

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

GRETA KLIMAVIČIENĖ

ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ PREVENCINĖS
PROGRAMOS EFEKTYVUMO VERTINIMAS
VILNIAUS MIESTE

Magistro baigiamasis darbas

Vadovė:
Prof. dr. D. Jankauskienė

VILNIUS
2014

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ PREVENCINĖS
PROGRAMOS EFEKTYVUMO VERTINIMAS
VILNIAUS MIESTE

Sveikatos apsaugos įstaigų administravimas / magistro baigiamasis darbas
Studijų programa 621N71001

Vadovė
Prof. D. Jankauskienė

Recenzentas

2014

Atliko
SAA mis1-01 stud.
Greta Klimavičienė
2014

VILNIUS
2014

TURINYS

ĮVADAS	8
1. ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ PREVENČINĖS PROGRAMOS REIKALINGUMAS IR TEISĖS AKTAI, REGLAMENTUOJANTYS PROGRAMOS ĮGYVENDINIMĄ	11
1.1. Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos reikalingumas	11
1.2. Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos politika Europos Sąjungoje	18
1.3. Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos teisės aktų apžvalga	21
1.3.1. Bendrosios programos nuostatos	21
1.3.2. Programos priemonės ir jų įgyvendinimo tvarka	22
1.3.3. Paslaugų bazinės kainos	23
1.3.4. Programos priemonių apmokėjimo tvarka	23
1.3.5. Programos vykdymo rodikliai, efektyvumo kriterijai ir rezultatų vertinimas	24
2. SERGAMUMO IR MIRTINGUMO NUO ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ DUOMENŲ ANALIZĖ	27
2.1. Lietuvos gyventojų sergamumo ŠKL analizė	27
2.2. Lietuvos gyventojų mirtingumo ŠKL analizė	29
3. ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ PREVENČINĖS PROGRAMOS ĮGYVENDINIMAS LIETUVOJE IR VILNIUJE	32
3.1. Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos įgyvendinimas Lietuvoje	32
3.2. Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programos vykdymas Vilniuje	34
4. ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ PREVENČINĖS PROGRAMOS EFEKTYVUMO VERTINIMAS VILNIAUS MIESTE	38
4.1. Bendroji tyrimo logika ir tyrimo etika	38
4.2. Kokybinio tyrimo gydytojų ir pacientų interviu tyrimo imtis ir instrumentas	39
4.2.1. Kokybinio tyrimo gydytojų interviu rezultatų aptarimas	40
4.2.2. Kokybinio tyrimo pacientų interviu rezultatų aptarimas	49
IŠVADOS	54
PASIŪLYMAI	55
LITERATŪRA	56

PRIEDAI 65

LENTELĖS

1 lentelė. Rizikos veiksniai, lemiantys širdies ir kraujagyslių ligų vystymąsi	13
2 lentelė. Lietuvos gyventojų ligotumas 2012 m. proc.	27
2 lentelė. Atskirų ligų mirties priežastys Vilniuje ir Lietuvoje 2013 m.	30
3 lentelė. Asmenų, priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių, finansavimo programos vykdymo ataskaita.....	36
4 lentelė. Demografinės tyrimo dalyvių charakteristikos.....	40
5 lentelė. Požiūris į širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programą.....	41
6 lentelė. Gydytojų požiūris apie programos vykdymo įgyvendinimą jų darbovietėje.....	42
7 lentelė. Gydytojų požiūris apie motyvaciją skatinti gyventojus dalyvauti ir vykdyti programą	43
8 lentelė Gydytojų nuomonė apie programoje nurodytus atlikti tyrimus pirminiame lygyje	44
9 lentelė. Gydytojų požiūris apie pirminiu, antriniu ir tretiniu lygiu paslaugas teikiančių įstaigų darbą	45
10 lentelė. Gydytojų nuomonė apie bendradarbiavimą su kitais padaliniais	46
11 lentelė. Darbo krūvio vertinimas gydytojų požiūriu.....	46
12 lentelė. Organizacinės problemos gydytojų požiūriu	48
13 lentelė. Programos administravimo grupės ir jos veiklos rezultatų vertinimas.....	48
14 lentelė. Demografinės tyrimo dalyvių charakteristikos.....	49
15 lentelė. Pacientų žinios apie prevencijos programą.....	50
16 lentelė. Programos informavimo būdas, pasiekęs pacientą	50
17 lentelė. Pacientų požiūris į programos įgyvendinimą.....	51
18 lentelė. Pacientų požiūris apie specializuotų širdies ir kraujagyslių ligų padalinių darbą	51
19 lentelė. Pacientų dalyvavimas programoje ir gydytojo pateiktos informacijos vertinimas paciento požiūriu.....	52
20 lentelė. Pacientų požiūris į gydytojo rekomendacijas ir jų vykdymas	53

PAVEIKSLAI

1 pav. Širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės skaičiavimo sistema SCORE.....	15
2 pav. Vyresnių nei 65 m. sergamumas kraujotakos sistemos ligomis.	28
3 pav. Pagrindinės mirties priežastys 2013 m. Lietuvoje	29
4 pav. Mirties priežasčių struktūra Lietuvoje 2012 m. pagal lytį (proc.)	31
5 pav. Pagal širdies prevencinę programą patikrintas žmonių skaičius	32
6 pav. Programos finansavimas (mln., Lt)	32
7 pav. Išsamaus širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės įvertinimo paslaugos teikimo dinamika širdies ir kraujagyslių ligų padaliniuose 2006 – 2009 m. (atvejų skaičius)	33
8 pav. Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos išsamaus širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės įvertinimo dinamika 2010 – 2012 m. (atvejų skaičius).....	34

SANTRUMPOS

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

ES – Europos Sąjunga

KSL – kraujotakos sistemos ligos

PASPI – pirminė asmens sveikatos priežiūros įstaiga

PSDF – Privalomojo sveikatos draudimo fondas

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

ŠKL – širdies ir kraujagyslių ligos

PROGRAMA – Asmenų, priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa

TLK – teritorinė ligonių kasa

ĮVADAS

Darbo aktualumas.

Lietuva priklauso didelės rizikos šalių grupei, kurioje aterosklerozė ir jos sukeltos kardiovaskulinės ligos įgavo sunkiai valdomos epidemijos mastą¹. Širdies ir kraujagyslių ligos yra pagrindinė Europos moterų ir vyrų mirčių priežastis². Lietuvoje nuo širdies ir kraujagyslių sistemos ligų miršta beveik dvigubai daugiau gyventojų negu vidutiniškai ES šalyse senbuvėse³. 2009 metais standartizuoto mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų rodiklis Lietuvoje buvo vienas blogiausių ES (blogesnė situacija tik Rumunijoje ir Bulgarijoje)⁴. Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis, 2013 metais nuo kraujotakos sistemos ligų mirė daugiau nei pusė, t. y 56,3 proc. visų mirusiųjų.

Pakankamai seniai žinoma, kad per 50 proc. žmogaus sveikatos priklauso nuo jo gyvenimo būdo, įpročių. Rūpintis žmogaus sveikata yra ne tik valstybės prioritetas, bet ir kiekvieno asmeninė pareiga. Širdies ir kraujagyslių ligų atsiradimui ypač didelę reikšmę turi: netinkama mityba, per mažas fizinis aktyvumas, nesaikingas alkoholio vartojimas, rūkymas, antsvoris, lėtinės ligos, tokios kaip cukrinis diabetas, arterinė hipertenzija ir psichinis bei socialinis stresas. Tarptautinė patirtis rodo, kad, skyrus reikiamą dėmesį sveikatai, o ypač prevencijai, ir pakeitus individo gyvenimo būdą, galima pagerinti sveikatą ir taip sumažinti sergamumą.

Lietuvoje ypač gajus požiūris, kad vien tik valstybė atsakinga už žmogaus sveikatą, sveikata nėra vertybė, nors tuo pačiu kiekvienas iš mūsų nori geros sveikatos, kuri yra svarbiausia žmogaus pilnaverčio gyvenimo sąlyga. Trūksta visuomeninio požiūrio, kad pirmiausia kiekvienas asmeniškai turime rūpintis savimi, o padedant valstybei, tai galima daryti nuosekliai ir efektyviai, kai rezultatai įvertinami objektyviai.

Pasak tarptautinių organizacijų, efektyvus šios problemos sprendimo būdas – ankstyvos diagnostikos prevencinės programos taikymas siekiant išaiškinti ankstyvas ligos stadijas⁵. Taigi, Lietuvoje 2005 m. lapkričio 25d. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-

¹ Burokienė N., et al., Koronarinės širdies ligos išsivystymo rizika: epidemiologinių ir geno žymenų sąveikos tyrimas, Medicinos mokslo teorija ir praktika, 2013 – T. 19 Nr. 2, p. 203.

² Council of the European Union. 2733rd Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council Meeting, 9658/2006, p.13.

³ Rinkūnienė E., et al., Mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų tendencijos Lietuvoje ir Europos Sąjungos šalyse, Medicinos teorija ir praktika, 2013 – T. 19 Nr. 2, p. 131.

⁴ Buivydas R. Studija. Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams 2011, p. 17.

⁵ Europos širdies sveikatos chartija. Prieiga per internetą: <http://www.heartcharter.org/read-charter/default.aspx>, žiūrėta 2013 12 18.

913 patvirtinta „Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa“⁶. Programos pagrindinis tikslas - sumažinti sergamumą ūminiais kardiovaskuliniais sindromais, nustatyti naujus cukrinio diabeto, aterosklerozės atvejus, norint sumažinti pacientų neįgalumą ir mirtingumą dėl širdies ir kraujagyslių ligų. Patvirtindama šią programą Lietuva ne tik nacionaliniu, bet ir tarptautiniu lygiu įsipareigojo siekti užsibrėžtų tikslų. Jau devintus metus programa gyvuoja, yra aktualu tikrinti ir vertinti, kaip vyksta ši programa.

Darbo temos ištirtumas.

Lietuvoje širdies ir kraujagyslių prevencijos programos efektyvumas daugelio autorių nagrinėtas daugiausia vertinant programos vykdymą, t. y. organizacinius ypatumus – kaip įgyvendinami prevencinių programų siekiai, kokia dalyvavusių asmenų dalis pasinaudoja programos paslaugomis – remiantis kiekybiniais tyrimų duomenimis. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos 2011 metais yra pristačiusi pranešimą „Prevencinių priemonių finansavimo programų efektyvumo vertinimas“, kuriame įvertintos visos prevencinės programos, tarp jų ir širdies ir kraujagyslių prevencinė programa, finansavimo aspektu⁷. H. Garbenienė (2011)⁸ Šiaulių mieste pirmą kartą kokybiniu (ekspertų, gydytojų, pacientų atsakymais) tyrimu įvertino širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programos efektyvumą, buvo pateikti pasiūlymai kaip optimizuoti programos vykdymą ir valdymą Šiauliuose.

Vilniaus mieste širdies ir kraujagyslių ligų programos efektyvumas kokybiniu požiūriu buvo įvertintas pirmą kartą, pateikti pasiūlymai vadybai gerinti.

Tyrimo objektas.

Asmenų, priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos vertinimas Vilniaus mieste.

Tyrimo dalykas.

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

Darbo tikslas. Įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programos efektyvumą Vilniaus mieste.

⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“, 2005 m. lapkričio 25 d. Nr. V-913, Valstybės žinios, 2005-12-13, Nr. 145-5288.

⁷ Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Prevencinių priemonių finansavimo programų efektyvumo vertinimas, Vilnius, 2011, p.135.

⁸ Garbenienė H., Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programos efektyvumo vertinimas Šiaulių mieste (rankraštis), magistro baigiamasis darbas, Mykolo Riomerio universitetas, Politikos mokslų institutas, 2011, 97 lap.

Darbo uždaviniai:

1. Išnagrinėti asmenų, priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos reikalingumą, Lietuvos teisės aktus, reglamentuojančius programos įgyvendinimą.
2. Išanalizuoti sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų duomenis ir statistikos rezultatus bei įvertinti programos įgyvendinimo situaciją Vilniaus mieste.
3. Įvertinti širdies ir kraujagyslių programos efektyvumą jos vartotojų ir vykdytojų požiūriu Vilniaus mieste ir pateikti pasiūlymus programos vykdymui ir valdymui gerinti.

Hipotezė.

Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos programos valdymas ir vykdymas pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir specializuotuose padaliniuose Vilniaus mieste yra iš dalies nepakankamas dėl programos įgyvendinimo problemų.

Tyrimo metodai:

Darbe naudoti šie tyrimo metodai - aprašomasis, kokybinis gydytojų ir pacientų nuomonės tyrimas – pusiau struktūruotas interviu.

Darbo struktūra.

Darbą sudaro 5 dalys. Pirmojoje dalyje atskleidžiamas širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos reikalingumas, teisės aktai, kuriais remiantis ši programa sukurta, vykdoma ir kontroliuojama. Antroje dalyje išanalizuoti sergamumo ir mirtingumo statistiniai rodikliai. Trečioje dalyje nagrinėjama programos įgyvendinimo situacija Vilniaus mieste. Ketvirtoje dalyje pristatomas kokybinis tyrimas – gydytojų ir pacientų požiūriu įvertinamas ar efektyvus programos vykdymas ir valdymas. Pabaigoje pateikiamos išvados ir pasiūlymai.

1. ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ PREVENCINĖS PROGRAMOS REIKALINGUMAS IR TEISĖS AKTAI, REGLAMENTUOJANTYS PROGRAMOS ĮGYVENDINIMĄ

1.1. Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos reikalingumas

Daugelyje pasaulio šalių sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas yra svarbiausia žmonių sveikatos išsaugojimo problema⁹. Pasak Moran, Rytų Europos šalyse mirtingumas nuo ŠKL ypač didelis¹⁰.

Širdies ir kraujagyslių ligos išlieka iššūkiu daugelio šalių sveikatos apsaugos sistemoms¹¹, tarp jų ir Lietuvos sveikatos apsaugos sistemai, nes mirčių nuo širdies ir kraujagyslių ligų skaičius išlieka didelis ir netgi didėja.

Sveikatos sistemos įstatyme gyventojų mirtingumo mažinimas, vidutinės gyvenimo trukmės ilginimas ir gyvenimo kokybės pagerinimas įvardijami pagrindiniais įstatyme įteisintais sveikatos politikos tikslais¹². Daugiau nei dešimtmetį įgyvendintos Lietuvos sveikatos programos specialiuoju tikslu įvardintas sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas, pripažįstant kraujotakos sistemos ligų ankstyvo išsiaiškinimo svarbą¹³. Lietuvoje šalies mastu priimta, organizuota ir pradėta vykdyti širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė programa įgyvendinama tik nuo 2005 metų. Taigi, akivaizdu, kad sveikatai valstybė gana ilgą laiką neteikė tinkamo prioriteto. Pasak Grabausko (2000), Lietuvoje sveikatos politikos formavimo bei įgyvendinimo procesą reikėtų sieti su pagrindiniais Lietuvos žmonių sveikatos rodikliais nes „sveikatos politika yra suderintas visų visuomenės politinių, socialinių bei ekonominių sektorių veiklos planas, skirtas gyventojų sveikatai ugdyti, stiprinti, ligų prevencijai bei savalaikiai efektyviai medicinos pagalbai teikti“¹⁴.

⁹ Domarkienė S., et al., Širdies ir kraujagyslių ligos. Epidemiologija ir profilaktika. – Kaunas: KMU kardiologijos institutas, 2000. – psl. 8.

¹⁰ Moran E. A., et al. The Global Burden of Ischemic Heart Disease in 1990 and 2010: The Global Burden of Disease Study, *Circulation*, 2014, p. 1495.

¹¹ Eigirdaitė A., Petronytė G. Širdies ir kraujagyslių bei onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimo organizaciniai ypatumai pirminėje sveikatos priežiūros grandyje. Sveikatos politika ir valdymas // Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai. – Vilnius: Mykolo Riomerio universitetas, 2013. – Nr. 1(5), p. 119.

¹² Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552, Valstybės žinios: 1994-08-17, Nr. 63-1231.

¹³ Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“, 1998 m. liepos 2 d. Nr. VIII-833, Valstybės žinios: 1998-07-17, Nr.64-1842.

¹⁴ Grabauskas V. Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių – ekonominių pokyčių kontekste. - Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2000. p. 75.

Įgyvendinant Europos sveikatos politiką bei tęsiant Nacionalinę sveikatos politiką, Lietuvos sveikatos programoje išskelti trys pagrindiniai bendrieji tikslai:

1. Sumažinti gyventojų mirtingumą ir ilginti vidutinę gyvenimo trukmę.
2. Įtvirtinti sveikatos santykių teisumą.
3. Pagerinti gyvenimo kokybę.

