Lentvario ambulatorija“
40	VšĮ „Vilniaus rajono Marijampolės ambulatorija“
41	VšĮ „Papilės ambulatorija“
42	VšĮ „Paberžės ambulatorija“
43	VšĮ „Pelėdnagių ambulatorija“
44	VšĮ „Pernaravos ambulatorija“
45	VšĮ „Ruklos ambulatorija“
46	VšĮ „Sangrūdės ambulatorija“
47	VšĮ „Panevėžio miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuras“
48	VšĮ „Akmenės rajono psichikos sveikatos centras“
49	VšĮ „Kelmės rajono psichikos sveikatos centras“

50	VšĮ „Šakių psichikos sveikatos centras“
51	VšĮ „Natūraliosios terapijos centras“
52	VšĮ „Vilniaus odos ir veneros ligų centras“
53	VšĮ „Jonavos greitosios medicinos pagalbos stotis“

7 lentelė. Apklaustų privačių SPĮ vadovai

Nr.	Sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas
1	UAB „Pagalba ligoniui“, Alytus
2	UAB „Ignalinos sveikatos centras“, Ignalina
3	UAB „Sominta“, Klaipėda
4	UAB „Mano šeimos gydytojas“, Klaipėda
5	UAB „Vladina“, Kėdainiai
6	UAB „Gydora“, Plungė
7	UAB „Skuodo psichikos sveikatos ir psichoterapijos centras“, Skuodas
8	UAB „Telšių sveikata“, Telšiai
9	„Akių ligų klinika“, Virginijos Mekionienės IĮ, Alytus
10	IĮ „N. Dungveckienės šeimos klinika“, Jurbarko r.
11	IĮ „V. Šimkaus šeimos medicinos centras“, Kaunas
12	IĮ „Altermeda“, R. Masiliūnienės medicininių paslaugų įmonė, Kaunas
13	IĮ „M. Tamaliūno šeimos klinika“, Raseiniai
14	IĮ „K. Gedminienės šeimos gydytojos kabinetas“, Tauragės r.
15	„Laimono Rimkevičiaus IĮ“, Utena
16	IĮ „J. Navickienė“, Vilnius

3.3. Tyrimo rezultatai

3.3.1. Vadovų informuotumas apie Lietuvoje teikiamas e. sveikatos paslaugas

Visi klausime išvardyti e. sveikatos technologiniai sprendimai buvo žinomi bent trečdaliui apklaustos respondentų. Akivaizdu, kad apie e. sveikatos technologinius sprendimus įstaigose, kuriose jie įdiegti, žino ir vadovai, ir personalas. Nagrinėjant duomenis išsamiau, dažniausiai vadovų paminėtas sveikatos priežiūros priemonės galima skirstyti į tris dalis. Tai pateikta 8 lentelėje.

8 lentelė. E. sveikatos technologinių sprendimų žinomumas pagal SPI vadovų atsakymus, proc.

Kategorija	E. sveikatos paslaugos
Žino didžioji dauguma (80–92 %)	Nedarbingumo lapelių pildymas (92,2 %) Išankstinė pacientų registracija el. būdu (90,9 %) Pacientų draustumo ir prisirašymo sekimas el. būdu (90,9 %) Statistinės ambulatorinės apskaitos formos pildymas (dabartinė 025/a-LK forma) el. būdu (90,9 %) Pacientų atvykimo registracija el. būdu (84,4 %)
Žino dauguma (50–79 %)	Pacientų medicininės (klinikinės) informacijos ambulatorinio apsilankymo metu pildymas el. būdu (77,9 %) Laboratorijos užsakymų ir / ar rezultatų valdymas el. būdu (74,0 %) Siuntimų konsultuotis, tirtis, gydytis į kitą įstaigą pildymas ir išsiuntimas el. būdu (71,4 %) Statistinės stacionarinės apskaitos formos pildymas (dabartinė 066/a-LK forma) el. būdu (71,4 %) Skaitmeninių vaizdų (radiologinių ir / ar instrumentinių tyrimų rezultatai) saugojimas ir / ar peržiūra el. būdu (70,1 %) Imunoprofilaktikos (skiepijų) planavimas ir /ar apskaita el. būdu (70,1 %) Siuntimų konsultuotis, tirtis, gydytis savo įstaigoje registravimas el. būdu (68,8 %) Prevencinių programų valdymas (pacientų kvietimas išsitiirti, jų stebėseną ir kt.) el. būdu (67,5 %) Elektroninė sveikatos istorija (63,6 %) Receptų formos pildymas el. būdu (62,3 %) Telemedicina (telemonitoringas, telepaslaugos ir kt.) (59,7 %) Stacionaro epikrizės pildymas el. būdu (58,4 %) Medicininės įrangos (inventoriaus) valdymas el. būdu (58,4 %) Pacientų medicininės informacijos apie stacionarinį gydymą tvarkymas (anamnezė, skundai ir kt.) el. būdu (54,5 %) Vaistų užsakymo ir / ar tiekimo į padalinius valdymas el. būdu (54,5 %) Įstaigos išteklių (patalpų ir kt.) valdymas (51,9 %) Informacijos apie gimimus, mirtis registravimas el. būdu (50,6 %).
Žino mažiau nei pusė (iki 49 %)	Nėštumo stebėjimas ir / ar sekimas el. būdu (42,9 %) Hospitalizavimo planavimas (gydyti chirurgiškai ar terapiškai ir kt.) el. būdu (41,6 %) Lovų fondo valdymas el. būdu (40,3 %) Operacinių valdymas el. būdu (39,0 %)

Vadovams buvo pateiktas atviras klausimas, kokių e. sveikatos paslaugų gyventojams labiausiai trūksta Lietuvoje. Dažniausiai buvo nurodoma, kad trūksta receptų formos pildymo el. būdu (26 proc.), išankstinės

pacientų registracijos el. būdu (20,8 proc.), elektroninės sveikatos istorijos (16,9 proc.). Tas pačias tris e. sveikatos paslaugas paminėjo ir įstaigų personalas. Visas kitas paslaugas įvardijo mažiau nei 10 proc. vadovų, beveik pusė jų (45,5 proc.) į klausimą atsakyti negalėjo.

Jūsų nuomone, kokių e. sveikatos paslaugų gyventojams labiausiai trūksta Lietuvoje?



39 paveikslas. E. sveikatos paslaugos, kurių gyventojams labiausiai trūksta Lietuvoje, proc.

3.3.2. E. sveikatos paslaugų įvairovė respondentų vadovaujamosose SPĮ

Vadovai buvo paprašyti įvardyti paslaugas, kurias teikia jų vadovaujamos organizacijos. Įvardytas paslaugas pagal atsakymų dažnį galima suskirstyti į tris dalis, pateiktas 9 lentelėje.

9 lentelė. E. sveikatos paslaugos gyventojams, kurias teikia respondentų vadovaujama sveikatos priežiūros įstaiga, proc.

Grupė	Paslaugos
Paslaugos, kurios yra daugumoje SPĮ (daugiau kaip 50 %)	Pacientų draustumo ir prisirašymo sekimas el. būdu (53,2 %) Nedarbingumo lapelių pildymas (53,2 %);
Dažnos paslaugos (20–49 %)	Statistinės ambulatorinės apskaitos formos pildymas (dabartinė 025/a-LK forma) el. būdu (48,1 %) Išankstinė pacientų registracija el. būdu (29,9 %) Pacientų atvykimo registracija el. būdu (26,0 %) Statistinės stacionarinės apskaitos formos pildymas (dabartinė 066/a-LK forma) el. būdu (20,8 %) Laboratorijos užsakymų ir / ar rezultatų valdymas el. būdu (20,8 %) Skaitmeninių vaizdų (radiologinių ir / ar instrumentinių tyrimų rezultatai) saugojimas ir / ar peržiūra el. būdu (20,8 %) Imunoprofilaktikos (skiepijų) planavimas ir / ar apskaita el. būdu (20,8 %)
Retesnės paslaugos (iki 20 %)	Prevencinių programų valdymas (pacientų kvietimas išsitiirti, jų stebėseną ir kt.) el. būdu (18,2 %) Siuntimų konsultuotis, tirtis, gydytis savo įstaigoje registravimas el. būdu (11,7 %) Stacionaro epikrizės pildymas el. būdu (11,7 %) Siuntimų konsultuotis, tirtis, gydytis į kitą įstaigą pildymas ir išsiuntimas el. būdu (10,4 %) Pacientų medicininės (klinikinės) informacijos ambulatorinio apsilankymo metu pildymas el. būdu (9,1 %) Medicininės įrangos (inventoriaus) valdymas el. būdu (7,8 %) Įstaigos išteklių (patalpų ir kt.) valdymas (6,5 %) Elektroninė sveikatos istorija (6,5 %) Vaistų užsakymo ir / ar tiekimo padaliniam valdymas el. būdu (3,9 %) Pacientų medicininės informacijos apie stacionarinį gydymą tvarkymas (anamnezė, nusiskundimai ir kt.) el. būdu (2,6 %) Telemedicina (telemonitoringas, telepaslaugos ir kt.) (2,6 %) Informacijos apie gimimus, mirtis registravimas el. būdu (2,6 %) Lovų fondo valdymas el. būdu (1,3 %) Nėštumų stebėjimas ir / ar sekimas el. būdu (1,3 %) Kita (1,3 %)

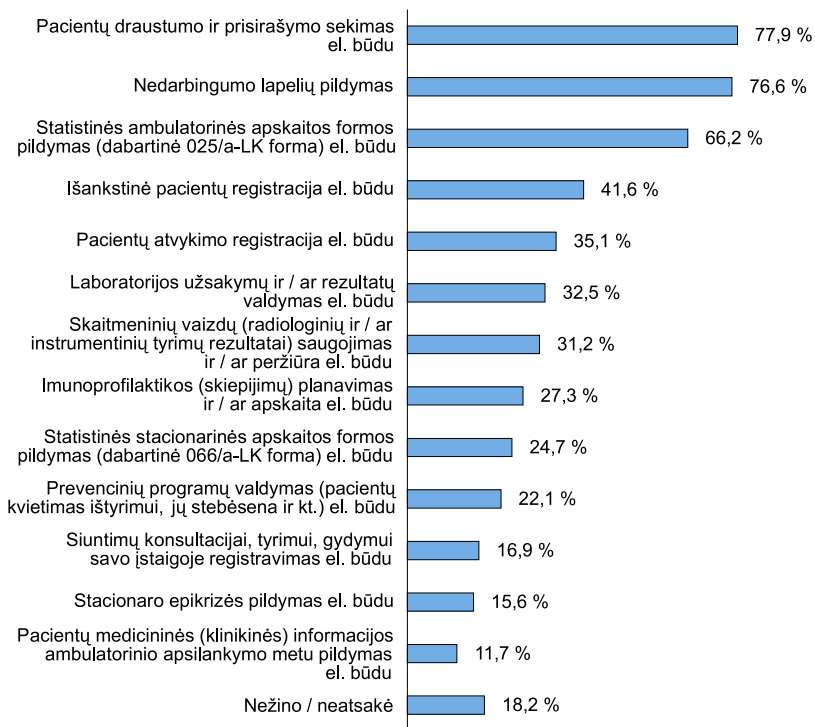
Personalas taip pat nurodė dažniausiai naudojamą nedarbingumo lapelių pildymą – 63 proc. ir pacientų draustumo bei prisirašymo sekimą el. būdu. – 53 proc. Tačiau išskyrė dažnesnį naudojimą statistinės ambulatorinės apskaitos formos pildymą el. būdu – 52 proc. Vis dėlto šie skirtumai nėra statistiškai reikšmingi. Todėl galima teigti, jog ir personalas, ir sveikatos priežiūros įstaigų vadovai **pacientų draustumo ir prisirašymo sekimą el. būdu, nedarbingumo lapelių pildymą ir statistinės ambulatorinės apskaitos formos pildymą laiko geriausiai išvystyta e. sveikatos paslauga.**

Ir valstybės, savivaldybės, ir privačių įstaigų vadovai įvardijo tas pačias dažniausiai naudojamas paslaugas (pacientų draustumo ir prisirašymo sekimas el. būdu, nedarbingumo lapelių pildymas ir statistinės ambulatorinės apskaitos formos pildymas el. būdu), tačiau pirmųjų vadovai pateikė platesnį jų sąrašą ir dažniau minėjo tokias paslaugas kaip laboratorijos užsakymų ir / ar rezultatų valdymas el. būdu, siuntimų konsultuotis, tirtis, gydytis į kitą įstaigą pildymas ir išsiuntimas el. būdu, įstaigos išteklių (patalpų ir kt.) valdymas. Kaimo vietovėse buvo įvardyta mažiausiai paslaugų, tačiau beveik pusėje iš jų (46 proc.) buvo teikiama nedarbingumo lapelių pildymo paslauga. Kitose vietovėse rezultatai iš esmės sutampa su rezultatais visos Lietuvos mastu.

Nenuostabu, kad respondentų vadovaujamose įstaigose personalas dažniausiai ir naudojami geriausiai vadovams žinomomis e. sveikatos paslaugomis: pacientų draustumo ir prisirašymo sekimu el. būdu (77,9 proc.), nedarbingumo lapelių pildymu (76,7 proc.), statistinės ambulatorinės apskaitos formos pildymu (dabartinė 025/a-LK forma) el. būdu (66,2 proc.). Išankstinę pacientų registracijos paslaugą, nors ir dažnai minimą tarp vadovams žinomų e. sveikatos paslaugų, teikia tik 41,6 proc. įstaigų.

Mažiau nei 10 proc. SPI vadovų nurodė šias paslaugas: siuntimų konsultuotis, tirtis, gydytis į kitą įstaigą pildymas ir išsiuntimas el. būdu (9,1 proc.), medicininės įrangos (inventoriaus) valdymas el. būdu (9,1 proc.), įstaigos išteklių (patalpų ir kt.) valdymas (9,1 proc.), vaistų užsakymo ir / ar tiekimo padaliniais valdymas el. būdu (7,8 proc.), informacijos apie gimimus, mirtis registravimas el. būdu (6,5 proc.), pacientų medicininės informacijos apie stacionarinį gydymą tvarkymas (anamnezė, nusiskundimai ir kt.) el. būdu (3,9 proc.), receptų formos pildymas el. būdu (3,9 proc.), lovų fondo valdymas el. būdu (3,9 proc.), elektroninė sveikatos istorija (3,9 proc.), telemedicina (telestebėseną, telepaslaugas ir kt.) (2,6 proc.), operacinių valdymas el. būdu (1,3 proc.), įvairios SVEIDRA posistemės, kitos IS, naudojamos įstaigoje (1,3 proc.).

Kokiais e. sveikatos technologiniais sprendimais naudojasi Jūsų SPĮ personalas?



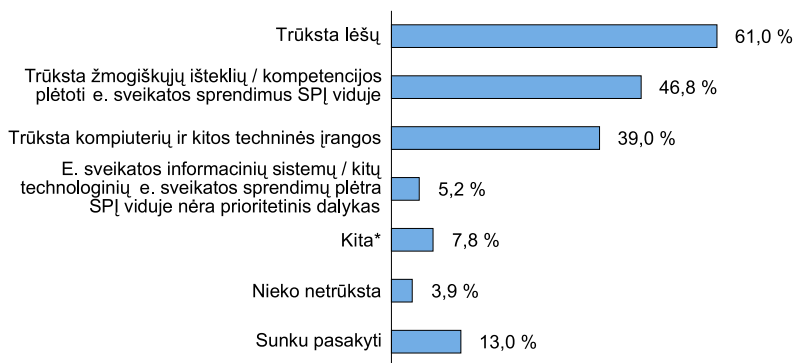
40 paveikslas. Technologiniai sprendimai, kuriais naudojasi SPĮ personalas, proc.

Valstybės, savivaldybių ir privačių SP įstaigų vadovai įvardijo tas pačias tris dažniausiai naudojamas paslaugas (pacientų draustumo ir prisirašymo sekimą el. būdu, nedarbingumo lapelių pildymą, statistinės ambulatorinės apskaitos formos pildymą el. būdu). Vis dėlto valstybės ir savivaldybių SPĮ darbuotojų naudojamų paslaugų įvairovė yra platesnė. Vertinant vadovų atsakymus pagal įstaigos dydį, išreikštą darbuotojų skaičiumi, pastebima, kad kuo didesnė įstaiga, tuo platesnė e. sveikatos paslaugų įvairovė ir tuo dažniau jomis naudojasi personalas. Tas pats pažymėtina vertinant vadovų atsakymus pagal jų SPĮ vietovę – sostinėje ir didesniuose miestuose teikiama daugiau paslaugų nei kituose miestuose bei kaimo vietovėse ($p < 0,05$).

Vadovų buvo prašoma nurodyti pagrindines priežastis, dėl kurių e. sveikatos informacinių sistemų / kitų technologinių e. sveikatos spren-

dimų įvairovė jų SPĮ nėra tokia, kokios norėtusi. Atsakydami į klausimą, vadovai dažniausiai nurodė, kad tam trūksta lėšų (61 proc.), žmogiškųjų išteklių / kompetencijos plėtoti e. sveikatos sprendimus SPĮ viduje (46,8 proc.), kompiuterių ir kitos techninės įrangos (39 proc.). Nagrinėjant respondentų atsakymus pagal jų atstovaujamos įstaigos nuosavybės formą matyti, kad vadovų nurodytos mažesnės, nei norima, teikiamų paslaugų įvairovės priežastys iš esmės sutampa, tačiau valstybės, savivaldybių įstaigų vadovai dažniau mini lėšų trūkumą (valstybės ir savivaldybių įstaigų vadovai – 66,7 proc., privačių – 45 proc.) ($p < 0,05$). Iš respondentų atsakymų pagal jų atstovaujamos įstaigos dydį (vertinamą darbuotojų skaičiumi) matyti, kad didesnių įstaigų (11–100, 101–500, 501–1 000) vadovai taip pat dažniau įvardijo lėšų trūkumą, tačiau skirtumai yra statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$). Vertinant vadovų atsakymus pagal jų vadovaujamos įstaigos vietovę, matyti keli skirtumai, lyginant su dažniausiai atsakymais Lietuvos mastu. Kaimo bendrovėse žmogiškųjų išteklių ir kompetencijos trūkumas buvo įvardytas dažniausiai (53,8 proc.), kitaip nei miestuose, kur vadovai dažniausiai nurodydavo lėšų trūkumą ($p < 0,05$). Vilniuje vadovai daug rečiau teigė, kad jų įstaigoms trūksta žmogiškųjų išteklių bei kompetencijų plėtoti e. sveikatos sprendimus SPĮ viduje ($p < 0,05$). Taip pat penktadalis vadovų iš Vilniaus SPĮ nurodė, kad jų įstaigose nieko netrūksta, kitų vietovių vadovai šio atsakymo nenurodė iš viso ($p < 0,05$).

Jūsų manymu, kokios yra pagrindinės priežastys, kad e. sveikatos informacinių sistemų/kitų technologinių e.sveikatos sprendimų spektras Jūsų SPĮ nėra toks, kokio galbūt Jums norėtusi?



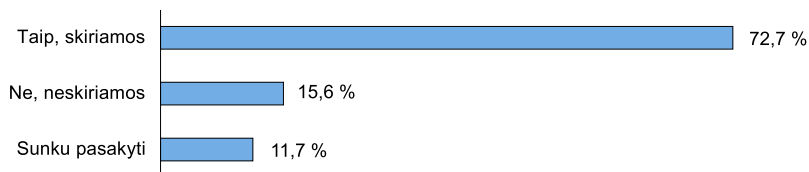
***Kita:** E. sveikatos sprendimai / sistema turi būti vienodi visoje Lietuvoje (7,8 proc.).

41 paveikslas. Priežastys, dėl ko per maža e. sveikatos paslaugų įvairovė, proc.

3.3.3. E. sveikatos paslaugų finansavimas

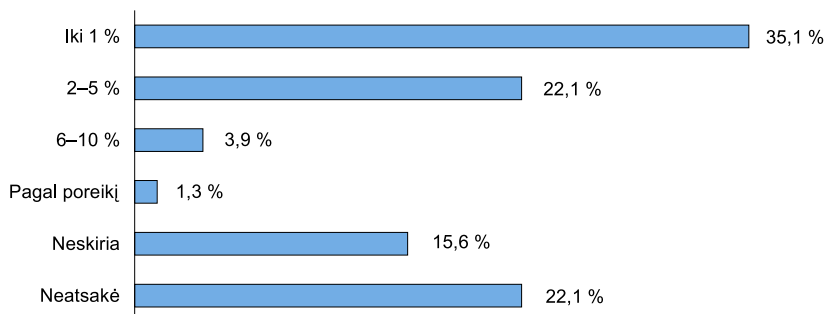
Siekiant įvertinti e. sveikatos paslaugų Lietuvoje kūrimo, diegimo bei teikimo mastą, vadovų buvo prašoma atsakyti į klausimus apie e. sveikatos paslaugų finansavimą. Daugumos SPĮ veiklos / strateginiame plane yra numatyta e. sveikatos informacinių sistemų / kitų e. sveikatos technologinių sprendimų plėtra – 72,7 proc. respondentų atsakė, kad jų sveikatos priežiūros įstaigoje skiriamos lėšos šiam tikslui pasiekti. Vis dėl to daugiau nei pusė (57,2 proc.) respondentų nurodė, kad e. sveikatos plėtrai skiriama iki 5 proc. biudžeto dalies, daugiau nei 5 proc. skiria tik 3,9 proc. 15,6 proc. apklaustųjų teigė, kad e. sveikatai lėšos iš viso nėra skiriamos.

Ar Jūsų sveikatos priežiūros įstaigoje skiriamos lėšos e. sveikatos technologinių sprendimų plėtrai?



42 paveikslas. Ar yra skiriama lėšų e. sveikatos plėtrai, proc.

Kokia vidutiniškai jūsų sveikatos priežiūros įstaigos biudžeto dalis yra skiriama e. sveikatos plėtrai (nurodykite procentais)?

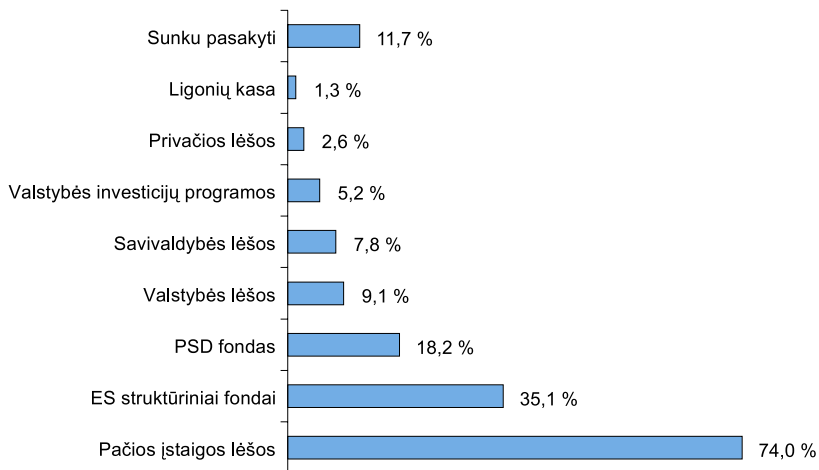


43 paveikslas. SPĮ biudžeto dalis e. sveikatos plėtrai, proc.

Dažniausiai vadovų nurodytas pagrindinis finansavimo šaltinis e. sveikatos plėtrai ir veikloms vykdyti yra pačios įstaigos lėšos (74 proc.), tačiau trečdaliu atvejų yra finansuojama ir iš ES struktūrinių fondų. Nagrinėjant respondentų atsakymus pagal SPĮ nuosavybės formą abiem atvejais

galima teigti, kad pagrindinis e. sveikatos veiklų finansavimo šaltinis yra tas pats, t. y. pačios įstaigos lėšos, tačiau, kitaip nei valstybės, savivaldybės įstaigų, privačių įstaigų vadovai, respondentai nė karto nenurodė, kad gauna finansavimą iš ES struktūrinių fondų, savivaldybės lėšų ar valstybės investicijų programos ($p < 0,05$). Didelių įstaigų (500–1 000 darbuotojų) vadovai dažniau nei mažesnių SPĮ vadovai nurodė ES struktūrinius fondus kaip vieną iš svarbiausių finansavimo šaltinių ($p < 0,05$).

Kokie yra svarbiausi finansavimo šaltiniai?



44 paveikslas. E. sveikatos finansavimo šaltiniai SPĮ, proc.

3.3.4. E. sveikatos sistemų strateginis planavimas

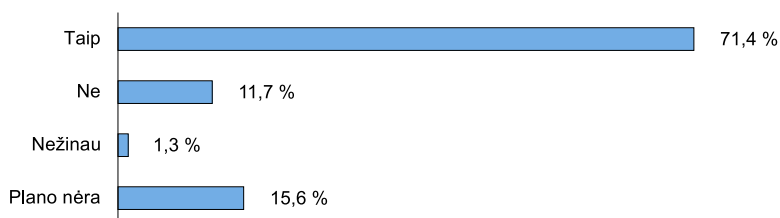
Dauguma (71,4 proc.) vadovų nurodė, kad e. sveikatos informacinių sistemų / kitų e. sveikatos technologinių sprendimų plėtra yra įtraukta į įstaigos veiklos / strateginį planą. Tuo tarpu į analogišką klausimą teigiamai atsakė tik penktadalis sveikatos priežiūros įstaigų personalo ($p < 0,05$). Šis statistiškai reikšmingas skirtumas rodo, kad **įstaigų darbuotojams trūksta informacijos apie strateginius inovacijų sprendimus įstaigose**. Nagrinėjant respondentų atsakymus pagal SPĮ nuosavybės formą, matyti, kad privačiose įstaigose net trečdalis vadovų nurodė, jog e. sveikatos paslaugų plėtra nenumatyta, o ketvirtadalis – kad strateginio plano iš viso nėra ($p < 0,05$). Valstybinėse įstaigose didžioji dalis vadovų (80 proc.) nurodė, kad e. sveikatos technologinių sprendimų plėtra yra įtraukta į įstaigos

veiklos / strateginį planą ($p < 0,05$). Visi vadovai iš didelių įstaigų (501–1 000 darbuotojų) atsakė, kad e. sveikatos plėtra yra įtraukta į organizacijos veiklos / strateginį planą, vidutinio dydžio įstaigose (101–500) teigiamą atsakymą pateikė per 90 proc. vadovų ($p < 0,05$). Mažose (11–100) ir labai smulkiose (iki 10) įstaigose vadovai dažniau atsakė, kad e. sveikatos plėtra nenumatyta ar veiklos / strateginio plano iš viso nėra ($p < 0,05$).

Vadovai, atsakę neigiamai, taip pat nurodė priežastis, kodėl e. sveikatos informacinių sistemų / kitų e. sveikatos technologinių sprendimų plėtra yra neįtraukta į įstaigos veiklos / strateginį planą:

- nėra skiriama atskiro finansavimo (55,6 proc.);
- e. sveikatos informacinių sistemų / kitų technologinių e. sveikatos sprendimų plėtra SPĮ viduje nėra prioritetinis dalykas (22,2 proc.);
- sistemą turi sukurti ir pritaikyti visam I lygiui SAM, o tada naudosis mes (11,1 proc.);
- sunku pasakyti (11,1 proc.).

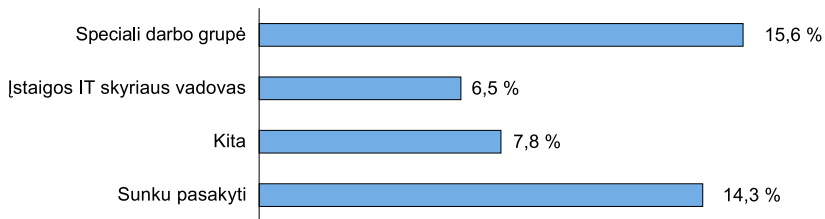
Ar Jūsų įstaigos veiklos/ strateginiame plane yra numatyta e. sveikatos informacinių sistemų / kitų e. sveikatos technologinių sprendimų plėtra?



45 paveikslas. E. sveikatos inovacijos strateginiame SP įstaigos plane, proc.

Sprendimus, kokias e. sveikatos informacines sistemas diegti, daugumoje SPĮ priima įstaigos vadovas (66 proc.). Rečiau sprendimus priima specialios darbo grupės (15,60 proc.) bei įstaigos IT skyriaus vadovas (6,50 proc.). Didžiojoje daugumoje privačių įstaigų (80 proc.) sprendimus, kokias e. sveikatos informacines sistemas diegti, priima SPĮ vadovas. Valstybės, savivaldybės įstaigų vadovai taip pat priima daugumą sprendimų, tačiau penktadalis įstaigų turi specialią darbo grupę. Nagrinėjant tyrimo duomenis pagal SPĮ darbuotojų skaičių, matyti didesnis darbo grupių vaidmuo didesnėse įstaigose. Kaimo vietovėse per 80 proc. vadovų nurodė, kad sprendimus priima jie patys. Vis dėlto dėl mažos tyrimo imties visi šie skirtumai yra statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$).

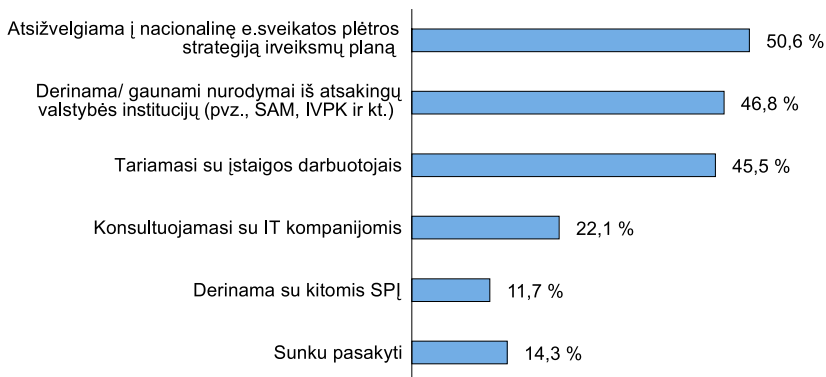
Kas Jūsų SPĮ sprendžia, kokias e. sveikatos informacines sistemas diegti?



46 paveikslas. E. sveikatos inovacijų sprendimų priėmėjai SPĮ

Daugiau nei pusė vadovų (50,6 proc.) nurodė, kad sprendžiant, kokias e. sveikatos sistemas diegti, atsižvelgiama į nacionalinę e. sveikatos plėtros strategiją ir veiksmų planą, tačiau beveik pusė atvejų yra tariamasi su įstaigos darbuotojais, atsižvelgiama į nacionalinę e. sveikatos plėtros strategiją ir veiksmų planą, derinama / gaunami nurodymai iš atsakingų valstybės institucijų (pvz., SAM, IVPK ir kt.). Penktadalis jų konsultuojasi su IT bendrovėmis. Iš respondentų atsakymų pagal SPĮ nuosavybės formą matyti didesnė valstybės reguliuojančių institucijų bei nacionalinių dokumentų įtaka priimant sprendimus valstybinėse įstaigose ($p < 0,05$). Visi didelių įstaigų (501–100) vadovai nurodė, kad tariasi su savo įstaigos darbuotojais priimdami sprendimus, mažesnių įstaigų vadovai taip atsakė daug rečiau ($p < 0,05$).

Kaip nusprendžiama, kokias informacines e. sveikatos sistemas diegti?

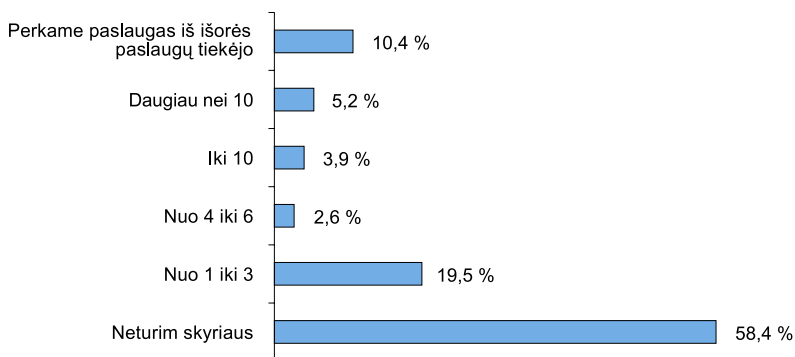


47 paveikslas. Kaip nusprendžiama, kokias e. sveikatos sistemas diegti, proc.

3.3.5. Informacinių technologijų skyrius ir jo veikla respondentų vadovaujamosse SPĮ

Daugiau kaip pusė vadovų (58 proc.) nurodė, kad jų SPĮ nėra specialaus SPĮ IT skyriaus. Beveik penktadalyje įstaigų IT skyriuje dirba nuo 1 iki 3 darbuotojų, daugiau nei 4 darbuotojai dirba tik 11,7 proc. įstaigų. Nagrinėjant duomenis pagal įstaigos nuosavybės formą statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta. Didesnėse įstaigose (501–1 000 darbuotojų) skyriaus neturi tik 14,3 proc. SPĮ, vidutinio dydžio (101–500) įstaigose šis rodiklis šiek tiek didesnis – 33,3 proc. ($p < 0,05$). Mažesnėse įstaigose skyriaus neturi daugiau nei 75 proc. SPĮ ($p < 0,05$). Vilniuje rezultatai smarkiai skiriasi nuo kitų Lietuvos vietovių. Sostinėje tik penktadalis SPĮ neturi IT skyriaus, didžiuosiuose miestuose IT skyriaus neturi 62,5 proc., kituose miestuose – 61,9 proc., o kaimuose – net 84,6 proc. įstaigų ($p < 0,05$).

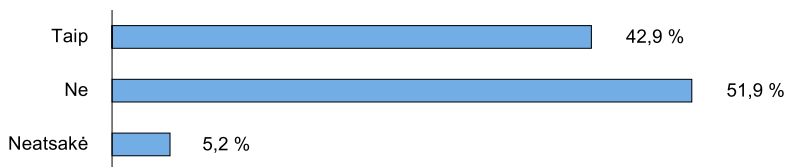
Kiek žmonių dirba Jūsų SPĮ IT skyriuje?



48 paveikslas. Darbuotojų skaičius IT skyriuje (atsakiusiųjų proc.)

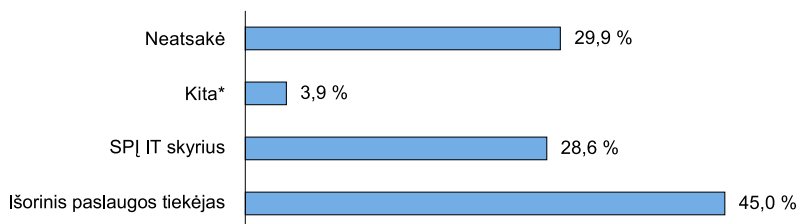
Kadangi daugiau kaip pusė vadovų (58 proc.) nurodė, kad jų organizacijose nėra specialaus SPĮ IT skyriaus, daugiau nei pusėje (51,9 proc.) įstaigų techninių incidentų pašalinimo paslauga veikia ne visą įstaigos darbo laiką ir dauguma atvejų (46 proc.) šią paslaugą teikia išorinis paslaugos teikėjas. Iš atsakymų pagal SPĮ darbuotojų skaičių matyti, kad didesnėse įstaigose technines problemas dažniau tvarko SPĮ IT skyrius ($p < 0,05$). Vertinant vadovų atsakymus pagal jų SPĮ vietas, matyti panašus trūkstantį paslaugų pasiskirstymas, išsiskiria tik Vilnius, kuriame net 71,4 proc. atvejų paslaugas teikia vidinis SPĮ IT skyrius ($p < 0,05$).