Lietuvos sveikatos programoje specialiųjų tikslų ir siekiamo gyventojų sveikatos lygio rodiklių skirsnyje „širdies ir kraujagyslių ligos“ pagrindiniai tikslai yra šie:

1. Iki 2010 metų sumažinti jaunesnių nei 65 m. žmonių mirtingumą nuo išeminės širdies ligos ir insulto 15 proc.
2. Iki 2010 metų sumažinti 64-75 m. žmonių mirtingumą nuo išeminės širdies ligos ir insulto 10 proc.¹⁵.

Norint pasiekti užsibrėžtų rezultatų, siūloma didesnę dėmesį skirti išeminės širdies ligos ir insulto ankstyvai diagnostikai. Siekiant pagerinti gydymo rezultatus, atitinkamą dėmesį skirti įstaigų aparatūrai gerinti, specialistų kvalifikacijai kelti, sukurti reabilitacijos sistemą. Ypač svarbus visuomenės sveikatos vaidmuo, kuris turėtų būti nukreiptas į gyventojų mokymą apie išeminės širdies ligos ir insulto rizikos veiksnių mokymą. Gerinant sveikatos priežiūrą, sveikatos paslaugų kokybė ir jos valdymas tampa vienu iš sveikatos priežiūros tobulinimo prioritetų, teigia Kosinskienė (2011)¹⁶. Tuo tikslu 2004 metais Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V – 642 buvo patvirtinta Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 – 2010 metų programa¹⁷.

„Pagrindinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnybų misija yra visuomenės sveikatos gerinimas ir išsaugojimas“¹⁸, teigia Kalėdienė. Anot autorės, visuomenės sveikatos sistema yra neveiksminga, nes nepajėgia apsaugoti visuomenės nuo išvengiamų ligų ir ankstyvų mirčių, nes visuomenės sveikatos priežiūros infrastruktūra yra kuriama. Asmens sveikatos priežiūros specialistai, rengdami prevencines programas, dažnai prioritetą teikia sergančiųjų sveikatos infrastruktūros gerinimo priemonėms, o ne ligų profilaktikai, be kurios sumažinti sergamumo ir mirtingumo negalime, teigia Kalėdienė¹⁹.

¹⁵ Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“, 1998 m. liepos 2 d. Nr. VIII-833, Valstybės žinios: 1998-07-17, Nr.64-1842.

¹⁶ Kosinskienė A., Ruževičius J., Kokybės vadybos priemonių poveikis sveikatos priežiūros įstaigų veiklos veiksmingumui // Visuomenės sveikata. – Vilnius: 2011/1 (52), p. 13.

¹⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. V-642 „Dėl Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programos patvirtinimo“. Valstybės žinios. 2004 09 28, Nr.144-5268.

¹⁸ Kalėdienė R., Lietuvos gyventojų sveikatos raida. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje. – Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2000. – p. 83. – ISBN 978-9955-562-75-7.

¹⁹ Kalėdienė R. Lietuvos gyventojų sveikatos raida. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje. – Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2000. – p. 83. – ISBN 978-9955-562-75-7.

Europos Sąjunga siekia apsaugoti ir gerinti visų Europos Sąjungos gyventojų sveikatą visą žmogaus gyvenimą. Vienas iš visuomenės sveikatos politikos uždavinių - pasirūpinti, kad būtų rečiau sergama ligomis, kurių galima išvengti – „gyvybei pavojingos ligos, pavyzdžiui, širdies priepuolis, insultas ar vėžys, gydomos veiksmingiau, nuo 2000 metų iki 2009 metų dėl širdies priepuolio į ligoninę atvežamų žmonių mirtingumas sumažėjo 50 proc.“²⁰. Nuo širdies ir kraujagyslių ligų miršta daugiau žmonių nei nuo visų vėžio formų kartu, Europos Sąjungai tai kainuoja apie 170 milijardų eurų per metus²¹. Pasaulyje nei nuo vienos ligos nemiršta tiek žmonių, kiek nuo širdies ir kraujagyslių ligų²².

Pasak Proškuvienės (2009), „širdies ir kraujagyslių ligos yra svarbi visuomenės sveikatos problema ne tik dėl to, kad yra plačiai paplitusios, sukelia ilgalaikę negalią, daug staigių mirčių ir yra pagrindinė mirtingumo priežastis, bet ir dėl to, kad gali būti išvengiamos reikiamai įvertinus širdies ir kraujagyslių sistemos ligas lemiančius veiksnius ir tinkamai vykdant prevenciją“²³.

Širdies ir kraujagyslių ligų vystymąsi lemia per 300 rizikos veiksnių, jie yra paplitę ir aktualūs, skirstomi į tris kategorijas: biologinius, susijusius su gyvenimu ir kitus (1 lentelė).

1 lentelė. Rizikos veiksniai, lemiantys širdies ir kraujagyslių ligų vystymąsi

Biologiniai	Susiję su gyvenimu	Kiti	
		Nemodifikuojamieji	Modifikuojamieji
Padidėjęs kraujospūdis	Tabako naudojimas	Amžius	Pajamos
Padidėjusi gliukozės koncentracija	Nesveika mityba	Lytis	Išsilavinimas
Padidėjęs cholesterolio kiekis	Piktnaudžiavimas alkoholiu	Genetika	Gyvenimo sąlygos
Antsvoris/ nutukimas	Mažas fizinis aktyvumas	Rasė	Darbo sąlygos

Šaltinis: Proškuvienė R. 2009. psl. 9

²⁰ Europos Sąjungos portalas „Apie Europos Sąjungos politiką“. Visuomenės sveikata. http://europa.eu/pol/pdf/flipbook/lt/public_health_lt.pdf, žiūrėta 2013 12 15.

²¹ European Cardiovascular Disease Statistics. British Heart Foundation and European Heart Network. – 2005.

²² Pasaulio sveikatos organizacijos puslapis, prieiga per internetą: < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/> >, žiūrėta 2014 02 15.

²³ Proškuvienė R. Širdies ir kraujagyslių ligos ir jų prevencija. – Vilnius: Vilniaus pedagoginio universiteto leidykla, 2009. – psl. 6.

Daugelio veiksnių, ypač susijusių su gyvenimo būdu ir biologinių, būtų galima išvengti, juos keičiant, bet pirmiausia reikia juos kruopščiai įvertinti, nes keli vidutiniai veiksniai gali sukelti didesnę riziką, nei vienas labai ryškus veiksnys. Pasak Domarkienės (2000), nustatant riziką svarbu atsižvelgti į žmogaus amžių, lytį, anamnezę ir klinikinius IŠL požymius bei galimą paveldėjimą, bet kalbant su pacientu, reikia išsiaiškinti jo gyvensenos ypatumus, t. y. mitybą, fizinį aktyvumą, rūkymo ir alkoholio vartojimo įpročius. Taip pat vertinami ir objektyvūs duomenys: svoris, kraujospūdis, lipidų ir gliukozės koncentracijos. Kaip teigia Domarkienė, „gydytojas, turėdamas visų šių rodiklių visumą, gali įvertinti bendrąją IŠL riziką, nustatyti atskirų veiksnių svarbą ir kartu su pacientu bei jo šeimos nariais parengti profilaktikos strategiją“²⁴.

Bendroji rizika yra vertinama pagal Europos kardiologų draugijos rekomenduojamas lenteles. Viena jų - SCORE (angl. Systemic Coronary Risk Evaluation). Tai sistema, kuri buvo sukurta remiantis 12 Europos kohortinių tyrimų, 250 tūkst. pacientų duomenų, 3 mln. žmonių kasmetinių stebėjimų įvertinimų bei 7 tūkst. mirčių nuo širdies ir kraujagyslių ligų registravimų. Europos kardiologų draugija įvardija SCORE privalumus – sistema paremta ypač gausiais duomenimis, išeminės širdies ligos ir insulto mirties rizika gali būti nustatyta atskirai, galima sukurti interaktyvią elektroninę rizikos diagramos lentelę, SCORE rizikos funkcija gali būti kalibruojama pagal kiekvienos šalies nacionalinius mirtingumo rodiklius²⁵.

Pagal SCORE sistemą galima apskaičiuoti tikimybę mirti nuo koronarinės širdies ligos per artimiausius 10 metų. Lentelėje reikia pasirinkti stačiakampį pagal amžių, lytį, rūkymo įpročius, surasti labiausiai atitinkantį sistolinį kraujospūdį ir cholesterolio koncentraciją kraujyje. Pagal spalvą įvertinama rizika.

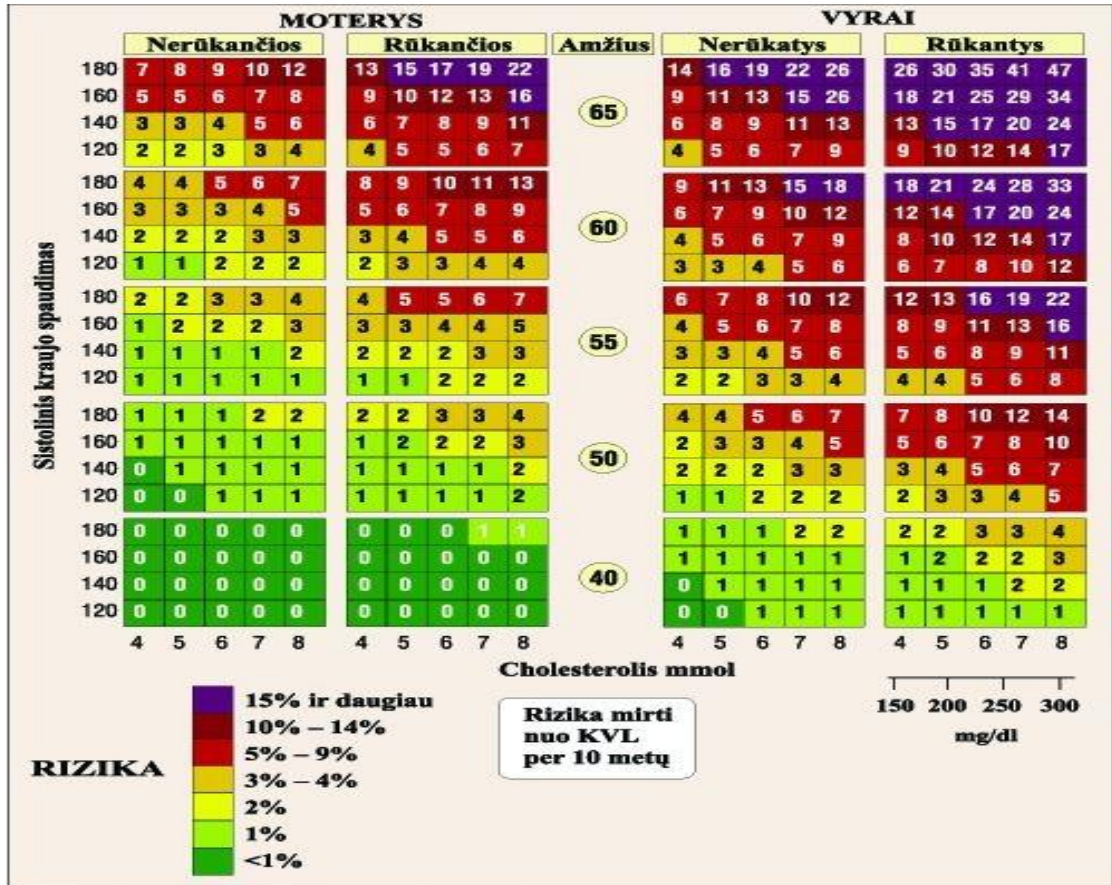
Taigi, žmones galima suskirstyti į dvi grupes: pirmajai grupei reikalinga pirminė profilaktika, t. y. tie žmonės, kurie dar neserga širdies ir kraujagyslių ligomis, tačiau jiems nustatoma didelė IŠL rizika. Antrinės profilaktikos grupei priskiriami sergantys ŠKL. Šių žmonių profilaktikos pagrindinės dalys:

1. Gyvensenos įpročių keitimas: privalo mesti rūkyti, jei rūko, turi sveikai maitintis, fizinis aktyvumas iki 30 min. per dieną.
2. Rizikos veiksnių reguliavimas: būtina svorio, cholesterolio, gliukozės ir arterinio kraujo spaudimo kontrolė.

²⁴ Domarkienė S., et al., Širdies ir kraujagyslių ligos. Epidemiologija ir profilaktika. – Kaunas: KMU kardiologijos institutas, 2000. – psl. 248.

²⁵Europos kardiologų draugijos internetinis puslapis <http://www.escardio.org/communities/EACPR/toolbox/health-professionals/Pages/SCORE-Risk-Charts.aspx>, žiūrėta 2013-12-17

3. Profilaktiškai skiriami vaistai, jei yra pagrindas.
4. Jei artimi jauni giminės sirgo IŠL (vyrai iki 55 metų, moterys iki 65 metų), tai rekomenduojama profilaktinė patikra²⁶.



1 pav. Širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės skaičiavimo sistema SCORE

Šaltinis: http://www.heart.lt/pagrindinis_meniu/suzinok_savo_rizika/3983/, žiūrėta 2013-12-17

Svarbus vaidmuo įgyvendinant širdies ir kraujagyslių ligų prevencinę programą tenka pirminės sveikatos priežiūros grandies specialistams, nes prevencinių programų vykdymas yra integruotas į asmens sveikatos priežiūros paslaugų sistemą ir yra apmokamas iš Privalomojo sveikatos fondo draudimo lėšų²⁷. Reikalingas glaudus ir savalaikis bendradarbiavimas tarp programos vartotojų ir tarp vykdytojų, norint pasiekti gerų rezultatų. Prasta sveikatos rodiklių statistika signalizuoja apie pačių Lietuvos gyventojų nepakankamą dėmesį asmens ir visuomenės sveikatos

²⁶ Domarkienė S., et al., Širdies ir kraujagyslių ligos. Epidemiologija ir profilaktika. – Kaunas: KMU kardiologijos institutas, 2000. – psl. 249.

²⁷ Eigirdaitė A., et al., Širdies ir kraujagyslių bei onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimas pirminės asmens sveikatos priežiūros grandyje gydytojų požiūriu // Visuomenės sveikata. – Vilnius: 2013/2 (61), p. 23.

priežiūros sistemoms, teigia Špokienė (2011)²⁸. Atsižvelgiant į mūsų visuomenės požiūrį nesirūpinti savo sveikata, sunku tikėtis didelių permainų vykdant prevencinę programą. Tai gerai iliustruoja naujais Valstybinės ligonių kasos duomenys, kad į širdies ir kraujagyslių programą įsitraukia per mažai šalies gyventojų ir rekomenduojamų Europos Tarybos patikros apimčių nesiekia²⁹.

Nors mažinant gyventojų sergamumą ir mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos patikros apimtys išlieka žemos, visgi pastebima tendencija, kad Lietuvos gyventojai pradėjo aktyviau dalyvauti profilaktiniuose sveikatos tikrinimuose. Pasak Kalėdienės (2010): „gyventojams buvo dažniau nustatomas cholesterolio ir gliukozės kiekis kraujyje“³⁰. Jankauskienė (2010) taip pat pastebi, kad Lietuvos gyventojai jau pradeda aktyviau dalyvauti profilaktiniuose patikrinimuose pagal profilaktines sveikatos programas, situacija gerėja³¹.

Remiantis Lietuvos autorių tyrimo rezultatais nustatyta, kad žmonių nedalyvavimą prevencinėse programose dažniausiai lemia lytis, amžius ir socialinis statusas. Gyventojų nežinojimas dažniausia siejosi su demografiniais ir socialiniais veiksniais. Kaip teigia Kalėdienė, „aukštesnės socialinės ekonominės padėties žmonių sveikata gerėja greičiau negu žemesnės padėties žmonių grupių, tai didina sveikatos netolygumus“³². Taigi, norint sumažinti dalyvavimo prevencinėje programoje skirtumus, pirmiausia tampa aktualu efektyviai taikyti visuomenės informavimo priemones ir imtis atitinkamų veiksmų, orientuotų ne tik į socialiai pažeidžiamas grupes (žemesnio išsilavinimo, nedirbančius gyventojus), bet nukreiptų į socialinių ir ekonominių netolygumų mažinimą³³.

Atsižvelgiant į situaciją Lietuvoje, akivaizdu, kad dar labai daug darbo laukia sveikatos politiką ir priežiūrą vykdančių institucijų. Kiekvienas iš mūsų vertiname savo sveikatą kaip savo asmeninį turtą, bet ši tiesa tik dalina (Jankauskienė, Pečiūra, 2007)³⁴. Vis dar gajus žmonių požiūris, kad rūpinimasis sveikata yra nukreiptas į valstybės prioritetus, nors pirmiausia tai turėtų būti kiekvieno asmeninis interesas, nes „rūpintis savo sveikata“ kiekvienas gyventojas buvo įpareigotas

²⁸ Špokienė I., Lietuvos teisės aktuose asmeniui ir valstybei adresuotų pareigų „Rūpintis sveikata“ teisinis vertinimas. Sveikatos politika ir valdymas // Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai. – Vilnius: Mykolo Riomerio universitetas, 2012, Nr. 1 (4), p. 7.

²⁹ Valstybinė ligonių kasa, prieiga per internetą: <http://www.vlk.lt/vlk/lt/?page=info&id=137>, žiūrėta 2014 01 05.

³⁰ Kalėdienė R., Lietuvos gyventojų sveikatos raida. Sveikatos politika ir valdymas // Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai. – Vilnius: Mykolo Riomerio universitetas, 2010, p. 31.

³¹ Jankauskienė D. Sveikatos politikos vertybės ir iššūkiai artimiausiame dešimtmetyje. Sveikatos politika ir valdymas // Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai. – Vilnius: Mykolo Riomerio universitetas, 2011, Nr. 1 (3), p. 16.

³² Kalėdienė R. Lietuvos gyventojų sveikatos raida. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje. – Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2000. – p. 82.

³³ Petronytė G., et al., Gyventojų informuotumą, dalyvavimą ir požiūrį į onkologinių ir širdies kraujagyslių ligų prevencines programas sąlygojantys veiksniai // Visuomenės sveikata. – Vilnius: 2013/2 (61), p. 36.

³⁴ Jankauskienė D., Pečiūra R., Sveikatos politika ir valdymas. – Vilnius: Mykolo Riomerio universitetas, 2007, p. 6.

dar 1998 m., priėmus Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymą³⁵. Žmonės, net ir žinodami apie širdies ir kraujagyslių prevencinę programą, dalyvauja nepakankamai dėl sveikatos raštingumo ir motyvacijos stokos. Akivaizdu, kad lyderio vaidmuo tenka gydytojui, nes kitų specialistų – visuomenės sveikatos, slaugytojų yra nežymus. Taigi, reikalingas glaudus bendradarbiavimas tarp pacientų ir sveikatos priežiūros institucijų, siekiant sumažinti mirtingumą ir invalidumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų. Pasaulio ir mūsų šalies patirtis rodo, kad galima sumažinti ar išvengti daugelio širdies ir kraujagyslių ligų, vykdant tinkamą prevenciją, ir taip pailginti žmonių gyvenimą. Pakeitus gyvenimo būdą – sveikesnę mitybą, didesnis fizinis aktyvumas, mažiau tabako ir alkoholio, galima tikėtis geresnių rezultatų, bet svarbu, kad ir valstybės lygmenyje prevencija būtų tinkamai valdoma, siekiant optimaliausių rezultatų. Taigi, 2003 m. birželio 19 d. Lietuvos Respublikos Seimas, pasirašęs rezoliuciją „Dėl Lietuvos sveikatos politikos įgyvendinimo“³⁶, siekia visuomenės gerovės ir numato lėšas prevencinių programų įgyvendinimui.

³⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo pakeitimo įstatymas, Valstybės Žinios, 1998, Nr. 112 – 3099. 85 str.

³⁶ Lietuvos respublikos Seimo rezoliucija „Dėl Lietuvos sveikatos politikos įgyvendinimo“. 2003 m. birželio 19d. Valstybės žinios, 2003-06-25, Nr. 60-2700.

1.2. Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos politika Europos Sąjungoje

Širdies ir kraujagyslių ligos – viena opiausių šiandieninės medicinos problemų Europos Sąjungoje. Pagrindiniai šių ligų rizikos veiksniai: rūkymas, alkoholio vartojimas, padidėjęs arterinis kraujo spaudimas ir cholesterolio kiekis, cukrinis diabetas, netinkama mityba, antsvoris, nutukimas, mažas fizinis aktyvumas, psichinis ir socialinis stresas^{37 38}.

Pasaulinės sveikatos organizacijos duomenimis, žmogaus sveikata 40-60 proc. priklauso nuo gyvenamosios, 30-40 proc. – nuo aplinkos, 10-15 proc. – nuo paveldėjimo ir tik 8-10 proc. – nuo sveikatos apsaugos. Kiekvienas žmogus gimimo metu įgyja tam tikrą sveikatos potencialą, kurį jis gali stiprinti visą savo gyvenimą arba silpninti³⁹. Žmogus pats yra atsakingas už savo sveikatą kaip turtą ir tai suprasdamas turėtų norėti ja rūpintis ir tausoti.

Kaip teigia Ž. Petrulionienė, pasak Europos kardiologų ir Lietuvos kardiologų draugijos, visiems, kas nori išvengti širdies ir kraujagyslių ligų susirgimų, rekomenduojama prisilaikyti Sveiko Europiečio Kodo – 0 3 5 140 5 3 0 (0 – nerūkyti, 3 – tiek kilometrų greitu žingsniu nueiti kasdien arba ėjimą pakeisti 30 min. vidutinio intensyvumo fizine veikla, 5 – 5 porcijos daržovių ir vaisių kasdien, 140 – sistolinis arterinis kraujo spaudimas mažesnis nei 140 mmHg, 5 – bendrojo cholesterolio koncentracija kraujyje ne didesnė kaip 5 mmol/l, 3 – mažo tankio „blogojo cholesterolio“ koncentracija kraujyje ne didesnė nei 3 mmol/l, 0 – nėra antsvorio ir cukrinio diabeto)⁴⁰.

Apskaičiuota, kad Europos Sąjungos sveikatos priežiūros sistemoms tenkanti su širdies ir kraujagyslių ligų grupe susijusi finansinė našta 2006 metais sudarė beveik 110 mlrd. EUR. Europos sveikatos tinklas (European Health Network) ir Europos kardiologų draugija, siekdami sumažinti dėl

³⁷ Laurinskaitė J., et al., Sveikatos rizikos veiksnių analizė ir valdymas sergant kardiologinėmis ligomis // Visuomenės sveikata. – Vilnius: 2013, priedas Nr. 1 p. 123.

³⁸ Liutkutė V., et al., Lietuvos nevyriausybių organizacijų, vykdančių lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir ugdančių sveiką gyvenimą, veiklos galimybių vertinimas, Sveikatos Mokslai, T. 23 Nr. 5 (90), 2013, p. 35.

³⁹ Januškevičienė G., et al., Sveika gyvenama ir funkcionalusis maistas // Visuomenės sveikata. – Vilnius: 2009/4 (47), p. 51.

⁴⁰ Petrulionienė Ž. Širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksniai ir profilaktika. Prieiga per internetą: http://www.emedicina.lt/gydytojui/lietuvos_naujienos/sirdies_ir_kraujagysliu_ligu_rizikos_veiksniai_ir_ju_profilaktika.html, žiūrėta 2013- 2 18.

širdies ir kraujagyslių ligų susidarantią finansinę naštą, gavę paramą pagal visuomenės sveikatos programą parengė Europos širdies sveikatos chartiją⁴¹.

„Kiekvienas naujame tūkstantmetyje gimęs vaikas turi teisę ir galimybę išvengti širdies ir kraujagyslių ligų iki 65 metų“⁴², skelbia Europos širdies sveikatos chartija. ŠKL – vyraujanti mirties priežastis ir mūsų šalyje, dėl kurios netenkama šimtų tūkstančių gyvybių, patiriama socialinių, psichologinių, ekonominių ir demografinių nuostolių. 2007 metais spalio 16 d. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministras pasirašė šią chartiją ir taip Lietuva oficialiai įsipareigojo vystyti širdies ir kraujagyslių ligų prevenciją, bendradarbiauti su kitomis ES valstybėmis, politinėmis ir nevyriausybinėmis organizacijomis. Kaip teigiama šioje chartijoje, ŠKL plitimas gali būti mažinamas anksti diagnozuojant ir gydant atitinkamas ligas, vykdant reabilitacijos ir prevencijos programas.

ES siekia skatinti valstybes nares informacijos keitimusi ir gerąja patirtimi. Pagrindinis ES prioritetas – sveikatą lemiantys veiksniai ir prevencija, įgyvendinant kartu plėtojant nacionalines politikos kryptis, taip Europos Bendrijos Komisijos 2007 m. spalio 23 d. buvo parengta ir patvirtinta Baltoji knyga „Kartu sveikatos labui 2008 – 2013 m. ES strateginis požiūris“, kuri numato ES šalių narių sveikatos politikos ir piliečių sveikatos priežiūros bendrąsias strategines priemones ir veiksmus 2008 – 2013 m., siekiant užtikrinti pagrindinių ES sutartyse minimų principų įgyvendinimą tarptautiniu mastu⁴³. Bendras tikslas – sveikatos svarba, piliečiams sudaryti sąlygas rinktis sveikesnį gyvenimo būdą, žmonių teisė dalyvauti priimant sprendimus dėl jų sveikatos ir sveikatos priežiūros, taip nurodant, kad sveikatą lemiančių veiksnių įvairovė reiškia, kad sveikata negali būti vien tik sveikatos sektoriaus atsakomybė.

ES šalyse prevencinės širdies ir kraujagyslių ligų programos vykdomos įvairiais populiacijos mastais, jei šalis ekonomiškai stipri, gali lengvai sau leisti taikyti prevencines priemones didelės rizikos asmenims visos populiacijos mastu. Mažiau ekonomiškai išsivysčiusios šalys sunkiai taiko ir didelės rizikos veiksnių prevenciją; Austrijos patirtis viena seniausių. Nacionalinė prevencinė sveikatos patikra pradėta 1976 metais, atnaujinta 2005 metais. ŠKL prevencija yra tik viena iš keleto programos sričių. Pagrindiniai programos tikslai: sumažinti ŠKL susirgimų riziką, koreguoti gyvenimo būdą (visuomenės ir pacientų), gerinti sveikatos priežiūros kokybę ir klinikinės veiklos rezultatus, riboti išlaidas, didinant jų efektyvumą.

⁴¹ Lietuvos Respublikos Seimo Europos informacijos biuro tinklapis. Prieiga per internetą: <eic.lrs.lt/index.php?228022530>, žiūrėta 2013 12 18.

⁴² Europos širdies sveikatos chartija. Prieiga per internetą: <http://www.heartcharter.org/read-charter/default.aspx>, žiūrėta 2013 12 18.

⁴³ Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013. Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/health/health_structural_funds/health_cooperation/health_strategy/index_en.htm, žiūrėta 2013 02 08.

Suomijoje, Didžiojoje Britanijoje, Prancūzijoje, Vokietijoje ir daugelyje kitų Europos šalių siekiama pagerinti širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos priemones bei rizikos valdymą. Daugumoje šalių yra atlikta daug tyrimų, vertinant prevencijos priemones. Tradicinės medicinos praktika rodo, jog pirmenybė išlaidų prasme yra teikiama asmenims, atvykusiems į gydymo įstaigą su akivaizdžia liga. Kiekviena valstybė turi apsispręsti, kokia dalis visų sveikatos išlaidų gali tekti gydymui ir kokia – prevencijai. Pasak Bjornberg (2013), Lietuva neskyrė pakankamai dėmesio profilaktinėms priemonėms ir tai turėtų būti pagerinta⁴⁴.

Strategijoje „Sveikata 2020“ pabrėžiama, kad šių dienų ekonomikos tyrimai parodo ne vien ekonominę ligų naštą, bet ir tai, kad problemas galima spręsti, jeigu būtų skiriama daugiau dėmesio sveikatos stiprinimui, ligų prevencijai ir visuomenės sveikatai, imantis veiksmų, padedančių šalinti netolygumus sveikatos srityje visuose visuomenės sluoksniuose ir remiančių pažeidžiamus bei atskirtį patiriančius asmenis⁴⁵.

Sveikatos priežiūros sistemai reikia prisitaikyti ir keistis, skiriant didesnę dėmesį pirminei priežiūrai, sveikatos stiprinimui ir ligų prevencijai. Permainų būtinybę įrodo faktas, kad sveikatos stiprinimo ir rizikos mažinimo priemonės akivaizdžiai sietinos su daugiau nei 50 proc. pastaruoju metu sumažėjusiu bendru mirtingumu nuo koronarinės širdies ligos⁴⁶.

2011 m birželio 7 d. Lietuvos Respublikos Seimas, atsižvelgdamas į Europos sveikatos politikos strategijos dokumentą „Sveikata 2020“, patvirtino Seimo nutarimą „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos plėtros 2011-2020 metais metmenų patvirtinimo“⁴⁷. Kaip tvirtinama sveikatos sistemos plėtros metmenyse, siekiama sukurti sveikatos sistemą, kuri skatintų sveikatos ugdymą ir stiprinimą bei ligų prevenciją.

⁴⁴ Prieiga per internetą:

http://www.healthpowerhouse.com/index.php?option=com_content&archive=news&view=article&id=360:&itemid=50&menu=yes, žiūrėta 2014 01 17.

⁴⁵ Prieiga per internetą, <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being>, žiūrėta 2014 01 07.

⁴⁶ Prieiga per internetą: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being>, žiūrėta 2014 01 07.

⁴⁷ Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos plėtros 2011-2020 metais metmenų patvirtinimo“. 2011 birželio 7 d. Nr. XIP-2883(2).

1.3. Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos teisės aktų apžvalga

1.3.1. Bendrosios programos nuostatos

Lietuvoje 2005 m. lapkričio 25d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras pasirašė įsakymą „Dėl asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“⁴⁸. Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė programa (toliau - programa) pradėta vykdyti nuo 2006 metų, programa numato ŠKL prevencijos priemonių, kurių efektyvumas pagrįstas medicinos mokslo įrodymais, įgyvendinimą Lietuvoje. Įsakymas keistas ne vieną kartą, nuo 2009 m. balandžio 1d. buvo patvirtinta asmens širdies ir kraujagyslių ligų rizikos nustatymo anketos forma⁴⁹, o nuo 2009 m. balandžio 24d. pakeista asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos administravimo grupė, sumažinant jos skaičių iki 9 asmenų ir kai visi grupės nariai yra sveikatos priežiūros įstaigų ir universitetų atstovai. Kiti pakeitimai susiję su bazinių kainų pasikeitimu.

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

Programos uždaviniai:

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

⁴⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“, 2005 m. lapkričio 25 d. Nr. V-913, Valstybės žinios, 2005-12-13, Nr. 145-5288

⁴⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymo Nr. V-913 „Dėl asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“ papildymo, 2008 gruodžio 9 d. Nr. V-1224, Valstybės žinios, 2009-01-10, Nr. 3-68.

- parengti rizikos grupei priskirtiems asmenims taikytinas prevencijos programos ir prireikus siųsti juos į specializuotus širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos padalinius (toliau - KPP) dėl nuodugnaus laboratorinio, kardiologinio ir angiologinio ištyrimo bei konsultavimo, o nustatius, kad tikimybė susirgti širdies ir kraujagyslių ligomis didelė, užtikrinti ilgalaikę prevencinę priežiūrą bei atlikti pakartotinius tyrimus;
- skatinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus plėtoti pirminę širdies ir kraujagyslių ligų prevenciją: savarankiškai taikyti prevencines priemones nedidelės ir vidutinės rizikos grupių pacientams, didelės rizikos grupei prevencines priemones taikyti po KPP specialistų konsultacijos, ypač didelės rizikos grupei taikyti ilgalaikę prevenciją, vadovaujant KPP medikams,
- skatinti įvairesnių šiuolaikinių širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės, ankstyvosios aterosklerozės, cukrinio diabeto bei gliukozės tolerancijos sutrikimų nustatymo metodų taikymą;
- intensyviai keisti asmenų, priskirtų rizikos grupei, gyvenimą, skirti aterosklerozę ir aterotrombozę sulaikančius bei gliukozės metabolizmą koreguojančius medikamentus;
- Stiprinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų bendradarbiavimą didelės rizikos grupei priskirtinų asmenų nustatymo ir prevencinės priežiūros srityje: vykdyti tęstinę pacientų priežiūrą asmens sveikatos priežiūros įstaigose, teikiančiose pirmines asmens sveikatos priežiūros paslaugas (toliau - PASPI) ir specializuotuose širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos padaliniuose, šiuose padaliniuose apmokyti PASPI personalą, periodiškai aptarti širdies ir kraujagyslių ligų diagnostikos ir prevencijos principus bei metodikas.

Programos priemonės apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, programos vykdymas yra tęstinis.

1.3.2. Programos priemonės ir jų įgyvendinimo tvarka

Programos priemonės: informavimo apie didelę širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę, šios tikimybės įvertinimo, pirminės prevencijos priemonių plano sudarymo ar siuntimo išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių paslauga, kai paslaugų teikimą aptarnaujantiems gyventojams organizuoja PASPI. Paslauga apima įsakymu patvirtintos formos informacinio pranešimo įteikimą pasirašytinai, pokalbius su pacientais, kaip stiprinti ir išsaugoti sveikatą, įsakymu patvirtintų

atliekamų tyrimų nustatymą. Paslauga teikiama vyrams nuo 40 iki 55 metų ir moterims nuo 50 iki 65 metų, teikiama ne dažniau kaip vieną kartą per metus ir yra apmokama programos nustatyta tvarka. Paslauga registruojama asmens ambulatorinio gydymo kortelėje (forma Nr. 025-1/a). Išsamaus širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės įvertinimo paslauga teikiama specializuotuose kraujagyslių ligų prevencijos padaliniuose (KPP) pagal įsakyme išvardintas sąlygas. Sergančių cukriniu diabetu ar metaboliniu sindromu širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės išsamaus įvertinimo paslauga teikiama KPP pagal įsakyme išvardintus veiksmus.