Ar techninių incidentų pašalinimo paslauga Jūsų SPĮ veikia visą įstaigos darbo?



49 paveikslas. Techninių incidentų šalinimas įstaigos darbo metu, proc.

Kas teikia techninių incidentų šalinimo paslaugą?



***Kita:** Įstaigos IT specialistas konsultuodamasis su išoriniu paslaugos teikėju (1,3 proc.); patys (1,3 proc.); niekas neteikia (1,3 proc.).

50 paveikslas. Techninių incidentų šalinimo paslaugos teikėjas

Respondentai, nurodę, kad techninių incidentų šalinimo paslauga veikia ne visą įstaigos darbo laiką (N = 40), paaiškino, kodėl paslauga neveikia visą parą. 13 iš jų į šį klausimą neatsakė. Atsakymai pateikiami 10 lentelėje.

10 lentelė. Priežastys, kodėl techninių incidentų šalinimo paslauga SPĮ neveikia visą parą

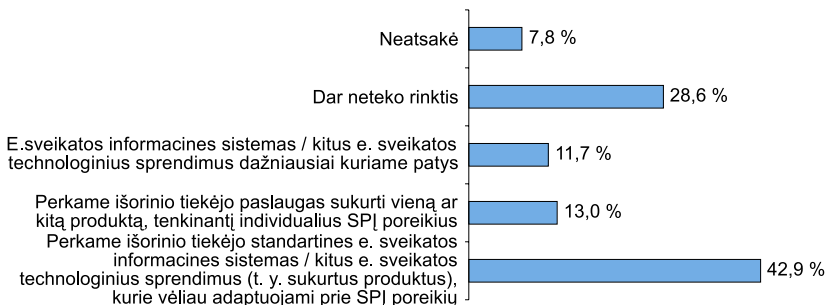
ĮRAŠAS	
Atvyksta specialistas pagal galimybes	Neturime IT specialisto, kviečiamės iš firmos
Baigiasi specialisto darbo laikas, reikia papildomai iškviesti po darbo valandų	Neturime paslaugos teikėjo
Darbo dienomis po 17 val.	Neturime specialistų
Ieškome įvairių variantų	Neveikia nakties metu, nes nedirba IT specialistas
IS specialistų darbo laikas trumpesnis negu PSPC	Neveikia nuo 17 val. darbo dienomis, poilsio ir švenčių dienomis

Ištaigos darbo laiku	Neveikia visą laiką, jeigu reikia, išsikviečiame IĮ specialistus
IT specialistas dirba tik tam tikrą valandų skaičių	Niekas neteikia nemokamos paslaugos. Kai reikia, ieškome išmanančių moksleivių arba vežame meistrams.
Jei IT specialistai gali, tai padeda telefonu, jei ne – laukiame atvykstant	Nuo 17 val.
Kai mums paslaugas teikiančios įstaigos darbuotojai yra labai užimti	Paslauga nepriklauso nuo mūsų įstaigos
Naktį	Paslaugą teikia IT specialistas, kurį skiria rajono savivaldybė iš anksto pranešus apie incidentą
Ne darbo metu	Po IT specialisto darbo valandų
Trūksta specialistų	Savaitgaliais ir po 16 val.

3.3.6. Informacinės sistemos ir jų diegimas respondentų vadovaujamos SPĮ

E. sveikatos informacinės sistemos dažniausiai (42,9 proc.) yra perkamos iš išorinio tiekėjo. Tai standartinės e. sveikatos informacinės sistemos, kurios vėliau pritaikomos SPĮ poreikiams. Net trečdalis respondentų nurodė, kad e. sveikatos technologinių sprendimų dar neteko rinktis. Privačiose įstaigose net pusė respondentų nurodė, kad e. sveikatos technologinių sprendimų dar neteko rinktis. Ketvirtadalis pasirinkusių pirkto išorinio tiekėjo standartinės e. sveikatos informacinės sistemas / kitus e. sveikatos technologinius sprendimus, kurie vėliau pritaikomi SPĮ poreikiams. Valstybinėse įstaigose beveik pusė (49,1 proc.) vadovų rinkosi standartinės išorinio tiekėjo paslaugas, beveik dvigubai dažniau nei privačiose, kuriose dauguma respondentų nurodė, kad tokio sprendimo priimti dar neteko. Vis dėlto šis skirtumas nėra statistiškai reikšmingas dėl mažos tyrimo imties. Labai smulkiose (iki 10 darbuotojų) ir mažose įstaigose (11–100) vadovai dažniau nurodė, kad tokių sprendimų priimti kol kas neteko, tokius atsakymus pateikė beveik pusė respondentų abiejose grupėse ($p < 0,05$). Vidutinio dydžio SPĮ (101–500) dažniau nei kitos grupės (75 proc. respondentų) nurodė, kad rinkosi standartinius pasiūlymus iš išorinių tiekėjų ($p < 0,05$). Didelėse įstaigose (501–1 000) šis atsakymas taip pat buvo dažniausias. Vertinant vadovų atsakymus pagal jų SPĮ vietoves rezultatai panašūs, tačiau išsiskiria kaimo vietovės, kur respondentai gerokai dažniau nurodė, kad tokio sprendimo priimti neteko.

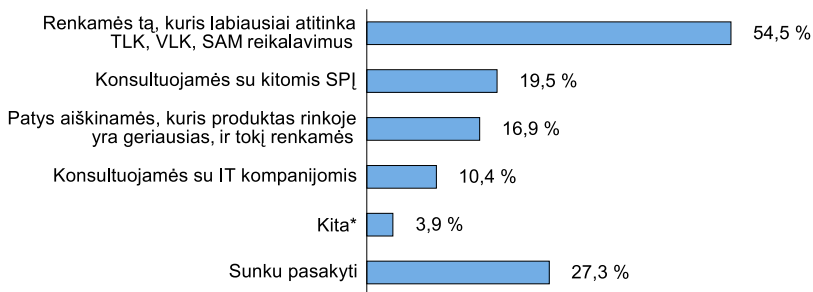
Kokias e. sveikatos informacines sistemas / kitus e. sveikatos technologinius sprendimus renkatės dažniausiai?



51 paveikslas. „Kokias e. sveikatos sistemas / kitus technologinius sprendimus renkatės dažniausiai?“, proc.

Daugiau nei pusė (55 proc.) respondentų nurodė, kad pasirenka tokį e. sveikatos technologinį sprendimą, kuris labiausiai atitinka TLK, VLK, SAM reikalavimus. Iš respondentų atsakymų pagal SPĮ nuosavybės formą, darbuotojų skaičių ir vietovę matyti panašus pasiskirstymas, kai įstaigoje dažniausiai renkama e. sveikatos technologinis sprendimas, labiausiai atitinkantį TLK, VLK, SAM, tačiau šis skirtumas nėra statistiškai reikšmingas ($p > 0,05$). Išskirti galima dideles įstaigas (501–1 000 darbuotojų), kurios dažniau nei mažesnės įstaigos pačios aiškinasi, kuris produktas rinkoje yra geriausias, ir tokį renka ($p < 0,05$). Ta pati tendencija matoma Vilniaus mieste lyginant jį su kitomis vietovėmis ($p < 0,05$).

Kaip dažniausiai renkatės e. sveikatos technologinį sprendimą iš išorinių tiekėjų?

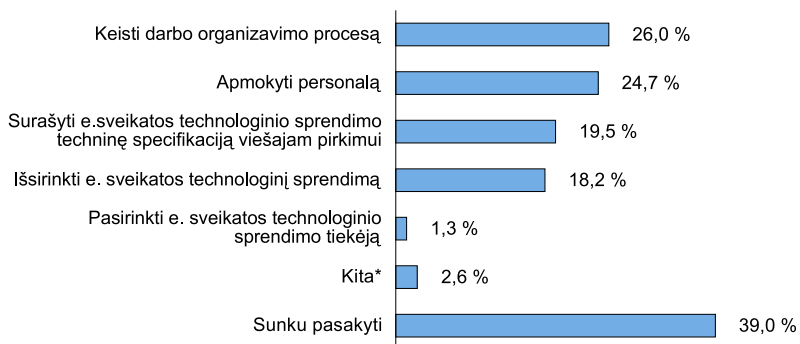


*Kita: Aprašome ir IT kompanijos privalo sukurti (1,3 proc.); konkurso būdu (1,3 proc.); kuris atitinka mūsų poreikius ir neprieštarauja SAM, VLK reikalavimams (1,3 proc.).

52 paveikslas. Išorinių tiekėjų technologinių sprendimų pasirinkimo dažnumas, proc.

Vadovai daugmaž vienodai minėjo keletą sunkumų, kurie iškyla nusprendus įdiegti vieną ar kitą e. sveikatos informacinę sistemą / kitą e. sveikatos technologinį sprendimą: keisti darbo organizavimo procesą – 26 proc., apmokyti personalą – 24,7 proc., surašyti e. sveikatos technologinio sprendimo specifikaciją viešajam pirkimui – 19,5 proc., išrinkti e. sveikatos technologinį sprendimą – 18,2 proc. Valstybės ir savivaldybių SP įstaigų vadovai daugmaž vienodai minėjo keletą sunkumų, kurie iškyla nusprendus įdiegti vieną ar kitą e. sveikatos informacinę sistemą / kitą e. sveikatos technologinį sprendimą: keisti darbo organizavimo procesą – 24,69 proc., apmokyti personalą – 22,8 proc., surašyti e. sveikatos technologinio sprendimo specifikaciją viešajam pirkimui – 26,3 proc., išrinkti e. sveikatos technologinį sprendimą – 24,6 proc. Pusė privačių įstaigų vadovų į šį klausimą atsakyti negalėjo, o trečdalis atsakiusių įvardijo, kad sunku keisti darbo organizavimo procesą ir apmokyti personalą ($p < 0,05$). Didžiuosiuose miestuose bei didesnėse įstaigose dažniau minimi sunkumai, susiję su techninės specifikacijos viešajam pirkimui paruošimu, tačiau šie skirtumai nėra statistiškai reikšmingi dėl mažos tyrimo apimties.

Kas yra sunkiausia nusprendus įdiegti vieną ar kitą e. sveikatos informacinę sistemą / kitą e. sveikatos technologinį sprendimą?



*Kita: Ilgai stringa, kol suderini (1,3 proc.); operatyviai paskirti IT specialistą (1,3 proc.).

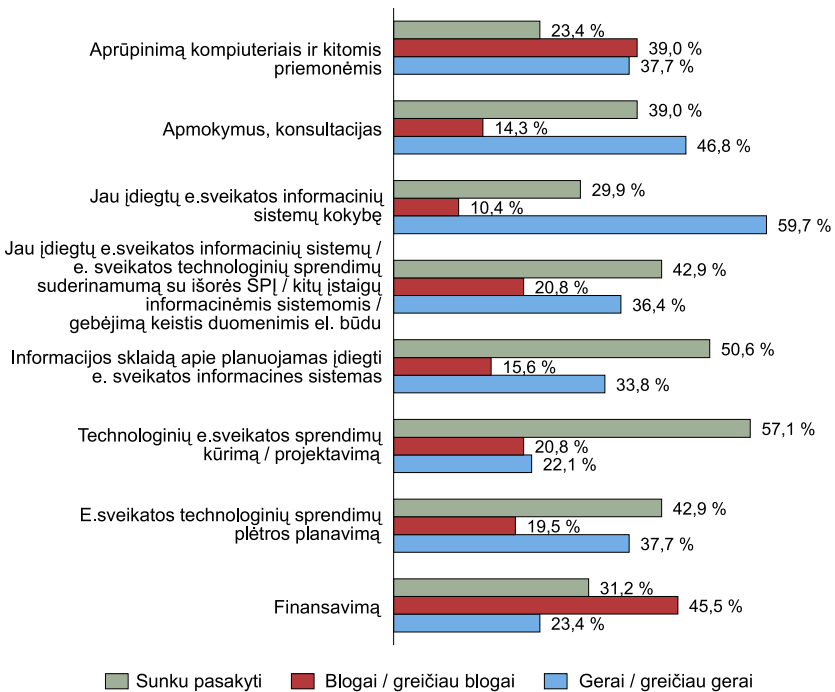
53 paveikslas. Sunkumai nusprendus įdiegti vieną ar kitą e. sveikatos informacinę sistemą / kitą e. sveikatos technologinį sprendimą, proc.

3.3.7. Sveikatos priežiūros įstaigų vadovų e. sveikatos vertinimas

SPĮ vadovų nuomonė, vertinant vadovaujamos sveikatos priežiūros įstaigose su e. sveikata susijusius sprendimus ir veiklas, nebuvo homoge-

niška. Didžioji dauguma respondentų pagal pritariančių skaičių teigiamai vertina jau įdiegtų e. sveikatos informacinių sistemų kokybę (59,7 proc.), apmokymus, konsultacijas (46,7 proc.), e. sveikatos technologinių sprendimų plėtros planavimą (37,7 proc.). Didžiausias neapsitenkinimas, respondentų nuomone, kyla dėl skiriamo finansavimo (45,5 proc.). Šiuo požiūriu konstatuotina didžiausia teigiamai ir neigiamai atsakiusių respondentų nuomonių takoskyra. Teigiamai skiriamą finansavimą vertina tik 23,4 proc. respondentų. Dvigubai daugiau respondentų finansavimą įvardijo kaip nepakankamą (45,5 proc. respondentų), o 31,2 proc. atsakė, kad sunku pasakyti. Technologinių e. sveikatos sprendimų kūrimo / projektavimo klausimu respondentų nuomonių skirtumas nėra didelis. Tolygiai pasiskirsčiusios ir teigiamai, ir neigiamai nagrinėjamus aspektus vertinančiųjų gretos.

Kaip vertinate Jūsų sveikatos priežiūros įstaigos su e. sveikata susietus sprendimus ir veiklas?



54 paveikslas. Sveikatos priežiūros įstaigų vadovų su e. sveikata susijusių sprendimų ir veiklų vertinimas, proc.

Tyrimo duomenis analizuojant ir lyginant pagal įstaigos nuosavybės formą, dydį bei vietovę pastebėti nauji dėsningumai. Analizuojant duomenis pagal SPĮ dydį matyti, kad respondentai, nurodę, jog finansavimą vertina gerai / greičiau gerai, atstovauja dažniausiai didžiosioms SPĮ, t. y. finansavimu patenkinta didžioji dalis gydymo įstaigų, kuriose dirbančių asmenų – daugiau kaip 501. Tuo tarpu mažose ir vidutinėse SPĮ, kuriose dirbančiųjų yra nuo 10 iki 500, iš esmės finansavimas vertinamas kaip nepakankamas. Analogiška tendencija kartojasi – blogai / greičiau blogai vertino respondentai kituose (ne didžiuosiuose) miestuose ir kaimuose esančių SPĮ vadovai šiais aspektais:

- informacijos sklaida apie planuojamas įdiegti e. sveikatos informacines sistemas;
- jau įdiegtų e. sveikatos informacinių sistemų kokybė;

Didžiųjų SPĮ (kuriose darbuotojų yra nuo 101 iki 1 000) vadovai neigiamai (blogai / greičiau blogai) vertino jau įdiegtų e. sveikatos informacinių sistemų, e. sveikatos technologinių sprendimų suderinamumą su išorės SPĮ / kitų įstaigų informacinėmis sistemomis / gebėjimą keistis duomenimis el. būdu. Kadangi kituose miestuose bei kaimo teritorijose esančiuose SPĮ mažesnis turimų / įdiegtų IS skaičius, atitinkamai nėra ir / arba retai susiduriama su sistemų integracija ar IS suderinamumo problemomis, todėl šiuo klausimu 42,9 proc. respondentų, atstovaujančių kituose miestuose ir kaimo teritorijose esančioms SPĮ, teigė, kad jiems sunku pasakyti.

Didžiųjų SPĮ (kuriose dirba nuo 101 iki 1 000 darbuotojų), esančių Vilniuje ir kituose didžiuosiuose miestuose, vadovai sutartinai pritarė ir teigiamai vertino mokymus ir konsultacijas bei aprūpinimą kompiuteriais ir kitomis priemonėmis. Priešingai, analogiškai anksčiau aptartam finansavimo neigiamam vertinimui, kituose miestuose bei kaimuose esančių SPĮ vadovai nepritarė teiginiui – jų manymu, aprūpinimas kompiuteriais ir kitomis priemonėmis nėra pakankamas.

11 lentelė. Sveikatos priežiūros įstaigų vadovų su e. sveikata susijusių sprendimų ir veiklų vertinimas pagal SPĮ nuosavybės formą, darbuotojų skaičių bei gyvenamąją vietovę, proc.

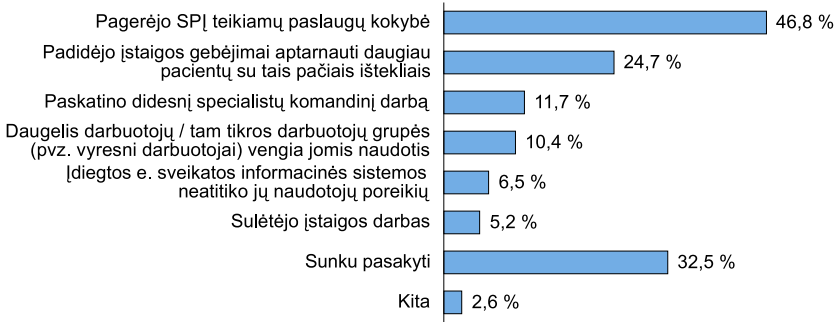
	Nuosavybės forma		Darbuotojų skaičius				Vietovė			
	Valstybės, savivaldybės	Privati	Iki 10	11–100	101–500	501–1 000	Vilnius	Didieji miestai	Kiti miestai	Kaimai
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1. Finansavimas										
Gerai / greičiau gerai	22,8	25,0	21,1	18,5	25,0	42,9	35,7	12,5	21,4	23,1
Blogai / greičiau blogai	49,1	35,0	31,6	48,1	58,3	28,6	21,4	62,5	52,4	38,5
Sunku pasakyti	28,1	40,0	47,4	33,3	16,7	28,6	42,9	25,0	26,2	38,5
2. E. sveikatos technologinių sprendimų plėtros planavimas										
Gerai / greičiau gerai	43,9	20,0	15,8	40,7	45,8	57,1	57,1	37,5	35,7	23,1
Blogai / greičiau blogai	15,8	30,0	26,3	14,8	20,8	14,3	7,1	25,0	23,8	15,4
Sunku pasakyti	40,4	50,0	57,9	44,4	33,3	28,6	35,7	37,5	40,5	61,5
3. Technologinių e. sveikatos sprendimų kūrimas / projektavimas										
Gerai / greičiau gerai	29,8	–	5,3	18,5	33,3	42,9	35,7	25,0	21,4	7,7
Blogai / greičiau blogai	19,3	25,0	26,3	14,8	20,8	28,6	7,1	12,5	26,2	23,1
Sunku pasakyti	50,9	75,0	68,4	66,7	45,8	28,6	57,1	62,5	52,4	69,2
4. Informacijos sklaida apie planuojamas įdiegti e. sveikatos informacines sistemas										
Gerai / greičiau gerai	38,6	20,0	15,8	25,9	50,0	57,1	42,9	50,0	35,7	7,7
Blogai / greičiau blogai	14,0	20,0	21,1	18,5	12,5	–	–	–	21,4	23,1
Sunku pasakyti	47,4	60,0	63,2	55,6	37,5	42,9	57,1	50,0	42,9	69,2
5. Jau įdiegtų e. sveikatos informacinių sistemų kokybė										
Gerai / greičiau gerai	64,9	45,0	31,6	63,0	79,2	57,1	71,4	62,5	61,9	38,5
Blogai / greičiau blogai	10,5	10,0	15,8	11,1	4,2	14,3	–	–	11,9	23,1
Sunku pasakyti	24,6	45,0	52,6	25,9	16,7	28,6	28,6	37,5	26,2	38,5
6. Jau įdiegtų e. sveikatos informacinių sistemų / e. sveikatos technologinių sprendimų suderinamumą su išorės SPĮ / kitų įstaigų informacinėmis sistemomis / gebėjimą keistis duomenimis el. būdu										
Gerai / greičiau gerai	38,6	30,0	26,3	33,3	50,0	28,6	57,1	12,5	38,1	23,1
Blogai / greičiau blogai	22,8	15,0	15,8	14,8	29,2	28,6	7,1	37,5	26,2	7,7
Sunku pasakyti	38,6	55,0	57,9	51,9	20,8	42,9	35,7	50,0	35,7	69,2

7. Apmokymai, konsultacijos										
Gerai / greičiau gerai	52,6	30,0	15,8	44,4	66,7	71,4	64,3	75,0	45,2	15,4
Blogai / greičiau blogai	12,3	20,0	21,1	18,5	8,3	–	–	–	19,0	23,1
Sunku pasakyti	35,1	50,0	63,2	37,0	25,0	28,6	35,7	25,0	35,7	61,5
8. Aprūpinimas kompiuteriais ir kitomis priemonėmis										
Gerai / greičiau gerai	40,4	30,0	26,3	37,0	41,7	57,1	57,1	37,5	38,1	15,4
Blogai / greičiau blogai	42,1	30,0	21,1	40,7	58,3	14,3	14,3	37,5	45,2	46,2
Sunku pasakyti	17,5	40,0	52,6	22,2	–	28,6	28,6	25,0	16,7	38,5

Apibendrinus galima teigti, kad sveikatos priežiūros įstaigų vadovų pasitenkinimas atitinkamais su e. sveikata susijusiais sprendimais ir veiklomis, priklausomai nuo institucijos dydžio ir vietovės, skiriasi. Būtent vienas pagrindinių Lietuvos e. sveikatos plėtros iššūkių artimiausioje ateityje, siekiant užtikrinti tolesnę sėkmingą e. sveikatos plėtrą, – mažinti egzistuojančius atotrūkius.

Nagrinėjant tyrimo duomenis matyti, kad įdiegtos e. sveikatos informacinės sistemos SPĮ vadovų yra vertinamos teigiamai dėl kelių priežasčių. Pirma, nauji technologiniai e. sveikatos sprendimai lemia geresnę SPĮ teikiamų paslaugų kokybę (46,8 proc.). Antra, padidėjo įstaigos gebėjimai aptarnauti daugiau pacientų nedidinant turimų išteklių skaičiaus (24,7 proc.) bei siekiant SPĮ greičiau reaguoti į pokyčius, paskatino didesnę specialistų komandinį darbą (11,7 proc.). Nedidelė respondentų dalis įdiegtus e. sveikatos sprendimus vertino neigiamai, tačiau nuodugniau išnagrinėjus atsakymus paaiškėjo, kad ne pats e. sveikatos sprendimas ar jo diegimas vertinamas neigiamai, o dažnai – su diegimu susiję procesai. Pavyzdžiui, darbuotojų priešinimasis pokyčiams – tam tikros darbuotojų grupės (vyresnių darbuotojų) vengimas naudotis įdiegta sistema. Kitas aspektas, lėmęs neigiamą nusistatymą, – komunikacijos trūkumas su IT bendrovėmis arba nesusikalbėjimas – dėl to įdiegta e. sveikatos informacinė sistema neatitiko jų vartotojų poreikių.

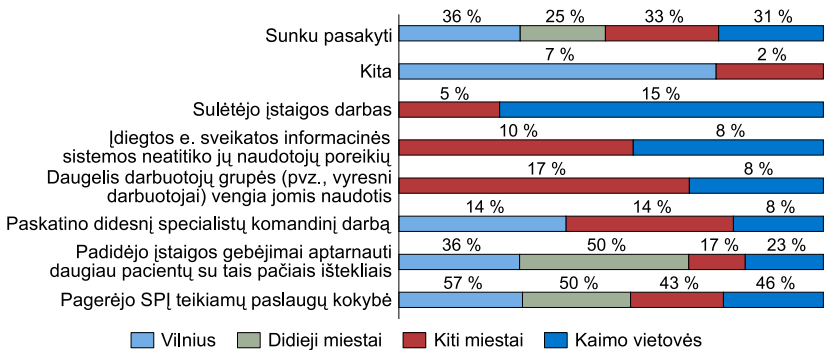
Kaip vertinate Jūsų įstaigoje įdiegtas e. sveikatos informacines sistemas / technologinius e. sveikatos sprendimus?



55 paveikslas. Įdiegtų e. sveikatos informacinių sistemų / technologinių e. sveikatos sprendimų vertinimas, proc.

Apibendrinant galima konstatuoti, kad Vilniaus ir kitų didžiųjų miestų SPĮ vadovai vienareikšmiškai įdiegtas e. sveikatos informacines sistemas bei kitus technologinius e. sveikatos sprendimus vertina teigiamai, o mažesniuose miestuose bei kaimo teritorijose esančių SPĮ vadovai išskiria ir neigiamus aspektus, lemiančius net įstaigos darbo sulėtėjimą, t. y. technologiniai e. sveikatos sprendimai sąlyginai suprantami kaip darbo našumą mažinantys veiksniai. Tačiau, matyt, tokios išvados daromos dėl diegimo proceso problemų, susijusių su žmogiškųjų išteklių, jų kompetencijos ir finansų trūkumu.

Atsakymai pagal vietovę: Kaip vertinate Jūsų įstaigoje įdiegtas e. sveikatos informacines sistemas / technologinius e. sveikatos sprendimus?

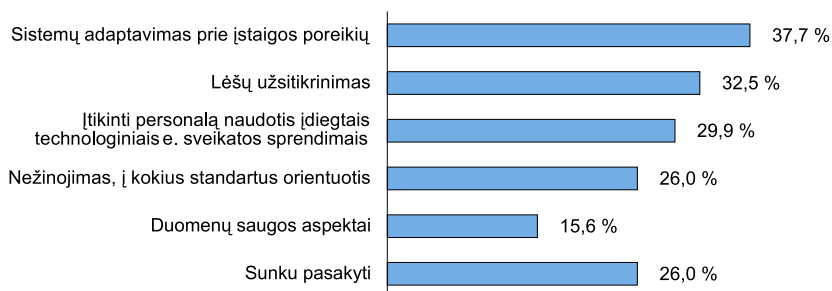


56 paveikslas. Įdiegtų e. sveikatos informacinių sistemų / technologinių e. sveikatos sprendimų vertinimas pagal SPĮ nuosavybės formą, darbuotojų skaičių bei gyvenamąją vietovę

Galima teigti, kad e. sveikatos plėtros proceso sėkmė proporcingai nedidėja vien diegiant e. sveikatos informacines sistemas ar naujus technologinius e. sveikatos sprendimus. Tai procesas, glaudžiais priklausomybės ryšiais susijęs su įvairiomis suinteresuotųjų grupėmis bei priklausantis nuo pačios SPI dedamų pastangų.

Vienu pagrindinių iššūkių, diegiant e. sveikatos sprendimus SPI, vadovai nurodė sistemų pritaikymą įstaigos poreikiams.

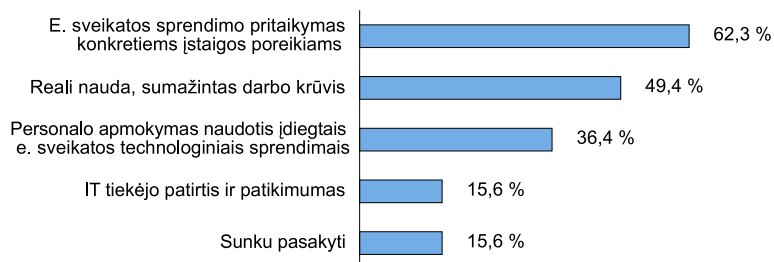
Kokie buvo pagrindiniai iššūkiai, su kuriais susidūrėte diegdami e. sveikatos sprendimus savo SPI?



57 paveikslas. Pagrindiniai iššūkiai diegiant e. sveikatos sprendimus SPI, proc.

Vadovai daugmaž vienodai minėjo pagrindinius iššūkius, su kuriais susiduria diegdami e. sveikatos sprendimus: sistemų pritaikymą įstaigos poreikiams (37,7 proc.), lėšų užsitikrinimą (32,5 proc.), personalo įtikinimą naudotis įdiegtais technologiniais e. sveikatos sprendimais (29,9 proc.), nežinojimą, į kokius standartus orientuotis (26 proc.). E. sveikatos technologinio sprendimo įdiegimas įstaigoje savaime neužtikrina, kad šis sprendimas bus sėkmingas. Siekiant, kad nauja informacinė sistema ar kitas e. sveikatos technologinis sprendimas pasiteisintų, pirmiausia turi būti atliekama tokios sistemos poreikio SPI analizė. Būtent įdiegto e. sveikatos technologinio sprendimo sėkmė daugiausia priklauso nuo pritaikymo ne tik konkrečioms įstaigos poreikiams, bet ir nuo asmeninių lūkesčių atitikties. Nors e. sveikatos technologinio sprendimo sėkmė priklauso nuo daugelio veiksnių, tačiau pagrindiniu sėkmės veiksniu sveikatos priežiūros įstaigų vadovai įvardija pritaikymą ir atitiktį konkrečioms įstaigos poreikiams (N-48, 62,3 proc.) bei realiai įdiegto e. sveikatos technologinio sprendimo naudą, pavyzdžiui, pasireiškiančią sumažėjusiu darbo krūviu (N-38, 49,4 proc.).

Kas, Jūsų manymu, lemia įdiegto e. sveikatos technologinio sprendimo sėkmę?



58 paveikslas. Įdiegto e. sveikatos technologinio sprendimo sėkmės priežastys, proc.

Apklausos rezultatai atskleidė, kad ne tik e. sveikatos technologinio sprendimo atitikimas, bet ir žmogiškasis veiksnys yra svarbus. Šiuo požiūriu pastebimas valstybės ir savivaldybių bei privačių įstaigų vadovų nuomonių skirtumas. Valstybės, savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigų vadovai išskiria būtinybę apmokyti personalą naudotis įdiegtais naujais technologiniais sprendimais bei pabrėžia IT tiekėjo patirtį bei patikimumą. Tuo tarpu privačių SPĮ vadovams šie aspektai mažiau svarbūs lyginant su e. sveikatos sprendimo pritaikymu konkreitiems įstaigos poreikiams ar realia nauda.

3.3.8. Sveikatos priežiūros įstaigų vadovų pasitenkinimas e. sveikatos būkle

SPĮ e. sveikatos paslaugų naudojimo tyrimai, SPĮ vadovų teigimu, atliekami ribotai. Tik 11,7 proc. respondentų atsakė, kad jų vadovaujamoje SPĮ atliekami reguliarūs (3,9 proc.) ir vienkartiniai (7,8 proc.) tyrimai. Teigiamai į klausimą atsakė SPĮ vadovai (N = 9) atvirame klausime nurodė šiuos atliktus e. sveikatos paslaugų naudojimo tyrimus: pacientų ir darbuotojų apklausos (tarp jų apklausa apie naudojamą informacinę sistemą bei jų naudą), tyrimai dėl ligonių skaičiaus, SAM apklausa, personalo apklausa pagal *Lietuvos sveikatos mokslų universiteto* visuomenės sveikatos fakulteto sudarytą anketą. Vis dėlto didžioji respondentų dalis atsakė, kad tokių tyrimų atliktu nebuvo (83,1 proc.), arba neatsakė į klausimą (5,2 proc.), taip patvirtinant faktą, kad e. sveikatos paslaugų naudojimo tyrimai SPĮ – retas reiškinys, kuris nėra suprantamas kaip integrali e. sveikatos dalis.

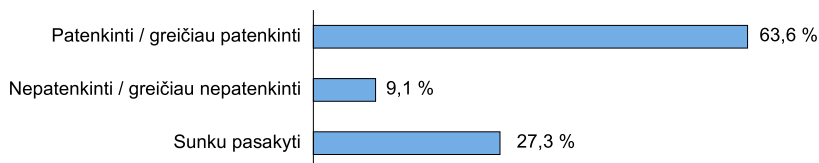
SPĮ vadovų paprašius nurodyti priežastis, kodėl e. sveikatos paslaugų naudojimo tyrimai nebuvo atlikti jų vadovaujamoje SPĮ (N = 64) (34 iš jų į šį klausimą neatsakė), dažniausiai buvo nurodoma, jog nėra tokio po-

reikio ar būtinybės. Respondentų atsakymai gali būti skirstomi į tris kategorijas. Pirma, nematoma poreikio, vyrauja nuostata, kad esant dideliame darbo krūviui tyrimams nėra laiko ir neužtenka žmogiškųjų išteklių. Antra, e. sveikatos paslaugų diegimo (ankstyvoji) stadija, t. y. manoma, kad SPĮ, kuriose dar tik pradėta diegti e. sprendimus, anksti vykdyti tokio pobūdžio tyrimus. Trečia, neigiama nuostata dėl e. sveikatos plėtros, nesinaudojama įdiegta sistema. Įvardytas ir lėšų stygius tokiems tyrimams vykdyti įstaigose.

Tyrimo duomenys atskleidžia, kad, siekiant inovatyvumo ir tvaros sveikatos priežiūros organizavimo procese, būtina įveikti vieną iš pagrindinių kliūčių – įtraukti suinteresuotąsias puses, išsiaiškinti kiekvienos iš jų vaidmens svarbą kuriant ir diegiant nacionalinę e. sveikatos sistemą. Šis aspektas, kaip matysime ir tolesnėje tyrimo duomenų analizėje, gali būti įvardytas Lietuvos e. sveikatos plėtros iššūkiu artimiausioje ateityje.

Tyrimo metu respondentų buvo klausama, jų nuomone, ar jų vadovaujamų SPĮ darbuotojai yra patenkinti įdiegtomis e. sveikatos informacinėmis sistemomis ar kitais technologiniais e. sveikatos sprendimais: 19,5 proc. SPĮ vadovų mano, kad jų SPĮ darbuotojai yra patenkinti, 44,2 proc. teigia, kad SPĮ darbuotojai greičiau patenkinti nei nepatenkinti įdiegtomis sistemomis. Nepatenkinti / greičiau nepatenkinti mano 9,1 proc. respondentų, o 27,3 proc. teigė, jog sunku pasakyti.

Jūsų manymu, ar Jūsų SPĮ darbuotojai yra patenkinti įdiegtomis e. sveikatos informacinėmis sistemomis/ kitais technologiniais e. sveikatos sprendimais?



59 paveikslas. SPĮ vadovų nuomonė apie personalo pasitenkinimą įdiegtomis e. sveikatos informacinėmis sistemomis / kitais technologiniais sprendimais

Nagrinėjant tyrimo duomenis vietovės atžvilgiu, matyti, kad respondentai iš kitų miestų (neatstovaujantys didžiuosiuose miestuose esančių SPĮ, bet ir ne kaimo SPĮ atstovai) daugiausia mano, kad darbuotojai nepatenkinti e. sveikatos sprendimais. Išsamiau išnagrinėjus SPĮ vadovų nuomones, išskirtos pagrindinės priežastys, lemiančios ir teigiamą, ir neigiamą darbuotojų nuostatą dėl įdiegtų e. sistemų. SPĮ vadovų nuomonės nagrinėjamoju aspektu suskirstytos į kategorijas.