1.3.3. Paslaugų bazinės kainos

Šiuo metu programoje galioja 2011 birželio 8d. įsakymu Nr. V-593 nustatytos paslaugų bazinės kainos: 1. informavimo apie didelę širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę, šios tikimybės įvertinimo, pirminės prevencijos priemonių plano sudarymo ar siuntimo išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę paslauga – 53 balai; 2. išsamaus širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės įvertinimo paslauga – 310 balų.

1.3.4. Programos priemonių apmokėjimo tvarka

Teritorinė ligonių kasa (toliau – TLK) už šios programos priemones moka bazinėmis kainomis. Per ataskaitinį laikotarpį už suteiktas programos paslaugas TLK apmoka tokia tvarka:

- pasibaigus atskaitiniam laikotarpiui, PASPI iki kito mėnesio 10 dienos teikia TLK ataskaitą, kurioje nurodomas per ataskaitinį laikotarpį suteiktų informavimo apie širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę, šios tikimybės įvertinimo, pirminės prevencijos priemonių plano sudarymo ar siuntimo išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę paslaugų kiekis ir mokėtina suma. Į sąskaitą paslauga gali būti įtraukta, jei įvertinus atliktų tyrimų rezultatus pacientui buvo sudaryta intensyvaus gyvensenos keitimo schema ir pirminės prevencijos priemonių planas arba jei jis buvo siunčiamas išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę;
- pasibaigus ataskaitiniam laikotarpiui, asmens sveikatos priežiūros įstaiga, kurios sudėtyje veikia KPP, iki kito mėnesio 10 dienos teikia TLK ataskaitiniu laikotarpiu suteiktų išsamaus

širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės įvertinimo paslaugų ataskaitą. Ataskaitoje nurodomas suteiktų išsamaus širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės įvertinimo paslaugų kiekis bei mokėtina suma. Į ataskaitą paslauga gali būti įtraukiama tik tuo atveju, jei įvykdytos visos programoje nurodytos sąlygos;

- įvertinusi duomenis, TLK teikia Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos lėšų programos priemonėms vykdyti paraišką, o gavusi lėšas programos priemonėms vykdyti, priima apmokėti ASPĮ pateiktas sąskaitas.

1.3.5. Programos vykdymo rodikliai, efektyvumo kriterijai ir rezultatų vertinimas

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

Programos vykdymo rodikliai:

- per ataskaitinį laikotarpį PASPĮ suteiktų informavimo apie didelę širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę, šios tikimybės įvertinimo, pirminės prevencijos priemonių plano sudarymo ar siuntimo išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę paslaugų skaičius;
- asmenų, per ataskaitinį laikotarpį priskirtų didelės rizikos grupei, skaičius;
- asmenų, per ataskaitinį laikotarpį gavusių siuntimą į KPP išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę, skaičius;
- asmenų, per ataskaitinį laikotarpį atvykusių į KPP dėl nuodugnaus ištyrimo, ir asmenų, ištirtų KPP, skaičius;
- asmenų, per ataskaitinį laikotarpį priskirtų ypač didelės rizikos grupei, skaičius;
- asmenų, kuriems per ataskaitinį laikotarpį pirmą kartą diagnozuotos brachiocefalinių ir periferinių arterijų stenozės, skaičius;
- asmenų, kuriems per ataskaitinį laikotarpį pirmą kartą diagnozuota koronarinė širdies liga arba nebylioji miokardo išemija, skaičius;

- asmenų, kuriems per ataskaitinį laikotarpį pirmą kartą diagnozuotas cukrinis diabetas ar sutrikusi gliukozės tolerancija, skaičius.

Programos efektyvumo kriterijai:

- programoje dalyvaujančių asmenų sergamumo ūminiais kardiovaskuliniais sindromais (nestabilia krūtinės angina ar miokardo infarktu, praeinančiu smegenų išemijos priepuoliu ar smegenų infarktu, periferinių arterijų tromboze) mažėjimas, palyginti su visos Lietuvos gyventojų sergamumu ūminiais kardiovaskuliniais sindromais;
- programoje dalyvaujančių asmenų mirtingumo, susijusio su ūminiais kardiovaskuliniais sindromais, mažėjimas, palyginti su visos Lietuvos gyventojų mirtingumu nuo ūminių kardiovaskulinių sindromų;
- programoje dalyvaujančių asmenų iki 65 metų sergamumo ir mirtingumo nuo ūminių kardiovaskulinių sindromų dinamika PASPĮ aptarnaujamose teritorijose;
- administravimo grupė atlieka programos rezultatų vertinimą pagal jos vykdymo rodiklius ir efektyvumo kriterijus ne rečiau kaip vieną kartą per metus;
- pasibaigus metų ketvirčiui, programą vykdančios PASPĮ iki kito mėnesio 10 dienos, adresu <http://cardio.lt/anketos> Programos administravimo grupės pirmininkui pateikia Asmens širdies ir kraujagyslių ligų rizikos nustatymo anketų kopijas, o nesant galimybės pateikti elektroniniu būdu, jas pateikia raštu, užtikrindamos teikiamų pacientų duomenų konfidencialumą. Kitus duomenis, reikalingus programos rezultatų ir efektyvumo ataskaitai parengti, administravimo grupei teikia programą vykdančios PASPĮ, KPP, Higienos instituto Sveikatos informacijos centras ir Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos;
- Programos rezultatų ir efektyvumo ataskaitas administravimo grupė teikia Sveikatos apsaugos ministerijai ir Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos.

Nuo 2006-ųjų metų, kai prasidėjo širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos įgyvendinimas, programa ne kartą buvo koreguota ir tobulinta. Vienas paskutiniųjų pakeitimų – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 8 d. įsakymu Nr. V-593 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymo Nr. V-913 „Dėl Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos grupei, atrankos ir

prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“ pakeitimas“⁵⁰, kuriuo buvo praplėsta pirminės asmens sveikatos gydytojo kompetencija – jiems patikėta pacientų, kurių širdies ir kraujagyslių ligų bendroji tikimybė pagal SCORE 5 ir daugiau procentų, stebėseną.

Kaip teigia Vasiliauskaitė (2012), „ekspertai konstatavo, kad ši programa sumažino sergamumą ūminiais kardiovaskuliniais sindromais (nestabilia krūtinės angina ar miokardo infarktu), praeinančiais smegenų išemijos priepuoliais ar insultu bei neįgalumą dėl širdies ir kraujagyslių ligų ir žymiai paskatino naujų cukrinio diabeto atvejų išaiškinimą, rekomenduojama programą tęsti plečiant jos apimtį visoje Lietuvoje⁵¹.

⁵⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 8 d. įsakymas Nr. V-593 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymo Nr. V-913 „Dėl Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“ pakeitimo“, Valstybės Žinios, 2011 06 14, Nr. 72-3492.

⁵¹ Vasiliauskaitė K., et al., Prevencinių programų įgyvendinimo aktualijos, problemos ir sprendimai, Vilnius: Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2012, Vilnius: 2012, p. 70.

2. SERGAMUMO IR MIRTINGUMO NUO ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ DUOMENŲ ANALIZĖ

2.1. Lietuvos gyventojų sergamumo ŠKL analizė

Sergamumas yra vienas pagrindinių gyventojų sveikatos būklę atspindinčių rodiklių. „Sergamumas – asmenų, kuriems ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigose per metus užregistruota bent viena naujai išaiškinta liga (ūmi liga ir pirmą kartą gyvenime nustatyta lėtinė)“, teigia Kalėdienė (2013)⁵². Sergamumas dažniausiai pasikartoja ir trunka ilgai, todėl sergamumas svarbus vertinant gyventojų sveikatą. Sergamumo statistiniai duomenys svarbūs vertinant žmonių darbingumo galimybes, nes sukelia ekonominius nuostolius.

Lietuvoje sergamumas yra skaičiuojamas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo informacinės sistemos (PSDF IS). PSDF IS duomenimis 2012 m. asmenų, sirgusių viena ar daugiau ligų, skaičius, lyginant su 2011 m., sumažėjo. 2012 m. Lietuvoje 73,3 proc. gyventojų buvo užregistruotas vienas ar daugiau susirgimų ar traumų – 71,2 proc. suaugusiųjų ir 82,7 proc. vaikų. Dažniausiai buvo užregistruotos kvėpavimo sistemos (265,4/1000 gyv.), kraujotakos sistemos (232/1000 gyv.), virškinimo sistemos (172,8/1000 gyv.), jungiamojo audinio ir raumenų skeleto (160,3/1000 gyv.).

2 lentelė. Lietuvos gyventojų ligotumas 2012 m. proc.

Ligų klasės pagal TLK - 10	Suaugusieji (nuo 18 m.)	Vaikai (0 – 17 m.)
Visos ligos ir traumos	71,2	82,7
II. Navikai	6,8	1,3
IX. Kraujotakos sistemos ligos	27,8	2,7
X. Kvėpavimo sistemos ligos	19,8	56,4
XIII. Jungiamojo audinio ir skeleto-raumenų sistemos ligos	17,2	10,9

Šaltinis: sudaryta remiantis Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis.
Prieiga per internetą: http://sic.hi.lt/php/serg14.php?dat_file=serg14.txt, žiūrėta 2014 03 15.

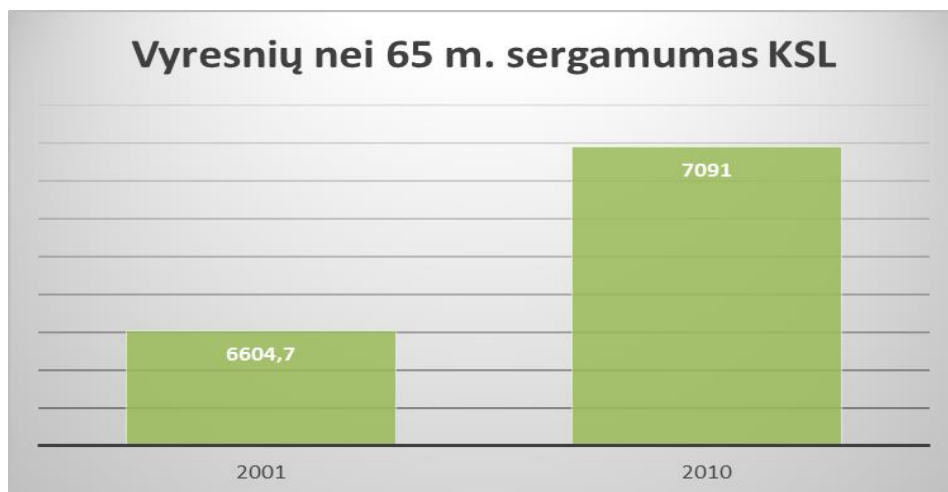
⁵² Kalėdienė R., et al., Sveikatos statistikos vadovas, Kaunas: LSMU Leidybos namai, 2013 p. 41.

Priklausomai nuo amžiaus grupės sergamumas pagal ligų klases labai skiriasi. Pagal 2 lentelės duomenis pastebime, kad vaikams (0 -17 m.) dažniausiai registruojamos kvėpavimo sistemos ligos, tuo tarpu suaugusiųjų grupėje – kraujotakos sistemos ligos.

18 – 64 m. amžiaus grupės asmenys serga rečiausiai. Daugiausia jų sirgo kvėpavimo sistemos (196,1/1000 gyventojų), kraujotakos sistemos (170,2/1000 gyv.) bei jungiamojo audinio ir raumenų skeleto (152,7/1000gyv.) ligomis. Vyresniame amžiuje (virš 65 metų) dominuoja kraujotakos sistemos (655,3/1000 gyv.), akių (240,8/1000gyv.) bei jungiamojo audinio ir raumenų skeleto (238,8/1000) ligos.

Pasak Nacionalinės sveikatos tarybos 2012 metinio pranešimo, sergamumas kraujotakos sistemos ligomis nuo 2001 – 2010 m. tolygiai augo. Nuo 2001 m. (2783,1/100 000 gyventojų) iki 2010 m. sergamumo kraujotakos sistemos ligomis rodiklis padidėjo iki (3380,7/100 000 gyventojų). Sergamumas cukriniu diabetu taip pat išlieka viena opiausių sveikatos problemų. 2010 m. 100000 gyventojų užregistruota 264,9 asmens, naujai susirgę cukriniu diabetu (2008 m. – 283,1).⁵³ Kaip teigia Batulevičienė, sergančiųjų II tipo cukriniu diabetu skaičius Lietuvoje per 2007-2011 m. padidėjo nuo 2,3proc. iki 3,2 proc.⁵⁴.

Sergamumo rodikliai kraujagyslių sistemos ligomis 65 metų ir vyresnio amžiaus gyventojų grupėje ypač išaugo (2 pav.)



2 pav. Vyresnių nei 65 m. sergamumas kraujotakos sistemos ligomis.

Šaltinis: sudaryta remiantis Nacionalinės sveikatos tarybos metiniu pranešimu 2012.

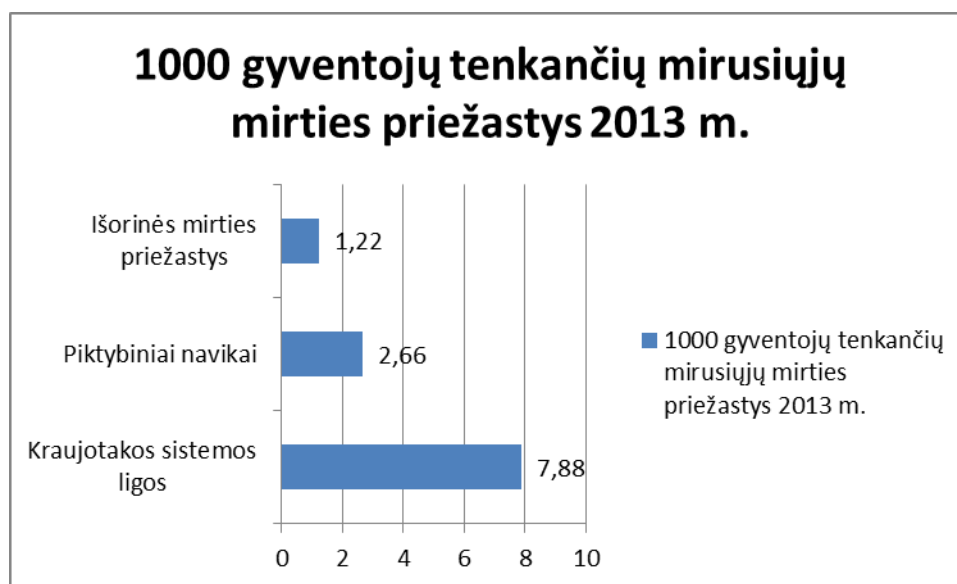
⁵³ Gurevičius R., Jaselionienė J., Lietuvos gyventojų sveikatos rodikliai ir senstančios visuomenės įtaka jų raidai, Vilnius: Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2012, 2012 p.10.

⁵⁴ Batulevičienė V., et al., Lietuvos gyventojų II tipo diabeto valdymas, Sveikatos Mokslai, T. 23 Nr. 4 (89), 2013, p. 78.

2.2. Lietuvos gyventojų mirtingumo ŠKL analizė

Gyventojų skaičius kas metus mažėja dėl daugelio priežasčių, pagrindinės mažėjimo priežastys yra emigracija, žemas gimstamumas ir palyginti didelis mirtingumas. Pasak Gurevičiaus, mirtingumo duomenys turi didelį privalumą prieš kitus rodiklius ir yra vienintelis pagal tarptautines taisykles daugelyje šalių registruojamas rodiklis.⁵⁵

Lietuvoje 2013 m. mirė 41 511 žmonių, t. y. 573 asmenimis daugiau negu 2012 metais. Išankstiniais duomenimis 1000 gyventojų 2013 m. teko 14,0 mirusiojo (2012 m. – 13,7/1000 gyventojų).



3 pav. Pagrindinės mirties priežastys 2013 m. Lietuvoje

Šaltinis: sudaryta remiantis Higienos instituto sveikatos informacijos centro duomenimis. Prieiga per internetą: http://www.hi.lt/content/MPR_statistika.html, žiūrėta 2014 03 02.