Teigiami aspektai: (kuo patenkinti?):

1. Teigiamas poveikis SPĮ: sumažėjo išlaidos, pagerėjo vadovo ir personalo ryšiai, greičiau perduodama informacija, padidėjo įstaigos gebėjimai aptarnauti daugiau pacientų, naudojant tuos pačius išteklius, reguliuojami ligonių srautai, greičiau sprendžiamos problemos, tikslesnė informacija – t. y. veiksniai lemiantys SPĮ sąnaudų mažinimą, tikslingą išteklių paskirstymą.
2. Paslaugų prieinamumo didinimas: greičiau gaunami tyrimų rezultatai, skaitmeniniai vaizdai, greičiau išduodamos nedarbingumo pažymos, nustatomas draustumas, spartesnė registracija – veiksniai, lemiantys pacientų aptarnavimo kokybės gerinimą.
3. Darbuotojų darbo sąlygų gerinimas: kompiuterizavus darbo vietas paprasčiau tvarkomi dokumentai (atsisakyta dalį dokumentų pildyti rankiniu būdu), geresnės darbų planavimo galimybės, operatyvi prieiga prie medicininių vaizdų, greičiau atliekami tyrimai – veiksniai, lemiantys sumažėjusias darbo laiko sąnaudas bei kasdienių užduočių palengvinimą.
4. Didėjanti darbuotojų motyvacija: e. sveikatos paslaugų perspektyva, didesnis priedas prie atlyginimo naudojant IT bei profesinis, asmeninis tobulėjimas turi įtakos didėjančiai darbuotojų motyvacijai.

Neigiami aspektai: (kuo nepatenkinti?):

1. Techniniai trukdžiai: gedimai (techninės klaidos EPTS, APAP, SODRA, VLK) incidentai;
2. Sulėtėjęs darbas, laiko sąnaudos – lėtas sistemos darbas bei laiko sąnaudos klaidoms ištaisyti;
3. Funkcionalumo trūkumas – kai nėra įdiegtos ir / arba neveikia visos informacinės sistemos funkcijos;
4. Infrastruktūros trūkumas;
5. Žinių (technologinių dalykų, e. raštingumo) trūkumas, patirties ir gebėjimų stygius;
6. Papildomas darbas – dubliuojasi popieriniai ir elektroniniai dokumentai;
7. Personalo priešinimasis pokyčiams (vyresnis personalas).

Anksčiau buvo aptarta, kad SPĮ tyrimai e. sveikatos informacinių sistemų aspektu yra atliekami ribotai, t. y. reta kuri SPĮ atlieka darbuotojų nuomonių ir poreikių analizę informacinės sistemos atžvilgiu. Plataus spektro e. sveikatos infrastruktūra ir e. sveikatos informacinės sistemos yra vienas

pagrindinių elementų strateginiuose sveikatos sektoriaus dokumentuose, o informacinių ir komunikacinių technologijų (toliau – IKT) diegimas į sveikatos priežiūros sektorių pradėtas sieti su saugiu, efektyviai teikiamų, kokybiškų ir į pacientą orientuotų sveikatos priežiūros paslaugų teikimu. Paciento ir jo poreikių atitikimas e. sveikatos plėtros procese pabrėžiamas strateginiuose dokumentuose ir atitinkamai lemia pokyčių poreikį SPĮ. Į pacientą orientuojant sveikatos priežiūrą jos organizavimas iš esmės reikalauja naujų darbo organizavimo ir paslaugų teikimo modelių. Atitinkamos tendencijos atsiskleidžia ir nagrinėjant tyrimo duomenis. Vis dėlto SPĮ akivaizdžios paciento vaidmens bei poreikių suvokimo problemos. Į klausimą „Ar Jūsų SPĮ pacientai yra patenkinti teikiamomis e. sveikatos paslaugomis Jūsų SPĮ?“ teigiamai (t. y. patenkinti / greičiau patenkinti) SPĮ vadovų atsakė daugiau (31,2 proc.) nei neigiamai (2,6 proc.), tačiau respondentų, nurodžiusių, kad jiems sunku pasakyti, dauguma (66,2 proc.) leidžia daryti prielaidą, kad SPĮ vadovai nežino, ką pacientai mano apie teikiamas e. sveikatos paslaugas, o dalyje įstaigų jos ir nediegiamos.

12 lentelė. „Ar Jūsų SPĮ pacientai yra patenkinti teikiamomis e. sveikatos paslaugomis Jūsų SPĮ?“, proc.

	Nuosavybės forma		Darbuotojų skaičius				Vietovė			
	Valstybės, savivaldybės	Privati	Iki 10	11–100	101–500	501–1 000	Vilnius	Didieji miestai	Kiti miestai	Kaimai
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Greičiau patenkinti	36,8	15,0	21,1	29,6	41,7	28,6	42,9	50,0	26,2	23,1
Nepatenkinti / greičiau nepatenkinti	1,8	5,0	5,3	3,7	–	–	–	–	2,4	7,7
Sunku pasakyti	61,4	80,0	73,7	66,7	58,3	71,4	57,1	50,0	71,4	69,2

Vilniaus ir kitų didžiųjų miestų SPĮ vadovų, nurodžiusių, kad jiems sunku pasakyti, kokia vyraujanti pacientų nuomonė, skaičius mažesnis nei kituose miestuose ir kaimuose esančių SPĮ vadovų, tačiau skirtumas, atsižvelgiant į e. sveikatos paslaugų didžiuosiuose miestuose įvairovę, nėra akivaizdus. Kita vertus, į klausimą, ar yra patenkinti pacientai, dauguma (apie du trečdalius vadovų) negalėjo atsakyti, tačiau didžioji dalis turinčiųjų nuomonę vertino teigiamai – ypač dėl registracijos internetu.

13 lentelė. Kuo Jūsų SPĮ pacientai yra patenkinti teikiamomis e. sveikatos paslaugomis Jūsų SPĮ? (atviras klausimas)

Atsakymų grupės
1. Daugiau galimybių rinktis;
2. Dėl išankstinio registravimo internetu, nedidelių eilių;
3. Elektroninį NP galima sutvarkyti iš naujo;
4. Greitesnės paslaugos, tyrimų rezultatai pasiekiami anksčiau;
5. Greitesnis aptarnavimas;
6. Išankstinė registracija;
7. Išankstinė registracija internetu ir tuo, kad užregistruojamas į konsultaciją pas II lygio specialistą;
8. Nebūtina skambinti ar važiuoti į gydymo įstaigą užsiregistruoti į konsultaciją;
9. Pagreitėjo jų darbas;
10. PRAP, APAP;
11. Registracija internetu;
12. Registracija pas gydytoją paprasta ir greita, ypač patenkinti registracija internetu;
13. Rodomas dėmesys, kokybiškesnis personalo darbas;
14. Sudaroma galimybė gauti profesionalias, susistemintas, efektyvias, prieinamas, kokybiškas paslaugas. Yra galimybė paslaugas gauti greičiau, didesnė informacijos sklaida;
15. Šių paslaugų teikimas yra tik įstaigos problema, o ne pacientų;
16. Tie, kurie naudojami išankstine registracija;
17. Turi galimybę iš anksto užsiregistruoti el. būdu, teikti paklausimus;
18. Užsiregistravus internetu, nereikia atvykti registruotis į įstaigos registratūrą.

Respondentai, atsakę, kad jų vadovaujama SPĮ pacientai teigiamai vertina teikiamas e. sveikatos paslaugas, kaip pagrindines priežastis išskyrė: aptarnavimo, paslaugos greitį (ypač teigiamai, respondentų teigimu, pacientai vertina registracijos internetu paslaugą), atsiveriančias didesnes galimybes bei gerėjančią paslaugų kokybę. SPĮ vadovų nuomone, pagrindiniai neigiamą pacientų e. sveikatos paslaugų vertinimą lemia analogiškos priežastys, lemiančios ir SPĮ darbuotojų priešinimąsi e. sveikatos elementų atžvilgiu: dažni trukdžiai, laiko sąnaudos, informacijos neatitikimas. Išnagrinėjus atlikto tyrimo duomenis, konstatuojamas sveikatos priežiūros įstaigų vadovų nuomonių dvilypiškas. Iš vienos pusės, respondentai išreiškia pasitenkinimą e. sveikatos būkle, tačiau tyrimas atskleidė ir pagrindines e. sveikatos plėtros kliūtis, lėtinančias inovatyvumo ir tvaros procesus sveikatos priežiūros organizavimo procese, atitinkamai

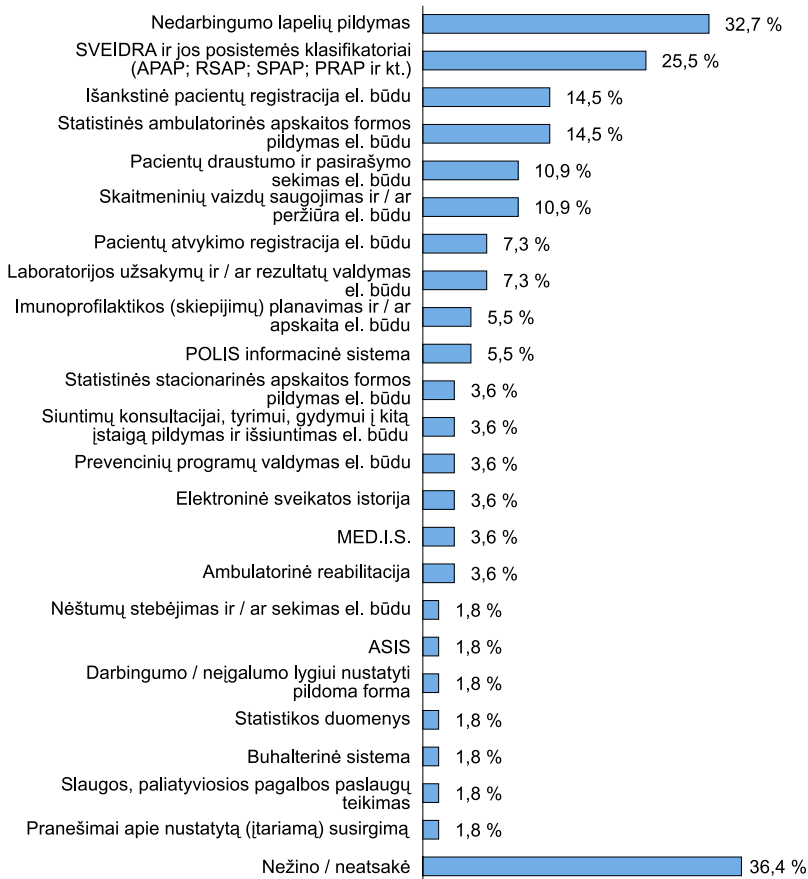
nulemiančias ir nepasitenkinimą atskiromis e. sveikatos plėtros proceso dedamosiomis. Vertindami savo SPĮ su e. sveikata susijusius sprendimus ir veiklas, vadovai geriausiai įvertino jau įdiegtų e. sveikatos informacinių sistemų kokybę, neblogai buvo įvertinti ir apmokymai bei konsultacijos. Blogiausiai įvertintas finansavimas ir aprūpinimas kompiuteriais bei kitomis priemonėmis.

3.3.9. E. sveikatos plėtros vertinimas

Vadovaujantis prielaida, kad suinteresuotųjų pusių įtraukimas į e. sveikatos plėtros procesus gali paskatinti efektyvesnę inovacijų sveikatos priežiūros srityje diegimą bei didesnę pasiektų pokyčių tvarą, ištyrus atlikto tyrimo duomenis, pateikiama ne tik e. sveikatos proceso suinteresuotųjų pasitenkinimo esama e. sveikatos plėtra analizė, bet ir e. sveikatos plėtros tendencijos. Nors nacionalinės e. sveikatos politikos įgyvendinimo pradžia įvardijami 2005 m., vis dėlto tik pastarųjų penkerių metų laikotarpiu konstatuotina intensyvi e. sveikatos plėtra. Tai rodo ir e. sveikatos sistemos 2009–2015 m. plėtros programos įgyvendinimo nacionalinės e. sveikatos sistemos analizė. Gauti duomenys patvirtina, kad beveik visose nacionalinėse SPĮ naudojamos informacinės sistemos¹³³. Analogišką padėtį atspindi ir atlikto tyrimo rezultatai. Respondentų teigimu, sveikatos priežiūros įstaigose per pastaruosius penkerius metus konstatuotina intensyvi e. sveikatos plėtra, kurią lėmė padidėjęs e. sveikatos plėtros projektų skaičius. Per pastaruosius penkerius metus didžioji dalis respondentų (71,4 proc.) patvirtino, kad buvo įdiegtos naujos e. sveikatos informacinės sistemos bei kiti e. sveikatos technologiniai sprendimai vadovaujamose SPĮ. Neigiamai į klausimą atsakė 19,5 proc. respondentų, kad nežino – 9,1 proc. Dažniausiai tarp e. sveikatos naujų technologinių sprendimų nagrinėjamoju penkerių metų laikotarpiu vadovų minėtas nedarbingumo lapelių pildymas (32,7 proc. respondentų) bei SVEIDROS ir jos posistemės klasifikatorių (APAP; RSAP; SPAP ir kt.) diegimas (25,5 proc. respondentų).

¹³³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Analizės, kaip diegiama nacionalinė e. sveikatos sistema, galutinė ataskaita http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/ESFproduktai/2012_analize_kaip_diegiama_nacionaline_e_sveikatos_sistema.pdf

Kokios naujos e. sveikatos informacinės sistemos / kiti e. sveikatos technologiniai sprendimai buvo įdiegti Jūsų SPĮ per pastaruosius penkerius metus?



60 paveikslas. SPĮ per pastaruosius 5 metus įdiegtos naujos e. sveikatos informacinės sistemos / kiti e. sveikatos technologiniai sprendimai, proc.

Pažymėtina, kad privačiose SPĮ būtent nedarbingumo lapelių pildymas bei SVEIDROS ir jos posistemės klasifikatorių (APAP; RSAP; SPAP ir kt.) diegimas minėti dažniausiai – kaip ir kaimo vietovėse esančiose SPĮ. Tuo tarpu valstybės, savivaldybės SPĮ vadovai, atsakydami į pateiktą klausimą, pateikė didesnę e. sveikatos technologinių sprendimų įvairovę. Tarp jų minima išankstinė pacientų registracija el. būdu, statistinės ambulatorinės apskaitos formos pildymas el. būdu bei pacientų draustumo ir pasirašymo sekimas el. būdu kartu su skaitmeninių vaizdų saugojimu ir / ar peržiūra el. būdu.

Respondentų teigimu, diegti pasirinktas e. sveikatos informacines sistemas dažniausiai paskatino poreikis gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

Apibendrinus tyrimo duomenis, galima išskirti pagrindinius veiksnius, paskatinusius diegti pasirinktą e. sveikatos informacinę sistemą ar kitus technologinius e. sveikatos sprendimus SPĮ. Teiginiui, kad būtina gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, iš viso pritarė 46,8 proc. respondentų, tačiau aktyviausiai – Vilniuje ir kituose didžiuosiuose miestuose esančių valstybinio sektoriaus SPĮ, kuriose dirba daugiau nei 100 asmenų, vadovai. Kaimo teritorijose esančių SPĮ vadovų nuomone, didžiausią įtaką e. sveikatos informacinių sistemų plėtrai jų vadovaujamose SPĮ turėjo aukštesnių institucijų nurodymai (iš viso teiginiui pritarė 27,3 proc. respondentų). Tarp pagrindinių e. sveikatos plėtros veiksnių taip pat minimas siekis pateisinti gydytojų (22,1 proc.) ir pacientų lūkesčius (18,2 proc.) bei išskirtas SPĮ vadovo (13 proc.) vaidmuo. Be minėtų aspektų, respondentai nurodė, kad e. sveikatos sprendimų diegimas tiesiogiai susijęs su IT bendrovėmis ir jų siūloma produkcija (5,2 proc.) bei SPĮ IT skyriaus vadovo iniciatyva (1,3 proc.) ar net iniciatyvomis, kylančiomis iš SPĮ personalo (1,3 proc.). Vis dėlto dalis respondentų (1,3 proc.) – išskirtinai valstybės, savivaldybės SPĮ vadovai – nurodė, kad vienas iš veiksnių, lėmęs vieno ar kito technologinio sprendimo pasirinkimą, yra išteklių stoka. Privataus sektoriaus SPĮ vadovai šio aspekto, kaip vieno svarbiausių, neįvardijo.

14 lentelė. Pagrindiniai veiksniai, paskatinę įdiegti pasirinktas e. sveikatos informacines sistemas / kitus technologinius e. sveikatos sprendimus pagal SPĮ nuosavybės formą, darbuotojų skaičių bei gyvenamąją vietovę

	Nuosavybės forma		Darbuotojų skaičius				Vietovė			
	Valstybės, savivaldybės	Privati	Iki 10	11–100	101–500	501–1 000	Vilnius	Didieji miestai	Kiti miestai	Kaimai
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Būtinybė gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę	54,5	25,0	21,1	44,4	66,7	57,1	57,1	62,5	45,2	30,8
Aukštesnės institucijos nurodymai	28,1	25,0	26,3	29,6	29,2	14,3	7,1	25,0	28,6	46,2

Gydytojų lūkesčiai	21,1	25,0	10,5	22,2	33,3	14,3	21,4	50,0	21,4	7,7
Pacientų lūkesčiai	19,3	15,0	15,8	14,8	20,8	28,6	21,4	25,0	16,7	15,4
SPĮ vadovas	14,0	10,0	5,3	18,5	12,5	14,3	14,3	25,0	11,9	7,7
IT bendrovės, siūlančios savo produktus	5,3	5,0	–	11,1	4,2	–	7,1	25,0	2,4	–
Riboti ištekliai	1,8	–	–	–	–	14,3	–	–	2,4	–
SPĮ IT skyriaus vadovas	1,8	–	–	3,7	–	–	–	–	2,4	–
Iniciatyva paprastai kyla iš SPĮ medicininio personalo	1,8	–	–	–	–	14,3	7,1	–	–	–
Kita	3,5	3,8	–	3,7	–	14,3	7,1	–	2,4	–
Nežinau	29,8	45,0	57,9	29,6	16,7	42,9	42,9	25,0	31,0	38,5

SPĮ vadovai nurodė papildomus veiksnius, lėmusius atitinkamo technologinio sprendimo diegimą vadovaujamosiose SPĮ: siekiant įgyvendinti tikslią sveikatos priežiūros paslaugų apskaitą (1,3 proc.), noras taikyti šiuolaikines technologijas savo darbe (1,3 proc.) ar tobulinti žinias (1,3 proc.). Pabrėžtina, kad SPĮ, kuriose e. sveikatos sprendimai įdiegti anksčiau, e. sveikatos plėtra suvokiama kaip natūrali, neišvengiama būtinybė šiuolaikiniame technologijų pasaulyje, todėl e. sveikatos sprendimai SPĮ siejami ne tik su pačios įstaigos tobulėjimu, bet ir traktuojama kaip asmeninio tobulėjimo dalis, naujų žinių įgijimo galimybė. E. sveikatos sistemos plėtros gairės orientuotos ne tik į gyventojus, jų sveikatos išsaugojimą, stiprinimą, ankstyvą ligų diagnostiką bei laiku atliekamą gydymą, teikiant jiems tiesiogines ir netiesiogines (per sveikatinimo veikloje dalyvaujančius sveikatos sistemos darbuotojus) paslaugas. Naujos technologijos didina ir sveikatos priežiūros institucijos darbo efektyvumą, keičia jos darbo pobūdį bei suteikia galimybę elektroninei informacijai, susijusiai su pacientų sveikata, judėti tarp organizacijų pagal nacionaliniu lygiu patvirtintus standartus.

Tyrimo metu respondentų buvo teiraujama, kokie e. sveikatos moduliai bus diegiami artimiausioje ateityje vadovaujamosiose SPĮ. Pagal atsakymų dažnį pirmaujantys ir, tikėtina, greitai metu sparčiausiai bus diegiami šie moduliai: išankstinė pacientų registracija el. būdu (6,5 proc.), pacientų atvykimo registracija el. būdu (5,2 proc.), siuntimų konsultuotis, tirtis, gydytis savo įstaigoje (ar kitoje įstaigoje) registravimas el. būdu (5,2 proc.). Vis dėlto atsižvelgiant į tai, kad atsakiusiųjų nebuvo daug ir

kad buvo teiraujamasi apie e. sveikatos modulių diegimą ne šalies, o SP įstaigos mastu, svaresnių apibendrinančių išvadų daryti negalima.

15 lentelė. E. sveikatos moduliai, planuojami diegti artimiausioje ateityje, pagal atsakymų dažnį

Dažniausiai respondentų nurodyti planuojami diegti moduliai:	Rečiau respondentų nurodyti planuojami diegti moduliai:	Mažiausiai respondentų nurodyti planuojami diegti moduliai:
Pacientų atvykimo registracija el. būdu	Laboratorijos užsakymų ir / ar rezultatų valdymas el. būdu	Statistinės ambulatorinės apskaitos formos pildymas el. būdu
Siuntimų į konsultuotis, tirtis, gydytis savo įstaigoje registravimas el. būdu	Vaistų užsakymo ir / ar tiekimo į padalinius valdymas el. būdu	Pacientų medicininės (klinikinės) informacijos ambulatorinio apsilankymo metu pildymas el. būdu
Siuntimų konsultuotis, tirtis, gydytis į kitą įstaigą pildymas ir išsiuntimas el. būdu	Receptų formos pildymas el. būdu	Stacionaro epikrizės pildymas el. būdu
	Vidinių konsultacijų vykdymas	Pacientų medicininės informacijos apie stacionarinį gydymą tvarkymas el. būdu Elektroninė sveikatos istorija, Dokumentų valdymo sistema

Apibendrinant atsakymus į klausimą ir pagal įstaigos nuosavybės formą, dydį bei vietovę nustatyta, kad artimiausiu metu vidutinėse valstybėse, savivaldybių SPĮ numatyta sparčiausiai diegti e. sveikatos modulius. Tuo tarpu pasyvesnis procesas prognozuojamas didžiosiose (kuriose didžioji dalis e. sveikatos modulių ir kitų technologinių sprendimų jau yra įdiegti) bei mažiausiose SPĮ, kuriose e. sveikatos užuomazgos pirmiausia pasireiškė daliniu svarbiausių modulių diegimu.

3.3.10. Poreikiai e. sveikatos srityje

Respondentams buvo pateiktas klausimas, kokių e. sveikatos paslaugų labiausiai trūksta jų SPĮ. Dažniausiai buvo nurodoma, kad labiausiai trūksta elektroninės sveikatos istorijos (24,7 proc.), receptų formos pildymo el. būdu (20,8 proc.), išankstinės pacientų registracijos el. būdu (10,4 proc.) bei bendros informacinės sistemos, bendros duomenų bazės

tarp įstaigų (10,4 proc.). Atkreiptinas dėmesys, kad net 40 proc. vadovų į šį klausimą neatsakė. Dauguma jų buvo ne aukščiausio lygmens vadovai ir iš tų SP įstaigų, kur e. sveikatos lygmuo mažiausiai išplėtotas. Bet vis dėlto tai rodo, jog e. sveikatos plėtros mastas Lietuvoje nėra pakankami didelis.

Kokių e. sveikatos informacinių sistemų / e.sveikatos technologinių sprendimų labiausiai trūksta Jūsų SPĮ?



61 paveikslas. E. sveikatos informacinių sistemų / e. sveikatos technologinių sprendimų poreikis SPĮ, proc.

Apibendrinant atsakymus į klausimą pagal įstaigos nuosavybės formą nustatyta, kad valstybinių įstaigų vadovai nurodo didesnę e. sveikatos informacinių sistemų / e. sveikatos technologinių sprendimų trūkumą atstovaujamosiose SPĮ. Išskiriamas elektroninės sveikatos istorijos, receptų formos pildymo el. būdu, laboratorijos užsakymų ir / ar rezultatų valdymo el. būdu poreikis. Privačių įstaigų vadovų nuomonė nesutapo. Jų teigimu, reikalingiausi sprendimai – receptų formos pildymas el. būdu, išankstinė pacientų registracija el. būdu, elektroninė sveikatos istorija ir bendra informacinė sistema, įstaigų duomenų bazė.

16 lentelė. E. sveikatos informacinių sistemų / e. sveikatos technologinių sprendimų poreikis pagal SPĮ nuosavybės formą, darbuotojų skaičių bei gyvenamąją vietovę

	Nuosavybės forma		Darbuotojų skaičius				Vietovė			
	Valstybės, savivaldybės	Privati	Iki 10	11–100	101–500	501–1 000	Vilnius	Didieji miestai	Kiti miestai	Kaimai
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Elektroninė sveikatos istorija	29,80	10,00	10,50	7,40	41,70	71,40	42,90	50,00	19,00	7,70
Receptų formos pildymas el. būdu	22,80	15,00	–	25,90	29,20	28,60	21,40	37,50	19,00	15,40
Išankstinė pacientų registracija el. būdu	8,80	15,00	10,50	11,10	12,50	–	7,10	–	16,70	–
Bendra informacinė sistema, bendra įstaigų duomenų bazė	10,50	10,00	5,30	11,10	8,30	28,60	7,10	25,00	9,50	7,70
Laboratorijos užsakymų ir / ar rezultatų valdymas el. būdu	12,30	–	–	7,40	20,80	–	7,10	25,00	9,50	–
Siuntimų konsultuotis, tirtis, gydytis į kitą įstaigą pildymas ir išsiuntimas el. būdu	8,80	–	–	3,70	16,70	–	–	25,00	4,80	7,70
Įstaigos išteklių (patalpų ir kt.) valdymas	7,00	–	–	7,40	4,20	14,30	7,10	12,50	2,40	7,70
Skaitmeninių vaizdų saugojimas ir / ar peržiūra el. būdu	5,30	–	–	3,70	8,30	–	–	12,50	4,80	–

Prevencinių programų valdymas el. būdu	5,30	-	-	11,10	-	-	-	-	2,40	15,40
Telemedicina (telemonitoringas, telepaslaugos ir kt.)	5,30	-	-	3,70	4,20	14,30	7,10	-	2,40	7,70
Trūksta žmogiškųjų išteklių	5,30	-	5,30	7,40	-	-	-	-	4,80	7,70
Trūksta kompiuterių / nėra visapusiško procesų kompiuterizavimo	3,50	5,00	10,50	3,70	-	-	-	-	4,80	7,70
Informacinė įvairių rodiklių ir duomenų sistema	3,50	5,00	5,30	3,70	4,20	-	-	-	7,10	-
Kita (< 3)	26,30	5,00	10,50	18,50	29,20	28,60	14,30	50,00	14,30	30,80
Nežino / neatsakė	35,10	55,00	57,90	40,70	33,30	14,30	42,90	25,00	40,50	46,20

Respondentų atsakymus analizuojant pagal atstovaujamos institucijos dydį, pažymėtina, kad didžiausią e. sveikatos informacinių sistemų / e. sveikatos technologinių sprendimų poreikį deklaravo vidutinio dydžio SPĮ (kuriose dirba nuo 101 iki 500 asmenų) vadovai. Dažniausiai poreikis išreikštas dėl elektroninė sveikatos istorijos (41,7 proc.), receptų formos pildymo el. būdu (29,2 proc.) ir laboratorijos užsakymų ir / ar rezultatų valdymo el. būdu (20,8 proc.).

3.3.11. Informacijos sklaida

Vadovų teigimu, plačiausiai naudojami informacijos sklaidos būdai, dėl kurių SPĮ darbuotojai sužino apie planuojamą diegti naują e. sveikatos informacinę sistemą / kitą darbo vietoje planuojamą diegti technologinį e. sveikatos sprendimą – jau pasirinkus konkretų produktą parengti pristatymą (29,9 proc.) ir / arba nustatyti e. sveikatos informacinių sistemų / technologinių sprendimų SPĮ poreikius atsižvelgiant į įstaigos e. sveikatos plėtros prioritetus (26 proc.). Dažnai SPĮ vadovai nurodė, kad darbuotojai su nauju produktu supažindinami jau įdiegus technologinį e. sveikatos sprendimą institucijoje (13 proc.), organizuojant darbuotojų mokymus naudotis vienu ar kitu nauju e. sveikatos technologiniu sprendimu (11,7 proc.). Apibendrinant daroma išvada, kad SPĮ darbuotojai apie naują e. sveikatos informacinę sistemą sužino priėmus sprendimą diegti IS arba dar vėliau – įdiegus naują SPĮ.

17 lentelė. SPĮ darbuotojų informavimo apie planuojamą diegti naują e. sveikatos informacinę sistemą / kitą darbo vietoje planuojamą diegti technologinį e. sveikatos sprendimą būdai pagal SPĮ nuosavybės formą, darbuotojų skaičių bei gyvenamąją vietovę

	Nuosavybės forma		Darbuotojų skaičius				Vietovė			
	Valstybės, savivaldybės	Privati	Iki 10	11–100	101–500	501–1 000	Vilnius	Didieji miestai	Kiti miestai	Kaimai
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Informuojami SPĮ susirinkimuose	75,4	35,0	31,6	55,6	95,8	85,7	78,6	75,0	66,7	38,5
Sužino iš kolegų	8,8	15,0	5,3	14,8	8,3	14,3	21,4	–	11,9	–
Sužino iš SPĮ IT skyriaus vadovo / IT specialistų	8,8	10,0	10,5	3,7	12,5	14,3	35,7	–	2,4	7,7
Sužinoma įstaigos vadovui reguliariai komunikuojant su darbuotojais el. paštu	3,5	20,0	21,1	–	8,3	–	7,1	12,5	21,4	61,5
Informuojami per SPĮ informacinį leidinį darbuotojams	1,8	–	–	–	4,2	–	7,1	–	–	–
Sunku pasakyti	22,8	30,0	42,1	33,3	4,2	14,3	7,1	12,5	21,4	61,5

Atsakdami į klausimą dėl informavimo būdų SPĮ, respondentai nurodė, kad jų vadovaujamose SPĮ darbuotojai dažniausiai informuojami apie planuojamą diegti naują e. sveikatos informacinę sistemą / kitą darbo vietoje planuojamą diegti technologinį e. sveikatos sprendimą SPĮ susirinkimo metu. Tai patirtino 64,7 proc. respondentų ir iš privataus, ir iš valstybinio sektoriaus. Taip pat informacija sužinoma iš kolegų (10,4 proc.) bei SPĮ IT skyriaus vadovo / IT specialistų (9,1 proc.). Privačiose įstaigose, priešingai nei valstybinėse, SPĮ antras pagal populiarumą informacijos sklaidos būdas – įstaigos vadovui reguliariai komunikuojant su darbuotojais el. paštu.

3.3.12. Bendradarbiavimas su suinteresuotosiomis pusėmis

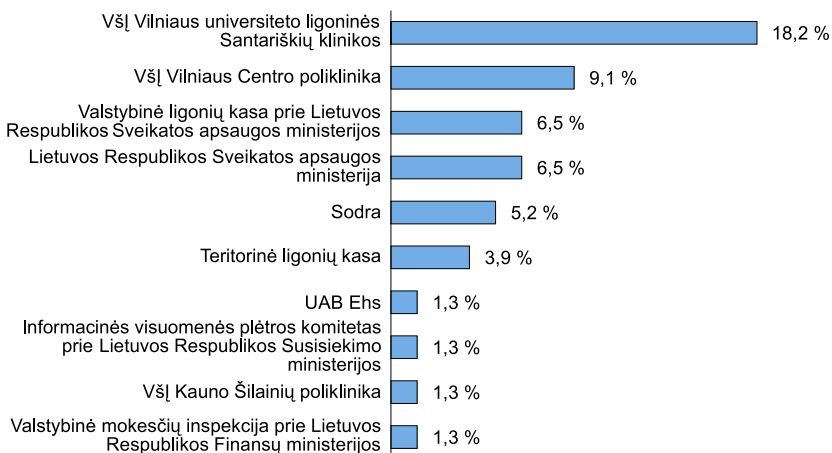
Atsižvelgiant į tai, kad mokslinis tyrimas atliktas remiantis idėja, jog suinteresuotųjų pusių įtraukimas į e. sveikatos plėtros procesus gali paskatinti veiksmingesnį inovacijų sveikatos priežiūros srityje diegimą bei didesnę pasiektų pokyčių tvarą, tyrimo metu buvo tiriama respondentų nuomonė dėl kitų suinteresuotųjų pusių. Suinteresuotųjų pusių įtraukimas į nacionalinį e. sveikatos plėtros procesą turi daugialygio / daugiadimensio (angl. *multi-level nature*) poveikio potencialą siekiant inovatyvumo ir pokyčių tvaros. Atsižvelgiant į tai, respondentų buvo prašoma nurodyti tris konkrečias įstaigas / organizacijas iš išorės, su kuriomis daugiausia bendradarbiaujama e. sveikatos diegimo / e. sveikatos paslaugų plėtros klausimais (atviras klausimas), – nustatytas suinteresuotųjų vaidmuo kuriant ir diegiant nacionalinę e. sveikatos sistemą. Dažniausiai buvo nurodoma Teritorinė ligonių kasa (16,9 proc.), Valstybinė ligonių kasa prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos (14,3 proc.), Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (13 proc.) ir „Sodra“ (10,4 proc.). Pagal bendradarbiavimo dažnį suskirsčius respondentų atsakymus konstatuotina, kad intensyviausiai bendradarbiaujama su valstybinėmis institucijomis.

18 lentelė. Įstaigos, organizacijos, su kuriomis daugiausia bendradarbiaujama e. sveikatos diegimo / e. sveikatos paslaugų plėtros klausimais, proc.

Valstybinės institucijos	Pirmaujančios SPI e. sveikatos srityje	IT įmonės
Teritorinė ligonių kasa (16,9 %); Valstybinė ligonių kasa prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos (14,3 %) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (13,0 %); „Sodra“ (10,4 %); Vilniaus teritorinė ligonių kasa (5,2 %); Kauno teritorinė ligonių kasa (3,9 %).	VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos (9,1 %); VšĮ Centro poliklinika (3,9 %); VšĮ Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninė (3,9 %); VšĮ Rokiškio rajono ligoninė (2,6 %); VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė (1,3 %).	UAB „Skaitmeninės lankos“ (3,9 %); UAB „Inkompas“ (3,9 %); UAB „Investicijų partneris“ (1,3 %); UAB „Ehs“ (1,3 %); UAB „S4ID“ (1,3 %).

SPĮ aukščiausieji vadovai nurodė daugiausia išorės įstaigų, organizacijų, į kurias kreipiamasi e. sveikatos plėtros klausimais (kitais nei kiti apklausti atsakingi / vadovaujantys pareigas užimantys asmenys: SPĮ vadovo pavaduotojas, struktūrinio padalinio vadovas, kiti administracijos darbuotojai ar IT specialistai). Ši tyrimo duomenų analizės dimensija rodo, kad plačiaja prasme e. sveikatos diegimo bei plėtros klausimai yra aukščiausių SPĮ vadovų diskusijų klausimas, retai įtraukiant skyrių ar padalinių vadovus. Atsakymai pagal SPĮ dydžio dimensiją pasiskirstė taip pat netolygiai. Dažniausiai kitus suinteresuotuosius minėjo įstaigų (ir galima daryti prielaidą, dažniau kreipiamasi bei diskutuojama su kolegomis įstaigose), kuriose dirba nuo 100 iki 500 darbuotojų. Didžiausios SPĮ – minimos tarp e. sveikatos lyderių Lietuvoje – saikingiau kreipiasi į kitas institucijas. Jos, būdamos pirmtakės, turi sukaupusios unikalią patirtį. Respondentai, paprašyti nurodyti SPĮ, kurios yra pažangios diegdamos e. sveikatos informacines sistemas, išskyrė SPĮ e. sveikatos lyderes:

Pažangiausios institucijos diegiant e. sveikatos informacines sistemas / kitus e. sveikatos technologinius sprendimus



62 paveikslas. Pažangiausios institucijos diegiant e. sveikatos informacines sistemas / kitus e. sveikatos technologinius sprendimus, proc.

Ir valstybinės, ir privačios SPĮ kaip lyderę nurodė VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikas (18,2 proc. respondentų nurodė kaip pirmaujančią). VšĮ Centro poliklinika tarp valstybinių SPĮ vadovų

laikoma antra pagal pažangumą (9,1 proc. respondentų – valstybinių SPĮ vadovai). Tarp lyderių minėtos ir kitos valstybinės institucijos: Valstybinė ligonių kasa prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos (6,5 proc.), Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (6,5 proc.), „Sodra“ (5,2 proc.), Teritorinė ligonių kasa (3,9 proc.).

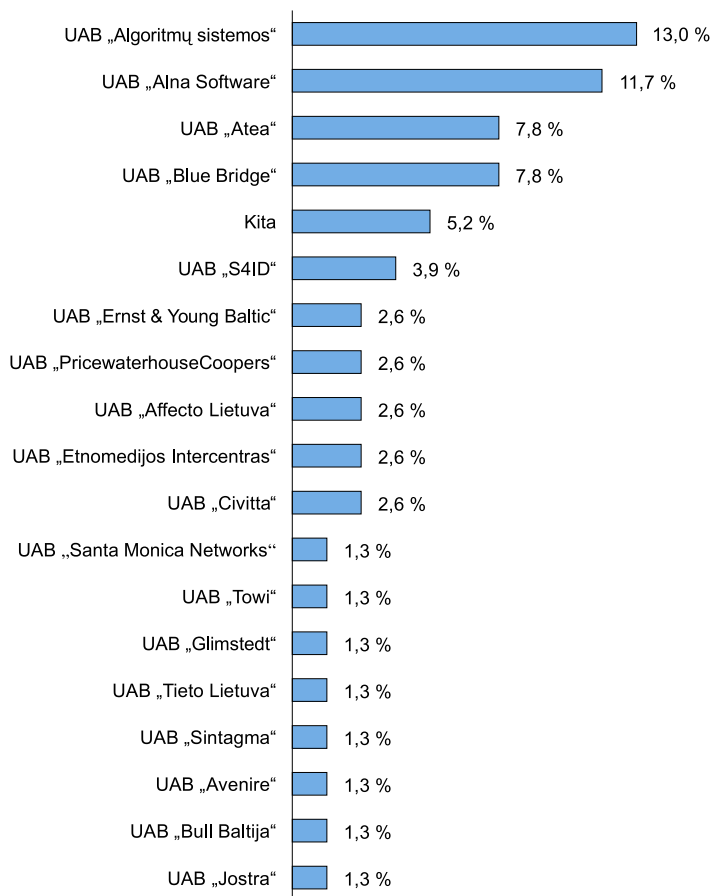
Paprašius nurodyti institucijas, su kuriomis dažniausiai konsultuotasi diegiant e. sveikatos informacines sistemas, pirmiausia minimos tos pačios institucijos lyderės. Dažniausiai kreipiamasi į Teritorinę ligonių kasą (10,4 proc.), į kolegas – VšĮ Vilniaus Centro polikliniką (9,1 proc.) bei Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministeriją (7,8 proc.). Tyrimo rezultatai parodė, kad diegiant e. sveikatos sistemas, IT įmonės taip pat vaidina svarbų vaidmenį, nes daug įvairių IT įmonių nurodytos kaip institucijos, į kurias pirmiausia kreipiamasi pagalbos diegiant e. sveikatos sistemas.

19 lentelė. Institucijos, su kuriomis dažniausiai konsultuotasi diegiant e. sveikatos informacines sistemas / kitus e. sveikatos technologinius sprendimus

10,4 %	Teritorinė ligonių kasa
9,1 %	VšĮ Vilniaus Centro poliklinika
7,8 %	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija
6,5 %	Valstybinė ligonių kas prie LR sveikatos apsaugos ministerijos
	VšĮ Vilniaus Santariškių klinikos
2,6 %	Informacinės visuomenės plėtros komitetas prie LR susisiekimo ministerijos
	UAB „Graina“
	UAB „Algoritmų sistemos“
	VšĮ Vilniaus Šeškinės poliklinika
	UAB „S4ID“

Klausimyne buvo nurodytos 35 IT įmonės, dirbančios e. sveikatos plėtros srityje. Respondentai nurodė IT įmones, kurios, jų nuomone, laikomos patikimiausiomis. Apibendrinant SPĮ vadovų nuomones šiuo klausimu matyti, kad UAB „Algoritmų sistemos“ užima vyraujančią poziciją. Tarp pirmaujančių ir patikimiausių IT įmonių taip pat išskirtos: UAB „Alna Software“, UAB „Atea“, UAB „Blue Bridge“, UAB „S4ID“.

Išvardykite, Jūsų manymu, patikimiausias IT įmones, dirbančias e. sveikatos plėtros srityje?

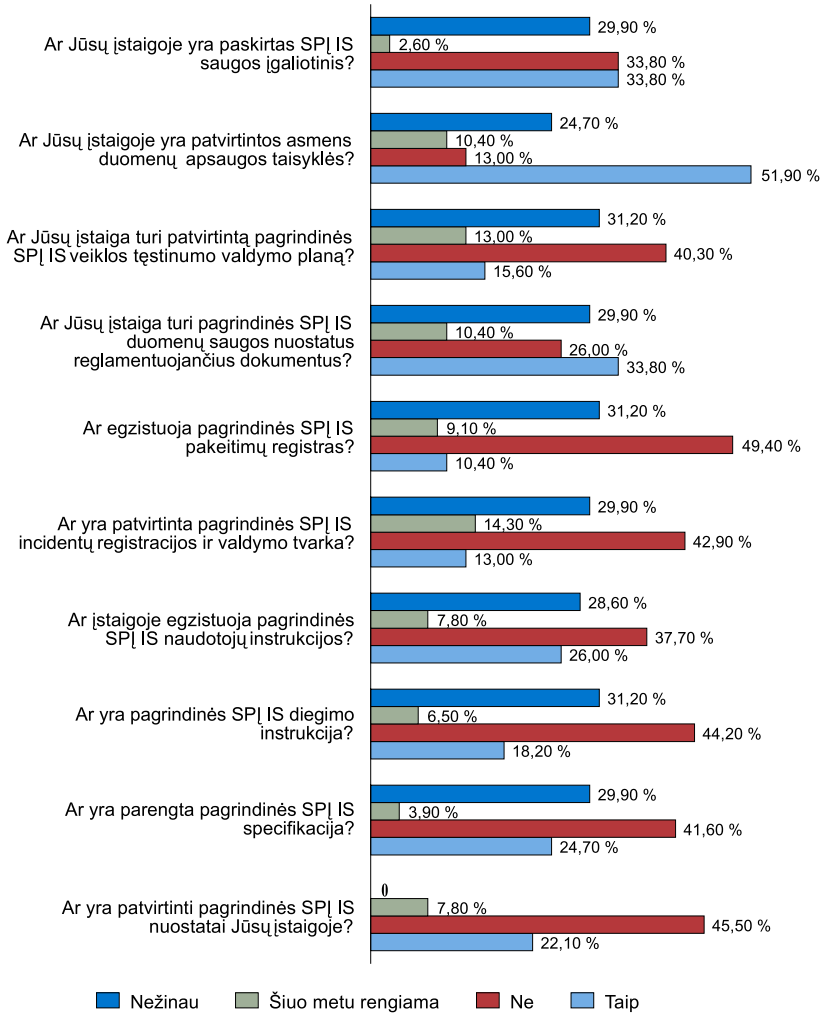


63 paveikslas. Patikimiausios, SPĮ vadovų nuomone, IT įmonės, proc.

Lyginant SPĮ vadovų iš valstybinio ir privataus sektoriaus nuomonę, matyti nuomonių skirtumas. IT įmonės – UAB „Blue Bridge“ (7,8 proc.), UAB „S4ID“ (3,9 proc.), UAB „Ernst & Jung Baltic“ (2,6 proc.), UAB „PricewaterhouseCoopers“ (2,6 proc.), UAB „Affecto Lietuva“ (2,6 proc.), UAB „Santa Monica Networks“ (1,8 proc.) – kaip patikimas nurodė savi-valdybės SPĮ vadovai. Tuo tarpu privačių SPĮ vadovai kaip patikimiausias nurodė UAB „Atea“, UAB „Algoritmų sistemos“ bei UAB „Alna Software“.

SPĮ vadovų buvo teirujamasi ir apie SPĮ IS teisinį reglamentavimą: ar yra parengti ir patvirtinti SPĮ IS nuostatai vadovaujamosiose įstaigose, ar parengta SPĮ IS specifikacija.

Ar Jūsų SPĮ:



64 paveikslas. SPĮ IS teisinis reglamentavimas

Apie pusė vadovų nurodė, kad jų SPĮ yra patvirtintos asmens duomenų apsaugos taisyklės, maždaug trečdalis – kad jie turi paskyrę informacii-

nių sistemų saugos įgaliotinių ir yra parengę informacinių sistemų duomenų saugos nuostatus reglamentuojančius dokumentus. Kiti su informacinėmis sistemomis susiję nuostatai, instrukcijos, dokumentai buvo minimi rečiau.

3.4. Apibendrinimas

Išnagrinėjus atlikto tyrimo duomenis galima teigti, kad SPĮ, kuriose diegiamos e. sveikatos technologijos, vadovai yra ganėtinai gerai susipažinę su Lietuvoje teikiamomis e. sveikatos paslaugomis – visi išvardyti e. sveikatos technologiniai sprendimai buvo žinomi bent trečdaliui apklaustos respondentų. Respondentai taip pat nurodė, kad labiausiai jiems Lietuvos e. sveikatos sistemoje trūksta receptų formos pildymo el. būdu, išankstinės pacientų registracijos el. būdu ir elektroninės sveikatos istorijos. Vis dėl to beveik pusė jų į klausimą atsakyti negalėjo. Tai rodo, kad toli gražu ne visos įstaigos diegia ir domisi e. sveikatos sistema. Pacientų draustumo ir prisirašymo sekimas el. būdu bei nedarbingumo lapelių pildymas yra dvi dažniausiai vadovų minimos paslaugos, kurias teikia jų vadovaujamos SPĮ. Remiantis apklaustos rezultatais, galima daryti išvadą, kad paslaugų įvairovei įtakos turi SPĮ dydis (įvertinto darbuotojų skaičiumi) bei vietovė – kuo daugiau darbuotojų ir kuo didesnis miestas, tuo didesnė paslaugų įvairovė. Taip pat pažymima, kad valstybės, savivaldybės SPĮ siūlo didesnę paslaugų įvairovę nei privačios įmonės. Vadovai nurodė, kad lėšų bei žmogiškųjų išteklių / kompetencijų trūkumas yra pagrindinės priežastys, kodėl e. paslaugų įvairovė nėra toks didelė, kokios norėtusi. Kaimo vietovėse ir mažesnėse įstaigose vadovai dažniau nurodė kompetencijų trūkumą.

Tyrimo duomenų analizė atskleidė, kad daugumos SPĮ veiklos / strateginiame plane yra numatyta e. sveikatos informacinių sistemų / kitų e. sveikatos technologinių sprendimų plėtra. Vertinant finansavimo mastą daugiau nei pusė vadovų nurodė, kad e. sveikatos plėtrai skiriama iki 5 proc. biudžeto dalies, daugiau nei 5 proc. skiria tik 3,9 proc. SPĮ. 15,6 proc. apklaustųjų nurodė, kad e. sveikatai lėšų iš viso neskiriama. Dažniausiai vadovų nurodytas pagrindinis e. sveikatos plėtros ir veiklų finansavimo šaltinis yra pačios įstaigos lėšos (74 proc.), tačiau trečdaliu atvejų yra finansuojama ir iš ES struktūrinių fondų. Vis dėlto privačiose įstaigose finansavimo iš ES struktūrinių fondų nenurodė nė vienas respondentas.

Dauguma vadovų nurodė, kad e. sveikatos informacinių sistemų / kitų e. sveikatos technologinių sprendimų plėtra yra įtraukta į įstaigos veiklos / strateginį planą. Tuo tarpu į analogišką klausimą teigiamai atsakė tik penktadalis sveikatos priežiūros įstaigų personalo. Šis statistiškai reikšmingas skirtumas rodo, kad įstaigų darbuotojams trūksta informacijos apie strateginius inovacijų sprendimus įstaigose. Taip pat verta paminėti, kad privačiose įstaigose trečdalis vadovų nurodė, jog e. sveikatos paslaugų plėtra nenumatyta, o ketvirtadalis – kad strateginio plano iš viso nėra. Sprendimus, kokias e. sveikatos informacines sistemas diegti, daugumoje SPĮ priima įstaigos vadovas. Daugiau nei pusė respondentų nurodė, kad sprendžiant, kokias e. sveikatos sistemas diegti, atsižvelgiama į nacionalinę e. sveikatos plėtros strategiją ir veiksmų planą, tačiau beveik puse atvejų tariamasi su įstaigos darbuotojais. Tik penktadalis jų konsultuojasi su IT.

Nagrinėjant respondentų atsakymus pagal SPĮ nuosavybės formą, matyti didesnė valstybės reguliuojančių institucijų bei nacionalinių dokumentų įtaka priimant sprendimus. Tai rodo, jog sistemos dalyviai linkę paklusti nacionalinei e. sveikatos politikai.

Daugiau kaip pusė vadovų nurodė, kad jų SPĮ nėra specialaus SPĮ IT skyriaus. Beveik penktadalyje įstaigų IT skyriuje dirba nuo 1 iki 3 darbuotojų. Daugiau nei 4 darbuotojai dirba tik 11,7 proc. įstaigų. Vilniuje duomenys smarkiai skiriasi nuo kitų Lietuvos vietovių. Sostinėje tik penktadalis SPĮ neturi IT skyriaus, o kaimo vietovėse jo neturi net 84,60 proc. įstaigų. Dėl to daugiau nei pusėje (51,9 proc.) įstaigų techninių incidentų pašalinimo paslauga veikia ne visą įstaigos darbo laiką – daugeliu atvejų (46 proc.) šią paslaugą teikia išorinis paslaugos teikėjas. Vertinant vadovų atsakymus pagal jų SPĮ vietas, matyti panašus trūkstamų paslaugų pasiskirstymas, išsiskiria tik Vilnius, kuriame net 71,4 proc. atvejų paslaugas teikia vidinis SPĮ IT skyrius.

E. sveikatos informacinės sistemos dažniausiai (42,9 proc.) yra perkamos iš išorinio tiekėjo, tai standartinės e. sveikatos informacinės sistemos, kurios vėliau yra pritaikomos SPĮ poreikiams. Net trečdalis respondentų nurodė, kad e. sveikatos technologinių sprendimų dar neteko rinktis. Daugiau nei pusė (55 proc.) respondentų nurodė, kad yra pasirenkamas toks e. sveikatos technologinis sprendimas, kuris labiausiai atitinka TLK, VLK, SAM reikalavimus. Išskirti galima dideles įstaigas (501–1 000 darbuotojų), kurios dažniau nei mažesnės įstaigos pačios aiškinasi, kuris produktas rinkoje yra geriausias, ir tokį renkasi. Ta pati tendencija matoma Vilniaus

mieste lyginant jį su kitomis vietovėmis. Vadovai daugmaž vienodai minėjo keletą sunkumų, kylančių nusprendus įdiegti vieną ar kitą e. sveikatos informacinę sistemą / kitą e. sveikatos technologinį sprendimą: keisti darbo organizavimo procesą, apmokyti personalą, surašyti e. sveikatos technologinio sprendimo specifikaciją viešajam pirkimui, išrinkti e. sveikatos technologinį sprendimą.

Apibendrinant galima teigti, kad sveikatos priežiūros įstaigų vadovų pasitenkinimas atitinkamais su e. sveikata susijusiais sprendimais ir veiklomis, priklausomai nuo institucijos dydžio ir vietovės, skiriasi. Didžiųjų SPI vadovai, kuriose dirbančiųjų asmenų skaičius viršija 501 asmenį ir kuriose e. sveikatos technologijos geriau išplėtos, teigiamai vertino finansavimą, mokymus ir konsultacijas bei aprūpinimą kompiuteriais ir kitomis priemonėmis, tačiau neigiamai (blogai / greičiau blogai) vertino jau įdiegtų e. sveikatos informacinių sistemų, e. sveikatos technologinių sprendimų suderinamumą su išorės SPI / kitų įstaigų informacinėmis sistemomis / gebėjimą keisti duomenimis el. būdu. Tuo tarpu mažų ir vidutinių SPI vadovai (SPI, kuriose dirba nuo 10 iki 500) – neigiamai, kaip nepakankamą įvardijo finansavimą bei aprūpinimą kompiuteriais ir kitomis priemonėmis. Tyrimo duomenys leidžia daryti išvadą, kad vienas pagrindinių Lietuvos e. sveikatos plėtros iššūkių artimiausioje ateityje, siekiant užtikrinti tolimesnę sėkmingą e. sveikatos plėtrą, – mažinti esamus netolygumus.

Pasitenkinimas e. sveikatos plėtra tiesiogiai susijęs su diegiamų naujų IS ar kitų technologinių sprendimų sėkme. Naujų IS sėkmę lemia ne tik pritaikymas konkrečioms įstaigos poreikiams (62,3 proc.) arba reali nauda, pasireiškianti sumažėjusiu darbo krūviu (49,4 proc.). Pabrėžiama naujos IS ar kito technologinio sprendimo atitiktis IS naudotojų poreikiams bei gebėjimams, todėl personalo apmokymas naudotis įdiegtais e. sveikatos technologiniais sprendimais yra neatsiejamas net tik nuo naujos SPI įdiegtos IS sėkmės, bet ir lemia bendrą pasitenkinimą naujais technologiniais sprendimais įstaigoje (36,4 proc.).

SPI vadovų nuomonė, vertinant vadovaujamos e. sveikatos priežiūros įstaigose su e. sveikata susijusius sprendimus ir veiklas, nebuvo homogeniška. Didžioji dauguma respondentų pagal pritariančių skaičių teigiamai vertina jau įdiegtų e. sveikatos informacinių sistemų kokybę (59,7 proc.), apmokymus, konsultacijas (46,7 proc.), e. sveikatos technologinių sprendimų plėtros planavimą (37,7 proc.). Didžiausias nepasitenkinimas, respondentų nuomone, kyla dėl skiriamo finansavimo (45,5 proc.). Šiuo aspektu kons-

tatuotina didžiausia teigiamai ir neigiamai atsakiusių respondentų nuomonių takoskyra. Teigiamai skiriamą finansavimą vertina tik 23,4 proc. respondentų. Dvigubai daugiau respondentų finansavimą įvardijo kaip nepakankamą (45,5 proc. respondentų), o 31,2 proc. atsakė, kad sunku pasakyti.

Išnagrinėjus atlikto tyrimo duomenis matyti, kad įdiegtos e. sveikatos informacinės sistemos SPĮ vadovų yra vertinamos teigiamai dėl kelių priežasčių. Pirma, nauji technologiniai e. sveikatos sprendimai lemia geresnę SPĮ teikiamų paslaugų kokybę (46,8 proc.). Antra, padidėjo įstaigos gebėjimai aptarnauti daugiau pacientų nedidinant turimų išteklių skaičiaus (24,7 proc.) bei siekiant SPĮ greičiau reaguoti į pokyčius paskatino geresnį specialistų komandinį darbą (11,7 proc.).

Išanalizavus respondentų, kurie neigiamai vertina įdiegtus e. sveikatos sprendimus, atsakymus, nustatyta, kad ne pats e. sveikatos sprendimas ar jo diegimas vertinamas neigiamai, o su diegimu susiję procesai. Pavyzdžiui, darbuotojų priešinimasis pokyčiams – tam tikros darbuotojų grupės (vyresnių darbuotojų) vengimas naudotis įdiegta sistema. Kitas aspektas, lėmęs neigiamą nusistatymą, – komunikacijos trūkumas su IT bendrovėmis arba nesusikalbėjimas, dėl kurio įdiegta e. sveikatos informacinė sistema neatitinka jų vartotojų poreikių.

Vilniaus ir kitų didžiųjų miestų SPĮ vadovai įdiegtas e. sveikatos informacines sistemas bei kitus technologinius e. sveikatos sprendimus vertina teigiamai, o mažesniuose miestuose bei kaimo teritorijose esančių SPĮ vadovai, matyt, dėl išteklių ir kompetencijos trūkumo išskiria ir neigiamus aspektus, lemiančius net įstaigos darbo sulėtėjimą, t. y. technologiniai e. sveikatos sprendimai sąlyginai suvokiami kaip darbo našumą mažinantys veiksniai.

E. sveikatos plėtros proceso sėkmė proporcingai nedidėja vien diegiant e. sveikatos informacines sistemas ar naujus technologinius e. sveikatos sprendimus. Tai procesas, glaudžiais priklausomybės ryšiais susijęs su įvairiomis suinteresuotųjų grupėmis bei priklausantis nuo pačios SPĮ dedamų pastangų. Atsižvelgiant į tai, kad e. sveikatos paslaugų tyrimai SPĮ vykdomi ribotai – vidinių ir išorinių trukdžių nustatymas yra žemo lygio (11,7 proc. respondentų atsakė, kad jų vadovaujamos SPĮ atliekami reguliarūs (3,9 proc.) ir vienkartiniai (7,8 proc.) tyrimai) – nėra traktuojamas kaip integrali e. sveikatos dalis.

Vis dėlto, nors SPĮ naujų e. sveikatos įdiegtų sprendimų aspektu tyrimai atliekami ribotai, SPĮ vadovų nuomone, darbuotojų pasitenkinimo lygis yra aukštas (63,6 proc. respondentų mano, kad jų SPĮ darbuotojai

yra patenkinti / greičiau patenkinti įdiegtomis IS). Pagrindiniai veiksniai, lemiantys teigiamą darbuotojų nuostatą: teigiamas poveikis SPĮ, paslaugų prieinamumo ir kokybės didinimas, gerėjančios darbuotojų darbo sąlygos bei didėjanti motyvacija.

Respondentų, nurodžiusių, kad jų vadovaujамų įstaigų darbuotojai nėra patenkinti įdiegtomis naujomis IS, teigimu, didžiausias nepasitenkinimą keliantis veiksnys – techniniai trukdžiai / klaidos, lemiančios darbo sulėtėjimą bei laiko sąnaudų švaistymą klaidoms ištaisyti. Taip pat minimas ir naujų IS funkcionalumo trūkumas bei darbų dubliavimasis (tuo atveju, kai būtina analogiškus dokumentus pildyti ir kompiuteriu, ir popieriniame dokumente).

Pagrindinės įvardytos priežastys, kodėl e. sveikatos paslaugų naudojimo tyrimai neatliekami, gali būti skirstomos į tris kategorijas. Pirmą, nematoma poreikio, vyrauja nuostata, kad esant dideliame darbo krūviui tyrimams nėra laiko bei neužtenka žmogiškųjų išteklių. Antra, e. sveikatos paslaugų diegimo (ankstyvoji) stadija, t. y. manoma, kad SPĮ, kuriose dar tik pradėti e. sprendimų diegimo darbai, tyrimus vykdyti anksti. Trečia, neigiamą nuostatą dėl e. sveikatos plėtros, nesinaudojama įdiegta sistema. Taip pat įvardytas ir lėšų stygius tokiems tyrimams atlikti įstaigose.

Tyrimo duomenys atskleidžia, kad, siekiant didinti pasitenkinimą e. sveikatos plėtra, būtina įveikti vieną iš pagrindinių kliūčių – pabrėžti suinteresuotųjų pusių vaidmens svarbą kuriant ir diegiant nacionalinę e. sveikatos sistemą. Būtent suinteresuotųjų pusių įtraukimas, tyrimo duomenimis, – akivaizdžiai nevykstantis procesas SPĮ, dažnai lemiantis nepasitenkinimą bei esmines plėtros klaidas. Reta SPĮ atlieka ne tik darbuotojų nuomonių ir poreikių analizę IS atžvilgiu bei pacientų nuomonių ir poreikių tyrimus (66,3 proc. respondentų į klausimą „Ar Jūsų SPĮ pacientai yra patenkinti teikiamomis e. sveikatos paslaugomis Jūsų SPĮ?“ atsakė, kad jiems sunku pasakyti).

Respondentai, atsakę, kad jų vadovaujамų SPĮ pacientai teigiamai vertina teikiamas e. sveikatos paslaugas, kaip pagrindines priežastis išskyrė: aptarnavimo, paslaugos greitį (ypač teigiamai, respondentų teigimu, pacientai vertina registracijos internetu paslaugą), atsiveriančias didesnes galimybes bei gerėjančią paslaugų kokybę. SPĮ vadovų teigimu, pagrindiniai neigiamą pacientų e. sveikatos paslaugų vertinimą lemia analogiškos priežastys, lemiančios ir SPĮ darbuotojų priešišumą e. sveikatos elementų atžvilgiu: dažni trukdžiai, laiko sąnaudos, informacijos neatitikimas.

Išanalizavus atlikto tyrimo duomenis, konstatuojamas sveikatos priežiūros įstaigų vadovų nuomonių dvilypiškumas. Iš vienos pusės, respondentai išreiškia pasitenkinimą e. sveikatos būkle, tačiau tyrimo išdavoje atsiskleidė ir pagrindinės e. sveikatos plėtros kliūtys, lėtinančios inovatyvumo ir tvaros procesus sveikatos priežiūros organizavimo procese, atitinkamai nulemiančios ir nepasitenkinimą atskiromis e. sveikatos plėtros proceso dedamosiomis.

Sveikatos priežiūros įstaigose per pastaruosius penkerius metus konstatuotina intensyvi e. sveikatos plėtra, kurią lėmė padidėjęs e. sveikatos plėtros projektų skaičius. Per pastaruosius penkerius metus didžioji dalis respondentų (71,4 proc.) patvirtino, kad buvo įdiegtos naujos e. sveikatos informacinės sistemos bei kiti e. sveikatos technologiniai sprendimai vadovaujamosiose SPĮ. Dažniausiai tarp e. sveikatos naujų technologinių sprendimų nagrinėjamoju penkerių metų laikotarpiu yra vadovų minėtas nedarbingumo lapelių pildymas (32,7 proc. respondentų) bei SVEIDROS ir jos posistemės klasifikatorių (APAP; RSAP; SPAP ir kt.) diegimas (25,5 proc. respondentų). Matyti teigiama tendencija, lyginant su 2011 m. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos atlikta analize, kurioje tik ketvirtadalis (25 proc.) apklaustų įstaigų turėjo įsidiegiusias SPĮ IS, išskyrus SVEIDRĄ. Apie 65 proc. tų įstaigų, kurios SPĮ IS dar neturėjo, nurodė, kad planuoja ją diegti ateityje, ir 19 proc. įstaigų jau turi parengusios sistemos projektą.

Pagrindiniai veiksniai, lėmę pasirinktos e. sveikatos informacinės sistemos ar kitų technologinių e. sveikatos sprendimų diegimą SPĮ, išsiskyrė:

- poreikiui gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę iš viso pritarė 46,8 proc. respondentų, aktyviausiai – Vilniuje ir kituose didžiuosiuose miestuose esančių valstybinio sektoriaus SPĮ vadovai, kuriose dirbančių asmenų – daugiau nei 100.
- aukštesnių institucijų nurodymai, kaimo teritorijose esančių SPĮ vadovų nuomone, buvo pagrindinis veiksnys, lėmęs e. sveikatos informacinių sistemų plėtrą (iš viso teiginiui pritarė 27,3 proc. respondentai).

Tarp pagrindinių e. sveikatos plėtros veiksnių taip pat minimas siekis pateisinti gydytojų (22,1 proc.) ir pacientų lūkesčius (18,2 proc.) bei SPĮ vadovo (13 proc.) vaidmuo.

Artimiausioje ateityje pagal atsakymų dažnį pirmaujantys ir, tikėtina, greitu metu sparčiausiai bus diegiami šie e. sveikatos moduliai: išankstinė

pacientų registracija el. būdu (6,5 proc.), pacientų atvykimo registracija el. būdu (5,2 proc.), siuntimų į konsultuotis, tirtis, gydytis savo įstaigoje (ar kitoje įstaigoje) registravimas el. būdu (5,2 proc.). Vidutinėse valstybės, savivaldybės SPĮ numatyta sparčiausiai diegti e. sveikatos modulius, o pasyvesnis procesas numatomas didžiausiose (kuriose didžioji dalis e. sveikatos modulių ir kitų technologinių sprendimų jau yra įdiegti) bei mažiausiose SPĮ, kuriose e. sveikatos užuomazgos pirmiausia pasireiškė daliniu svarbiausių modulių diegimu.

Plačiausiai naudojami informacijos sklaidos būdai, kurie leidžia SPĮ darbuotojams sužinoti apie planuojamą diegti naują e. sveikatos informacinę sistemą / kitą darbo vietoje planuojamą diegti technologinį e. sveikatos sprendimą, – jau pasirinkus konkretų produktą parengti pristatymą (29,9 proc.) ir / arba nustatyti SPĮ poreikius e. sveikatos informacinėms sistemoms / technologiniams sprendimams atsižvelgiant į įstaigos e. sveikatos plėtros prioritetus (26 proc.). Dažnai SPĮ vadovai nurodė, kad darbuotojai su nauju produktu supažindinami jau įdiegus technologinį e. sveikatos sprendimą institucijoje (13 proc.), organizuojant darbuotojų mokymus naudotis vienu ar kitu nauju e. sveikatos technologiniu sprendimu (11,7 proc.). Galima teigti, kad SPĮ darbuotojai apie naują e. sveikatos informacinę sistemą sužino priėmus sprendimą diegti IS, arba dar vėliau – įdiegus naują SPĮ, kitaip tariant, nėra įtraukiami į plėtros proceso aptarimą ar diskusijas.

Tyrimo rezultatai atskleidė poreikį bendradarbiauti su kitomis suinteresuotosiomis pusėmis e. sveikatos diegimo / e. sveikatos paslaugų plėtros klausimais. Pagal bendradarbiavimo dažnį suskirsčius respondentų atsakymus konstatuotina, kad intensyviausiai bendradarbiaujama su valstybinėmis institucijomis. Dažniausiai buvo nurodoma Teritorinė ligonių kasa (16,9 proc.), Valstybinė ligonių kasa prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos (14,3 proc.), Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (13 proc.) ir „Sodra“ (10,4 proc.). Išskiriant atskirų suinteresuotųjų grupių svarbą:

- pažangiausios institucijos e. sveikatos srityje (VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos (18,2 proc.), VšĮ Centro poliklinika (9,1 proc.) – bendradarbiavimas su institucijomis lyderėmis pabrėžtas dėl keitimosi gerąja patirtimi;
- IT įmonių svarba neabejotina diegiant e. sistemas (į jas pirmiausia kreipiamasi pagalbos e. sveikatos sistemų diegimo procese).

E. sveikatos diegimo bei plėtros klausimai yra aukščiausių SPĮ vadovų diskusijų klausimas, retai įtraukiant skyrių ar padalinių vadovus. Dažniausiai minėti kiti suinteresuotieji ir galima daryti prielaidą, kad dažniau kreipiamasi bei diskutuojama su kolegomis įstaigose, kuriose dirbančių asmenų yra nuo 100 iki 500. Didžiausios SPĮ, minimos tarp e. sveikatos lyderių Lietuvoje, saikingiau kreipiasi į kitas institucijas. Būdamos pirmakės, jos turi sukaupusios unikalią patirtį.

Iš pateiktų 35 IT įmonių, dirbančių e. sveikatos plėtros srityje, patikimiausiomis nurodytos UAB „Algoritmų sistemos“, UAB „Alna Software“, UAB „Atea“, UAB „Blue Bridge“, UAB „S4ID“.

Apie pusė vadovų nurodė, kad jų SPĮ yra patvirtintos asmens duomenų apsaugos taisyklės, apie trečdalis – kad jie turi paskyrę informacinių sistemų saugos įgaliotinį ir yra parengę informacinių sistemų duomenų saugos nuostatus reglamentuojančius dokumentus. Kiti su informacinėmis sistemomis susiję nuostatai, instrukcijos, dokumentai buvo minimi rečiau.

4. TYRIMAS: GYVENTOJŲ DALYVAVIMO E. SVEIKATOS SISTEMOJE MASTAS IR TENDENCIJOS

4.1. Tyrimo tikslas

Visa e. sveikatos sistema kaip inovacija tenkina ne vien sveikatos priežiūros įstaigų personalo bei įstaigų vadybos, bet, svarbiausia, – ir gyventojų poreikius, gerinant jų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą. Šio gyventojų nuomonės reprezentatyvaus tyrimo tikslas buvo išsiaiškinti gyventojų įtraukimo ir dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastą ir tendencijas, jų pasitenkinimą e. sveikatos būkle bei poreikius e. sveikatos srityje. Buvo siekiama išsiaiškinti gyventojų įtraukimą į e. sveikatos plėtrą, gyventojų polinkį dalyvauti šiame procese, įtraukimo formas, socialinių bei demografinių charakteristikų ryšius.

Tyrimą pagal viešųjų pirkimų sutartį atliko Visuomenės nuomonės ir rinkos tyrimų centras „Vilmorus“.

4.2. Tyrimo metodika

Tyrimui pasirinktas sociologinio kiekybinio tyrimo metodas – anketavimas. Sudarytas originalus klausimynas, įtraukiant klausimus pagal kintamuosius remiantis tyrimo tikslu. Anketa parengta naudojant darbo su suinteresuotomis pusėmis valdymo priemones, pasiūlytas mokslininkų Friedmano ir Miles pagal suinteresuotųjų įtraukimo ir dalyvavimo procese lygius¹³⁴. Respondentams pateikti 37 klausimai (iš jų 10 – duomenys apie respondentą). Apklausos tikslinė grupė – 18–90 metų amžiaus Lietuvos gyventojai, apklausos būdas – interviu respondento namuose, imtis – 1 000 respondentų. Atranka – daugiapakopė, tikimybinė atranka. Respondentų atranka taikyta ir parengta taip, kad kiekvienas Lietuvos gyventojas turėtų vienodą tikimybę būti apklaustas. Duomenys surinkti atliekant interviu respondento namuose.

Respondentų demografiniai duomenys: 45 proc. respondentų – vyrai, 55 proc. – moterų. Apklausa vyko: Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiau-

¹³⁴ Friedman, A., L.; Miles, S. *Stakeholders: Theory and Practice*. Oxford University Press, 2006, p. 330.

liuose, Panevėžyje, Druskininkuose, Kauno, Alytaus, Šakių, Pakruojo, Utenos, Tauragės, Švenčionių, Raseinių, Kupiškio, Molėtų, Akmenės, Rokiškio, Kretingos, Šilutės, Telšių, Mažeikių, Marijampolės, Trakų ir Ukmergės rajonuose. Tyrimas vyko 18 miestų ir 55 kaimuose: 46 proc. respondentų gyveno didžiuosiuose Lietuvos miestuose, 54 proc. – kituose miestuose, miesteliuose ir kaimo vietovėse. Respondentų amžius: 38 proc. – iki 39 metų amžiaus; 40–49 metai – 18 proc.; 50–59 metai – 17 proc.; 27 proc. – 60–90 metų amžiaus. Bandomasis tyrimas, siekiant patikrinti anketos validumą, atliktas 2013 m. birželio 17–16 d. Kiekybinis tyrimas atliktas 2013 m. liepos 5–15 d.