Lietuvos gyventojų mirties priežasčių struktūra jau daugelį metų išlieka nepakitusi. Trys pagrindinės mirties priežastys – kraujotakos sistemos ligos, piktybiniai navikai ir išorinės mirties priežastys 2013 m. sudarė 84,0 proc. visų mirties priežasčių. Nuo kraujotakos sistemos ligų mirė daugiau nei pusė, t. y. 56,3 proc., nuo piktybinių navikų – 19,0 proc., o nuo išorinių mirties priežasčių – 8,7 proc. visų mirusiųjų.⁵⁶

⁵⁵ Gurevičius R., Jaselionienė J., Mirtingumo nuo svarbiausių mirties priežasčių dinamika Lietuvoje, Europos Sąjungos ir Baltijos šalyse. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, 2010, p. 11.

⁵⁶ Mirties priežastys 2013, Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2014, p. 6, prieiga per internetą: http://www.hi.lt/content/MPR_statistika.html, žiūrėta 2014 03 02.

2013 m. Lietuvoje mirė 20 789 vyrai, lyginant su 2012 m. – 98 vyrais daugiau. Daugiausia (47,6 proc.) vyrų mirė nuo kraujotakos sistemos ligų, iš kurių 64,6 proc. mirė nuo išeminės širdies ligos, 22,4 proc. – smegenų kraujagyslių (cerebrovaskulinių) ligų.

2 lentelėje pateikiami 2013 m. mirtingumo rodikliai pagal atskiras ligų klases Vilniaus mieste, Vilniaus apskrityje ir visoje Lietuvoje, kraujotakos sistemos ligos užima pirmąją vietą, o mažiausiai žmonių miršta nuo infekcinių ligų.

3 lentelė. Atskirų ligų mirties priežastys Vilniuje ir Lietuvoje 2013 m.

	Infekcinės ligos	Piktybiniai navikai	Kraujotakos sistemos ligos	Kvėpavimo sistemos ligos	Virškinimo sistemos ligos	Išorinės mirties priežastys
Vilniaus miestas	112	1165	3056	141	360	552
Vilniaus apskritis	185	1923	5454	277	588	975
Lietuvos Respublika	635	7872	23361	1470	2234	3615

Šaltinis: sudaryta remiantis Higienos instituto sveikatos informacijos centro duomenimis.

Prieiga per internetą: http://www.hi.lt/content/MPR_statistika.html, žiūrėta 2014 03 02.

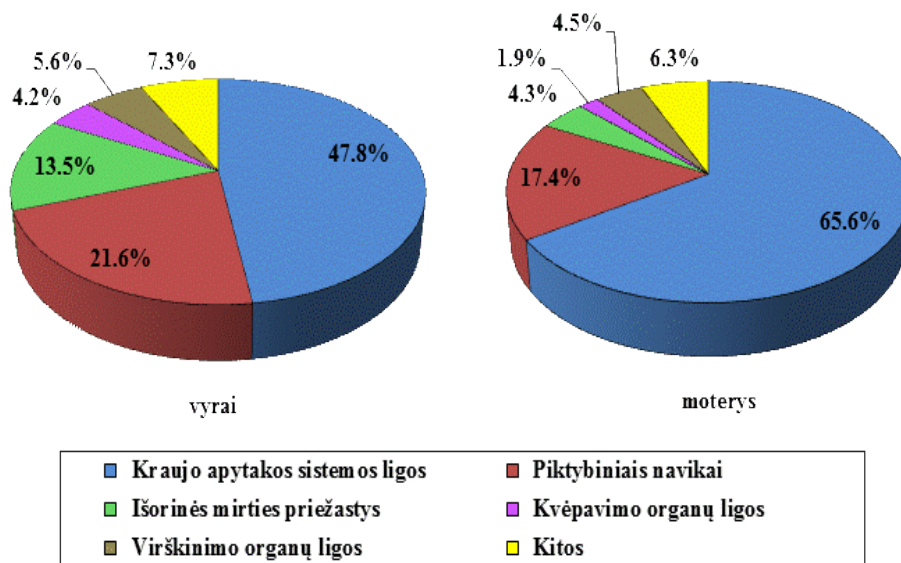
Lietuvoje 2012 m. mirė 40 938 žmonės, t. y. 99 asmenimis mažiau negu 2011 metais. 2012 m. 100 000 gyventojų teko 1370,2 mirusiojo (2011 m. – 1355,2/100 000 gyventojų). Tos pačios trys pagrindinės mirties priežastys – kraujotakos sistemos ligos, piktybiniai navikai ir išorinės mirties priežastys 2012 m. sudarė 85,1 proc. visų mirties priežasčių. Nuo kraujotakos sistemos ligų mirė daugiau nei pusė, t. y. 56,6 proc., nuo piktybinių navikų – 19,5 proc., o nuo išorinių mirties priežasčių – 8,9 proc. visų mirusiųjų.

Standartizuoti 65 metų ir vyresnio amžiaus gyventojų mirtingumo rodikliai nuo kraujotakos sistemos ligų pastaraisiais metais mažėjo. 2005 m. rodikliai buvo didžiausi – 3927,7/100 000 gyventojų, o 2009 m. – 3526,7/ 100 000 gyventojų.

Aukščiausi mirtingumo rodikliai nuo išeminės širdies ligos užregistruoti 2005 m. – 2578,8/100 000 gyv., vėliau mažėjo iki 2250,2/100 000 gyv. 2009, nors rodikliai mažėjo, mažėjimo tendencijos tokios nežymios, kad galima teigti, jog Lietuvos Sveikatos programoje užsibrėžtas tikslas sumažinti mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų vyresnių nei 65 metų amžiaus grupėje nebuvo pasiektas.

Higienos instituto sveikatos informacijos centro 2012 m. duomenimis, Lietuvoje kraujo apykaitos sistemos ligos sudarė 47,8 proc. vyrų ir 65,6 proc. moterų pagrindinių mirties priežasčių (2 pav.)

Pagrindinės vyrų ir moterų mirties priežastys 2012 m



4 pav. Mirties priežasčių struktūra Lietuvoje 2012 m. pagal lytį (proc.)

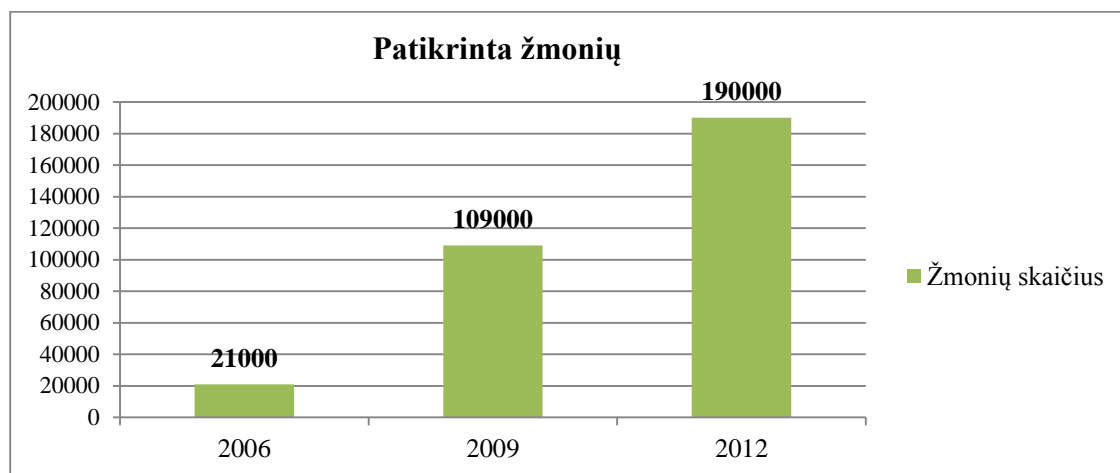
Šaltinis: sudaryta remiantis Higienos instituto sveikatos informacijos centro duomenimis
Prieiga per internetą, <http://sic.hi.lt/html/demografija5.htm>, žiūrėta 2014 02 06.

Pagal mirties priežastis Lietuvoje situacija nesikeičia, sveikatos priežiūros sistema susiduria su milžinišku iššūkiu vykdant širdies ir kraujagyslių ligų prevencinę programą siekiant sumažinti mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų.

3. ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ PREVENČINĖS PROGRAMOS ĮGYVENDINIMAS LIETUVOJE IR VILNIUJE

3.1. Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos įgyvendinimas Lietuvoje

Jau aštuonerius metus Lietuvoje įgyvendinama asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa. 2 paveiksle nurodyta, kaip nuo 2006 m. iki 2012 m. kito programos vykdymas.

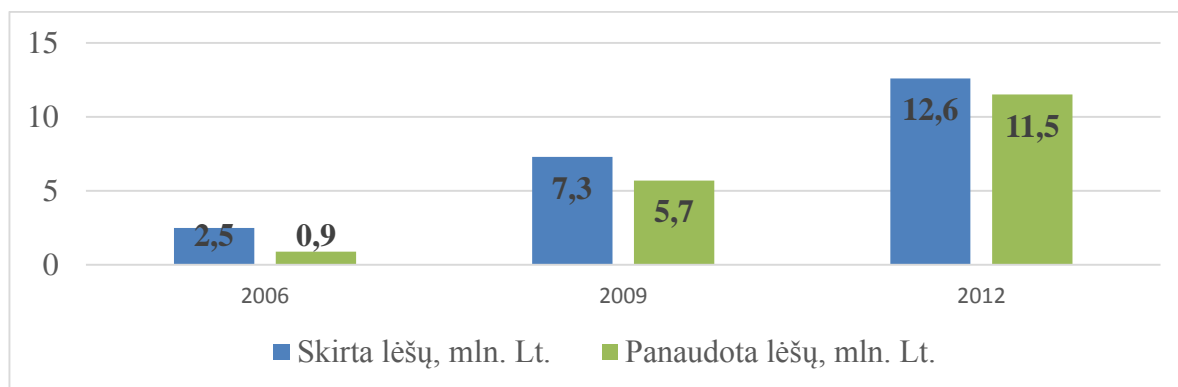


5 pav. Pagal širdies prevencinę programą patikrintas žmonių skaičius

Šaltinis: sudaryta remiantis valstybinės ligonių kasos duomenimis.

Prieiga per internetą: <http://www.vlk.lt/info/hList/plid/2054>, žiūrėta 2014-02-06.

Programai nuo jos pradžios skiriama vis daugiau lėšų, 3 paveiksle matoma, kaip augo programai skirtos lėšos ir jų panaudojimas. Pirmaisiais 2006 programos įgyvendinimo metais skirta 2,5 mln. lėšų dalis, iki 2012 m. išaugo penkis kartus. Akivaizdu, kad programai įsibėgėjus didėja ir lėšų įsisavinimo dalis.

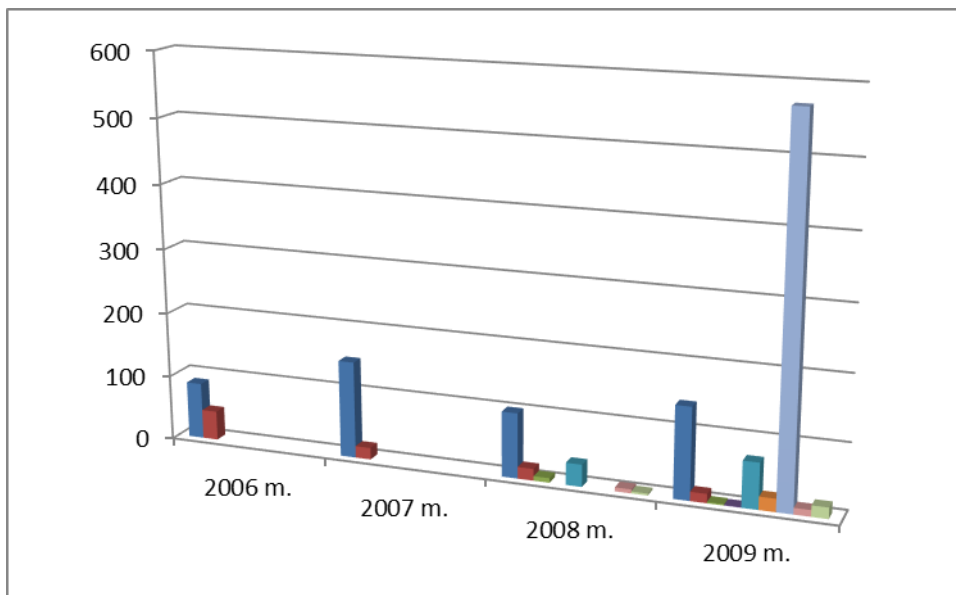


6 pav. Programos finansavimas (mln., Lt)

Šaltinis: sudaryta, remiantis valstybinės ligonių kasos duomenimis.

Prieiga per internetą: <http://www.vlk.lt/info/hList/plid/2054>, žiūrėta 2014-02-06.

Nuo 2006 metų pradėjus įgyvendinti programą specializuoti širdies ir kraujagyslių ligų padaliniai buvo tik du – Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos ir Kauno medicinos universiteto klinikos, o iki 2009 m. jų skaičius išaugo iki devynių.



	2006 m.	2007 m.	2008 m.	2009 m.
VšĮ VUL Santariškių klinikos	87	149	100	140
VšĮ Kauno medicinos universiteto klinikos	45	18	18	14
VšĮ VU Antakalnio ligoninė			7	2
VšĮ Alytaus apskr. Kudirkos ligoninė				1
Kauno Dainavos poliklinika			34	70
Kauno Kalniečių poliklinika				20
UAB "Pirmoji viltis"				570
VšĮ Utenos ligoninė			6	10
VšĮ Ignalinos ligoninė			3	17

7 pav. Išsamaus širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės įvertinimo paslaugos teikimo dinamika širdies ir kraujagyslių ligų padaliniuose 2006 – 2009 m. (atvejų skaičius)

Šaltinis: sudaryta remiantis valstybinės ligonių kasos duomenimis.

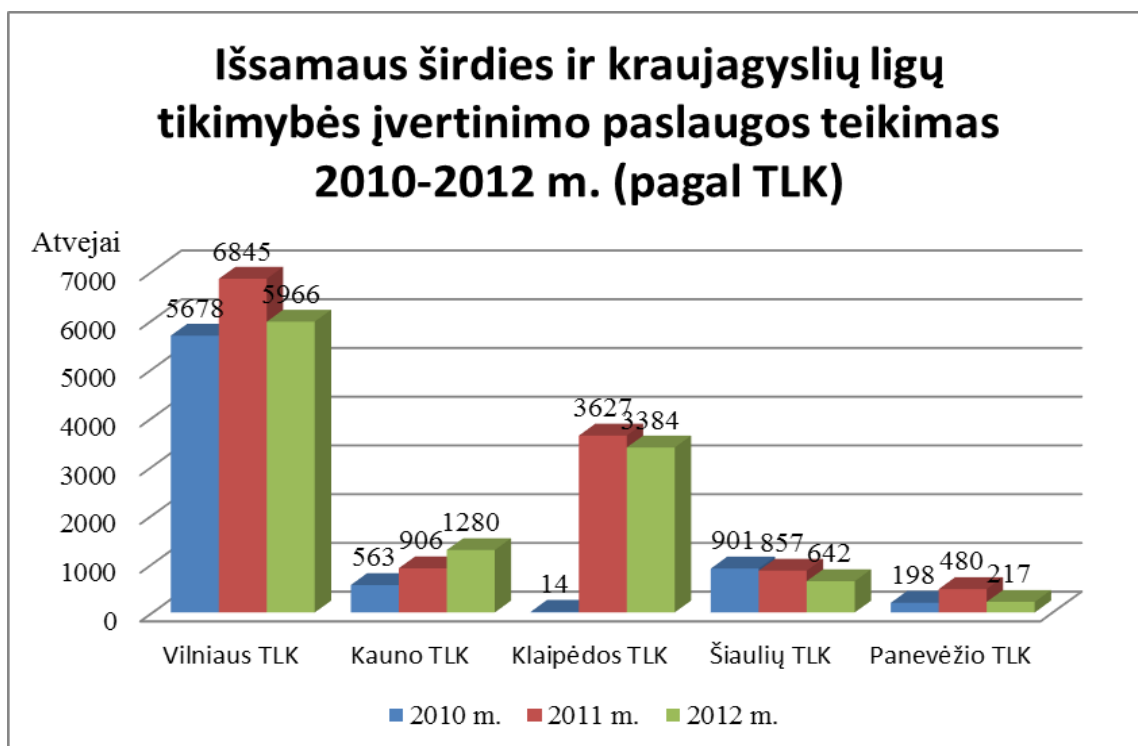
Prieiga per internetą: <http://www.vlk.lt/info/hList/plid/2054>, žiūrėta 2014-02-06.