20 lentelė. Statistinių paklaidų, esant skirtingiems rezultatams, dydžiai

	% 3	% 5	% 10	% 15	% 20	% 25	% 30	% 40	% 50
	97	95	90	85	80	75	70	60	50
N									
100	3,4	4,4	6,0	7,1	8,0	8,7	9,2	9,8	10,0
200	2,4	3,1	4,2	5,0	5,7	6,1	6,5	6,9	7,1
300	2,0	2,5	3,5	4,1	4,6	5,0	5,3	5,7	5,8
400	1,7	2,2	3,0	3,6	4,0	4,3	4,6	4,9	5,0
500	1,5	1,9	2,7	3,2	3,6	3,9	4,1	4,4	4,5
750	1,2	1,6	2,2	2,6	2,9	3,2	3,3	3,6	3,7
1 000	1,1	1,4	1,9	2,3	2,5	2,7	2,9	3,1	3,1

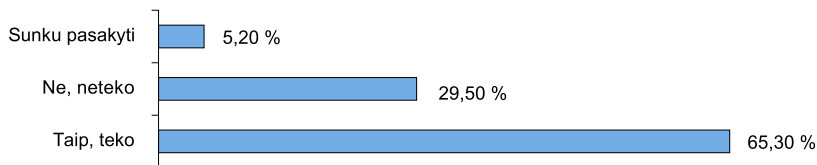
4.3. Tyrimo rezultatai

Šiame studijos skyriuje aptariamas gyventojų informuotumas apie e. sveikatą ir dalyvavimas jos procesuose. Tyrimo rezultatai leido išskirti dvi Lietuvos Respublikos gyventojų dalyvavimo e. sveikatos sistemoje formas: dalyvavimą kuriant e. sveikatos sistemą ir dalyvavimą funkcionuojant sukurtai e. sveikatos sistemai. Atskiru poskyriu pateikiama e. sveikatos sistemos vertinimas gyventojų požiūriu.

4.3.1. Informuotumas apie e. sveikatos paslaugas

Gyventojų buvo klausiama, ar jiems teko girdėti, kas yra e. sveikatos paslaugos, t. y. paslaugos, kurios gaunamos iš sveikatos priežiūros įstaigų, naudojant informacines komunikacines technologijas.

„Ar Jums teko girdėti, kas yra e. sveikatos paslaugos, t. y. paslaugos, kurios gaunamos iš sveikatos priežiūros įstaigų, naudojant informacines komunikacines technologijas, pvz., registracija pas gydytoją internetu, Jūsų rentgeno nuotrauka, laboratorinių tyrimų rezultatai šeimos ar kito gydytojo (specialisto) kompiuteryje (ir ypač kitoje sveikatos priežiūros įstaigoje, nei buvo daryti minėti tyrimai) ir pan.?“, proc.

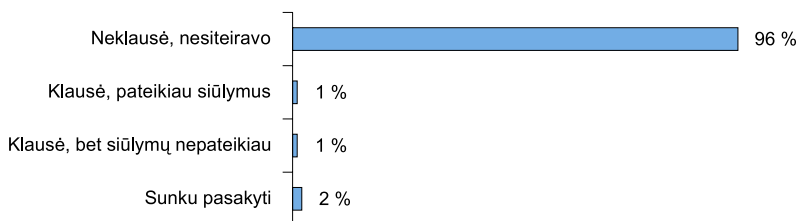


65 paveikslas. Ar teko girdėti, kas yra e. sveikatos paslaugos, proc.

Daugiau nei 65 proc. Lietuvos gyventojų yra informuoti apie e. sveikatos paslaugas. Tai teigiama tendencija. Panagrinėkime informuotumo ryšį su demografinėmis charakteristikomis. Neinformuoti ar abejojantys daugiausia yra vyresni nei 70 metų asmenys, taip pat tie, kurie neturi vidurinio išsilavinimo, nedirbantys ar pensininkai, gyvenantys kaime, silpnos sveikatos, taip pat vieniši žmonės (išsiskyrę arba našliai). Įdėmiau pažvelgę į ryšių analizę matome, kad ekonomiškai aktyvūs ir valstybinę bei visuomeninę gerovę kuriantys asmenys yra gerai informuoti apie e. sveikatą ir jos teikiamas paslaugas.

4.3.2. Dalyvavimas kuriant e. sveikatos sistemą

„Ar kas nors klausė / teiravosi Jūsų nuomonės apie e. sveikatos paslaugas Jūsų sveikatos priežiūros įstaigoje?“, proc.



66 paveikslas. Ar klausė Jūsų nuomonės, proc.

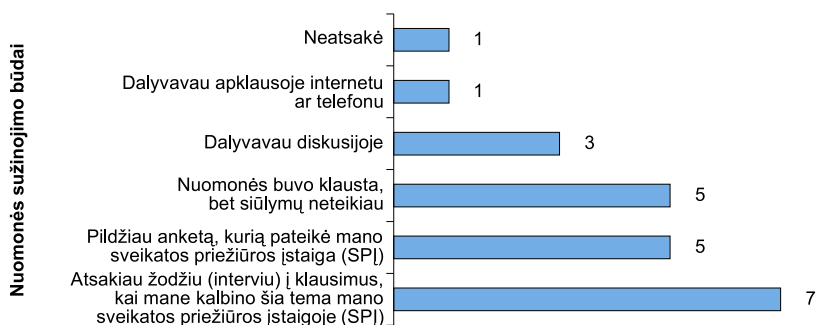
Absoliuti dauguma – 96 proc. – respondentų nurodė, kad niekas jų neklausė apie e. sveikatos paslaugas.

Tik nedidelė dalis (N = 21) teigė, kad jų buvo klausiama apie e. sveikatos paslaugas. Dažniausiai buvo klausiama žodiniame interviu (N = 7)

ir naudojant anketą (N = 5). Diskusijoje dalyvavo N = 3 respondentai, o apklausoje telefonu / internetu dalyvavo tik vienas respondentas.

Dėl e. sveikatos paslaugų savo iniciatyva siūlymus pateikė tik 1,7 proc. respondentų.

„Kokiu būdu buvo sužinota apie Jūsų nuomonę?“, respondentų skaičius

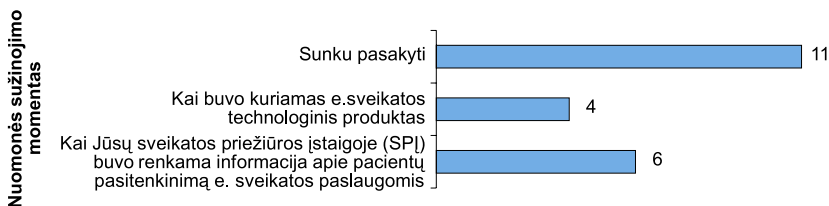


* Atsakinėjo tik respondentai, kurių nuomonės apie e. sveikatos paslaugas buvo klausama (N = 21).

67 paveikslas. Kaip buvo sužinota Jūsų nuomonė

Taigi gyventojų nuomonė kol kas yra labai nereikšminga.

„Kada Jūs išsakėte savo nuomonę?“, respondentų skaičius



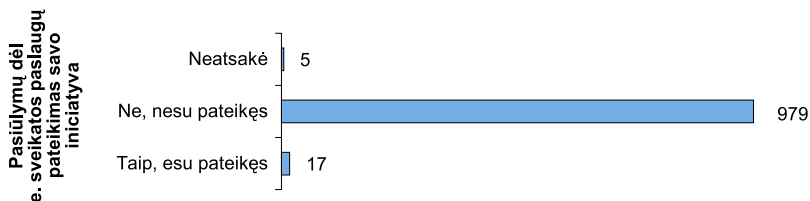
* Atsakinėjo tik respondentai, kurių nuomonės apie e. sveikatos paslaugas buvo klausama (N = 21)

68 paveikslas. „Kada Jūs išsakėte savo nuomonę?“

Tai rodo, kad gyventojų nuomonės paisoma labai retai.

Buvo užduotas klausimas ir apie savanorišką gyventojų dalyvavimą diegiant e. sveikatos sprendimus.

„Ar sveikatos priežiūros įstaigoje Jūs pats savo iniciatyva esate pateikęs siūlymus dėl e. sveikatos paslaugų?“, respondentų skaičius



69 paveikslas. Siūlymai, teikti savo iniciatyva

Savo iniciatyva siūlymus yra pateikę tik 17 respondentų. Statistinį tokios apimties ryšių vertinimą daryti būtų netikslu, tačiau galima įžvelgti, kad siūlymus gali būti labiau linkę teikti asmenys, turintys aukštąjį išsilavinimą, vyresnio amžiaus žmonės, taip pat turintys vaikų, gyvenantys mieste.

Respondentams buvo pateiktas atviras klausimas, kokių e. sveikatos paslaugų trūksta jų sveikatos priežiūros įstaigoje. Ko trūksta, įvardijo tik 163 iš tūkstančio respondentų. Dažniausiai įvardyti variantai pateikiami 13 lentelėje.

21 lentelė. „Kokių e. paslaugų trūksta Jūsų sveikatos priežiūros įstaigoje?“, respondentų skaičius ir atsakiusiųjų proc.

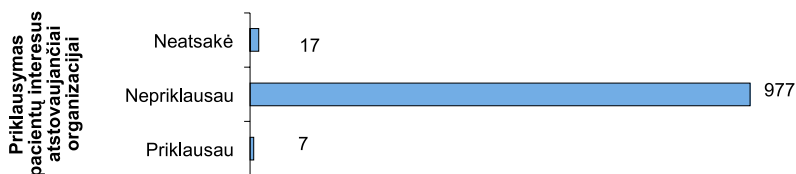
Respondentams pateikti atsakymų variantai	N	Proc.
Apie paslaugas trūksta informacijos, aiškumo	56	5,6
Pacientų registracija pas gydytoją internetu	36	3,6
Gydytojas pildo receptus el. būdu	34	3,4
Pacientas turi galimybę pasižiūrėti savo elektroninę ligos istoriją	29	2,9
Gydytojas pildo ir išsiunčia el. būdu paciento siuntimą konsultuotis, tirtis, gydytis į kitą gydymo įstaigą	20	2,0
Gydytojas / slaugytoja el. būdu užsako laboratorijos tyrimus ir / ar gauna rezultatus	18	1,8
Gydytojas el. būdu registruoja paciento siuntimą konsultuotis, tirtis, gydytis pas savo įstaigos specialistus	17	1,7
Pacientui primenama apie vizitą pas gydytoją SMS žinute	15	1,5
Kita (< 1%)*	46	4,6
Nežino / neatsakė	837	83,7
Iš viso	1 000	100,0

***Kita:** Gauti SMS registracijos patvirtinimą (0,7 proc.); gydytojas / slaugytoja el. būdu tvarko medicininę informaciją apie paciento stacionarinį gydymą (0,7 proc.); gydytojo konsultacija internetu (0,6 proc.); gydytojas / slaugytoja el. būdu saugo ir / ar peržiūri skaitmeninius vaizdus (0,6 proc.). Kitos e. paslaugos buvo minimos dar rečiau.

Dažniausiai gyventojai pažymėjo, kad trūksta aiškios informacijos apie e. sveikatos paslaugas apskritai. Pacientų registracija pas gydytoją internetu, elektroninis receptas ir elektroninė ligos istorija, kurią būtų galima pasižiūrėti, buvo minima dažniausiai kaip labiausiai trūkstamos e. sveikatos paslaugos. Kaip tik dabartiniu metu dedamos pastangos plėtoti šiuos projektus nacionaliniu mastu.

Analizuojant pagal lytį matyti, kad ir vyrams, ir moterims labiausiai trūksta aiškumo apie e. sveikatos paslaugas šioje srityje. Dėl konkrečių paslaugų vyrams labiausiai trūksta e. recepto, o moterims – registracijos pas gydytojus. Savo nuomonę dėl informacijos aiškumo (ir miestų, ir kaimų) išsakė sąlyginai didelis visų amžiaus grupių gyventojų skaičius. Tikėtina, kad problema yra ne vien kompiuterinio raštingumo ar interneto infrastruktūros sklaidos, bet daugiausia vadybinės informacijos sklaidos problemos. Apibendrinant galima teigti, kad gyventojams labiausiai trūksta šių paslaugų: pacientų registracijos pas gydytoją internetu, receptų pildymo el. būdu, galimybės pasižiūrėti savo elektroninę ligos istoriją.

„Ar Jūs priklausote pacientų interesus atstovaujančiai organizacijai?“, respondentų skaičius



70 paveikslas. Priklausymas pacientų organizacijoms, atsakiusių skaičius

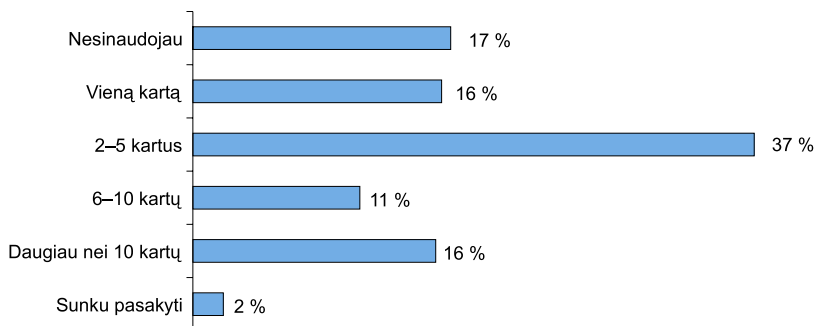
Deja, pacientų organizacijoms priklauso mažiau nei 1 proc. apklaustųjų. Tai rodo gyventojų abejingumą. Nepriklausomai nuo demografinės padėties, gyventojai yra pasyvūs gindami savo, kaip paciento, interesus.

4.3.3. Dalyvavimas funkcionuojant sukurtai e. sveikatos sistemai

Nesinaudojančių e. sveikatos priežiūros paslaugomis nėra daug – tik 17 proc. Vieną kartą pasinaudojusių yra 16 proc., o modalus naudojimosi skaičius yra 2–5 kartai – 37 proc., šešis ir daugiau kartų naudojosi 27 proc. gyventojų.

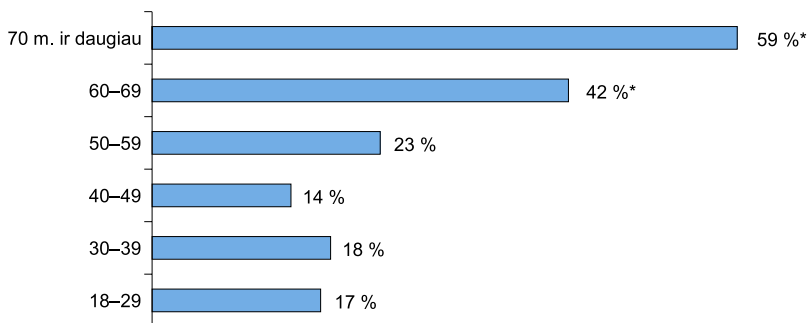
Tai rodo gana teigiamą tendenciją, sparčiai tobulėjant e. sveikatos inovacijoms.

„Ar naudojotės ir kaip dažnai naudojotės sveikatos priežiūros paslaugomis per paskutiniuosius dvejus metus?“, proc.



71 paveikslas. Naudojimasis e. sveikatos priežiūros paslaugomis per pastaruosius dvejus metus, proc.

Šešis kartus ir dažniau (sąlygiškai galima pavadinti, kad tai dažnas lankymasis) lankosi 55 proc. gyventojų, kurių sveikata yra bloga / greičiau bloga (plg. – 19 proc., kurių sveikata yra gera / greičiau gera). Daugiau tokių yra tarp didžiųjų miestų gyventojų – 32 proc. (plg. – 22 proc. rajonų centrų ir 2 proc. kaimo gyventojų) ($p < 0,05$). Natūralu, kad dažnas naudojimas sveikatos priežiūros paslaugomis priklauso nuo amžiaus ($p < 0,05$).



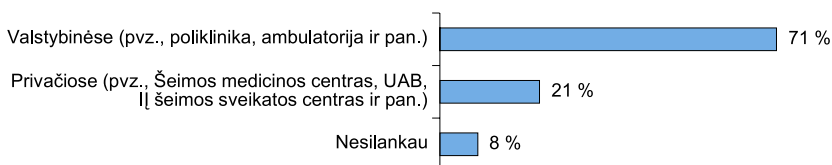
* Skirtumas reikšmingas esant $p < 0,05$

72 paveikslas. Dažno naudojimosi sveikatos priežiūros paslaugomis (6 ir daugiau kartų per metus) priklausomybė nuo amžiaus, proc.

Iki 60 metų naudojimas sveikatos priežiūros paslaugomis kinta nedaug, o nuo 60 metų – stipriai intensyvėja. Visiškai nesinaudojusių sveikatos priežiūros paslaugomis dalis įvairiose grupėse kinta mažai: net ir jau-

ni žmonės, kurių sveikata geriausia, tikrinasi sveikatą gaudami vairuotojo teises, priimami į darbą ir t. t. Buvo taip pat teiraujamosi, kokiose sveikatos priežiūros įstaigose yra lankomasi dažniau: valstybinėse ar privačiose. Naudojimosi sveikatos priežiūros paslaugomis dažnumas nepriklauso nuo to, kokiose sveikatos priežiūros įstaigose Lietuvos gyventojai lankosi dažniau – valstybinėse ar privačiose (N = 920; Z = 1,33; p = 0,185). Natūralu, kad gyventojai, dažniau besinaudojantys sveikatos priežiūros paslaugomis, dažniau naudojami ir e. sveikatos paslaugomis (N = 358; r = 0,448; p < 0,001).

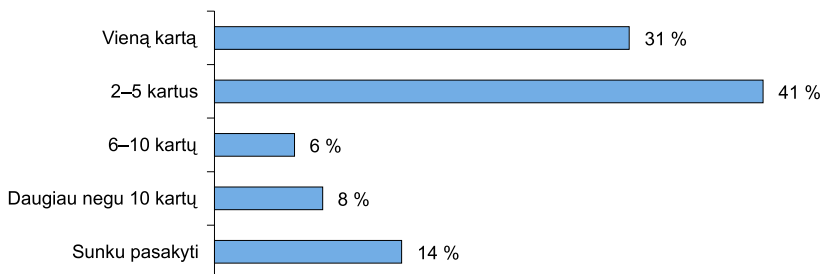
„Kokiose įstaigose lankotės dažniau?“, proc.



73 paveikslas. Lankymosi valstybinėse ir privačiose gydymo įstaigose dažnis, proc.

Dauguma gyventojų – 71 proc. – nurodė, kad dažniau lankosi valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose. Privačiose sveikatos priežiūros įstaigose dažniau lankosi 30–39 metų amžiaus žmonės – 34 proc. (p < 0,05), dirbantys specialistai – 31 proc. (p < 0,05).

„Kaip dažnai naudojotės e. sveikatos paslaugomis per pastaruosius dvejus metus?“, atsakinėja kuria nors e. paslauga pasinaudoję respondentai (N = 417), proc.



74 paveikslas. Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnis per dvejus metus, proc.

13 proc. visų gyventojų yra pasinaudoję e. paslauga 1 kartą, 2–5 kartus – 17 proc., 6–10 kartų – 3 proc., daugiau nei 10 kartų – 4 proc. Kaip ir klausiant bendrai visų gyventojų, modalus naudojimosi dažnis yra 2–5 kartai per 2 metus.

Tų, kurie naudojami e. sveikatos paslaugomis, buvo klausiama, kodėl jie taip daro, kokią jie mato naudą iš e. sveikatos paslaugų.



75 paveikslas. Naudojimasis įvairiomis atskiriomis e. sveikatos paslaugomis per dvejus metus (naudojosi respondentas ar jo gydytojas), proc. nuo visų respondentų

Gyventojai e. sveikatos paslaugomis naudojami daug rečiau, nei apie jas žino. Net populiariausia e. paslauga – registracija pas gydytoją internetu – apie kurią žino 66 proc. gyventojų, naudojami tik 45 proc. Kitomis paslaugomis gyventojai naudojami daug rečiau. Dažniausiai e. sveikatos paslaugomis naudojami turintys aukštąjį išsilavinimą ir vlniečiai ($p < 0,05$). Iš viso per dvejus metus kuriomis nors e. sveikatos paslaugomis naudojami 42 proc. respondentų.

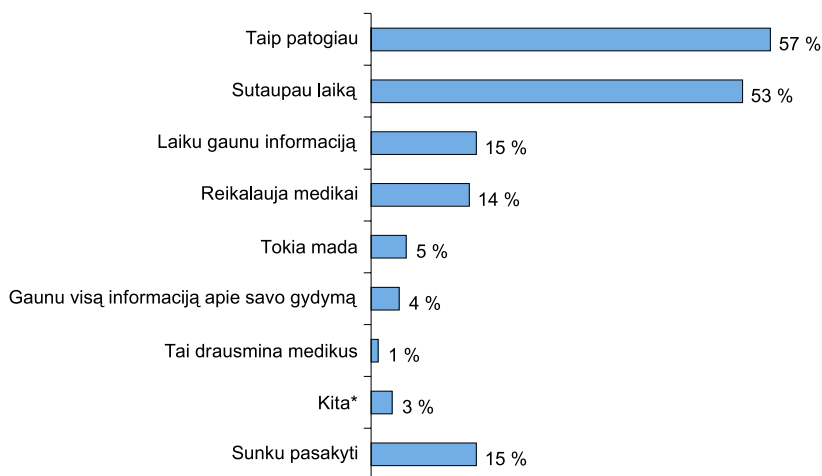
22 lentelė. Gyventojų informuotumas ir naudojimas kiekviena e. sveikatos paslaugos rūšimi

Eil. Nr.	E. sveikatos paslauga	Gyventojų dalis, kuri žino apie paslaugą		Gyventojų dalis, kuri žino apie paslaugą ir ja naudojasi	
		N	%	N	%
1.	Pacientų registracija pas gydytoją internetu	660	66,0	294	45,0
2.	Pacientui primenama apie vizitą pas gydytoją SMS žinute ar el. paštu	353	35,3	167	47,4
3.	Gydantis gydytojas elektroniniu būdu registruoja paciento siuntimą konsultuotis, gydytis, tirtis pas savo įstaigos specialistus	334	33,4	157	47,0
4.	Gydantis gydytojas pildo ir išsiunčia el. būdu paciento siuntimą konsultuotis, tirtis, gydytis į kitą gydymo įstaigą	273	27,3	93	34,1
5.	Gydantis gydytojas / slaugytoja el. būdu tvarko medicininę informaciją apie paciento stacionarinį gydymą (anamnezė, nusiskundimai ir kt.)	237	23,7	76	32,2
6.	Gydantis gydytojas / slaugytoja el. būdu užsako laboratorijos tyrimus ir / ar gauna rezultatus	283	28,3	140	49,5
7.	Gydantis gydytojas / slaugytoja el. būdu saugo ir / ar peržiūri skaitmeninius vaizdus (radiologinių ir / ar instrumentinių tyrimų rezultatus)	289	28,9	147	50,9
8.	Gydantis gydytojas pildo receptus el. būdu	129	12,9	21	16,3
9.	Gydantis gydytojas el. būdu planuoja hospitalizavimą (chirurgiškai ar terapiškai gydyti ir kt.)	152	15,2	36	23,7
10.	Gydantis gydytojas / slaugytoja el. būdu planuoja imunoprofilaktiką (skiepėjimus) ir / ar jų apskaitą	114	11,4	19	16,7
11.	Gydantis gydytojas naudojami telemedicina (telemonitoringas, telepaslaugos ir kt.)	108	10,8	27	25,0
12.	Gydantis gydytojas el. būdu stebi / seka neštumo eigą	107	10,7	17	15,9
13.	Pacientas turi galimybę pasižiūrėti savo elektroninę ligos istoriją	137	13,7	24	17,5
14.	Gydantis gydytojas pildo nedarbingumo lapelį el. būdu	428	42,8	191	44,6

Pacientų registracija pas gydytoją internetu – tai paslauga, apie kurią Lietuvos gyventojai, palyginti su kitomis e. sveikatos paslaugomis, žino daugiausiai (66 proc.). Tyrimo rezultatai rodo, kad moterų informuotumas apie šią paslaugą yra didesnis nei vyrų: 70 proc. moterų ir 61,4 proc. vyrų žino apie pacientų registraciją pas gydytoją internetu ($N = 1\ 000$; $\chi^2 = 8,014$; $p = 0,005$).

Informuotumas apie šią e. sveikatos paslaugą yra statistiškai reikšmingas tarp skirtingo amžiaus gyventojų. Vyresnio amžiaus gyventojai apie ją žino mažiau nei jaunesnio amžiaus ($N = 999$; $Z = 5,65$; $p < 0,001$). Kas ketvirtas gyventojas, žinantis šią paslaugą, yra jaunesnis nei 30 metų, ir kas ketvirtas gyventojas, nežinantis šios paslaugos, yra 70 metų ir vyresnis.

„Kodėl Jūs naudojėtės e. sveikatos paslaugomis?“, atsakinėja naudojęsi bent viena e. sveikatos paslauga respondantai (N = 417), proc.



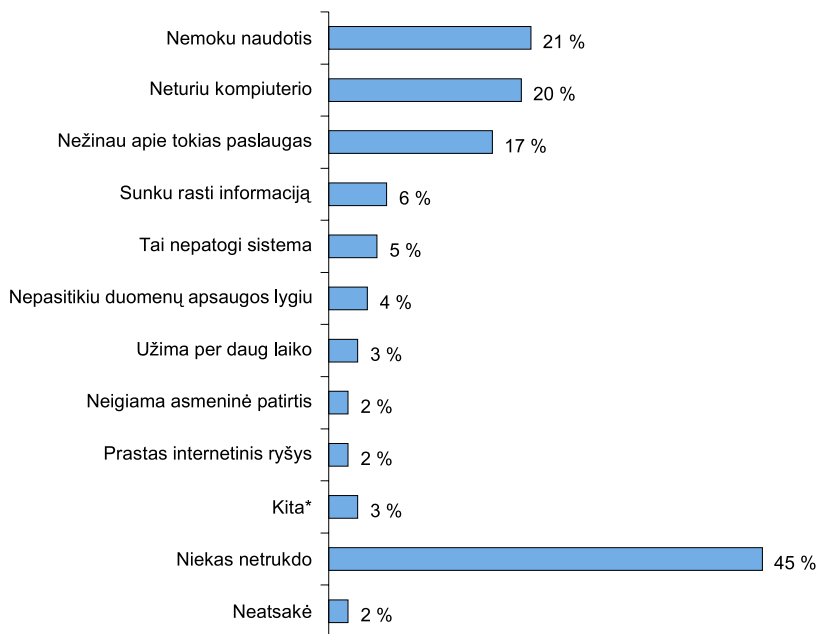
*Kita: dažniausiai buvo nurodoma, kad e. paslauga naudojosi gydytojas.

76 paveikslas. Priežastys, kodėl gyventojai naudojami e. sveikatos paslaugomis, proc.

Dažniausiai besinaudojantys e. sveikatos paslaugomis nurodė, kad taip yra patogiau – 57 proc., taip sutaupomas laikas – 53 proc. Šie atsakymai yra būdingi visoms gyventojų grupėms. Du atsakymų variantai turėjo ir tam tikrą neigiamą konotaciją: naudotis e. sveikatos paslaugomis reikalauja medikai – 14 proc. ir dabar tokia mada – 5 proc. Dažniau šiuos atsakymus pasirinko pagyvenę žmonės, neturintys vidurinio išsilavinimo.

Taip pat buvo prašoma nurodyti, kas trukdo naudotis e. sveikatos paslaugomis.

„Kas trukdo naudotis e. sveikatos paslaugomis?“, proc.

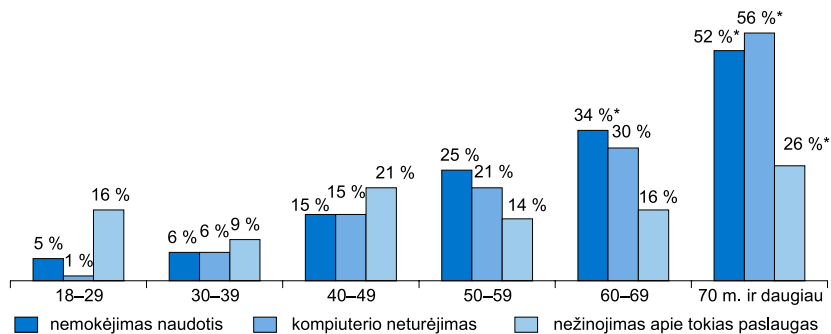


*Kita: Tokios paslaugos neteikiamos (1,4 proc.); prastas regėjimas / amžius (0,9 proc.); nebuvo poreikio (0,4 proc.). Kitos priežastys buvo minimos dar rečiau.

77 paveikslas. Naudojimosi trukdžiai, proc.

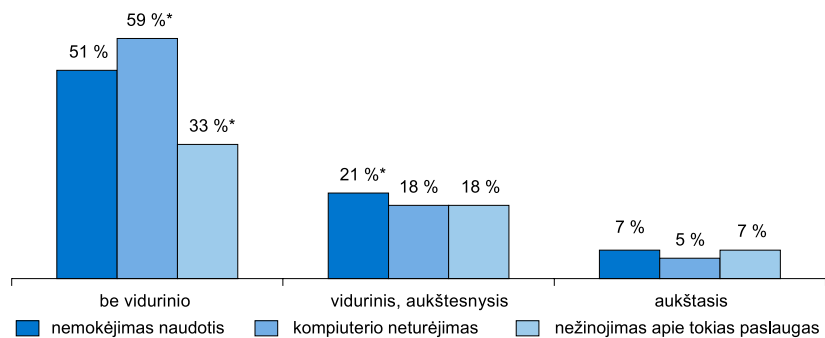
Dažniausiai buvo nurodomos trys priežastys, kodėl nesinaudojama e. sveikatos paslaugomis arba kodėl naudotis yra gana keblu. Pirmiausia tai **nemokėjimas naudotis** – 21 proc., **kompiuterio neturėjimas** – 20 proc. ir **nežinojimas apie tokias paslaugas** – 17 proc. Šios trys naudojimosi e. sveikatos paslaugomis kliūtys labai priklauso nuo amžiaus, išsilavinimo ir gyvenamosios vietos.

Šiose diagramose pagrindinių naudojimosi kliūčių e. sveikatos paslaugomis priklausomybė nuo amžiaus, išsilavinimo ir gyvenamosios vietos akivaizdi.



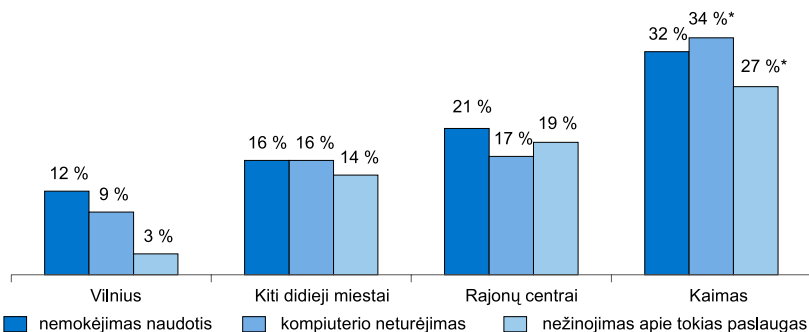
* Skirtumas reikšmingas esant $p < 0,05$

78 paveikslas. Pagrindinių nesinaudojimo priežasčių priklausomybė nuo amžiaus, proc.



* Skirtumas reikšmingas esant $p < 0,05$

79 paveikslas. Pagrindinių nesinaudojimo priežasčių priklausomybė nuo išsilavinimo, proc.



* Skirtumas reikšmingas esant $p < 0,05$

80 paveikslas. Pagrindinių nesinaudojimo priežasčių priklausomybė nuo gyvenamosios vietos, proc.

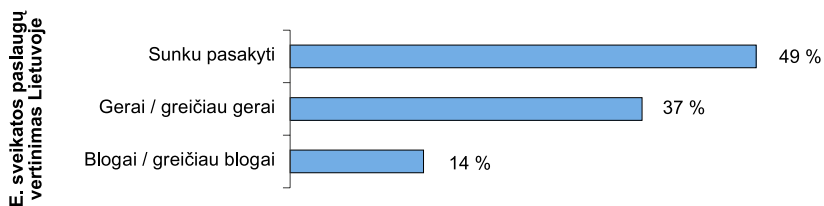
4.3.4. Lietuvos e. sveikatos sistemos vertinimas

Respondentų buvo prašoma įvertinti e. sveikatos paslaugas sveikatos priežiūros srityje apskritai ir konkrečiai toje sveikatos priežiūros įstaigoje, kurioje jie registruoti.

E. sveikatos paslaugas Lietuvoje vertinamos penkiomis kategorijomis: gerai, greičiau gerai, greičiau blogai, blogai, sunku pasakyti. Penkiose atsakymų grupėse vertinimo nuomonės pasiskirstė įvairiai, tačiau tendenciją galima išvelgti – gyventojai teikiamas e. sveikatos paslaugas vertina arba teigiamai, arba negali tiksliai apie jas pasakyti:

Vertinimas:	N	%
Gerai	130	13,0 %
Greičiau gerai	234	23,4 %
Greičiau blogai	91	9,1 %
Blogai	50	5,0 %
Sunku pasakyti	493	49,3 %
Iš viso	1 000	100,0 %

Gyventojai jaučiasi nepasirengę įvertinti e. sveikatos paslaugų – tai susiję su silpnu informavimu apie e. sveikatą, jos galimybes ir naudą.

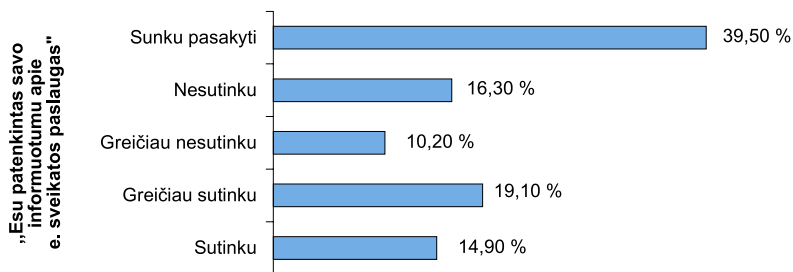


81 paveikslas. Gyventojų e. sveikatos paslaugų bendras vertinimas, proc.

Apie pusė – 49 proc. – gyventojų negalėjo įvertinti e. sveikatos paslaugų būklės. Ypač daug tokių tarp pagyvenusių – 65 proc. ($p < 0,05$), neturinčių vidurinio išsilavinimo – 75 proc., ($p < 0,05$), bedarbių – 62 proc., rajonų centrų ir kaimo žmonių.

Geriausiai e. sveikatos paslaugas Lietuvoje įvertino jaunimas (18–29 m.) – 47 proc. ($p < 0,05$), turintys aukštąjį išsilavinimą – 48 proc. ($p < 0,05$), didžiųjų miestų gyventojai – 49 proc. ($p < 0,05$).

Taip pat buvo vertinami atskiri e. sveikatos sistemos aspektai: paslaugų įvairovė, paslaugų plėtra ir kokybė.



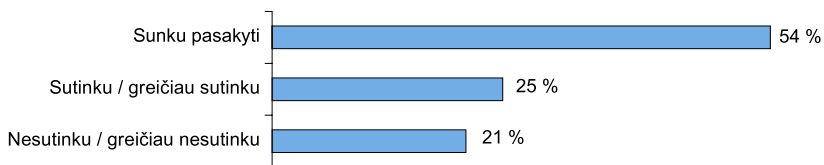
82 paveikslas. Pasitenkinimas informuotumu apie e. sveikatos būklę, proc.

Labiausiai patenkinti informuotumu, tyrimo duomenimis, yra jauni (iki 29 metų amžiaus) žmonės, taip pat aukštąjį išsilavinimą turintys asmenys. Socialinės padėties charakteristikoje išsiskyrė specialistai ir studentai / moksleiviai kaip labiausiai patenkinti savo informuotumu. Šeimose labiausiai išsiskyrė vieną vaiką auginantys asmenys. Taip pat informuotumu labiau patenkinti geros sveikatos, didesnes pajamas gaunantys asmenys, tie asmenys, kurie gyvena didmiesčiuose.

Lietuvos e. sveikatos paslaugų įvairovė vertinama penkiomis kategorijomis vertinant teiginį, kad „Lietuvoje e. sveikatos paslaugų spektras yra platus“: sutinku, greičiau sutinku, greičiau nesutinku, nesutinku, sunku pasakyti. Keturiose iš penkių atsakymų grupėse vertinimo nuomonės pasiskirstė gan tolygiai:

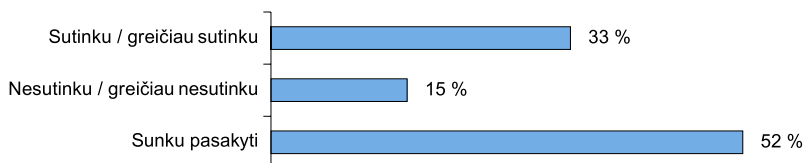
Vertinimas	N	%
Sutinku	108	10,8 %
Greičiau sutinku	144	14,4 %
Greičiau nesutinku	98	9,8 %
Nesutinku	110	11,0 %
Sunku pasakyti	541	54,1 %
Iš viso	1 000	100,0 %

Aiškiai išsiskyrė atsakymo varianto „Sunku pasakyti“ pasirinkimas, tačiau tendenciją galima įžvelgti tarp tų, kurie jautėsi galį įvertinti – gyventojai e. sveikatos paslaugų įvairovę vertina labiau teigiamai nei neigiamai. Reikšmingą poveikį analizuojant šį klausimą vėlgi turi informuotumo stygius, nes daugiau nei pusė respondentų negalėjo įvertinti teikiamų e. sveikatos paslaugų įvairovės.



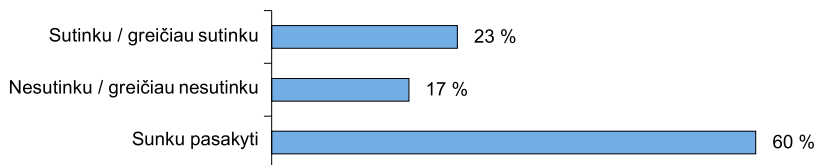
83 paveikslas. „Ar Lietuvoje yra platus e. sveikatos paslaugų spektras?“, proc.

Nagrinėjant demografinių charakteristikų kategorijas, reikšmingų skirtumų nematyti. Svarbu pasakyti, kad didelis procentas respondentų negalėjo tiksliai įvertinti, ar Lietuvos e. sveikatos paslaugų įvairovė yra didelė, ar ne. Ši tendencija kartojasi visose demografinių charakteristikų kategorijose.



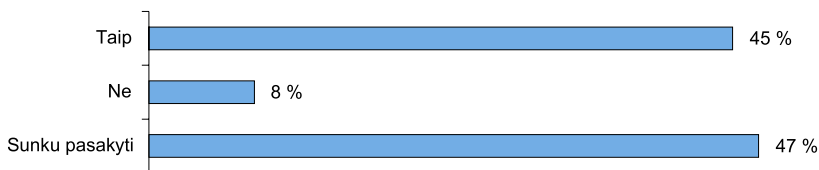
84 paveikslas. „Ar Lietuvoje e. sveikatos paslaugos sparčiai vystosi?“, proc.

Apie e. sveikatos paslaugų plėtrą savo nuomonės neturėję taip pat daugiau nei pusė gyventojų – 52 proc., tačiau teigiamai šį aspektą įvertino daug daugiau – (33 proc.) nei neigiamai.



85 paveikslas. „Ar Lietuvoje e. sveikatos paslaugos yra kokybiškos?“, proc.

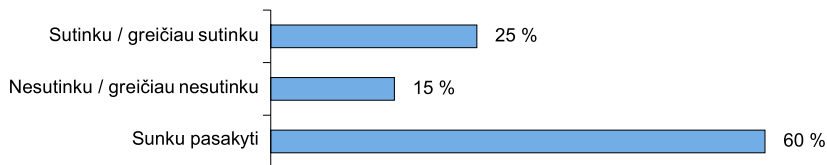
Dar daugiau gyventojų neturi nuomonės apie e. sveikatos paslaugų kokybę – 60 proc. Teigiamų kokybės vertinimų yra daugiau – 23 proc. – negu neigiamų – 17 proc.



86 paveikslas. „Ar Jūsų sveikatos priežiūros įstaigoje yra teikiamos e. sveikatos paslaugos?“, proc.

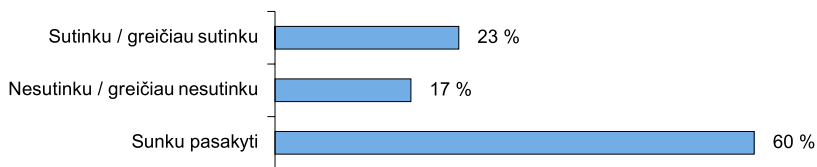
Daugiau teigiančių, kad jų sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamos e. sveikatos paslaugos, tarp jaunimo – 56 proc. ($p < 0,05$), tarp turinčių aukštąjį išsilavinimą – 60 proc. ($p < 0,05$), aukštesnių pajamų (1 001 litas ir daugiau šeimos nariui) grupėje – 56 proc. ($p < 0,05$). Gali būti, kad šios gyventojų grupės geriau „atpažįsta“ e. sveikatos paslaugas, todėl dažniau jas nurodo. E. sveikatos paslaugos dažniau yra nurodomos Vilniuje – 78 proc. ($p < 0,05$), kituose didžiuosiuose miestuose – 58 proc., ($p < 0,05$), o rečiau – rajonų centruose – 24 proc. ($p < 0,05$) ir kaime – 30 proc. ($p < 0,05$).

Respondentų buvo prašoma įvertinti savo sveikatos priežiūros įstaigos teikiamas e. sveikatos paslaugas.

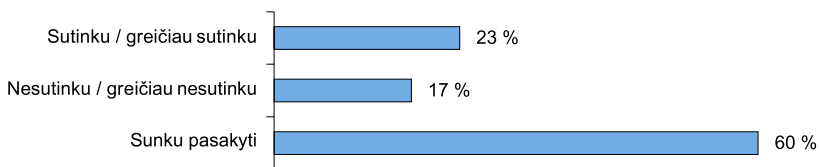


87 paveikslas. Pasitenkinimas savo sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamomis e. paslaugomis, proc.

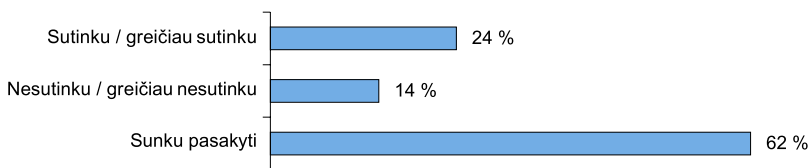
Dauguma gyventojų negalėjo įvertinti savo sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamų e. sveikatos paslaugų – 60 proc., tarp turinčių nuomonę daugiau yra tų, kurie teigiamai vertina paslaugas – 25 proc. ir mažiau vertinančių neigiamai – 15 proc. Geriau savo sveikatos priežiūros įstaigų e. paslaugas vertina jaunimas ($p < 0,05$), turintis aukštąjį išsilavinimą ($p < 0,05$), vilniečiai ir didžiųjų miestų gyventojai ($p < 0,05$). Tačiau nė vienoje socialinėje demografinėje grupėje patenkintų nėra daugiau nei pusė.



88 paveikslas. „Mano sveikatos priežiūros įstaigoje yra platus e. sveikatos paslaugų spektras“, proc.



89 paveikslas. „Mano sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamos e. sveikatos paslaugos sparčiai vystosi“, proc.

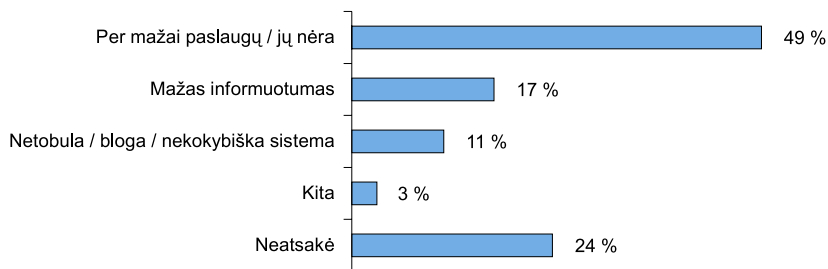


90 paveikslas. „Mano sveikatos priežiūros įstaigoje yra teikiamos kokybiškos e. paslaugos“, proc.

Savo sveikatos priežiūros įstaigos teikiamų e. sveikatos paslaugų atskirų aspektų vertinimai yra panašūs į Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų vertinimą, dauguma respondentų negalėjo įvertinti e. sveikatos paslaugų atskirų aspektų.

Respondentų, kurie yra nepatenkinti savo sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamomis e. sveikatos paslaugomis, buvo prašoma nurodyti nepasitenkinimo priežastis.

Atviru klausimu buvo bandoma išsiaiškinti nepasitenkinimo e. sveikatos paslaugomis priežastis. Populiariausia nepasitenkinimo priežastis iš 149 atsakiusiųjų buvo: e. paslaugų trūkumas. Šią priežastį nurodė 49 proc. respondentų, atsakiusiųjų į klausimą. 17 proc. respondentų skundėsi mažu informuotumu.



91 paveikslas. „Kodėl Jūs nepatenkinti / greičiau nepatenkinti Jūsų sveikatos priežiūros įstaigoje (SPI) teikiamomis e. sveikatos paslaugomis?“, proc.

4.4. Apibendrinimas

Didžioji dauguma gyventojų per dvejus metus yra apsilankę sveikatos priežiūros įstaigose. Apsilankymų skaičius sparčiai didėja sulaukus 60 metų ir daugiau. Dauguma lankosi valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose.

Dauguma gyventojų yra girdėję apie e. sveikatos paslaugas. Daug daugiau girdėjusių ar žinančių yra tarp turinčių aukštąjį išsilavinimą, aukštesnių pajamų grupėje, vilniečių, o blogiausiai apie šias paslaugas žino pagyvenę, neturintys vidurinio išsilavinimo, kaimo žmonės, bedarbiai.

Geriausiai yra žinoma (daugiau kaip pusė gyventojų) registracija pas gydytoją internetu. Nuo pusės iki ketvirtadalio gyventojų žino apie nedarbingumo lapelių pildymą el. būdu, priminimą apie vizitą pas gydytoją SMS žinute ar el. paštu, paciento siuntimo į konsultaciją savo gydymo įstaigoje registraciją el. būdu, skaitmeninių vaizdų saugojimą, laboratorinių tyrimų užsakymą el. būdu, paciento siuntimą el. būdu konsultuotis į kitą gydymo įstaigą. Daug geriau apie šias paslaugas žino turintys aukštąjį išsilavinimą.

Apie e. sveikatos paslaugas dažniausiai yra sužinoma iš šeimos gydytojo, interneto, iš draugų, pažįstamų, bendradarbių.

Didelė dalis gyventojų negalėjo įvertinti savo informuotumo apie e. sveikatos paslaugas, tačiau tarp vertinusiųjų daugiau yra pateikusių teigiamus vertinimus. Dažniau tai jaunimas, turintis aukštąjį išsilavinimą, didesnių pajamų grupė, didžiųjų miestų gyventojai.

E. sveikatos paslaugomis naudojamosi rečiau, nei apie jas žinoma. Iš viso per dvejus metus e. sveikatos paslaugomis naudojosi beveik pusė gyventojų. Dažniausiai gyventojai nurodo, kad jie naudojami pacientų re-

gistracijos pas gydytoją internetu paslauga. Kitos paslaugos minimos daug rečiau. Dažniausiai e. paslaugomis naudojasi turintys aukštąjį išsilavinimą ir vilniečiai.

Besinaudojantys e. sveikatos paslaugomis nurodo, kad jie tai daro, nes tai patogiu, taupo laiką. Dažniausiai buvo nurodomi tokie trukdžiai naudotis e. sveikatos paslaugomis: nemoka naudotis, neturi kompiuterio, nežino apie tokias paslaugas. Šie trukdžiai labiau būdingi pagyvenusiems, neturintiems išsilavinimo, kaimo gyventojams.

Pusė gyventojų negali įvertinti e. sveikatos paslaugų įvairovės Lietuvoje, tarp vertinančiųjų daugiau yra pateikusių teigiamus vertinimus. Atskiri paslaugų aspektai taip pat buvo vertinami greičiau teigiamai.

Beveik pusė gyventojų teigia, kad jų gydymo įstaigoje yra teikiamos e. sveikatos paslaugos, kone pusė to nežino. Dauguma negalėjo įvertinti savo gydymo įstaigos teikiamų e. sveikatos paslaugų. Tarp vertinančiųjų paslaugas daugiau buvo pateikusių teigiamai įverčių, atskiri paslaugų aspektai taip pat buvo vertinami greičiau teigiamai negu neigiamai.

Neigiamai vertinantys savo sveikatos priežiūros įstaigos e. sveikatos paslaugas dažniausiai nurodo, kad tų paslaugų per mažai arba jų nėra.

Absoliuti dauguma respondentų nurodė, kad jų niekas neklausė apie e. paslaugas jų gydymo įstaigoje.

Į atvirą klausimą, kokių e. paslaugų labiausiai trūksta gydymo įstaigoje, dažniausiai buvo atsakoma, kad trūksta informacijos apie teikiamas e. sveikatos paslaugas.

TYRIMŲ IŠVADOS

1. Matyti **teigiama e. sveikatos sistemos plėtros tendencija**, lyginant su 2011 m. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos atlikta analize, pagal kurią tik ketvirtadalis apklaustų įstaigų turėjo įsidiegusios e. sveikatos sistemas. Šiuo metu bent viena e. sveikatos paslauga kada nors jau yra pasinaudoję daugiau kaip du trečdaliai gyventojų. Per pastaruosius dvejus metus jomis naudojosi 42 proc. gyventojų, o 67 proc. sveikatos priežiūros įstaigų specialistų e. sveikatos informacinėmis sistemomis jau naudojasi kiekvieną dieną. Labiausiai paplitusios šios trys e. sveikatos paslaugos: išankstinė pacientų registracija el. būdu, nedarbingumo lapelių pildymas, pacientų draustumo ir prisirašymo sekimas el. būdu, statistinės ambulatorinės apskaitos formos pildymas (dabartinė 025/a-LK-forma) el. būdu.
2. Matyti dideli e. sveikatos sistemos plėtros ir diegimo **netolygumai tiek paslaugų plėtros ir prieinamumo, tiek naudojimosi jomis atžvilgiu tarp gyventojų ir medikų**. E. sveikatos paslaugos daugiausia teikiamos Vilniuje ir didžiuosiuose miestuose, mažiausiai – kaimuose ir mažose privačiose sveikatos priežiūros įstaigose. Statistiškai reikšmingai dažniau e. sveikatos paslaugomis naudojasi turintys aukštąjį išsilavinimą gyventojai ir vilniečiai. Apie trečdalis sveikatos priežiūros darbuotojų dar sunkiai orientuojasi naudodami atskirus e. sveikatos paslaugų teikimo elementus. O visus e. sveikatos elementus išmano tik kitas trečdalis specialistų ir net vadovų. Net populiariausia e. sveikatos paslauga – registracija pas gydytoją internetu (apie kurią žino 66 proc. gyventojų) – naudojasi tik trečdalis vartotojų. Medikai e. sveikatos paslaugomis savo darbe naudojami didesniu mastu – kasdien 67 proc., bet kiti 15 proc. medikų jų nenaudoja visai arba nežino, kas tai yra.
3. Tik nedidelė dalis sveikatos priežiūros specialistų mano, kad Lietuvoje yra pakankama e. sveikatos informacinių sistemų įvairovė. Dažniausiai ir vadovų, ir specialistų, ir gyventojų buvo minimos trys paslaugos, kurių vis dar labiausiai trūksta: receptų formos pildymas el. būdu, elektroninė sveikatos istorija, išankstinė pacientų registracija el. būdu. Kaip tik šioms e. sveikatos moduliams diegti pastaruoju metu ir yra skirti nacionaliniai e. sveikatos projektai. SPĮ vadovų ir medikų nuomone, daugiausia

e. paslaugoms diegti trūksta lėšų, žmogiškųjų išteklių / kompetencijos plėtoti e. sveikatos sprendimus SPI viduje, trūksta kompiuterių ir kitos techninės įrangos.

Pusė gyventojų, matyt, dėl prasto informuotumo negali įvertinti e. sveikatos paslaugų įvairovės Lietuvoje, bet tarp vertinančiųjų e. sveikatos plėtrą daugiau yra teigiamai nei neigiamai vertinančių.

4. Informuotumas apie e. sveikatos paslaugas tarp gyventojų yra nepakankamas. Ir objektyvus informuotumo lygis (paslaugų rūšys, galimybės jomis naudotis sveikatos priežiūros įstaigoje, e. sveikatos diegimo eiga Lietuvoje ir respondentų lankomose sveikatos priežiūros įstaigose), ir subjektyvus savo informuotumo vertinimas nėra pakankamas. Jaunesnio amžiaus ir gyvenantys miestuose žmonės informuoti daug geriau. Tai, kad žino atskiras e. sveikatos paslaugas (modulius) ir jomis naudojasi, buvo nurodyta labai nevienodai: nuo kas penkto iki kas antro gyventojų. Medikų informuotumas, ypač tarp vadovų, yra aukštesnio lygmens. Du trečdaliai specialistų ir vadovų teigė, kad per pastaruosius penkerius metus buvo įdiegtos naujos e. sveikatos sistemos, jas vertino teigiamai.
5. Nors naujovės medikai vertina labiau teigiamai, tačiau patį e. sveikatos diegimo procesą ir jo mastą neigiamai vertinančių medikų vis dėlto yra daug daugiau negu vertinančių teigiamai. Beje, ir medikų susidomėjimo lygmuo e. sveikata yra dar gana žemas. Nuo trečdaliu iki pusės specialistų negalėdavo atsakyti į užduotus klausimus, nes nežinojo, kaip juos vertinti. Nedidelė specialistų dalis išsakė kritinių pastabų, tokių kaip: e. sveikatos sistemos lėtina darbą, kaupiama informacija dažnai turi būti dubliuojama, t. y. kaupiama ir popierine, ir elektronine forma, padidėjo darbo krūvis. Vis dėlto ten, kur e. sveikatos sistemos įdiegtos, dauguma (trys ketvirtadaliai) apklaustų specialistų yra patenkinti įdiegtomis sistemomis, nurodoma, kad jomis patogiau naudotis, kaupiama tikslesnė informacija, darbus galima padaryti daug greičiau, pagerėjo darbo organizavimas, sumažėjo popierinių dokumentų apimtis. Pats e. sveikatos informacinių technologijų diegimas vertinamas palankiai, o kitų su šių technologijų veikimu susijusių veikų (finansavimo, planavimo, projektavimo, informacijos sklaidos ir t. t.) daugelis apklaustų medikų įvertinti negalėjo. Matyt, šiuos sprendimus priima tik vadovas.
6. Viena iš pagrindinių priežasčių, kodėl vartotojai yra ir mažai informuoti ir per mažai naudoja e. sveikatos sistemas bei yra nepatenkinti e. sveika-

tos diegimo procesu, yra ne vien e. sveikatos sistemos prieinamumas, bet ir **suinteresuotųjų įtraukimas į sprendimų priėmimą bei į e. sveikatos paslaugų kūrimą**, kad jos būtų priimtinos vartotojams. Tyrimo duomenimis, į sprendimų priėmimą yra įtraukiama tik 2,6 proc. gyventojų ir 7 proc. medikų. Tik 2 proc. besinaudojančių e. sveikatos paslaugomis gyventojų yra savo iniciatyva pateikę siūlymus, kaip gerinti e. sveikatą. Tik pusė atsakiusių medikų nurodė, kad vadovai su jais aptarė / pristatė e. sveikatos informacinių sistemų / technologinių sprendimų įtaką ir vietą organizuojant darbą konkrečioje sveikatos priežiūros įstaigoje. Daugeliu (dviem trečdaliais) atvejų personalas, o ketvirtadaliu atvejų net ir vadovai nežino, ar SPI turi strateginį veiklos planą, kuriame yra numatytas e. sveikatos modulių diegimas artimiausiu metu. Dauguma personalo nežino, kokie e. sveikatos moduliai bus diegiami artimiausioje ateityje jų įstaigoje. Tik penktadalis specialistų nurodė, kad jų buvo klausiama, ar diegiami nauji moduliai įstaigoje. Ketvirtadalis personalo nurodė žinantys, kad SPI yra patvirtinti sveikatos priežiūros įstaigų informacinių sistemų saugos nuostatai, o du trečdaliai apie tai nežino.

7. Nurodoma nemažai e. sveikatos diegimo problemų ir kliūčių. Neigiamai vertinantys e. sveikatos sistemas gyventojai dažniausiai teigia, kad tų paslaugų per mažai arba jų apkritai nėra ir kad jiems iš viso trūksta informacijos apie teikiamas e. sveikatos paslaugas, o medikai nurodo, kad dažniau ne pats e. sveikatos sprendimas ar jo diegimas yra vertinamas neigiamai, o su diegimu susiję procesai. Be finansavimo (ES struktūrinių lėšų buvo gavę tik trečdalis apklausoje dalyvavusių įstaigų), žmogiškųjų išteklių stygiaus (ypač mažose ir kaimo vietovių SPI), kilo naujovių diegimo procesų valdymo problemų, pavyzdžiui, darbuotojų priešinimasis pokyčiams: tam tikros darbuotojų grupės (ypač vyresnių darbuotojų) vengimas naudotis įdiegta sistema. Kitas aspektas, lėmęs neigiamą nuostatą, – komunikacijos trūkumas su IT bendrovėmis arba nesusikalbėjimas – dėl to įdiegta e. sveikatos informacinė sistema neatitiko naudotojų ir vartotojų poreikių. Akivaizdi žmogiškųjų išteklių problema. Daugiau kaip pusė SPI vadovų nurodė, kad jų SPI nėra specialaus SPI IT skyriaus. Sostinėje tik penktadalis SPI neturi IT skyriaus. Akivaizdi problema yra jau įdiegtų e. sveikatos informacinių sistemų, e. sveikatos technologinių sprendimų suderinamumas su išorės SPI / kitų įstaigų informacinėmis sistemomis / gebėjimas keistis duomenimis el. būdu. Kaip vieną iš pagrindinių iššūkių, diegiant e. sveikatos sprendimus SPI, vadovai nurodė

sistemų pritaikymą įstaigos poreikiams, lėšų stygių, personalo įtikinimą naudotis įdiegtais technologiniais e. sveikatos sprendimais, nežinojimą, į kokius standartus orientuotis. Tik apie pusę vadovų teigė, kad jų SPĮ yra patvirtintos asmens duomenų apsaugos taisyklės, apie trečdalis nurodė, kad jie turi paskyrę informacinių sistemų saugos įgaliotinių ir yra parengę informacinių sistemų duomenų saugos nuostatus reglamentuojančius dokumentus.

8. Tyrimo duomenys atskleidžia, kad siekiant didinti pasitenkinimą e. sveikatos plėtra, būtina įveikti vieną iš pagrindinių kliūčių – pabrėžti suinteresuotųjų pusių vaidmens svarbą kuriant ir diegiant nacionalinę e. sveikatos sistemą. Būtent suinteresuotųjų pusių įtraukimas, tyrimo duomenimis, akivaizdžiai nevykstantis procesas SPĮ, dažnai lemiantis nepasitenkinimą bei esmines plėtros klaidas. Reta SPĮ atlieka ne tik darbuotojų nuomonių ir poreikių analizę IS atžvilgiu, bet ir pacientų nuomonių beiporeikių tyrimus.
9. Galima teigti, kad e. sveikatos plėtros proceso sėkmė proporcingai nedidėja vien diegiant e. sveikatos informacines sistemas ar naujus technologinius e. sveikatos sprendimus. Tai procesas, glaudžiais priklausomybės ryšiais susijęs su įvairiomis suinteresuotųjų grupėmis bei priklausantis nuo pačios SPĮ dedamų pastangų.

PASIŪLYMAI

- Informuotumui pagerinti

Parengti ir pritaikyti informaciją apie e. sveikatos sistemą skirtingoms tikslinėms gyventojų grupėms: pagyvenę, mažiau išsilavinę, negalintys savarankiškai naudotis kompiuteriu ir jaunesni, kvalifikuoti, gerai išmanantys šiuolaikines technologijas gyventojai.

Atskirai teikti ir suaktyvinti informaciją per sveikatos priežiūros įstaigų administravimo kanalus SPĮ medikams.

Jaunimui pateikti informaciją apie e. sveikatos paslaugas per nuorodas jaunimo mėgstamuose tinklapiuose ir socialiniuose tinkluose.

Pateikiant jaunimui informaciją apie e. sveikatos paslaugas, reikia pabrėžti juos motyvuojant, kad yra ypač reikalinga jaunimo pagalba ir patarimai vyresniajai kartai: tėvams, seneliams ir t. t.

Veiksmingiau naudoti informavimą apie e. sveikatos paslaugas sveikatos priežiūros įstaigose: pirminės priežiūros centruose, poliklinikose, ligoninėse, kitose sveikatos priežiūros įstaigose, kur neretai žmonės praleidžia laiką eilėse, o tokio pobūdžio informacija ten yra ypač aktualizuota.

Atskirai būtina informuoti apie e. sveikatos galimybes ne tik Lietuvoje, bet ir konkrečioje sveikatos priežiūros įstaigoje, nes apklausa parodė, kad respondentai apie tai žino mažai (t. y. daug žmonių neturi nuomonės).

Ypač svarbus ryšių kanalas informuojant apie e. sveikatą yra šeimos gydytojas. Jie turėtų turėti dalomąją informaciją, kurią galėtų įteikti pacientui: informaciją apie e. paslaugas, informaciją apie atitinkamus tinklapius internete ir t. t.

Dalomojoje informacijoje pabrėžti e. sveikatos paslaugų pranašumus, kuriuos dažniausiai minėjo respondentai: tai labai patogu ir tai taupo laiką. Turi būti pateikiami suprantami ir lakoniški pavyzdžiai.

Plačiau ir įtaigiau informuoti visuomenę apie e. sveikatos diegimo raidą, kokia dalis gyventojų jau naudojami šiomis paslaugomis, kaip atrodo Lietuva šiuo požiūriu kitų šalių kontekste.

SPĮ naudoti gyventojų apklausas apie e. sveikatos problematiką: kokie yra pageidavimai, nusiskundimai dėl paslaugų netobulumo, ir t. t. Rekomenduotina sukurti grįžtamąjį sveikatos priežiūros įstaigų ir lankytojų ryšį.

Vykdyti kasmetinį Lietuvos gyventojų stebėseną reprezentatyvių apklausų būdu stebint keletą rodiklių: pavyzdžiui, žinojimą apie galimas e. sveikatos paslaugas, informacijos pakankamumą, naudojimąsi e. sveikatos paslaugomis.

- E. sveikatos diegimo procesui pagerinti

E. sveikatos politikoje plėsti e. sveikatos projektų mastą ne tik didžiuosiuose miestuose, bet ir kaimo vietovėse mažinant egzistuojančius netolygumus.

Įtraukti į ES struktūrinių fondų finansavimo schemas ir privačias sveikatos priežiūros įstaigas, ypač mažas ir kaimo teritorijose.

Atsižvelgiant į e. sveikatos kūrėjų, diegėjų ir vartotojų nuomonę, labiausiai trūksta: receptų formos pildymo el. būdu, elektroninės sveikatos istorijos, išankstinės pacientų registracijos el. būdu, artimiausioje ateityje prioritetą skirti šių e. paslaugų plėtrai.

Rengti specialistus specialiai e. sveikatos srityje.

Organizuoti vadovų ir atitinkamo įstaigų personalo mokymus, gerinant jų gebėjimus diegti ir plėtoti inovacijas, ir juose, be technologinių sprendimų, pateikti ir suinteresuotųjų sprendimų priėmimu įtraukimą į procesą bei komunikacijos su specifinėmis grupėmis pagrindus.

Įtraukti įstaigų darbuotojus į sprendimų priėmimą rekomenduojant vadovams daug aktyviau naudoti papildomus vadybos priemones: ne tik darbuotojų susirinkimus, bet ir *focus* grupes, atsižvelgti į nacionalinę e. sveikatos plėtros strategiją ir veiksmų planą, tartis su atsakingomis valstybės institucijomis (pvz., SAM, IVPK ir kt.), su kitomos SPI, su IT bendrovėmis, su įstaigos darbuotojais, dalyvaujant specialiai šiame projekte kuriamoje e. sveikatos suinteresuotųjų platformoje.

Organizuoti centralizuotus mokymus medikams ir IT specialistams e. sveikatos sistemos diegimo srityje.

Akivaizdu, kad e. sveikatos sistemai trūksta suinteresuotųjų bendravimo priemonės – socialinio tinklo platformos, kad būtų galima keistis ne tik patirtimi, identifikuoti problemas, bet ir gauti patarimą, kur rasti dominantę atsakymą į iškilusią problemą, bei derinti interesus. Siūlome parengti tokią platformą.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Arnstein, S. R. A Ladder of Citizen Participation. *American Institute of Planners Journal*. 1969, 35: 216-224.
2. Audit Commission. *Clinicians and finance: improving patient care*. London: Audit Commission, 2009. Web publication (retrieved 3 September 2013). <<http://www.auditcommission.gov.uk/SiteCollectionDocuments/AuditCommission-Reports/NationalStudies/20090206CliniciansAndFinanceREP.pdf>>.
3. Batalden, P. B.; Nelson, E.; Mohr, J. J.; Godfrey, M. M.; Huber, T. P.; Kosnik, L. and Ashling, K. Microsystems in health care: Part 5. How leaders are leading. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*. 2003, 29: 297-308.
4. Bate, P. Changing the culture of a hospital: from hierarchy to networked community. *Public Administration*. 2000, 78: 485-512.
5. Berwick, D. Eleven worthy aims of clinical leadership of health system reform. *Journal of American Medical Association*. 1994, p. 797-802.
6. Boudreau, M. C.; Robey, D. Enacting Integrated Information Technology: A Human Agency Perspective. *Organization Science*. 2005, 16 (1, 3): 18.
7. Bowns, I.; McNulty, T. *Reengineering LRI – An Independent Evaluation of Implementation and Impact*. University of Sheffield / Department of Health, 1999, p. 66-77.
8. Buchananm, D. A.; Fitzgeraldm, L.; Kettleym, D. (ed.). *The Sustainability and Spread of Organizational Change*. Routledge, 2007, p. 303.
9. Butler, T.; Murphym, C. Understanding the design of information technologies for knowledge management in organizations: a pragmatic perspective. *Info Systems J*. 2007, 17: 143-163.
10. Carruthers, I. *Service improvement: quality assurance of major changes to service provision*. Department of Health, London, 2007.
11. Chang, H. H. Technical and management perceptions of enterprise information system importance, implementation and benefits. *Information Systems Journal*. 2006, 16 (3): 263-292.
12. Cho, S.; Mathiassen, L.; Robey, D. Dialectics of resilience: a multi-level analysis of a telehealth innovation. *Journal of Information Technology*. 2007, 22: 24-35.
13. Constantinides, P.; Barrett, M. Negotiating ICT development and use: The case of a telemedicine system in the healthcare region of Crete. *Information and Organization*. 2006, 16: 27-55.
14. Dansky, K. H.; Thompson, D.; Sanner, T. A framework for evaluating eHealth research. *Evaluation and Program Planning*. 2006, 29 (4): 397-404.
15. Dickinson, H.; Ham, Ch. *Engaging Doctors in Leadership: Review of the Literature*. Health Services Management Centre, University of Birmingham,

- January 2008, retrieved 3 April 2014, online. <http://www.hsmc.bham.ac.uk/work/pdfs/Engaging_Doctors_Review.pdf>.
16. Doolin, B. Power and resistance in the implementation of a medical management information system. *Info Systems J.* 2004, 14: 343–362.
 17. Exton, R.; Totterdill, P. Workplace innovation: bridging knowledge and practice. *AI Soc.* 2009, 23 (1): 3–15.
 18. Ferlie, E. B.; Shortell, S. Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *Milbank Quarterly.* 2001, 79: 281–315.
 19. Fitzgerald, L.; Lilley, C.; Ferlie, E.; Addicott, R.; McGivern, G.; Buchanan, D. A. Managing change and role enactment in the professionalised organisation. *Report to the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO).* London, 2006.
 20. Friedman, A. L.; Miles, S. *Stakeholders: Theory and Practice.* New York: Oxford University Press Inc, 2006.
 21. Friedson, E. *Professional powers: a study of the institutionalization of formal knowledge.* The University of Chicago Press, London, 1986.
 22. Fitzgerald, L.; Lilley, C.; Ferlie, E.; Addicott, R.; McGivern, G.; Buchanan, D. A. Managing change and role enactment in the professionalised organisation. *Report to the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO).* 2006.
 23. Gallivan, M. J.; Keil, M. The user–developer communication process: a critical case study. *Info Systems J.* 2003, 13: 37–68.
 24. Greenhalgh, T. et al. Introduction of shared electronic records: multi-site case study using diffusion of innovation theory. *BMJ.* 2008, 337 (7677): 1040–1044.
 25. Guthrie, M. Engaging physicians in performance improvement. *American Journal of Medical Quality.* 2005, 20: 235–238.
 26. Heeks, R.; Mundy, D.; Salazar, A. Why Health Care Information Systems Succeed or Fail. *Information Systems for Public Sector Management. Working Paper Series, Paper No. 9.* Institute for Development Policy and Management. 1999.
 27. Hill, P. Making it personal: the challenge of multi-agency care. *British Journal of Healthcare Computing & Information Management.* 2007, 24 (2): 13–15.
 28. Jankauskienė, D.; Jakubčionytė A. Sveikatos priežiūros įstaigų personalo dalyvavimas e. sveikatos sistemoje. *Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai.* 2014, 1 (6): 80–98.
 29. Joshi, K.; Rai, A. Impact of the quality of information products on information system users' job satisfaction: an empirical investigation. *Info Systems J.* 2000, 10: 323–345.
 30. Juciūtė, R. Informacijos ir komunikacijos technologijų diegimas sveikatos priežiūros sektoriuje: efektyvus suinteresuotųjų pusių įtraukimas kaip viena

- iš svarbiausių priedaidų pokyčių tvarai (source language – English: ICT implementation in the health-care sector: effective stakeholders' engagement as the main precondition of change sustainability). *AI & Society*. 2009, 23, 1: 131–137.
31. Klein, R. *The New Politics of the NHS*, fifth edition, Oxford: Radcliffe Publishing. 2006.
 32. Mykolo Romerio universiteto įgyvendinamas projektas „E. sveikatos plėtos integruotos transformacijos: suinteresuotųjų pusių tinklo perspektyva“ (projekto kodas Nr. VP1–3.1-ŠMM-07-K-02-029), finansuojamas Europos socialinio fondo lėšomis pagal visuotinės dotacijos priemonę.
 33. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Analizės, kaip diegiama nacionalinė e. sveikatos sistema, galutinė ataskaita [žiūrėta 2014-01-04]. <http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/ESFproduktai/2012_analize_kaip_diegiama_nacionaline_e_sveikatos_sistema.pdf>.
 34. Lyytinen, K.; Robey, D. Learning failure in information systems development. *Information Systems Journal*. 1999, 9 (2): 85–101.
 35. Lindblom, C. K. The Implications of Organizational Legitimacy for Social Corporate Performance and Disclosure. *Presented at the Critical Perspectives on Accounting Conference*. 1994.
 36. LondonGreen, T. New strategies required to improve hospital-physician alignment. *Health Care Strategy Manage*. 2003, 21:15-17.
 37. Marsden, C. et al. Implementing an electronic patient record for Leicestershire's therapists working in the community: 2002–2005. *British Journal of Healthcare Computing and Information Management*. 2005, 22 (5): 20–22.
 38. Millward, L.; Bryan, K. Leadership in Health Care: A Position Statement. Leadership in *Health services component of the International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2005, 18 (2): 13–25.
 39. Mintzberg, H. *The structuring of organisations*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1979.
 40. Mustonen-Ollila, E.; Lyytinen, K. Why organizations adopt information system process innovations: a longitudinal study using Diffusion of Innovation theory. *Info Systems J*. 2003, 13: 275–297.
 41. Neumann, P. J.; Parente, S. T.; Paramore, L. C. Potential savings from using information technology applications in health care in the United States. *International Journal on Technology Assessment in Health Care*. 1996, 12 (3): 425–35.
 42. Orlikowski, W. Using Technology and Constituting Structures: A Practice Lens for Studying Technology in Organizations. *Organization Science*. 2000, 11, 4: 404–428.
 43. Orlikowski, W. and Iacono. Knowing in Practice: Enacting a Collective Capability in Distributed Organizing. *Organization Science*. 2002, 13, 4: 249–273.