Pagal 2012 metų Valstybinės ligonių kasos duomenis, programą įgyvendinančių įstaigų sąrašą papildė privati klinika „Elite Medicale“ Kaune, VšĮ Vilniaus rajono centrinė poliklinika, UAB „Vita Simplex“ Prienuose, UAB „Kardiovita“ Klaipėdoje⁵⁷.

⁵⁷ Valstybinė ligonių kasa. Informacinis pranešimas 2012 04 18. Prieiga per internetą: <http://www.vlk.lt/vlk/lt/?page=info&id=1026>, žiūrėta 2014 02 17.

3.2. Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programos vykdymas Vilniuje

Vilniaus TLK duomenimis 2013 m. programoje galinčių dalyvauti asmenų skaičius (50-65 m. moterys ir 40-55 m. vyrai) Vilniaus mieste buvo 124 655. Specializuotuose širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos padaliniuose atliekamas išsamus širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės įvertinimas. 2010 – 2012 m. dinamikoje tik Kaune suteiktų paslaugų skaičius didėjo.



8 pav. Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos išsamus širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės įvertinimo dinamika 2010 – 2012 m. (atvejų skaičius)

Šaltinis: sudaryta remiantis valstybinės ligonių kasos duomenimis.

Prieiga per internetą: <http://www.vlk.lt/info/hList/plid/2054>, žiūrėta 2014-02-06.

Pirminiu lygiu Vilniaus mieste informavimo apie didelę širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę, šios tikimybės įvertinimo, pirminės prevencijos priemonių plano sudarymo ar siuntimo išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę teikia šios įstaigos:

- **10 poliklinikų:** Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos Medicinos centras, VšĮ „KAROLINIŠKIŲ POLIKLINIKA“, VšĮ Antakalnio poliklinika, VšĮ CENTRO POLIKLINIKA, VšĮ Lazdynų poliklinika, VšĮ NAUJININKŲ POLIKLINIKA, VšĮ

Naujosios Vilnios poliklinika, VšĮ Šeškinės poliklinika, VšĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialas, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos

- **43 bendrosios praktikos gydytojų kabinetų ir šeimos medicinos centrų:** „Pavilnio klinika“, UAB „TVINKSNIS“, individuali įmonė, I. Kurcevič bendrosios praktikos gydytojo kabinetas, IĮ J. Bartusevičienės Fabijoniškių sveikatos centras, J. Pauparienės klinika, Kazakauskienės paslaugų įmonė, UAB Saulėtekio klinika, UAB „Akvamira“, UAB „ALFA CLINIC“, UAB „Alicija ir partneriai“, UAB „AND KLINIKA“, UAB „CONAS“, UAB „ENDEMIK“, UAB „ESU“, UAB „Euroklinika“, UAB „FAMA BONA“, UAB „GK Klinika“, UAB „HIPOKRATO KLINIKA“, UAB „IDAMEDA“, UAB „LINKIME SVEIKATOS“, UAB „Lionet“, UAB „MediCA klinika“, UAB „Neuromeda“, UAB „NORTHWAY MEDICINOS CENTRAI“, UAB „SANITAS FAMILIAE“, UAB „Sanum medicale“, UAB „SK IMPEKS MEDICINOS DIAGNOSTIKOS CENTRAS“, UAB „Tarandės šeimos klinika“, UAB „Vilniaus sveikatos namai“, UAB BALTUPIŲ ŠEIMOS MEDICINOS CENTRAS, UAB Ginekologijos ir šeimos klinika, UAB InMedica(buvusi UAB Šeimos medicinos klinika), UAB Jeruzalės klinika, UAB Karoliniškių šeimos klinika, UAB LAISVĖS PROSPEKTO ŠEIMOS KLINIKA, UAB MEDICINOS PASLAUGŲ CENTRAS, UAB Pašilaičių šeimos medicinos centras, UAB Riešės šeimos klinika, UAB Šnipiškių medicinos centras, UAB Žvėryno klinika, V. SUZANOVIČIENĖS BENDROSIOS PRAKTIKOS GYDYTOJOS KABINETAS, VšĮ „I. Kelbauskienės šeimos klinika“, VšĮ Balsių šeimos medicinos centras, VšĮ Grigiškių sveikatos priežiūros centras.

Pirminiame lygyje nustatius didelę širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę PASPI siunčia pacientus į antrinį lygį atlikti išsamų širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės vertinimą.

Iš 2 lentelėje pateiktų duomenų apie asmenų, priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių, finansavimo programos vykdymo Vilniaus miesto sveikatos priežiūros įstaigose matyti, kad geriausiai asmenis, galinčius dalyvauti programoje informuoja VšĮ Šeškinės poliklinika (50,48 proc.), o tarp bendrosios praktikos gydytojų ir šeimos medicinos centrų – UAB „Ginekologijos ir šeimos klinika“ (43,62 proc.).

4 lentelė. Asmenų, priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių, finansavimo programos vykdymo ataskaita

Eil. Nr.	Įstaigos pavadinimas	Programoje galinčių dalyvauti asmenų skaičius (50-65 m. moterys ir 40-45 m. vyrai)	Asmenys, informuoti apie galimybę dalyvauti programoje (skaičius)	Asmenys, informuoti apie galimybę dalyvauti programoje (%)
	Vilniaus miesto	124655	42202	33,86
1.	VšĮ Lazdynų poliklinika	5486	1831	33,38
2.	VšĮ Karoliniškių poliklinika	11617	3442	29,63
3.	VšĮ Antakalnio poliklinika	15464	6863	44,38
4.	VšĮ Centro poliklinika	28260	11248	39,80
5.	VšĮ Šeškinės poliklinika	18979	9580	50,48
6.	VšĮ Naujosios Vilnios poliklinika	6806	1162	17,07
7.	VšĮ Naujininkų poliklinika	6282	1383	22,02
8.	VšĮ Vilniaus universiteto Santariškių klinikos	2857	771	26,99
9.	VšĮ Grigiškių pirminės sveikatos priežiūros centras	2604	970	37,25
10.	VšĮ Vilniaus miesto klinikinė ligoninė	3579	26	0,73
11.	LR vidaus reikalų ministerijos Medicinos centro Vilniaus filialas	5311	364	6,85
12.	UAB Baltupių šeimos medicinos centras	1282	500	39,00
13.	UAB „Sanitas familiae“	1215	479	39,42
14.	Kazakauskienės paslaugų įmonė	204	75	36,76
15.	VšĮ „I.Kelbauskienės šeimos klinika“	726	54	7,44
16.	J. Pauparienės klinika	160	0	0
17.	UAB „Linkime sveikatos“	700	249	35
18.	I. Kurcevič BPG kabinetas	230	0	57
19.	UAB Jeruzalės klinika	142	1	0
20.	VšĮ Justiniškių šeimos gydytojo kabinetas	958	167	17,43
21.	UAB „Medicinos paslaugų centras“	2321	964	41,53
22.	V. Suzanovičienės BPG kabinetas	544	50	9,19
23.	UAB Pašilaičių šeimos medicinos centras	787	228	28,97
24.	UAB Žvėryno klinika	533	1	0,19
25.	UAB Karoliniškių šeimos klinika	868	197	22,70
26.	UAB „Tvinksnis“	330	120	36,36
27.	VšĮ Balsių šeimos medicinos centras	526	8	1,52
28.	UAB „Northway medicinos centrai“	552	0	0
29.	UAB „Vilniaus sveikatos namai“	556	155	27,88

30.	VšĮ Rudaminos pirminės sveikatos priežiūros centras	164	35	21,34
31.	UAB Šnipiškių medicinos centras	378	112	29,63
32.	UAB Tarandės šeimos klinika	231	32	13,85
33.	UAB Laisvės prospekto šeimos klinika	681	192	28,19
34.	UAB „ALFA CLINIC“	199	46	23,12
35.	UAB GK klinika“	44	5	11,36
36.	UAB „Euroklinika“	278	110	39,57
37.	UAB „Fama Bona“	98	34	34,69
38.	UAB „Medicinos paslaugų ir informacijos valdymo centras“	57	4	7,02
39.	UAB Saulėtekio klinika	241	53	21,99
40.	UAB „Alicija ir partneriai“	533	194	36,40
41.	UAB „Idameda“	52	2	3,85
42.	UAB „Endemik“	27	0	0
43.	UAB „Pavilnio klinika“	418	180	43,06
44.	UAB „BUKIŠKIŲ MEDICINOS KLINIKA:	101	35	34,65
45.	UAB „HIPOKRATO KLINIKA“	161	0	0
46.	UAB „Lionet“	54	7	12,96
47.	UAB „Ginekologijos ir šeimos klinika“	94	41	43,62
48.	UAB „Esu“	134	34	25,37
49.	UAB „AND KLINIKA“	122	1	0,82
50.	UAB „MediCa klinika“	477	128	26,83
51.	UAB „Neuromeda“	123	30	24,39
52.	UAB „CONAS“	90	39	43,33
53.	IĮ J. Bartusevičienės Fabioniškių sveikatos centras	19	0	0

Šaltinis: sudaryta remiantis Vilniaus teritorinės ligonių kasos duomenimis 2013 m. sausio – gruodžio mėn. ataskaita. Prieiga per internetą: <http://www.vilniaustlk.lt/index.php?id=426>, žiūrėta 2014 03 05.

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

4.1. Bendroji tyrimo logika ir tyrimo etika

Siekiant įvertinti širdies ir kraujagyslių prevencinės programos efektyvumą Vilniaus mieste buvo taikytas kokybinis tyrimo metodas. Atlikti du kokybiniai tyrimai norint pažinti ir suprasti širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos įgyvendinimo problemas gydytojų ir pacientų požiūriu.

Kokybiniais tyrimais nesiekama išmatuoti, skaičiuoti ar siekti vienintelio paaiškinimo. Kokybiniam tyrimui būdingas siekimas suprasti, kaip individai suvokia ir aiškina pasaulį ir kaip individualiai kuriamos prasmės lemia jų elgesį. Lankstumas apibūdina kokybinį tyrimą kaip nestruktūrizuotą, neturintį standartinės tyrimo struktūros, tinkančios bet kuriai tiriamai aplinkai (Kardelis, 2002)⁵⁸.

Atliekant apklausą buvo laikomasi pagrindinių socialiniams tyrimams būdingų etinių principų: privatumo, anonimiškumo, konfidencialumo. Kokybinio tyrimo gydytojų duomenys buvo renkami iš anksto suderinus laiką ir gavus asmeninius sutikimus dalyvauti. Pacientų interviu atlikti atsitiktinai gydymo įstaigose, gavus jų sutikimą dalyvauti. Visiems respondentams buvo suteikta tiksli informacija apie atliekamą tyrimą, garantuotas anonimiškumas.

Pusiau struktūruotas interviu pasirinktas dėl galimybės gauti daugiau papildomos informacijos, kai interviu metu pagal bendrą planą užduodant klausimus respondentui esant reikalui užduodami pokalbio metu kilę klausimai. Taip gaunant didesnę galimybę pažinti tiriamąjį ir gauti daugiau reikalingos informacijos. Gauti duomenys apdoroti taikant kokybinę turinio (content) analizę, kai gauti duomenys koduojami ir klasifikuojami juos kategorizuojant. Pagrindinė idėja yra nustatyti informatyvias vietas ir išrinkti svarbias žinutes, paslėptas kiekviename įrašo interviu⁵⁹.

⁵⁸ Kardelis K., Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai, Kaunas: JUDEX leidykla, 2002, p.272.

⁵⁹ Prieiga per internetą < <http://sociology.about.com/od/Research/a/Content-Analysis.htm> >, žiūrėta 2014 02 05.

4.2. Kokybinio tyrimo gydytojų ir pacientų interviu tyrimo imtis ir instrumentas

Instrumentas. Buvo sudaryti du atskiri klausimynai, vienas gydytojams, kitas – pacientams.

Gydytojų interviu sudarė 9 klausimai (žr. 1 priedą), orientuoti į gydytojus kaip į širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos vykdytojus, siekiant išsiaiškinti ir įsigilinti į programos įgyvendinimo, vykdymo problemas.

Pacientų interviu sudarė 6 klausimai (žr. 2 priedą), orientuoti į respondentų žinias apie programos vykdymą, dalyvavimą, gydytojų darbo vertinimą, pacientų požiūrį į gydytojų pateiktas profilaktikos priemones, siekiant išsiaiškinti programos vartotojų problemas.

Tyrimo dalyvių imtis. Viso 6 gydytojai (3 šeimos gydytojai, dirbantys pirminės asmens sveikatos priežiūros centruose, kiti 3 - kardiologai, dirbantys specializuotuose širdies ir kraujagyslių ligų padaliniuose) ir 6 pacientai (vyrai atitinkantys 40-55m. amžiaus grupę ir moterys atitinkančios 50-65m. amžiaus grupę).

Tyrimo tikslas. Išsiaiškinti širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos įgyvendinimo problemas Vilniaus mieste. Ar pakankamai efektyviai programa vykdoma vartotojų ir vykdytojų požiūriu.

Tyrimo laikas. Gydytojų ir pacientų interviu tyrimai atlikti 2014 m. vasario mėnesį.

Tyrimo etapai:

1. Klausimų sudarymas.
2. Apklausos metodo parinkimas.
3. Gydytojų ir pacientų požiūrio duomenų analizė.
4. Rezultatų apibendrinimas ir išvados.

Pusiaus struktūruoto interviu trukmė nuo 20 iki 40 min. Respondentų atsakymai fiksuoti atliekant įrašą. Kokybinio tyrimo apibendrinimui panaudotas turinio analizės metodas. Visiems

respondentams tyrėja garantavo konfidencialumą, t. y. kad nebus skelbiama informacija, susijusi su konkrečiu asmeniu ar įstaiga.

4.2.1. Kokybinio tyrimo gydytojų interviu rezultatų aptarimas

Respondentų gydytojų charakteristikos pateiktos lentelėje.

5 lentelė. Demografinės tyrimo dalyvių charakteristikos

	Šeimos gydytojai	Kardiologai	Visi
Lytis	Moterys (30%, n = 1) Vyrai (70%, n = 2)	Moterys (70%, n = 2) Vyrai (30%, n = 1)	n = 6
Amžiaus vidurkis	41 m.	48,67 m.	44,8 m.
Pasiskirstymas pagal specialybę	Visi 3 respondentai šeimos gydytojai	Visi 3 respondantai kardiologai	
Pasiskirstymas pagal institucijos tipą	Visi 3 respondantai dirba pirminės asmens sveikatos priežiūros centruose	3 respondantai dirba specializuotuose širdies ir kraujagyslių ligų centruose	
Išsilavinimas	Aukštasis universitetinis medicininis išsilavinimas	Aukštasis universitetinis medicininis išsilavinimas	

Pirmuoju klausimu gydytojams („**Kaip Jūs vertinate širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos reikalingumą, veiksmingumą?**“) siekta išsiaiškinti jų požiūrį apie programą.

Išskirtos dvi kokybinės kategorijos – **programos svarba** ir **programos veiksmingumas**.

6 lentelė. Požiūris į širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programą

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Programos svarba	Naujų ligų atvejų diagnozavimas	„Teigiamai vertinu, tikrai reikalinga programa, leidžia išaiškinti naujus atvejus, ypač kai žmonės patys nesikreipia ir neatlieka tyrimų už savo pinigus.“ „Aišku, kad ji reikalinga, vertinu teigiamai. Daug naujo diabeto atvejų išlenda, o dislipidemijų buvo ir bus.“ „Vienareikšmiškai reikalinga, žmonės sirgo visada širdies ir kraujagyslių ligomis, tik tinkamas dėmesys atsirado, kai prasidėjo programa.“
	Sergamumo, mirtingumo mažinimas	„Štai ir praėjusią savaitę buvo patikrintas vyras, kuris niekuo nesiskundė, o tyrimai tokie, kad blogai baigtis galėjo – siuntėm į Santariškes, atliko operaciją.“ „Programos metu dažnai didelės rizikos asmenims nustatome jau esamą išeminę širdies ligą, apie kurią jie nieko nežino, įvertinami ir gydomi rizikos veiksniai dėl to mažėja sergamumas.“
Programos veiksmingumas	Efektyvus programos vykdymas	„Veiksmingumas bus, tik įvertinti bus galima vėliau.“ „Valstybė duoda pinigus, tau tik dirbti reikia, bet kad efektyviai galėtum dirbti, reikia ir pacientų atsakomybės.“
	Tęstinis programos vykdymas	„Veiksmingumas jau yra vien dėl to, kad programa yra vykdoma, bet būtina ją tęsti.“ „Pamatysim, bus mažiau ir miokardo infarktų, tik tęsti reikia, ką pradėjome.“

Apibendrinimas. Visi respondentai gydytojais teigiamai (100%) įvertino programos naudą teigdami, kad ji tikrai svarbi ir naudinga ją tęsti. Du gydytojai siūlė prailginti galinčių programoje dalyvauti amžių: „*Didesnis diapazonas turėtų būti, ypač vyrams, neužtenka pradėti nuo 40 metų ir baigti 55 metų, reiktų pailginti bent iki 60-65m., sulyginti su moterų grupe būtų naudingiausia.*“

Antrojo klausimo („Kokia Jūsų nuomonė apie širdies ir kraujagyslių ligų programos vykdymą, organizavimą Jūsų darbovietėje? Kokių turėtumėte pasiūlymų?“) tikslas – sužinoti gydytojų nuomonę apie jų įstaigoje programos vykdymo įgyvendinimą.