44. Quinn, J. *Intelligent enterprise: a knowledge and service based paradigm for industry*. The Free Press, New York, 1992.
45. Rosenstein, A. A. Physician involvement in supply and materials management. *Physician Exec.* 2004, 30: 42-48.
46. Rotomskienė, R. Unfolding national eHealth implementation processes: stakeholder engagement as a key lesson from the National Health Service in England and Wales. *Socialinių mokslų studijos*. 2011, 3 (4).
47. Rotomskienė, R. Konceptinis nacionalinio e. sveikatos plėtros proceso modelis. *Socialinės technologijos*. 2011, 1 (2): 415–426.
48. Rotomskienė, R.; Tamošiūnaitė, R. Suinteresuotosios pusės e. sveikatos plėtros procese: teorija ir užsienio šalių praktinė patirtis. *Socialinės technologijos*. 2013, 3 (2): 448–471.
49. Scholl, H. J. Involving salient stakeholders. *Action Research*. 2004, 2 (3): 277–304.
50. Scott, J.; Kaiser, T. Permanent's experience of implementing an electronic medical record: a qualitative study. *BMJ*. 2005, 331 (7528): 1313–1316.
51. Shekelle, P. G. Why don't physicians enthusiastically support quality improvement programmes? *Qual Saf Health Care*. 2002, 11: 6.
52. Shortell, S. M. *Effective Hospital-Physician Relationships*. Chicago: Health Administration Press, 1991.
53. Woodard, F. *How to Achieve Effective Clinical Engagement and Leadership when Working Across Organisational Boundaries*. Practical Recommendations. Guy's St Thomas' Charity, 2007.
54. Wheeler, D.; Barry Colbert, B. and Freeman, R. E. Focusing on value: Reconciling corporate social responsibility, sustainability and a stakeholder approach in a network world. *Journal of General Management*. 2003, 28.3: 1–28.

SUMMARY

SCALE AND TENDENCIES OF STAKEHOLDERS INVOLVEMENT AND PARTICIPATION IN E-HEALTH DEVELOPMENT IN LITHUANIA

Research study

Abstract

Information and communication technology development leads to social and economic changes. Health sector without no exception is increasingly dependent on information and communication technologies that help to develop high quality health care services. 2009 - 2015 Lithuanian E-health development program¹³⁵ is designed to balance the current and emerging information and communication technologies and capabilities, national and global trends, short-term and further health care needs as well as to ensure the evolutionary Lithuanian E-health development system by consistently improving the quality of healthcare services. Many large and complex information and communication technology projects (and there is a majority of these implementing national health informatics programs) face late implementation deadlines, the increased costs and budget expenses as well as often shortened technical functionality requirement list when the work on the project has already been started. In addition, even greater challenges are being faced when technically well implemented information systems are not being used. Lithuanian health policy for E-health development in respect of its highlights, first emphasizing technical specifications, development of standards for system interoperability or flexibility of the public procurement rules, are not really the issues that determine the success or failure of the patient-centered health care development. Meanwhile, these concepts are quite often encountered among the major national objectives of E-health programs¹³⁶. Analyzing the impact of process planning and implementation on the quality and efficiency of the results, special attention must be given to

¹³⁵ Project of Lithuanian Science Council „Integrated transformations of E-health development: stakeholder network perspective“ (project code No. VPI – 3.1-ŠMM-07-K-02-029).

¹³⁶ Rotomskienė, R. (2011). The concept of national e. Health Development Process Model. *Social technologies*. 2011, 1(2): 415–426.

the management of change and stakeholder perspective, especially to the users of future information systems and their inclusion into this process. **This study aims to find out the extent of involvement of stakeholders and trends in E-health development process in Lithuania.**

Research objectives:

1. Evaluate the awareness of health care staff about E-health information technologies, the use of these technologies in their workplace, E-health technology assessment in Lithuania and their health care institution, the characteristics and problems of the implementation process of E-health technologies.
2. Figure the inclusion and participation scale of health care (HC) managers in E-health system: evaluate the awareness of HC managers of implemented E-health technologies in Lithuania, the situation about the implementation processes in their own HC institution, benefit assessment of new technologies and all problems and needs encountered in this process.
3. Evaluate the scale and tendencies of population enrollment and participation in E-health system and measure their satisfaction with E-health status and their needs of E-health.

During May 31 and October 30, 2013 three quantitative sociological studies of E-health developers, installers and users were carried out, the results of which we present in this publication.

Research Methodology. Quantitative sociological methodology was used. Selected method was the survey of opinion of respondents. Survey target groups: Lithuanian health care personnel (doctors, nurses, and laboratory technicians), HC executives, Lithuanian residents, representing general population. All methods of research are described in Sections 2.2, 3.2 and 4.2. The instruments of the research were specially and originally developed questionnaires by the authors for each group of respondents. The study is based on the theoretical concept of an integrated socio-technical approach, more particularly described in the introduction of this study, as well as the key elements of E-health¹³⁷, and tools for working with stakeholder management developed by the authors Friedman and

¹³⁷ Dansky K. H., Thompson D., Sanner T. 2006. A framework for evaluating eHealth research. *Evaluation and Program Planning*, Volume 29, Issue 4, November, p. 397-404.

Miles¹³⁸. We have provided simplified levels of stakeholder inclusion. Questionnaires also were based on the logic dictated by current E-health development problems, which had previously been discovered in other qualitative studies.

The results. A positive trend is being observed compared to 2011, when the Ministry of Health of the Republic of Lithuania had carried out an analysis in which only a quarter of the surveyed institutions had noted that they had already installed E-health systems. 67 % of health care professionals now use E-health information systems in their everyday activities. Two-thirds of the HC managers have strategically planned the process of E-health development the strategic development plans of their institutions, a third of them are aware of all E-health modules. However, big inequalities of E-health development are being observed. E-health services are mainly provided in Vilnius and major cities, the system is least developed in the villages and small private HC institutions. About one-third of health-care specialists have difficulties in working with separate E-health services or special elements of the system.

The vast majority of Lithuanian residents had been already using some of the implemented E-health services. Only 17 % are the non-users. Every second or third resident had already used the system in the past two years. However, the use of individual modules is still very uneven. The use of E-health services is much less common than the awareness of it. The most popular E-service – online registration for GP - is used only by 30 % of respondents though the awareness of it is 66 %.

Most Lithuanian health care specialists know the best of all such E-health technology solutions: online registration; completion of sick lists, check up of patient health insurance and registration status; filling the statistical ambulatory accounting form (current 025/a-LK-form). Another eleven E-health technology solutions are known to more than a third of medical professionals. Most common E-health services provided by the institutions are the same: filling in the sick leave form, check up of patient health insurance and registration status; filling the statistical ambulatory accounting form (current 025/a-LK-form). Surveyed health care specialists used these services most often. However, small part of health

¹³⁸ Friedman, A. L., Miles, S. (2006). *Stakeholders: Theory and Practice*. New York: Oxford University Press Inc

care professionals believes that Lithuania already has a sufficient spectrum of E-health information systems. Managers, professionals and residents pointed out the shortage for the three services: electronic prescription, electronic case history of the patient, online registration to the doctor. These modules are now being prioritized in national E-health development projects.

Most health care professionals and HC managers indicated that their institution has introduced new E-health information systems within the past 5 years and highlighted its positive sides. However, the scale and installation process are being evaluated more negatively than positively. In addition, the level of interest by health care specialists in E-health system is still quite low. One third of respondents could not answer all the questions, because they did not know how to evaluate them. Small part of specialists pointed out some critical remarks of the system: E-health systems slows down their work, information often overlaps with the paperwork, i.e. stored both in paper and electronic form that increases workload.

However, where E-health system is successfully implemented, the majority (3/4) of the respondents are satisfied with the systems, indicating that they are convenient to use, more accurate information is being collected, work can be done faster, better work organization and reduced volume of paperwork. If these E-health information aspects were evaluated positively, other activities (such as financing, planning, design, information etc.), could not be adequately assessed by the respondents.

One of the reasons why users have low awareness and usage of E-health system is not just for E-health accessibility, but also the inclusion of all interested parties into the decision making process. Only 2.6 % of population and 7 percent of medical personnel is included into the creation of this system. Only 2 % of residents that use E-health services had made proposals how to improve E-health.

Most often decision about E-health technology is made by the general manager of the institution. In most cases national E-health strategy and action plan as well as a meeting with the responsible state institutions (MoH, NHIF etc.) are taken into account. Only half of the responded doctors reported that general managers discussed or introduced E-health information system/technology solutions with them. They usually learn about the technology after it has already been implemented into the practice, after the specific product had been selected or in staff training about the

new system. Only one fifth of medical staff reported they were aware of their institutions priorities and needs for E-health information system and technological solutions. In most cases, the staff does not know whether their institution has a strategic plan, which includes E-health implementation modules and schedule in the near future. Usually systems are introduced to them during staff meetings. Most of the staff does not know who is implementing new E-health information system, or what modules will be implemented in the near future of the institution. Only one fifth of the professionals indicated that they were asked and knew about new modules of the system being implemented in their institution. Even less of the specialists made proposals which modules should be installed in the future. However, half of them indicated that their suggestions were taken into account. A quarter of the staff said they know that health care information system security regulations are approved in their institution. Two-thirds of the respondents note this is not known to them at all. Even more specialists are unaware of the basic IS specifications, installation instructions, user manuals, incident management and registration procedures, changes in the registry data or security regulations and work continuity management plan.

There are number of E-health development problems and obstacles. If population usually negatively evaluates the shortage of E-health services or the lack of information about them, medical professionals usually state the main problem to be the implementation of processes. Besides problems with funding (EU structural fund support have been granted only to one-third of the surveyed institutions) and human resource shortages (particularly in small and rural health care institutions) it is clear that innovation process management problems, such as employee resistance to change, are also important: certain groups of specialists (especially older people) avoid to use the system installed. Another aspect which has led to a negative attitude is the lack of communication with IT companies or miscommunication between the parties which as a consequence leads to the unmet needs of users and consumers of the E-health system. Another obvious problem is human resources. More than a half of HC managers indicated that they have no special IT department in their institution, though the situation is slightly different in the capital, where only a fifth of the respondents noted not to have an IT department. The most obvious problem is that the installed E-health information systems and technology solutions are not compatible with the external or other HC

information systems. Main challenges for the implementation of E-health solutions according to general managers are adapting the system to the needs of institution, the lack of funds, active enrolment in using these new technologies by staff, not knowing what standards to navigate.

The research data reveals that in order to increase the satisfaction of the E-health development, it is necessary to overcome one of the major obstacles - highlighting the importance of the role of stakeholders in the development and implementation of national E-health system. The lack of inclusion of stakeholders, according to the survey, is often the key element leading to dissatisfaction of the system and essential errors in the process of implementation. Very few institutions evaluate staff or patient needs and opinions in relation to IS development.

It can be said that the success of E-health development process is not increased by just the introduction of E-health information systems or new technologies. It is a process by tight dependency relationship to various stakeholder groups, and depending on the institutional efforts themselves. Author suggestions how to improve this process are being presented at the end of the study.

PRIEDAI

1 priedas: Tyrimo „Sveikatos priežiūros įstaigų personalo dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastas ir tendencijos“ klausimynas

Laba diena,

Šiuo metu Mykolo Romerio universiteto mokslininkų pavedimu atliekame sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų apklausą. Tyrimo tema – **e. sveikatos** paslaugų plėtra Lietuvoje. Iš viso bus apklausta keli šimtai respondentų. Apklausa anoniminė, duomenys bus nagrinėjami tik apibendrinta forma. Jūsų atsakymai bus labai naudingi tobulinant sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvoje.

Sąvokos:

E. sveikata yra naujai kylanti sritis sveikatos apsaugos, medicininės informatikos ir administracinės veiklos sandūroje, kuri skirta sveikatos paslaugoms ir jai reikalingai informacijai pateikti bei tobulinti panaudojant internetą ir panašias technologijas. Platesne prasme šis terminas reiškia ne tik technologinę plėtrą, bet taip pat sąmoningumo lygį, mąstymo būdą, požiūrį ir atsidavimą globaliai, tinklinei veiklai ir mąstymui, leidžiančiam esmingai pagerinti sveikatos apsaugos paslaugas vietiniu, regioniniu ir pasauliniu lygiu, panaudojant informacines ir komunikacijų technologijas. /pagal Intel/

Bendra informacija apie įstaigą ir respondentą

1. Sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – SPI) pavadinimas:

2. Įstaigos nuosavybės forma:

1. Valstybės, savivaldybės
2. Privati

3. Įstaigos tipas pagal teikiamas paslaugas:

1. Ambulatorinė
2. Stacionarinė
3. Mišri

4. Jūsų pareigos:

1. Gydytojas (-a)
2. Slaugytojas (-a)
3. Laborantas (-ė)
4. Kita _____

5. Kaip dažnai naudojātės e. sveikatos informacinėmis sistemomis savo darbe?

1. Kiekvieną dieną
2. Kartą per savaitę ar rečiau
3. Kelis kartus per savaitę
4. Kelis kartus per mėnesį
5. Kartą per pusę metų
6. Kartą per metus ar rečiau
7. Dar neteko naudotis
8. Jų naudojimas nėra mano pareigybės dalis
9. Nežinau, kas tai yra

6. Kokius žinote e. sveikatos technologinius sprendimus, kurie yra įdiegti Lietuvos SPĮ?

7. Kokias e. sveikatos paslaugas gyventojams teikia Jūsų sveikatos priežiūros įstaiga?

8. Kokiais e. sveikatos technologiniais sprendimais naudojātės savo SPĮ / darbe (gali būti daugiau nei vienas atsakymas)?

	6 kl. Žino	7 kl. Teikia	8 kl. Naudojasi
1. Išankstinė pacientų registracija el. būdu	1	1	1
2. Pacientų atvykimo registracija el. būdu	2	2	2
3. Pacientų draustumo ir prisirašymo sekimas el. būdu	3	3	3
4. Statistinės ambulatorinės apskaitos formos pildymas (dabartinė 025/a-LK forma) el. būdu	4	4	4
5. Pacientų medicininės (klinikinės) informacijos ambulatorinio apsilankymo metu pildymas (anamnezė, nusiskundimai ir kt.) el. būdu	5	5	5
6. Siuntimų konsultuotis, tirtis, gydytis savo įstaigoje registravimas el. būdu	6	6	6
7. Siuntimų konsultuotis, tirtis, gydytis į kitą įstaigą pildymas ir išsiuntimas el. būdu	7	7	7

8. Statistinės stacionarinės apskaitos formos pildymas (dabartinė 066/a-LK forma) el. būdu	8	8	8
9. Stacionaro epikrizės pildymas el. būdu	9	9	9
10. Pacientų medicininės informacijos apie stacionarinį gydymą tvarkymas (anamnezė, nusiskundimai ir kt.) el. būdu	10	10	10
11. Laboratorijos užsakymų ir / ar rezultatų valdymas el. būdu	11	11	11
12. Skaitmeninių vaizdų (radiologinių ir / ar instrumentinių tyrimų rezultatai) saugojimas ir / ar peržiūra el. būdu	12	12	12
13. Medicininės įrangos (inventoriaus) valdymas el. būdu	13	13	13
14. Vaistų užsakymo ir / ar tiekimo į padalinius valdymas el. būdu	14	14	14
15. Receptų formos pildymas el. būdu	15	15	15
16. Operacinių valdymas el. būdu	16	16	16
17. Lovų fondo valdymas el. būdu	17	17	17
18. Hospitalizavimo planavimas (chirurgiškai ar terapiškai gydyti ir kt.) el. būdu	18	18	18
19. Prevencijos programų valdymas (pacientų kvietimas išsitiirti, jų stebėseną ir kt.) el. būdu	19	19	19
20. Imunoprofilaktikos (skiepijimų) planavimas ir / ar apskaita el. būdu	20	20	20
21. Telemedicina (telemonitoringas, telepaslaugos ir kt.)	21	21	21
22. Informacijos apie gimimus, mirtis registravimas el. būdu	22	22	22
23. Nėštumų stebėjimas ir / ar sekimas el. būdu	23	23	23
24. Įstaigos išteklių (patalpų ir kt.) valdymas	24	24	24
25. Nedarbingumo lapelių pildymas	25	25	25
26. Elektroninė sveikatos istorija	26	26	26
27. Kita	27		

9. Ar, Jūsų manymu, yra pakankama e. sveikatos informacinių sistemų / technologinių sprendimų įvairovė Lietuvos SPĮ?

1. Taip
2. Ne
3. Sunku pasakyti

10. Ar pakankama e. sveikatos paslaugų gyventojams įvairovė Jūsų SPĮ?

1. Taip
2. Ne
3. Sunku pasakyti

11. Ar pakankama e. sveikatos informacinių sistemų / kitų technologinių e. sveikatos sprendimų įvairovė Jūsų SPI?

1. Taip
2. Ne
3. Sunku pasakyti

12. Kokių e. sveikatos paslaugų gyventojams labiausiai trūksta Lietuvoje?

13. Kokių e. sveikatos informacinių sistemų / e. sveikatos technologinių sprendimų labiausiai trūksta Jūsų SPI?

14. Ar per pastaruosius 5 metus buvo įdiegtos naujos e. sveikatos informacinės sistemos Jūsų SPI / darbo vietoje?

1. Taip
2. Ne
3. Nežinau

15. Jei taip, kokios? _____

16. Kaip vertinate savo įstaigoje įdiegtas e. sveikatos informacines sistemas / technologinius e. sveikatos sprendimus?

1. Gerai
2. Greičiau gerai
3. Greičiau blogai
4. Blogai
5. Sunku pasakyti

17. Kas, Jūsų manymu, yra greičiau gerai (pažymėti ne daugiau nei 3 svarbiausius atsakymus)?

1. Patogu naudotis
 2. Kaupiami tikslesnė informacija
 3. Darbus galima padaryti daug greičiau
 4. Sunku pasakyti
 5. Kita _____
-

18. Kas, Jūsų manymu, yra greičiau blogai (pažymėti ne daugiau nei 3 svarbiausius atsakymus)?

1. Napatogu naudotis
2. Lėtina darbą
3. Įdiegtos e. sveikatos informacinės sistemos neatitiko jų naudotojų poreikių
4. Sunku pasakyti
5. Kita _____

19–26. Kaip vertinate savo įstaigos su e. sveikata susijusius sprendimus ir veiklas:

	Gerai	Greičiau gerai	Greičiau blogai	Blogai	Sunku pasakyti
19. Finansavimą	1	2	3	4	5
20. E.sveikatos technologinių sprendimų plėtros planavimą	1	2	3	4	5
21. Technologinių e. sveikatos sprendimų kūrimą / projektavimą	1	2	3	4	5
22. Informacijos sklaidą apie planuojamas įdiegti e.sveikatos informacines sistemas	1	2	3	4	5
23. Jau įdiegtas e. sveikatos informacines sistemas	1	2	3	4	5
24. Apmokymus, konsultacijas	1	2	3	4	5
25. Aprūpinimą kompiuteriais ir kitomis priemonėmis	1	2	3	4	5
26. Kita _____	1	2	3	4	5

27. Jūsų manymu, ar per 5 metus Lietuvoje įvyko pokyčiai e. sveikatos sistemoje?

1. Įvyko teigiami pokyčiai
2. Pokyčių nebuvo
3. Įvyko neigiami pokyčiai
4. Sunku pasakyti

28. Ar pastebėjote pokyčius savo darbe įdiegus vieną ar kitą e. sveikatos technologinį sprendimą?

1. Įvyko teigiami pokyčiai
2. Pokyčių nebuvo
3. Įvyko neigiami pokyčiai
4. Sunku pasakyti

29. Jei taip, kokie, Jūsų manymu, yra teigiami pokyčiai?

1. Daugiau laiko galima skirti pacientams
2. Pagerėjo darbo organizavimas
3. Sumažėjo darbo krūvis
4. Sumažėjo popierinių dokumentų apimtis
5. Sunku pasakyti
6. Kita

30. Jei taip, kokie, Jūsų manymu, yra neigiami pokyčiai (pažymėti ne daugiau kaip 3 svarbiausius)?

1. Mažiau laiko lieka pacientams
2. Pablogėjo darbo organizavimas
3. Padidėjo darbo krūvis
4. Kaupiami informacija dažnai turi būti dubliuojama, t. y. kaupiama ir popierine, ir elektronine forma
5. Sunku pasakyti
6. Kita

31. Kas dažniausiai sprendžia, kokius technologinius e. sveikatos sprendimus diegti Jūsų SPI?

1. Įstaigos vadovas
2. Įstaigos IT skyrius
3. Kiekvienas darbuotojas gali teikti pasiūlymus
4. IT bendrovės teikia pasiūlymus
5. Sunku pasakyti
6. Kita

32. Kaip nusprendžiama, kokius technologinius e. sveikatos sprendimus diegti?

1. Atsižvelgiama į nacionalinę e. sveikatos plėtros strategiją ir veiksmų planą
2. Tariamasi su atsakingomis valstybės institucijomis (pvz., SAM, IVPK ir kt.)
3. Tariamasi su kitomos SPI
4. Tariamasi su IT bendrovėmis
5. Tariamasi su įstaigos darbuotojais
6. Sunku pasakyti
7. Kita

- 33. Ar Jūsų vadovai su Jumis yra aptarę / pristatę e. sveikatos informacinių sistemų / technologinių sprendimų įtaką ir vietą organizuojant darbą Jūsų SPĮ?**
1. Taip
 2. Ne
 3. Nežinau
- 34. Ar Jūsų SPĮ turi strateginį veiklos planą, kuriame yra numatyta diegti e. sveikatos modulius artimiausiu metu?**
1. Turi strateginį veiklos planą su nubrėžtais SPĮ prioritetais e. sveikatos srityje
 2. Turi strateginį veiklos planą, bet SPĮ prioritetai e. sveikatos srityje nėra minimi
 2. Neturi strateginio veiklos plano
 3. Nežinau
- 35. Kada dažniausiai Jūsų SPĮ darbuotojai sužino apie planuojamą diegti naują e. sveikatos informacinę sistemą / kitą Jūsų darbo vietoje planuojamą diegti technologinį e. sveikatos sprendimą?**
1. Identifikuojant SPĮ e. sveikatos informacinių sistemų / technologinių sprendimų poreikius ir nustatant įstaigos e. sveikatos plėtros prioritetus
 2. Pradėjus rašyti konkrečios informacinės sistemos / e. sveikatos technologinio sprendimo techninę specifikaciją
 3. Pasirinkus konkretų produktą ir pristatčius jį darbuotojams
 4. Įdiegus technologinį e. sveikatos sprendimą
 5. Kai organizuojami darbuotojų mokymai, kaip naudotis vienu ar kitu nauju e. sveikatos technologiniu sprendimu
 6. Sunku pasakyti
 7. Kita
- 36. Kaip dažniausiai Jūsų SPĮ darbuotojai sužino apie planuojamą diegti naują e. sveikatos informacinę sistemą / kitą Jūsų darbo vietoje planuojamą diegti technologinį e. sveikatos sprendimą?**
1. Informuojami SPĮ susirinkimuose
 2. Informuojami per SPĮ informacinį leidinį darbuotojams
 3. Sužinoma iš SPĮ IT skyriaus vadovo / IT specialistų
 4. Sužinoma iš kolegų
 5. Sužinoma įstaigos vadovui reguliariai bendraujant su darbuotojais el. paštu
 6. Sunku pasakyti
 7. Kita

37. Kaip dažniausiai Jūsų SPĮ yra diegiama nauja e. sveikatos informacinė sistema / kitas technologinis e. sveikatos sprendimas?

1. Savo siūlomą produktą savarankiškai įdiegia pasirinkta IT bendrovė
2. Produktą dažniausiai kuria SPĮ IT specialistai, kuriuos vėliau jie patys ir įdiegia
3. Dažniausiai pasirenkami IT tiekėjų (IT bendrovių) siūlomi standartiniai produktai, kurie vėliau pritaikomi konkreitiems SPĮ poreikiams
4. Nežinau
5. Kita

38. Kas, Jūsų manymu, yra svarbiausia diegiant naujas e. sveikatos informacines sistemas / kitus technologinius e. sveikatos sprendimus?

1. Svarbu, kad nauja e. sveikatos informacinė sistema / kitas technologinis e. sveikatos sprendimas būtų pritaikytas konkreitiems SPĮ darbo organizavimo poreikiams
2. Darbuotojų informavimas apie naują e. sveikatos informacinę sistemą / technologinį e. sveikatos sprendimą
3. Personalo mokymai, kaip naudotis
4. Sunku pasakyti
5. Kita

39. Į ką kreipiatės, jei dar nemokate naudotis nauja e. sveikatos informacine sistema / kitu Jūsų darbo vietoje įdiegtu technologiniu e. sveikatos sprendimu?

1. Į įstaigos vadovą
2. Į savo SPĮ padalinio vadovą
3. Į SPĮ IT specialistą
4. Į kolegą
5. Į išorinį konsultantą, išorinę įstaigą (pvz., IT bendrovę), kuri aptarnauja Jūsų SPĮ
6. Sunku pasakyti
7. Niekur nesikreipiu
8. Kita

40. Į ką kreipiatės, jei kilo neaiškumų dėl konkrečios naujos e. sveikatos informacinės sistemos / kito Jūsų darbo vietoje įdiegto technologinio e. sveikatos sprendimo naudojimo?

1. Į įstaigos vadovą
2. Į savo SPĮ padalinio vadovą

3. Į SPI IT specialistą
4. Į kolegą
5. Į išorinį konsultantą, išorinę įstaigą (pvz., IT bendrovę), kuri aptarnauja Jūsų SPI
6. Sunku pasakyti
7. Niekur nesikreipiu
8. Kita

41. Su kuo dažniausiai aptariate (jei tai darote) e. sveikatos technologinių sprendimų diegimo galimybes savo įstaigoje?

1. Su įstaigos vadovu
2. Su savo SPI padalinio vadovu
3. Su SPI IT specialistu
4. Su kolega
5. Su išoriniu konsultantu, išorine įstaiga (pvz., IT bendrove)
6. Neteko aptarinėti
7. Kita

42. Ar žinote, kokie e. sveikatos moduliai bus diegiami artimiausioje ateityje Jūsų įstaigoje?

1. Žinau
2. Nežinau
3. Nieko naujo nebus

43. Ar darbuotojų buvo klausama apie naujų modulių diegimą Jūsų įstaigoje?

1. Taip
2. Ne
3. Nežinau

44. Ar teikėte siūlymus, kokie moduliai turėtų būti diegiami ateityje?

1. Taip → **klausti 44 kl.**
2. Ne → **pereiti prie 46 kl.**

45. Ar Jūsų siūlymais buvo pasinaudota?

1. Taip
2. Ne
3. Nežinau

46. Kaip, Jūsų manymu, Jūsų siūlymais buvo pasinaudota?

1. Renkantis, kuriuos modulius diegti
2. Renkantis reikalavimus, kuriuos turi išpildyti naujai diegiama e. sveikatos informacinė sistema / kitas e. sveikatos technologinis sprendimas
3. Pritaikant naujai diegiamą e. sveikatos informacinę sistemą / kitą e. sveikatos technologinį sprendimą konkrečioms SPĮ poreikiams
4. Sunku pasakyti
5. Kita _____

47. Ar yra patvirtinti SPĮ IS saugos (sveikatos priežiūros įstaigų informacinių sistemų) nuostatai Jūsų įstaigoje?

1. Taip → **klausti 47 kl.**
2. Ne → **pereiti prie 48 kl.**
3. Nežinau

48. Jei ne, kodėl? _____

49. Ar esate susipažinęs su SPĮ IS saugos nuostatais?

1. Taip
2. Iš dalies
3. Ne

50. Pagrindinės SPĮ IS reglamentavimas

	Taip	Ne	Šiuo metu rengiama	Nežinau
1. Ar yra patvirtinti pagrindinės SPĮ IS nuostatai Jūsų įstaigoje?	1	2	3	
2. Ar yra parengta pagrindinės SPĮ IS specifikacija?	1	2	3	
3. Ar yra pagrindinės SPĮ IS diegimo instrukcija?	1	2	3	
4. Ar įstaigoje egzistuoja pagrindinės SPĮ IS naudotojų instrukcijos?	1	2	3	
5. Ar yra patvirtinta pagrindinės SPĮ IS incidentų registracijos ir valdymo tvarka?	1	2	3	
6. Ar egzistuoja pagrindinės SPĮ IS pakeitimų registras?	1	2	3	
7. Ar Jūsų įstaiga turi pagrindinės SPĮ IS duomenų saugos nuostatus reglamentuojančius dokumentus?	1	2	3	
8. Ar Jūsų įstaiga turi patvirtintą pagrindinės SPĮ IS veiklos tęstinumo valdymo planą?	1	2	3	

Socialiniai demografiniai duomenys**51. Lytis**

1. Vyras
2. Moteris

52. Amžius

- Iki 29 m.
- 30–39 m.
- 40–49 m.
- 50–59 m.
- Daugiau kaip 60 m.

53. Miestas / vietovė _____

2 priedas: Tyrimo „Įstaigų vadovų dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastas ir tendencijos: informuotumas apie e. sveikatą, pasitenkinimas e. sveikatos būkle bei poreikiai e. sveikatos srityje“ klausimynas

Laba diena,

Šiuo metu Mykolo Romerio universiteto mokslininkų pavedimu atliekame sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų apklausą. Tyrimo tema – **e. sveikatos** paslaugų plėtra Lietuvoje. Iš viso bus apklausta keli šimtai respondentų. Apklausa anoniminė, duomenys bus analizuojami tik apibendrinta forma. Jūsų atsakymai bus labai naudingi tobulinant sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvoje.

Sąvokos:

E. sveikata yra naujai kylanti sritis sveikatos apsaugos, medicininės informatikos ir administracinės veiklos sandūroje. Ji skirta sveikatos paslaugoms ir jai reikalingai informacijai pateikti bei tobulinti naudojant internetą ir panašias technologijas. Platesne prasme šis terminas reiškia ne tik technologinę plėtrą, bet taip pat sąmoningumo lygį, mąstymo būdą, požiūrį ir atsidavimą globaliai, tinklinei veiklai ir mąstymui, leidžiančiam esmingai pagerinti sveikatos apsaugos paslaugas vietiniu, regioniniu ir pasauliniu lygiu, naudojant informacines ir komunikacijų technologijas (pagal Intel).

1. Sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – SPI) pavadinimas:

Įrašykite: _____

2. Įstaigos nuosavybės forma:

1. Valstybės, savivaldybės
2. Privati

3. Įstaigos tipas pagal teikiamas paslaugas:

1. Ambulatorinė
2. Stacionarinė
3. Mišri

4. Jūsų pareigos:

1. SPI vadovas (-ė)
2. SPI vadovo (-ės) pavaduotojas (-a)
3. Struktūrinio padalinio vadovas (-ė)

4. Įstaigos IT skyriaus vadovas -(ė)
5. Kitas administracijos darbuotojas (-a)
6. IT specialistas -(ė)
7. Kitas _____

5. Darbuotojų skaičius:

1. Iki 10
2. 11–100
3. 101–500
4. 501–1 000
5. Per 1 000

6. Jūsų patirtis vadovaujant sveikatos priežiūros įstaigai / padaliniui. Nurodykite, kiek metų vadovaujate.

(įrašykite, kiek metų vadovaujate) _____

7. Kokius žinote e. sveikatos technologinius sprendimus, kurie yra įdiegti Lietuvos SPĮ?

8. Kokias e. sveikatos paslaugas gyventojams teikia Jūsų sveikatos priežiūros įstaiga?

9. Kokiais e. sveikatos technologiniais sprendimais naudojasi Jūsų SPĮ personalas?

	7 kl. Žino	8 kl. Teikia	9 kl. Naudojasi
1. Išankstinė pacientų registracija el. būdu	1	1	1
2. Pacientų atvykimo registracija el. būdu	2	2	2
3. Pacientų draustumo ir prisirašymo sekimas el. būdu	3	3	3
4. Statistinės ambulatorinės apskaitos formos pildymas (dabartinė 025/a-LK forma) el. būdu	4	4	4
5. Pacientų medicininės (klinikinės) informacijos ambulatorinio apsilankymo metu pildymas (anamnezė, nusiskundimai ir kt.) el. būdu	5	5	5
6. Siuntimų konsultuotis, tirtis, gydytis savo įstaigoje registravimas el. būdu	6	6	6
7. Siuntimų konsultuotis, tirtis, gydytis į kitą įstaigą pildymas ir išsiuntimas el. būdu	7	7	7
8. Statistinės stacionarinės apskaitos formos pildymas (dabartinė 066/a-LK forma) el. būdu	8	8	8

9. Stacionaro epikrizės pildymas el. būdu	9	9	9
10. Pacientų medicininės informacijos apie stacionarinį gydymą tvarkymas (anamnezė, nusiskundimai ir kt.) el. būdu	10	10	10
11. Laboratorijos užsakymų ir / ar rezultatų valdymas el. būdu	11	11	11
12. Skaitmeninių vaizdų (radiologinių ir / ar instrumentinių tyrimų rezultatai) saugojimas ir / ar peržiūra el. būdu	12	12	12
13. Medicininės įrangos (inventoriaus) valdymas el. būdu	13	13	13
14. Vaistų užsakymo ir / ar tiekimo į padalinius valdymas el. būdu	14	14	14
15. Receptų formos pildymas el. būdu	15	15	15
16. Operacinių valdymas el. būdu	16	16	16
17. Lovų fondo valdymas el. būdu	17	17	17
18. Hospitalizavimo planavimas (chirurgiškai ar terapiniškai gydyti ir kt.) el. būdu	18	18	18
19. Prevencinių programų valdymas (pacientų kvietimas išsitiirti, jų stebėsena ir kt.) el. būdu	19	19	19
20. Imunoprofilaktikos (skiepijimų) planavimas ir / ar apskaita el. būdu	20	20	20
21. Telemedicina (telemonitoringas, telepaslaugos ir kt.)	21	21	21
22. Informacijos apie gimimus, mirtis registravimas el. būdu	22	22	22
23. Nėštumų stebėjimas ir / ar sekimas el. būdu	23	23	23
24. Įstaigos išteklių (patalpų ir kt.) valdymas	24	24	24
25. Nedarbingumo lapelių pildymas	25	25	25
26. Elektroninė sveikatos istorija	26	26	26
27. Kita _____	27	27	27

10. Jūsų manymu, kokios yra pagrindinės priežastys, kad e. sveikatos informacinių sistemų / kitų technologinių e. sveikatos sprendimų įvairovė Jūsų SPĮ nėra tokia, kokios galbūt Jums norėtusi?

1. Nieko netrūksta
2. Trūksta lėšų
3. Trūksta žmogiškųjų išteklių / kompetencijos plėtoti e. sveikatos sprendimus SPĮ viduje
4. E. sveikatos informacinių sistemų / kitų technologinių e. sveikatos sprendimų plėtra SPĮ viduje nėra prioritetinis dalykas
5. Trūksta kompiuterių ir kitos techninės įrangos
6. Sunku pasakyti
7. Kita _____

11. Jūsų nuomone, kokių e. sveikatos paslaugų gyventojams labiausiai trūksta Lietuvoje?

Irašykite: _____

12. Kokių e. sveikatos informacinių sistemų / e. sveikatos technologinių sprendimų labiausiai trūksta Jūsų SPI?

Irašykite: _____

13. Ar Jūsų įstaigos veiklos / strateginiame plane yra numatyta e. sveikatos informacinių sistemų / kitų e. sveikatos technologinių sprendimų plėtra?

1. Taip
2. Ne
3. Nežinau
4. Plano nėra

14. Jei ne, kodėl?

1. E. sveikatos informacinių sistemų / kitų technologinių e. sveikatos sprendimų plėtra SPI viduje nėra prioritetas dalykas
2. Nėra skiriama atskiro finansavimo
3. Sunku pasakyti
4. Nežinau
5. Kita

15. Ar Jūsų sveikatos priežiūros įstaigoje skiriama lėšų e. sveikatos technologinių sprendimų plėtrai?

1. Taip, skiriama
2. Ne, neskiriama
3. Sunku pasakyti
4. Kita

16. Kokia vidutiniškai Jūsų sveikatos priežiūros įstaigos biudžeto dalis yra skiriama e. sveikatos plėtrai (nurodykite procentais)?

1. Iki 1 proc.
2. 2–5 proc.
3. 6–10 proc.
4. Kita _____

17. Kokie yra svarbiausi finansavimo šaltiniai?

1. Pačios įstaigos lėšos
2. Valstybės lėšos
3. Savivaldybės lėšos
4. PSD fondas
5. Valstybės investicijų programos
6. Privачios lėšos
7. ES struktūriniai fondai
8. Kiti fondai
9. Sunku pasakyti
10. Kita _____

18. Kas Jūsų SPĮ sprendžia, kokias e. sveikatos informacines sistemas diegti?

1. Įstaigos vadovas
2. Įstaigos IT skyriaus vadovas
3. Speciali darbo grupė
4. Sunku pasakyti
5. Kita

19. Kaip nusprendžiama, kokias informacines e. sveikatos sistemas diegti?

1. Atsižvelgiama į nacionalinę e. sveikatos plėtros strategiją ir veiksmų planą
2. Derinama / gaunami nurodymai iš atsakingų valstybės institucijų (pvz., SAM, IVPK ir kt.)
3. Derinama su kitomis SPĮ
4. Konsultuojamasi su IT bendrovėmis
5. Tariamasi su įstaigos darbuotojais
6. Sunku pasakyti
7. Kita

20. Kiek žmonių dirba Jūsų SPĮ IT skyriuje?

1. Neturime skyriaus
2. 1–3
3. 4–6
4. Iki 10
5. Daugiau nei 10
6. Perkame paslaugas iš išorės paslaugų teikėjo

21. Ar techninių incidentų pašalinimo paslauga Jūsų SPĮ veikia visą įstaigos darbo laiką?

1. Taip
2. Ne

21A. Jei ne, nurodykite, kada neveikia (komentarai)?

Įrašykite: _____

22. Kas teikia techninių incidentų pašalinimo paslaugą?

1. SPĮ IT skyrius
2. Išorinis paslaugos teikėjas
3. Kita

23. Kokias e. sveikatos informacines sistemas / kitus e. sveikatos technologinius sprendimus renkatės dažniausiai?

1. E. sveikatos informacines sistemas / kitus e. sveikatos technologinius sprendimus dažniausiai kuriame patys
2. Perkame išorinio tiekėjo paslaugas sukurti vieną ar kitą produktą, tenkinantį individualius SPĮ poreikius
3. Perkame išorinio tiekėjo standartinės e. sveikatos informacines sistemas / kitus e. sveikatos technologinius sprendimus (t. y. sukurtus produktus), kurie vėliau pritaikomi SPĮ poreikiams
4. Dar neteko rinktis
5. Kita _____

24. Kaip dažniausiai renkatės e. sveikatos technologinį sprendimą iš išorinių tiekėjų?

1. Renkamės tą, kuris labiausiai atitinka TLK, VLK, SAM reikalavimus
2. Patys aiškinamės, kuris produktas rinkoje yra geriausias, ir tokį renkamės
3. Konsultuojamės su kitomis SPĮ
4. Konsultuojamės su IT bendrovėmis
5. Sunku pasakyti
- 6 Kita

25. Kas yra sunkiausia nusprendus įdiegti vieną ar kitą e. sveikatos informacinę sistemą / kitą e. sveikatos technologinį sprendimą?

1. Surašyti viešojo pirkimo e. sveikatos technologinio sprendimo techninę specifikaciją
2. Išsirinkti e. sveikatos technologinį sprendimą

3. Pasirinkti e. sveikatos technologinio sprendimo tiekėją
4. Apmokyti personalą
5. Keisti darbo organizavimo procesą
6. Sunku pasakyti
7. Kita

26. Kokie buvo pagrindiniai iššūkiai, su kuriais susidūrėte diegdami e. sveikatos sprendimus savo SPĮ:

1. Nežinojimas, į kokius standartus orientuotis
2. Duomenų saugos aspektai
3. Lėšų užsitikrinimas
4. Sistemų pritaikymas įstaigos poreikiams
5. Įtikinti personalą naudotis įdiegtais technologiniais e. sveikatos sprendimais
6. Sunku pasakyti
7. Kita

27. Kas, Jūsų manymu, lemia įdiegto e. sveikatos technologinio sprendimo sėkmę?

1. E. sveikatos sprendimo pritaikymas konkretiems įstaigos poreikiams
2. Personalo apmokymas naudotis įdiegtais e. sveikatos technologiniais sprendimais
3. IT tiekėjo patirtis ir patikimumas
4. Reali nauda, sumažintas darbo krūvis
5. Sunku pasakyti
6. Kita

28. Ar per pastaruosius 5 metus Jūsų SPĮ buvo įdiegtos naujos e. sveikatos informacinės sistemos / kiti e. sveikatos technologiniai sprendimai? Jei taip, kokios:

1. Taip. Nurodykite, kokios (pakomentuokite) _____
2. Ne
3. Nežinau

29. Kokie trys pagrindiniai veiksniai paskatino Jūsų įstaigoje įdiegti pasirinktas e. sveikatos informacinės sistemas / kitus technologinius e. sveikatos sprendimus?

1. Gydytojų lūkesčiai
2. Pacientų lūkesčiai
3. Būtinybė gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę

4. Riboti ištekliai
5. Aukštesnės institucijos nurodymai
6. SPĮ vadovas
7. SPĮ IT skyriaus vadovas
8. Inicijatyva paprastai kyla iš SPĮ medicininio personalo
9. IT bendrovės, siūlydamos savo produktus
10. Nežinau
11. Kita _____

30. Kaip vertinate Jūsų įstaigoje įdiegtas e. sveikatos informacines sistemas / technologinius e. sveikatos sprendimus?

1. Pagerėjo SPĮ teikiamų paslaugų kokybė
2. Padidėjo įstaigos gebėjimai aptarnauti daugiau pacientų naudojant tuos pačius išteklius
3. Paskatino didesnę specialistų komandinį darbą
4. Sunku pasakyti
5. Sulėtėjo įstaigos darbas
6. Įdiegtos e. sveikatos informacinės sistemos neatitiko jų naudotojų poreikių
7. Daugelis darbuotojų / tam tikros darbuotojų grupės (pvz., vyresni darbuotojai) vengia jomis naudotis
8. Kita _____

31. Ar Jūsų SPĮ yra atliekami e. sveikatos paslaugų naudojimo tyrimai?

1. Atliekami reguliarūs tyrimai => klauskite 31A
2. Atliekami vienkartiniai tyrimai => klauskite 31A
3. Tokių tyrimų nebuvo atlikta=> pereikite prie 31B

31A. Kokie e. sveikatos paslaugų naudojimo tyrimai buvo atlikti? (komentarai):

Įrašykite: _____

31B. Kodėl e. sveikatos paslaugų naudojimo tyrimai nebuvo atlikti? (komentarai):

Įrašykite: _____

KLAUSTI VISŲ

32. Jūsų manymu, ar Jūsų SPĮ darbuotojai yra patenkinti įdiegtomis e. sveikatos informacinėmis sistemomis / kitais technologiniais e. sveikatos sprendimais?

1. Patenkinti
2. Greičiau patenkinti
3. Greičiau nepatenkinti
4. Nepatenkinti
5. Sunku pasakyti

32A. Kuo patenkinti? (komentarai):

Įrašykite: _____

32B. Kuo nepatenkinti? (komentarai):

Įrašykite: _____

33. Jei daro apklausas: Ar Jūsų SPĮ pacientai yra patenkinti teikiamomis e. sveikatos paslaugomis Jūsų SPĮ?

1. Patenkinti
2. Greičiau patenkinti
3. Greičiau nepatenkinti
4. Nepatenkinti
5. Sunku pasakyti

33A. Kuo patenkinti? (komentarai):

Įrašykite: _____

33B. Kuo nepatenkinti? (komentarai):

Įrašykite: _____

34–42. Kaip vertinate Jūsų sveikatos priežiūros įstaigos su e. sveikata susijusius sprendimus ir veiklas:

	Gerai	Greičiau gerai	Greičiau blogai	Blogai	Sunku pasakyti
34. Finansavimą	1	2	3	4	5
35. E. sveikatos technologinių sprendimų plėtros planavimą	1	2	3	4	5
36. Technologinių e. sveikatos sprendimų kūrimą / projektavimą	1	2	3	4	5

37. Informacijos sklaidą apie planuojamas įdiegti e. sveikatos informacines sistemas	1	2	3	4	5
38. Jau įdiegtų e. sveikatos informacinių sistemų kokybę	1	2	3	4	5
39. Jau įdiegtų e. sveikatos informacinių sistemų / e. sveikatos technologinių sprendimų suderinamumą su išorės SPĮ / kitų įstaigų informacinėmis sistemomis / gebėjimą keistis duomenimis el. būdu	1	2	3	4	5
40. Apmokymus, konsultacijas	1	2	3	4	5
41. Aprūpinimą kompiuteriais ir kitomis priemonėmis	1	2	3	4	5
42. Kita _____	1	2	3	4	5

43. Kokie e. sveikatos moduliai bus diegiami artimiausioje ateityje Jūsų SPĮ?

Įrašykite: _____

44. Kada dažniausiai Jūsų SPĮ darbuotojai sužino apie planuojamą diegti naują e. sveikatos informacinę sistemą / kitą Jūsų darbo vietoje planuojamą diegti technologinį e. sveikatos sprendimą?

1. Nustatant SPĮ poreikius e. sveikatos informacinėms sistemoms / technologiniams sprendimams ir staigos e. sveikatos plėtros prioritetus
2. Pradėjus rašyti konkrečios informacinės sistemos / e. sveikatos technologinio sprendimo techninę specifikaciją
3. Pasirinkus konkretų produktą ir pristatčius jį darbuotojams
4. Įdiegus technologinį e. sveikatos sprendimą
5. Kai organizuojami darbuotojų mokymai, kaip naudotis vienu ar kitu nauju e. sveikatos technologiniu sprendimu
6. Sunku pasakyti
7. Kita

45. Kaip Jūsų SPĮ darbuotojai sužino apie planuojamą diegti naują e. sveikatos informacinę sistemą / kitą Jūsų darbo vietoje planuojamą diegti technologinį e. sveikatos sprendimą?

1. Informuojami SPĮ susirinkimuose
2. Informuojami per SPĮ informacinį leidinį darbuotojams
3. Sužino iš SPĮ IT skyriaus vadovo / IT specialistų
4. Sužino iš kolegų

5. Sužino įstaigos vadovui reguliariai komunikuojant su darbuotojais el.paštu
6. Sunku pasakyti
7. Kita

46. Nurodykite tris konkrečias įstaigas / organizacijas (ar asmenis) iš šorės, su kuriomis daugiausia bendradarbiaujate e. sveikatos diegimo / e. sveikatos paslaugų plėtros klausimais?

Įrašykite: _____

Įrašykite: _____

Įrašykite: _____

47. Išvardykite institucijas, kurios yra pažangiausios diegiant e. sveikatos informacines sistemas / kitus e. sveikatos technologinius sprendimus.

Įrašykite: _____

48. Išvardykite institucijas, su kuriomis konsultavotės diegdami e. sveikatos informacines sistemas / kitus e. sveikatos technologinius sprendimus.

Įrašykite: _____

49. Išvardykite, Jūsų manymu, patikimiausias IT įmones, dirbančias e. sveikatos plėtros srityje.

	Patikima	Nepatikima	Sunku pasakyti / nežinau
1. UAB „Ernst & Young Baltic“	1	2	3
2. UAB „IO projects“	1	2	3
3. UAB „PricewaterhouseCoopers“	1	2	3
4. Pricewaterhouse Coopers SIA (Latvija)	1	2	3
5. UAB „Santa Monica Networks“	1	2	3
6. UAB „Towi“	1	2	3
7. UAB „S4ID“	1	2	3
8. UAB „Metasite Business Solutions“	1	2	3
9. UAB „Glimstedt“	1	2	3
10. UAB „Tieto Lietuva“	1	2	3
11. Tieto Latvia, SIA (Latvija)	1	2	3
12. Daekyo CNS Co. Ltd (Pietų Korėja)	1	2	3

13. UAB „Affecto Lietuva“	1	2	3
14. UAB „Atea“	1	2	3
15. UAB „Algoritmų sistemos“	1	2	3
16. UAB „Webmedia“	1	2	3
17. AS „Webmedia“ (Estija)	1	2	3
18. UAB „ERP“	1	2	3
19. UAB „Sintagma“	1	2	3
20. UAB „Publicum“	1	2	3
21. UAB „Avenire“	1	2	3
22. UAB „Alna Software“	1	2	3
23. UAB „Bull Baltija“	1	2	3
24. UAB „Etnomedijos Intercentras“	1	2	3
25. UAB „Blue Bridge“	1	2	3
26. UAB „Mit-Soft“	1	2	3
27. UAB „Metamodelis“	1	2	3
28. UAB „Exigen Services Lietuva“	1	2	3
29. UAB „JMSYS“	1	2	3
30. UAB „Informacinės konsultacijos“	1	2	3
31. UAB „Civitta“	1	2	3
32. UAB „Savvin“	1	2	3
33. UAB „Or Consulting“	1	2	3
34. UAB „Lyderio grupė“	1	2	3
35. UAB „Jostra“	1	2	3
36. Kita (nurodykite): _____	1	2	3

50. Ar Jūsų SPĮ:

	Taip	Ne	Šiuo metu rengiama	Nežinau
1. Ar yra patvirtinti pagrindinės SPĮ IS nuostatai Jūsų įstaigoje?	1	2	3	4
2. Ar yra parengta pagrindinės SPĮ IS specifikacija?	1	2	3	4
3. Ar yra pagrindinės SPĮ IS diegimo instrukcija?	1	2	3	4
4. Ar įstaigoje egzistuoja pagrindinės SPĮ IS naudotojų instrukcijos?	1	2	3	4
5. Ar yra patvirtinta pagrindinės SPĮ IS incidentų registracijos ir valdymo tvarka?	1	2	3	4
6. Ar egzistuoja pagrindinės SPĮ IS pakeitimų registras?	1	2	3	4

7. Ar Jūsų įstaiga turi pagrindinės SPI IS duomenų saugos nuostatus reglamentuojančius dokumentus?	1	2	3	4
8. Ar Jūsų įstaiga turi patvirtintą pagrindinės SPI IS veiklos tęstinumo valdymo planą?	1	2	3	4
9. Ar Jūsų įstaigoje yra patvirtintos asmens duomenų apsaugos taisyklės?	1	2	3	4
10. Ar Jūsų įstaigoje yra paskirtas SPI IS saugos įgaliotinis?	1	2	3	4

Socialiniai demografiniai duomenys

51. Jūsų lytis

1. Vyras
2. Moteris

52. Jūsų amžius

1. Iki 29 m.
2. 30–39 m.
3. 40–49 m.
4. 50–59 m.
5. Per 60 m.

53. Miestas / vietovė _____

3 priedas: Tyrimo „Gyventojų dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastas ir tendencijos: pasitenkinimas e. sveikatos būkle bei poreikiai e. sveikatos srityje“ klausimynas

1. Ar Jums teko girdėti, kas yra e. sveikatos paslaugos, t. y. paslaugos, kurias teikia sveikatos priežiūros įstaigos, naudojamos informacinės komunikacinės technologijos, pvz., registracija pas gydytoją internetu, Jūsų rentgeno nuotrauka, laboratorinių tyrimų rezultatai šeimos ar kito gydytojo (specialisto) kompiuteryje (ir ypač kitoje sveikatos priežiūros įstaigoje, nei buvo daryti minėti tyrimai) ir pan.?

Uždaras klausimas, kuriame prašoma pasirinkti tik vieną atsakymą. Galimi atsakymų variantai:

1. Taip, teko
2. Ne, neteko
3. Sunku pasakyti

2. Ar žinote šias e. sveikatos paslaugas?

Klausti apie kiekvieną e. paslaugą	Ar žinote šią e. sveikatos paslaugą?	
	Taip	Ne
1. Pacientų registracija pas gydytoją internetu	1	2
2. Pacientui primenama apie vizitą pas gydytoją SMS žinute ar el. paštu	1	2
3. Gydantis gydytojas el. būdu registruoja paciento siuntimą konsultuotis, tirtis, gydytis pas savo įstaigos specialistus	1	2
4. Gydantis gydytojas pildo ir išsiunčia el. būdu paciento siuntimą konsultuotis, tirtis, gydytis į <u>kitą gydymo įstaigą</u>	1	2
5. Gydantis gydytojas / slaugytoja el. būdu tvarko medicininę informaciją apie paciento stacionarinį gydymą (anamnezė, nusiskundimai ir kt.)	1	2
6. Gydantis gydytojas / slaugytoja el. būdu užsako laboratorijos tyrimus ir / ar gauna rezultatus	1	2
7. Gydantis gydytojas / slaugytoja el. būdu saugo ir / ar peržiūri skaitmeninius vaizdus (radiologinių ir / ar instrumentinių tyrimų rezultatus)	1	2
8. Gydantis gydytojas pildo receptus el. būdu	1	2
9. Gydantis gydytojas el. būdu planuoja hospitalizavimą (chirurgiškai ar terapiškai gydyti ir kt.)	1	2
10. Gydantis gydytojas / slaugytoja el. būdu planuoja imunoprofilaktiką (skiepijimus) ir / ar jų apskaitą	1	2

11. Gydantis gydytojas naudojami telemedicina (telemonitoringas, telepaslaugos ir kt.)	1	2
12. Gydantis gydytojas el. būdu stebi / seka nėštumo eigą	1	2
13. Pacientas turi galimybę pasižiūrėti savo elektroninę ligos istoriją	1	2
14. Gydantis gydytojas pildo nedarbingumo lapelį el. būdu	1	2
15. Kita (nurodykite) _____	1	2

3. Ar Jūs arba Jūsų gydytojas naudojatės šiomis e. sveikatos paslaugomis?

Klausti apie kiekvieną e. paslaugą	Ar naudojotės Jūs ir / ar Jūs gydantis gydytojas?	
	Taip, naudojausi aš arba gydytojas	Ne
1. Pacientų registracija pas gydytoją internetu	1	2
2. Pacientui primenama apie vizitą pas gydytoją SMS žinute ar el. paštu	1	2
3. Gydantis gydytojas el. būdu registruoja paciento siuntimą konsultuotis, tirtis, gydytis pas savo įstaigos specialistus	1	2
4. Gydantis gydytojas pildo ir išsiunčia el. būdu paciento siuntimą konsultuotis, tirtis, gydytis į kitą gydymo įstaigą	1	2
5. Gydantis gydytojas / slaugytoja el. būdu tvarko medicininę informaciją apie paciento stacionarinį gydymą (anamnezė, nusiskundimai ir kt.)	1	2
6. Gydantis gydytojas / slaugytoja el. būdu užsako laboratorijos tyrimus ir / ar gauna rezultatus	1	2
7. Gydantis gydytojas / slaugytoja el. būdu saugo ir / ar peržiūri skaitmeninius vaizdus (radiologinių ir / ar instrumentinių tyrimų rezultatus)	1	2
8. Gydantis gydytojas pildo receptus el. būdu	1	2
9. Gydantis gydytojas el. būdu planuoja hospitalizavimą (chirurgiškai ar terapiškai gydytis ir kt.)	1	2
10. Gydantis gydytojas / slaugytoja el. būdu planuoja imunoprofilaktiką (skiepijimus) ir / ar jų apskaitą	1	2
11. Gydantis gydytojas naudojami telemedicina (telemonitoringas, telepaslaugos ir kt.)	1	2
12. Gydantis gydytojas el. būdu stebi / seka nėštumo eigą	1	2
13. Pacientas turi galimybę pasižiūrėti savo elektroninę ligos istoriją	1	2
14. Gydantis gydytojas pildo nedarbingumo lapelį el. būdu	1	2
15. Kita (nurodykite) _____	1	2

4. Ar kas nors klausė/ teiravosi Jūsų nuomonės apie e. sveikatos paslaugas Jūsų sveikatos priežiūros įstaigoje?

Uždaras klausimas, kuriame prašoma pasirinkti tik vieną atsakymą. Galimi atsakymų variantai:

1. Neklausė, nesiteiravo
2. Klausė, pateikiau siūlymus
3. Klausė, bet siūlymų nepateikiau
4. Sunku pasakyti

5. Ko Jūsų klausė apie e. sveikatos paslaugas?

Įrašykite: _____

6. Kaip buvo sužinota apie Jūsų nuomonę?

Uždaras klausimas, kuriame prašoma pasirinkti tik vieną atsakymą. Galimi atsakymų variantai:

1. Pildžiau anketą, kurią pateikė mano sveikatos priežiūros įstaiga (SPI)
2. Atsakiau žodžiu (interviu) į klausimus, kai mane kalbino šia tema mano sveikatos priežiūros įstaigoje (SPI)
3. Dalyvavau apklausoje internetu ar telefonu
4. Dalyvavau diskusijoje
5. Dalyvavau e. sveikatos plėtros darbo grupėse konkrečioje sveikatos priežiūros įstaigoje (SPI) ar kitoje su sveikatos priežiūros sektoriumi susijusioje organizacijoje
6. Nuomonės buvo klausta, bet siūlymų neteikiau

7. Kada Jūs išsakėte savo nuomonę?

Uždaras klausimas, kuriame prašoma pasirinkti tik vieną atsakymą. Galimi atsakymų variantai:

1. Kai Jūsų sveikatos priežiūros įstaigoje (SPI) buvo renkama informacija apie pacientų patenkinimą e. sveikatos paslaugomis
2. Kai buvo kuriamas e. sveikatos technologinis produktas
3. Kita (nurodykite): _____
4. Sunku pasakyti

8. Ar sveikatos priežiūros įstaigoje Jūs pats savo iniciatyva esate pateikęs siūlymus dėl e. sveikatos paslaugų?

Uždaras klausimas, kuriame prašoma pasirinkti tik vieną atsakymą. Galimi atsakymų variantai:

1. Taip, esu pateikęs
2. Ne, nesu pateikęs

9. Kokių e. paslaugų trūksta Jūsų sveikatos priežiūros įstaigoje?

Atviras klausimas.

10. Ar Jūs priklausote pacientų interesus atstovaujančiai organizacijai?

Uždaras klausimas, kuriame prašoma pasirinkti tik vieną atsakymą. Gali būti atsakymų variantai:

1. Priklausau
2. Nepriklausau

11. Ar naudojotės ir kaip dažnai naudojotės sveikatos priežiūros paslaugomis per pastaruosius dvejus metus?

Uždaras klausimas, kuriame prašoma pasirinkti tik vieną atsakymą. Gali būti atsakymų variantai:

1. Nesinaudojau
2. Vieną kartą
3. 2–5 kartus
4. 6–10 kartų
5. Daugiau negu 10 kartų
6. Sunku pasakyti

12. Kokiose įstaigose lankotės dažniau?

Uždaras klausimas, kuriame prašoma pasirinkti tik vieną atsakymą. Gali būti atsakymų variantai:

1. Privačiose (pvz., Šeimos medicinos centras, UAB, IĮ šeimos sveikatos centras ir pan.)
2. Valstybinėse (pvz., poliklinika, ambulatorija ir pan.)
3. Nesilankau

13. Kaip dažnai naudojotės e. sveikatos paslaugomis per pastaruosius dvejus metus?

Uždaras klausimas, kuriame prašoma pasirinkti tik vieną atsakymą. Gali būti atsakymų variantai:

1. Vieną kartą
2. 2–5 kartus
3. 6–10 kartų
4. Daugiau negu 10 kartų
5. Sunku pasakyti

14. Kokiomis e. sveikatos paslaugomis per dvejus metus naudojotės Jūs ar Jūsų gydytojas Jums dalyvaujant?

1. Išankstinė pacientų registracija el. būdu
2. El. priminimai apie vizito laiką pas gydytoją
3. Siuntimų konsultuotis, tirtis, gydytis savo įstaigoje registravimas el. būdu
4. Siuntimų konsultuotis, tirtis, gydytis į kitą įstaigą pildymas ir išsiuntimas el. būdu
5. Pacientų medicininės informacijos apie stacionarinį gydymą tvarkymas (anamnezė, nusiskundimai ir kt.) el. būdu
6. Laboratorijos užsakymų ir / ar rezultatų valdymas el. būdu
7. Skaitmeninių vaizdų (radiologinių ir / ar instrumentinių tyrimų rezultatai) saugojimas ir / ar peržiūra el. būdu
8. Receptų formos pildymas el. būdu
9. Hospitalizavimo planavimas (chirurgiškai ar terapiškai gydyti ir kt.) el. būdu
10. Imunoprofilaktikos (skiepijimų) planavimas ir / ar apskaita el. būdu
11. Telemedicina (telemonitoringas, telepaslaugos ir kt.)
12. Nėštumų stebėjimas ir / ar sekimas el. būdu
13. Galimybė pasižiūrėti savo elektroninę ligos istoriją
14. Kita (nurodykite) _____

15. Kodėl Jūs naudojotės e. sveikatos paslaugomis?

Uždaras klausimas, kuriame leidžiama pasirinkti kelis atsakymų variantus. Galimi atsakymų variantai:

1. Sutaupau laiką
2. Taip patogiau
3. Reikalauja medikai
4. Laiku gaunu informaciją
5. Gaunu visą informaciją apie savo gydymą
6. Tai drausmina medikus
7. Tokia mada
8. Kita (nurodykite): _____
9. Sunku pasakyti

16. Kas trukdo naudotis e. sveikatos paslaugomis?

Uždaras klausimas, kuriame leidžiama pasirinkti kelis atsakymų variantus. Galimi atsakymų variantai:

1. Nežinau apie tokias paslaugas
2. Neturiu kompiuterio

3. Nemoku naudotis
4. Nepasitikiu duomenų apsaugos lygiu
5. Užima per daug laiko
6. Sunku rasti informaciją
7. Prastas internetinis ryšys
8. Neigiama asmeninė patirtis
9. Tai nepatogi sistema
10. Kita (nurodykite): _____
11. Niekas netrukdo

17. Kaip vertinate e. sveikatos paslaugas Lietuvoje apskritai?

Uždaras klausimas, kuriame prašoma pasirinkti vieną atsakymo variantą.

Galimi atsakymų variantai:

- Gera
- Greičiau gerai
- Greičiau blogai
- Blogai
- Sunku pasakyti

Ar Jūs sutinkate, ar nesutinkate su šiais teiginiais?

	Sutinku	Greičiau sutinku	Greičiau nesutinku	Nesutinku	Sunku pasakyti
18. Esu patenkintas savo informuotumu apie e. sveikatos paslaugas	1	2	3	4	5
19. Lietuvoje yra didelė e. paslaugų įvairovė	1	2	3	4	5
20. Lietuvoje e. paslaugos sparčiai vystosi	1	2	3	4	5
21. Lietuvoje yra kokybiškos e. paslaugos	1	2	3	4	5

22. Ar Jūsų sveikatos priežiūros įstaigoje yra teikiamos e. paslaugos?

1. Taip
2. Ne
3. Nežinau

Ar Jūs sutinkate, ar nesutinkate su šiais teiginiais apie e. sveikatos paslaugas Jūsų sveikatos priežiūros įstaigoje (SPĮ)?

	Sutinku	Greičiau sutinku	Greičiau nesutinku	Nesutinku	Sunku pasakyti
23. SPĮ yra didelė e. sveikatos paslaugų įvairovė	1	2	3	4	5
24. SPĮ yra teikiamos kokybiškos e. paslaugos	1	2	3	4	5
25. SPĮ teikiamos e. paslaugos sparčiai vystosi	1	2	3	4	5
26. Jūs patenkintas SPĮ teikiamomis e. paslaugomis	1	2	3	4	5

27. Jei į 26 klausimą respondentas atsakė *nesutinku* arba *greičiau nesutinku*, kodėl? _____

Duomenys apie respondentą

Kokia Jūsų sveikatos būklė?

1. Labai gera
2. Greičiau gera
3. Gera
4. Bloga
5. Greičiau bloga
6. Labai bloga

Respondento lytis:

1. Vyras
2. Moteris

Amžius _____ (suėję metai)

Tautybė

1. Lietuvis
2. Rusas
3. Lenkas
4. Kita _____

Išsimokslinimas

1. Be išsimokslinimo
2. Pradinis
3. Nebaigtas vidurinis
4. Vidurinis
5. Aukštesnysis / spec. vidurinis
6. Aukštasis

Šeimyninė padėtis:

1. Nevedęs / netekėjusi
2. Vedęs / ištekėjusi
3. Gyvena neregistruotoje santuokoje
4. Išsiskyręs, -usi
5. Našlys, -ė

Užsiėmimas

1. Bedarbis, laikinai nedirbantis
2. Namų šeimininkė
3. Pensininkas (nedirbantis), neįgalusis
4. Studentas, moksleivis
5. Verslininkas, įmonės savininkas
6. Ūkininkas
7. Aukščiausios arba vid. grandies vadovas
8. Aukščiausio arba vid. lygio specialistas
9. Aptarnaujantis, techninis darbuotojas
10. Kvalifikuotas darbininkas
11. Nekvalifikuotas darbininkas
12. Kita (įrašykite) _____

Kiek vaikų iki 17 metų imtinai (0–17 m.) gyvena Jūsų namų ūkyje: _____

Kokia suma tenka vienam Jūsų šeimos nariui per mėnesį? Sudėkite visų šeimos narių atlyginimus, pensijas, stipendijas ir t. t. ir padalykite iš šeimos narių skaičiaus _____ litų

Gyvenamoji vieta

1. Vilnius
2. Kaunas, Klaipėda, Šiauliai, Panevėžys
3. Kiti miestai (nurodykite): _____
4. Kaimas (nurodykite): _____

**Jankauskienė D., Rotomskienė R., Tamošiūnaitė R., Stokaitė V.,
Mačiulienė M.**

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS DARBUOTOJŲ IR GYVENTOJŲ
ĮTRAUKIMO BEI DALYVAVIMO E. SVEIKATOS SISTEMOJE MASTAS
IR TENDENCIJOS LIETUVOJE. Mokslo studija. – Vilnius: Mykolo Rome-
rio universitetas, 2014. 216 p.

Bibliogr. 173–176 p.

ISBN 978-9955-19-669-3 (spausdinta versija)

ISBN 978-9955-19-670-9 (elektroninė versija)

*Mokslo studijoje atskleistas suinteresuotųjų pusių įtraukimo į e. sveikatos plė-
ros procesą mastas ir tendencijos Lietuvoje. Remiantis e. sveikatos kūrėjų, diegėjų
ir naudotojų sociologinių kiekybinių tyrimų analize, įvertintas sveikatos priežiūros
įstaigų personalo, sveikatos priežiūros įstaigų vadovų bei gyventojų informuotumas
apie e. sveikatos informacines technologijas, naudojimąsi technologijomis, e. svei-
katos technologijų vertinimas Lietuvoje ir atitinkamoje sveikatos priežiūros įstaigoje,
atskleisti e. sveikatos technologijų diegimo proceso ypatumai bei problemos. Apibend-
rinus tyrimo rezultatus pateiktos pasitenkinimo e. sveikatos būkle išvados ir, vadovau-
jantis poreikių e. sveikatos srityje analize, suformuluoti pasiūlymai informuotumui ir
e. sveikatos diegimo procesui gerinti.*

Danguolė Jankauskienė, Rasa Rotomskienė, Rūta Tamošiūnaitė, Viktorija Stokaitė,
Monika Mačiulienė

**SVEIKATOS PRIEŽIŪROS DARBUOTOJŲ IR GYVENTOJŲ ĮTRAUKIMO
BEI DALYVAVIMO E. SVEIKATOS SISTEMOJE MASTAS IR TENDENCIJOS
LIETUVOJE**

Mokslo studija

Redagavo *Jūratė Balčiūnienė*
Maketavo *Birutė Bilotienė*

SL 585. 2014 06 05. 12,5 leidyb. apsk. l.
Tiražas 100 egz. Užsakymas 22 700

Mykolo Romerio universitetas
Ateities g. 20, Vilnius
Puslapis internete www.mruni.eu
El. paštas leidyba@mrni.eu

Parengė spaudai UAB „Baltijos kopija“
Kareivių g. 13B, Vilnius
Puslapis internete www.kopija.lt
El. paštas info@kopija.lt
Spausdino UAB „Vitaė Litera“
Kurpių g. 5–3, Kaunas
Puslapis internete www.bpg.lt
El. paštas info@bpg.lt