Išskirta kokybinė kategorija – **programos vykdymo įgyvendinimas**.

7 lentelė. Gydytojų požiūris apie programos vykdymo įgyvendinimą jų darbovietėje

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Programos vykdymo įgyvendinimas	Bendradarbiavimas su sveikatos apsaugos ministerija	„Mūsų įstaiga vykdo programą tikrai neblogai, štai praėjusį mėnesį administracija pristatė rezultatus – 52% turim, aišku, lyginant su kitomis prevencinėmis programomis, galėtų būti ir geriau. Ministerija galėtų palengvinti įgyvendinimą. Kontraindikacijų atsiradimas labai pablogino situaciją, pvz. žmogus po insulto su aukštu cholesteroliu, pagal amžių programą kaip ir būtų galima daryti, bet pagal diagnozę, negali. Kai dirbi praktikos, kartais ir žmogaus gaila.“
	Bendradarbiavimas su darbovietės administracija	„Įstaigą vertinu gerai, pats esu daug metų dirbęs administracijoje, čia mažai ką pakeisi, kai gauni įsakymus iš viršaus. Jie stengiasi, tikrai darbas organizuojamas neblogai.“ „Programa organizuota efektyviai, papildomų veiksmų nereikia, žmonės tiriami, skiriamas gydymas, jau nuo to nauda prasideda.“
	Dokumentacijos pildymas	„Ypač daug laiko ši programa reikalauja, lyginant su kitomis, neužtenka vien tyrimus paskirti, anketa ilgiausia, o kol dar viską pamatuoja.“
	Tyrimų prieinamumas	„Įgyvendiname gerai, manau, tyrimai per vieną dieną atliekami, žmogus išvažiuoja su paskirtu gydymu.“ „Daromi išsamūs tyrimai, dirba patyrę specialistai, tikrai efektyviai programa vykdoma.“

Apibendrinimas. Visų 6 gydytojų nuomonė sutapo, savo darbovietėje programos vykdymą jie vertina teigiamai (100%).

Vienos šeimos gydytojo pasiūlymas: „*Reiktų palengvinti mums darbą, su kokiomis diagnozėmis galima daryti programą, su kokiomis – ne.*“

Du kardiologai siūlė: „*Lietuva maža, žmogui patogiau būtų, jei būtų daugiau centrų, ne visi nori ir gali į Vilnių, Kauną važiuoti, turėtų plėstis ir antrinis lygis, Alytus, Marijampolė.*“

Vieno gydytojo išsakytas teiginys: „*Turi būti ypač geras ryšys tarp šeimos gydytojo ir pirminės asmens sveikatos priežiūros, šita pradžia svarbiausia.*“

Trečiuoju klausimu gydytojams (**Kaip esate motyvuojami skatinti gyventojus dalyvauti širdies ir kraujagyslių prevencinėje programoje? Kokių turite pasiūlymų?**) siekta išsiaiškinti, kas labiausiai motyvuoja gydytojus vykdyti programą.

Išskirta viena kokybinė kategorija - **motyvacijos rūšys**.

8 lentelė. Gydytojų požiūris apie motyvaciją skatinti gyventojus dalyvauti ir vykdyti programą

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Motyvacijos rūšys	Pareiga	„Kiekvienas specialistas pirmiausia turi atidirbti profilaktikai.“ „Profilaktika turi būti visada.“
	Finansinė motyvacija	„Skatinamieji pinigai, bet jie juokingi, kai dar su slaugytoja dalintis reikia.“ „Gaunam algą.“ „Finansavimas mažokas, bet didesni pinigai nei paprasta kardiologo konsultacija.“ „Gaunam algą, bet neadekvačiai, lyginant su kitomis programomis, pvz. prostatos programai pridavei tyrimus ir viskas, o čia pakalbėti, pamatuoti, pasverti, jei gliukozė ant ribos, tai gliukozės tolerancijos mėginį atlikti reikia, dar anketa ilgiausia. Tiek daug darbo, o apmokėjimas nedidelis.“
	Moralinė motyvacija	„Patys mes visada motyvuoti žmogų iširti.“

Apibendrinimas. Keturi gydytojai teigė, kad jie motyvuoti: „*Specialistas turi būti autoritetas, turim skatinti ligonį, ypač su rizikos veiksniais*“, „*...ne pinigai svarbiausia.*“

Du šeimos gydytojai teigė, kad dirba savo darbą, bet nėra motyvuoti: „*Toks mūsų darbas, tokia pareiga.*“

Vieno kardiologo išsakyta nuomonė: „*Motyvuoja tai, kad vėliau gauni mažiau komplikuočių pacientų.*“

Ketvirtuoju klausimu („**Kaip vertinate programoje nurodytus atlikti tyrimus pirminiame lygyje, ar jų pakanka, ar reiktų juos koreguoti?**“) norėta išsiaiškinti gydytojų nuomonę apie programoje pirminiame lygyje rekomenduojamus atlikti tyrimus.

Analizuojant interviu išskirta viena kokybinė kategorija – **programoje nurodyti tyrimai.**

9 lentelė Gydytojų nuomonė apie programoje nurodytus atlikti tyrimus pirminiame lygyje

Kategorija	Patvirtinantis teiginys
Programoje nurodyti tyrimai	„Pakankamai tyrimų – tiesiog turi galvoti, kada pacientą pasiųsti detalesniam ištyrimui.“ „Tyrimų užtektinai, tik tegul žmonės būna suinteresuoti juos atlikti.“ „Su gliukozės tolerancijos mėginium sunkiausia, tai jiems neskanu, tai per ilgai laukti, tai pakartoti po metų nenori.“

Apibendrinimas. Visų respondentų (100%) teigimu nurodytų tyrimų pakanka.

Gydytojo kardiologo išsakyta nuomonė: „*Viskas priklauso nuo paciento, kaip jis motyvuotas, tu gali pasiųsti, bet ar jis įvykdys viską iki galo?*“

Gydytojo pateiktas pasiūlymas: „*Trūksta monitoringo elektroninėje erdvėje, jei visi matytų, kokie buvo rizikos faktoriai, kaip jie koregavosi, kaip pasiekėm rezultatų, matytumėm kur karšti taškai, ką reikia padaryti.*“

Penktuoju klausimu („**Kaip vertinate programos vykdymą pirminės asmens sveikatos priežiūros centruose ir specializuotuose širdies ir kraujagyslių ligų padaliniuose? Kokių turėtumėte pasiūlymų siekiant pagerinti programos vykdymo efektyvumą?**“) siekta išsiaiškinti tiriamųjų respondentų požiūrį apie pirminiu, antriniu ir tretiniu lygiu paslaugas teikiančių įstaigų darbą.

Išskirta viena kokybinė kategorija – **programą vykdanči įstaiga.**

10 lentelė. Gydytojų požiūris apie pirminiu, antriniu ir tretiniu lygiu paslaugas teikiančių įstaigų darbą

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Programą vykdanči įstaiga	Programos vykdymo efektyvumas	„Man atrodo, kad programa efektyvi, bet nežinau galutinių rezultatų.“ „Efektyvumą būtų galima pagerinti, jei mes turėtume kokį teisinį pagrindą priversti pacientą laikytis visų paskirtų nurodymų, kad jis priimtų tiek pat atsakomybės už savo sveikatą, kaip gydytojas. Jei žmogui reikia numesti svorio, o jis nevykdo per tam tikrą laiką, tai būtų pačio žmogaus atsakomybė – mokestis, nuobauda ar pan.“ „Specializuoti centrai – Vilnius, Kaunas, Klaipėda, manau, tikrai gerai dirba, tik kad tų centrų per mažai.“
	Pacientų sąmoningumas	„Pirmiausia viskas priklauso nuo paciento, kaip jis motyvuotas.“ „Paciento atsakomybės trūksta, pacientų nuomonė, kad atsakingas vien gydytojas už jų sveikatą vis dar galinga, bet mes esame patarėjai. Šeimos gydytojas kaip šeimos advokatas, patars pas ką nueiti ir pan., žmogus turi pasitikėti gydytoju.“ „Paciento motyvacija sveikai gyventi, profilaktika užsiimti ypač svarbi.“

Apibendrinimas. Penkių gydytojų vertinimu skirtingu lygiu programą vykdančios įstaigos programą vykdo efektyviai.

Vieno gydytojo nuomonė: „*Būtų apmokėjimas kitas, būtų efektyviau ir vykdoma.*“

Visų respondentų (100%) nuomone programos vykdymo efektyvumas labiausiai priklauso nuo pacientų sąmoningumo.

Vieno iš respondentų nuomonė: „*Nors Lietuva nėra didelė, bet specializuotų širdies ir kraujagyslių ligų centrų reiktų daugiau, būtų vaizdas tolygesnis, nes pacientas įstaigą pirmiausia renkasi pagal gyvenamąją vietą.*“

Pateikiu dar vieno gydytojo nuomonę: „*Žmogui lengviau vartoti vaistus, nei nors kiek pakeisti gyvenimo būdą.*“

Šeštasis klausimas („**Kaip Jūs vertinate bendradarbiavimą su kitais padaliniais?**“) skirtas išsiaiškinti gydytojų nuomonę apie tarpusavio ryšį.

Analizuojant interviu išskirtos dvi kokybinės kategorijos – **programos prieinamumas** ir **programos bendros elektroninės duomenų bazės nebuvimas**.

11 lentelė. Gydytojų nuomonė apie bendradarbiavimą su kitais padaliniais

Kategorija	Patvirtinantis teiginys
Programos prieinamumas	„Randu indikacijas siųsti, bet žmonės skundžiasi eilėmis.“ „Santariškių klinikose palaukti eilės gal ir reikės, bet viską atliks per vieną dieną, žmogus išvažiuos ir su atliktais tyrimais, ir su paskirtu gydymu.“
Programos bendros elektroninės duomenų bazės nebuvimas	„Atgalinio ryšio trūksta, susikalbėjimo su šeimos gydytojais, tęstinumo. Norėtusi žinoti, kas vyksta su tavo pacientu.“ „Su antriniu lygiu viskas tvarkoje, yra ir susikalbėjimas ir ryšys, tik nesuprantu, jei pildom elektroninę anketą, kodėl tretinis lygis jų nemato, viską atspausdinti ir įduoti į rankas žmogui reikia.“

Apibendrinimas. Penkių gydytojų nuomone bendradarbiavimas tarp padalinių nėra pakankamas dėl kiekvienos įstaigos atskirų elektroninių duomenų sistemų. Vieno gydytojo nuomonė: „Elektroninėje erdvėje daug nuveikta, bet visur atskiros sistemos, nėra ryšio tarp visų. Kas pakonsultavo pacientą Pasvalyje, turi matyti ir Vilniuje.“

Septintuoju klausimu („**Kaip Jūs vertinate savo darbo krūvį ir galimybę pateikti profilaktikos priemones apie sveikatos išsaugojimą?**“) siekta išsiaiškinti šeimos gydytojų ir kardiologų nuomonę apie esamą gydytojų darbo krūvį ir ar jie turi pakankamai laiko vykdyti profilaktiką.

Išskirta kokybinė kategorija – **darbo organizavimas**.

12 lentelė. Darbo krūvio vertinimas gydytojų požiūriu

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Darbo organizavimas	Besikreipiančių pacientų skaičius	„Mažinti apylinkes ir didinti finansavimą.“ „Darbo krūvis – kiekvieno gydytojo pasirinkimas, taip jis didelis. Laiko, jei yra, noro visada užtenka.“

		<p>„Labai didelės apylinkės, darbo krūvis tiesiog nereguliuojamas, laiko ir pinigų stoka.“</p> <p>„Nėra nustatyto laiko pacientams, užsirašę trys ar keturi per valandą, o būna – dešimt, tai apie kokią profilaktiką kalbėti? Labai greitai paaiškinta viskas, tai taip ir elgiasi pacientai ne viską supratę.“</p> <p>„Programai būtų skirta atskira valanda, tai ir žmonės neužtruktų taip ilgai, jei kas laukia su kompensuojamaisiais receptais.“</p>
	Gydytojų pildoma dokumentacija	<p>„Kol žmonės vaikščios kompensuojamųjų receptų, profilaktikai neturėsime laiko.“</p> <p>„Kol bus per didelis darbo krūvis ir skęsim popieriuose, tol profilaktikos rezultatų nebus.“</p> <p>„Daug mechaninio darbo.“</p>

Apibendrinimas. Gydytojų nuomonė pasidalino per pusę, trys respondentai teigė, kad darbo krūvis, tai jų pačių pasirinkimas ir jie spėja aptarti sveikatos išsaugojimo klausimo galimybes: „...profilaktika turi būti visada, tai dalis darbo, bet mes ne auklės ligoniams, mes tik patariame kaip elgtis.“

Vienas gydytojas teigė: „visi nori uždėti kuo daugiau darbų.“

Vieno respondento nuomonė: „Darbo krūvį tinkamai turėtų paskirstyti administracija, viskam užtektų laiko, tik reikia atidirbti iki galo.“

Vienas gydytojas teigė: „Lietuvoje darbo krūvis iš viso problema ir ne tik gydytojams.“

Aštuntasis klausimas („**Kokias organizacines problemas matote savo darbe? Kokių turite pasiūlymų?**“) skirtas siekiant išsiaiškinti su kokiomis problemomis gydytojai susiduria.

Išskirta viena kokybinė kategorija – **vadybinių sprendimų trūkumas.**

13 lentelė. Organizacinės problemos gydytojų požiūriu

Kategorija	Patvirtinantis teiginys
Vadybinių sprendimų trūkumas	<p>„Nėra santykio tarp grandžių, ar personalas, ar valdžia turėtų tai sureguliuoti.“</p> <p>„Reikalingas bendras europinis algoritmo sukūrimas. Kai ministerija rekomenduoja, tai dalis gydytojų ir nevykdo, o jei bus kaip įsakymas, ką gydytojas turi padaryti, nusiųsti, paskirti ir pan. tai tada visiems viena aiški tvarka.“</p> <p>„Lietuvoje mes neturime net elektroninio recepto.“</p> <p>„Priėmimo skyriuje mūsų įstaiga kažkodėl sugalvojo reklamuotis, kad vykdo programą, gerai, bet ar vien tik mūsų administracija turi tuo rūpintis?“</p> <p>„Lengviausia nuleisti įsakymus iš viršaus ir nesigilinti kaip praktikoje vyksta, o mes turime suktis kaip išmanome.“</p>

Apibendrinimas. Visi (100%) respondentai teigė daugiau ar mažiau susiduriantys su darbo organizacinėmis problemomis.

Vieno gydytojo išsakyta nuomonė: *„Siūliau administracijai steigti etatą, organizuoti pokalbius, konsultacijas telefonu. Būtų žmonėms aiškiau, galėtų pasiskambinti, nereiktų ateiti. Visi sutaupytų ir laiko, ir pinigų, bet kai nėra noro, tai taip ir gaunasi.“*

Devintasis klausimas gydytojams (**„Kaip vertinate programos administravimo grupės darbą, programos vykdymo rodiklių rezultatų pateikimą?“**) skirtas norint išsiaiškinti gydytojų nuomonę apie programos administravimo grupės pateikiamą veiklos rezultatų vertinimą.

Analizuojant interviu išskirta dvi kokybinės kategorijos - **programos administravimo grupė ir veiklos rezultatų vertinimas.**

14 lentelė. Programos administravimo grupės ir jos veiklos rezultatų vertinimas

Kategorija	Patvirtinantis teiginys
Programos administravimo grupė	<p>„Ar kažkas kontroliuoja programą, nesu nieko apie ją girdėję.“</p> <p>„Nežinau apie tokią grupę, ką jie ten daro, ką vertina?“</p> <p>„Žinau apie grupę, neblogai jie dirba, su rezultatais gali susipažinti visi, kam įdomu.“</p>

Veiklos rezultatų vertinimas	<p>„Galutinės naudos nežinau, jokių rezultatų nematom. Kas mėnesį yra teikiamos ataskaitos tik mūsų įstaigos, kiek procentų vykdome prevencines programas.“</p> <p>„Žinome skaičius, gauname atskaitas, kas gerėja, kas nejudą.“</p> <p>„Įdomu būtų sužinoti, kiek efektyvi ši programa.“</p>
------------------------------	---

Apibendrinimas. Du gydytojai žinojo apie programos administravimo grupę ir jų teikiamas veiklos ataskaitas. Keturi gydytojai paminėjo, kad negauna jokios informacijos apie programos vykdymo rezultatus, du iš jų nežinojo, kad tokia administravimo grupė egzistuoja.

Vieno gydytojo teiginys: „*Būtų įdomu sužinoti kas vyksta Respublikos mastu.*“

4.2.2. Kokybinio tyrimo pacientų interviu rezultatų aptarimas

Respondentų pacientų charakteristikos pateiktos žemiau esančioje lentelėje.

15 lentelė. Demografinės tyrimo dalyvių charakteristikos

Imties dydis	n = 6
Lytis	Moterys (66,6%, n = 4) ir vyrai (33,3%, n = 2)
Amžiaus vidurkis	Moterų 55,75m., vyrų 49,5m.
Pasiskirstymas pagal darbinį statusą	5 respondentai dirbantys, 1 – nedirbantis.
Išsilavinimas	Vidurinis – 1 respondentas, aukštesnysis – 2 respondentai, aukštasis – 3 respondentai.

Pirmuoju klausimu („**Ką žinote apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programą?**“) siekta išsiaiškinti pacientų žinias apie vykdomą programą.

Analizuojant interviu išskirta viena kokybinė kategorija – **pacientų žinios**.

16 lentelė. Pacientų žinios apie prevencijos programą

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Pacientų žinios	Informaciniai dokumentai	„Gavau pakvietimą elektroniniu paštu, kad pagal amžių galiu atvykti pasitikrinti nemokamai.“ „Pasirašiau kažkokį sutikimą, kaip visada, sudėtos varnelės būna, kur reikia pasirašyti, sakė, reikės atlikti tyrimus.“
	Atliekami tyrimai	„Cholesterolį darė, kraujospūdį pamatavo, visada pamatuoja.“ „Svėrė, pilvą pamatavo.“

Apibendrinimas. Visi (100%) apklaustieji teigė atlikę vienokius ar kitokius tyrimus dėl širdies, bet nei vienas nepaminėjo žodžio „programa“.

Antras klausimas pacientams („**Iš kur sužinojote apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programą – gavote kvietimą, gydytojas/slaugytojas informavo apsilankymo metu, iš žiniasklaidos, iš pažįstamų?**“) skirtas norint išsiaiškinti koku būdu pacientai gavo informaciją apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programą.

Analizuojant interviu išskirta viena kokybinė kategorija – **programos informavimo būdas**.

17 lentelė. Programos informavimo būdas, pasiekęs pacientą

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Programos viešinimo būdas	Sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojų informacijos pateikimas	„Gydytoja pasakė, kad galima pasidaryti tyrimus.“ „Slaugytoja davė lapelį paskaityti kol laukiau, sakė jei noriu, galiu patikrinti.“ „Atėjau vaistų išsirašyti vyrui, tai man pasiūlė pasitikrinti.“
	Žiniasklaida	„Girdėjau per televizorių, kad galima atlikti tyrimus dėl širdies.“
	Artimųjų ratas	„Sesuo tikrinosi, tai pasakė ir man.“

Apibendrinimas. Dauguma respondentų pirminę informaciją apie programą gavo iš sveikatos priežiūros įstaigos: darbuotojų – gydytojo ar slaugytojo, ar gavo informacinį pranešimą

elektroniniu paštu, taip pat buvo girdėję televizijoje. Vienas respondentas kreipėsi pasitikrinti sužinojęs apie atliekamus tyrimus iš artimųjų.

Trečiuoju klausimu („**Ar dalyvavote širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programoje? Ar turėjote kokių problemų?**“) siekta išsiaiškinti su kokiais sunkumais susidūrė respondentai dalyvaudami programoje.

18 lentelė. Pacientų požiūris į programos įgyvendinimą

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Programos įgyvendinimas pacientų požiūriu	Informavimas apie programą	„Taip išeina, kai dariausi tuos cholesterolius, tai ir buvo ta programa, man niekas to nepasakė.“ „Aš tikrinuosi beveik kasmet, tik nežinau, kokia nauda.“
	Programos prieinamumas	„Šeimos gydytoja pasiuntė į Santariškes, ten reikėjo palaukti, bet man ten patiko.“ „Pas gydytoją visada tiek žmonių, niekada nepapulu pagal laiką.“

Apibendrinimas. Visi respondentai (100%) dalyvavo programoje. Du respondentai nesuprato, kad dalyvavo programoje. Respondentų įvardintos problemos: eilės pas specialistus, informacijos apie atliekamus tyrimus nepakankamumas.

Ketvirtuoju klausimu pacientams („**Ar buvote siunčiamas išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę į specializuotą širdies ir kraujagyslių ligų padalinį antriniu ar tretiniu lygiu? Ar turėjote kokių problemų?**“) siekta atskleisti respondentų nuomonę apie gautas paslaugas antriniame ar tretiniame lygyje.

Išskirta viena kokybinė kategorija – **paslaugų prieinamumas.**

19 lentelė. Pacientų požiūris apie specializuotų širdies ir kraujagyslių ligų padalinių darbą

Kategorija	Patvirtinantis teiginys
Paslaugos prieinamumas	„Eilės kaip ir pas visus specialistus.“ „Apie mėnesį laukiau, paskui pakonsultavo, dabar vaistus geriu, tai geriau.“

Apibendrinimas. Du iš šešių respondentų buvo siunčiami išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę, vienas antriniu lygiu, kitas – tretiniu. Abu teigė, kad reikėjo palaukti apie 4 savaites.

Penktuoju klausimu pacientams („**Ar Jums svarbu dalyvauti prevencinėje programoje? Kokia Jūsų nuomonė apie šeimos gydytojo pateiktas profilaktines priemones, patarimus kaip išvengti širdies ir kraujagyslių ligų, sveikai gyventi?**“) siekta išsiaiškinti pacientų požiūrį apie gydytojų pateiktą informaciją apie profilaktiką, kaip pacientai įvertino informacijos turinį ir dalyvavimą programoje.

Išskirtos dvi kokybinės kategorijos – **pacientų dalyvavimas programoje ir gydytojo informacijos pateikimas.**

20 lentelė. Pacientų dalyvavimas programoje ir gydytojo pateiktos informacijos vertinimas paciento požiūriu

Kategorija	Patvirtinantis teiginys
Pacientų dalyvavimas programoje	„Man patiko pasidaryti tyrimus, dar nemokamai, vis ramiau, kai pasitikrini.“ „Dalyvavau, bet nežinojau, kodėl čia tikrina.“
Gydytojo informacijos pateikimas	„Gydytoja labai greitai viską atsakė, tiksliai ir neatsimenu.“ „Nevalgyk to, nevalgyk ano, judėti daugiau liepė, nieko naujo nepasakė.“ „Kadangi rado padidintą kraujospūdį, tai visko išsiklausinėjau, nes supratau, kad likusiam gyvenimui turėsiu šią problemą.“ „Paaiškino viską, bet aš visada pasiklausiu, jei man reikia.“

Apibendrinimas. Visi respondentai (100%) teigė, kad jiems svarbu dalyvauti prevencinėje programoje, visiems buvo aiškiai suprantama gydytojo pateikta informacija. Vienas respondentas teigė: „Galėtų daugiau laiko būti konsultacijai, kai taip greitai, tai sunku atsiminti.“

Šeštoju klausimu pacientams („Ar Jūs atsižvelgiate į gydytojo pateiktas rekomendacijas ir tyrimų atlikimą pakartotinai?“) siekta išsiaiškinti ar pacientai vykdo gydytojo pateiktus nurodymus, ar žada dalyvauti programoje pakartotinai ir atlikti tyrimus.

Išskirta kokybinė kategorija – **gydytojo rekomendacijų vykdymas paciento požiūriu.**

21 lentelė. Pacientų požiūris į gydytojo rekomendacijas ir jų vykdymas

Kategorija	Patvirtinantis teiginys
Gydytojo rekomendacijų vykdymas paciento požiūriu	<p>„Žinau, ko mažiau valgyti arba visai nevalgyti, bet ne visada išeina.“</p> <p>„Rūkau jau 30 metų, kaip dabar mesį.“</p> <p>„Iš tikrųjų tai nevykdau, viską žinau, bet, va, koks pilvas.“</p> <p>„Aš labai tvarkinga su maistu, man čia nėra problemos, nevalgau ko nereikia, vis mažiau vaistų reikės gerti.“</p> <p>„Seku kraujospūdį ir kartais net vaistų nereikia gerti.“</p> <p>„Prieš metus darė cholesterolį, dabar bus įdomu pažiūrėti, kas pasikeitė.““</p>

Apibendrinimas. Visi respondentai teigė, kad stengiasi vykdyti gydytojo rekomendacijas, bet tik du iš jų teigė vykdantys visus gydytojo nurodymus. Nurodytus tyrimus atliko penki respondentai iš šešių, vienas respondentas atvyko pakartotinai.

IŠVADOS

1. Širdies ir kraujagyslių ligų pirmaujantys mirtingumo rodikliai rodo, kad programa reikalinga ir ją būtina tęsti, o programos įgyvendinimas išsamiai reglamentuotas teisės aktuose.
2. Pirminės asmens sveikatos priežiūrą vykdančių įstaigų ir specializuotų širdies ir kraujagyslių ligų padalinių, įgyvendinančių prevencinę programą, darbo organizavimas yra nepakankamai efektyvus dėl nereguliuojamo darbo krūvio, tyrimams naudojamos technikos trūkumo ir bendros duomenų elektroninės sistemos nebuvimo.
3. Sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai nepakankamai skatina gyventojus dalyvauti prevencinėje programoje, net ir dalyvaudami programoje, pacientai ne visada žino, kad dalyvauja. Galimybė informuoti gyventojus išnaudota nepakankamai.
4. Gydytojai nepakankamai informuoti apie programos vykdymo rodiklių rezultatus iš administravimo grupės, net ne visi žino, kad tokia administravimo grupė yra.
5. Nepakankamas tarpusavio bendradarbiavimas tarp pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių šeimos gydytojų ir specializuotų širdies ir kraujagyslių ligų padalinių specialistų kardiologų Vilniaus mieste.

Kelta darbo hipotezė pasitvirtino.

PASIŪLYMAI

Sveikatos apsaugos ministerijai:

1. Tęsti prevencijos programą, nes mirtingumo statistiniai duomenys rodo, kad ŠKL išlieka viena opiausių sveikatos problemų, o sergamumas ūminiais kardiovaskuliniais sindromais sumažėjo.
2. Pakeisti programoje dalyvaujančių asmenų amžių – vyrų amžiaus grupę nuo 40 – 55 m. prailginti ir sulyginti su moterų amžiaus grupe, vykdant programą iki 65 m.
3. Svarstyti galimybę apjungti skirtingų sveikatos priežiūros įstaigų elektronines duomenų bazes, taip pagerinant gydytojų bendradarbiavimo galimybę.
4. Svarstyti galimybę skirti papildomų lėšų programos administravimo grupei, kuri valdo ir organizuoja programą be atskiro atlygio, taip numatant atsakomybę už nepakankamus programos vykdymo rezultatus.
5. Svarstyti galimybę pertvarkyti vienkartinę stacionarinę reabilitaciją į daugiartinę ambulatorinę, siekiant vystyti ir skatinti ilgalaikę ŠKL profilaktiką ir sveiką gyvenimo būdą.

Pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigoms:

1. Išnaudoti galimybę užsidirbti papildomų lėšų iš PSDF biudžeto skiriant daugiau dėmesio aktyviam pacientų kvietimui dalyvauti programoje.

LITERATŪRA

Teisės aktai:

1. Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“, 1998 m. liepos 2 d. Nr. VIII-833, Valstybės žinios: 1998-07-17 Nr.64-1842.
2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“, 2005 m. lapkričio 25 d. Nr. V-913, Valstybės žinios, 2005-12-13, Nr. 145-5288.
3. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552, Valstybės žinios: 1994-08-17, Nr. 63-1231.
4. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo pakeitimo įstatymas, Valstybės Žinios, 1998, Nr. 112 – 3099. 85 str.
5. Lietuvos respublikos Seimo rezoliucija „Dėl Lietuvos sveikatos politikos įgyvendinimo“. 2003 m. birželio 19d. Valstybės žinios, 2003-06-25, Nr. 60-2700.
6. Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „ Dėl Lietuvos sveikatos sistemos plėtros 2011-2020 metais metmenų patvirtinimo“. 2011 birželio 7 d. Nr. XIP-2883(2).
7. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymo Nr. V-913 „Dėl asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“ papildymo, 2008 gruodžio 9 d. Nr. V-1224, Valstybės žinios, 2009-01-10, Nr. 3-68.
8. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. V-642 „Dėl Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programos patvirtinimo“. Valstybės žinios. 2004 09 28, Nr.144-5268.
9. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 8 d. įsakymas Nr. V-593 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymo Nr. V-913 „Dėl Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“ pakeitimo“, Valstybės Žinios, 2011 06 14, Nr. 72-3492.

Mokslo darbai, straipsniai, pranešimai, ataskaitos:

10. Buivydas R. Studija. Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams 2011.
11. Burokienė N., et al., Koronarinės širdies ligos išsivystymo rizika: epidemiologinių ir genomo žymenų sąveikos tyrimas, Medicinos mokslo teorija ir praktika, 2013.
12. Council of the European Union. 2733rd Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council Meeting, 9658/2006.
13. Eigirdaitė A., et al., Širdies ir kraujagyslių bei onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimas pirminės asmens sveikatos priežiūros grandyje gydytojų požiūriu // Visuomenės sveikata. – Vilnius: 2013.
14. Laurinskaitė J., et al., Sveikatos rizikos veiksnių analizė ir valdymas sergant kardiologinėmis ligomis // Visuomenės sveikata. – Vilnius: 2013.
15. Gurevičius R., Jaselionienė J., Mirtingumo nuo svarbiausių mirties priežasčių dinamika Lietuvoje, Europos Sąjungos ir Baltijos šalyse. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, 2010, p. 11. J., Mirtingumo nuo svarbiausių mirties priežasčių dinamika Lietuvoje, Europos Sąjungos ir Baltijos šalyse. Vilnius, Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, 2010.
16. Jankauskienė D. Sveikatos politikos vertybės ir iššūkiai artimiausiame dešimtmetyje. Sveikatos politika ir valdymas // Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai. – Vilnius: Mykolo Riomerio universitetas, 2011 Nr. 1 (3).
17. Januškevičienė G., et al., Sveika gyvensena ir funkcionalusis maistas // Visuomenės sveikata. – Vilnius: 2009.
18. European Cardiovascular Disease Statistics. British Heart Foundation and European Heart Network. – 2005.
19. Eigirdaitė A., Petronytė G., Širdies ir kraujagyslių bei onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimo organizaciniai ypatumai pirminėje sveikatos priežiūros grandyje. Sveikatos politika ir valdymas // Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai. – Vilnius: Mykolo Riomerio universitetas, 2013.
20. Garbenienė H., Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programos efektyvumo vertinimas Šiaulių mieste (rankraštis), magistro baigiamasis darbas, Mykolo Riomerio universitetas, Politikos mokslų institutas, 2011.
21. Grabauskas V., Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių – ekonominių pokyčių kontekste. - Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2000.

22. Gurevičius R., Jaselionienė J., Lietuvos gyventojų sveikatos rodikliai ir senstančios visuomenės įtaką jų raidai, Vilnius: Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2012, Vilnius: 2012.
23. Kalėdienė R., Lietuvos gyventojų sveikatos raida. Sveikatos politika ir valdymas // Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2010.
24. Kosinskienė A., Ruževičius J., Kokybės vadybos priemonių poveikis sveikatos priežiūros įstaigų veiklos veiksmingumui // Visuomenės sveikata. – Vilnius: 2011/1 (52).
25. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Prevencinių priemonių finansavimo programų efektyvumo vertinimas, Vilnius: 2011.
26. Rinkūnienė E., et al., Mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų tendencijos Lietuvoje ir Europos Sąjungos šalyse, Medicinos teorija ir praktika, 2013.
27. Špokienė I., Lietuvos teisės aktuose asmeniui ir valstybei adresuotų pareigų „Rūpintis sveikata“ teisinis vertinimas. Sveikatos politika ir valdymas // Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2012, Nr. 1 (4).
28. Vasiliauskaitė K., et al., Prevencinių programų įgyvendinimo aktualijos, problemos ir sprendimai, Vilnius: Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2012, Vilnius: 2012.

Knygos:

29. Domarkienė S., et al., Širdies ir kraujagyslių ligos. Epidemiologija ir profilaktika. – Kaunas: KMU kardiologijos institutas, 2000.
30. Jankauskienė D., Pečiūra R., Sveikatos politika ir valdymas. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007.
31. Kardelis K., Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai, Kaunas: JUDEX leidykla, 2002.
32. Kalėdienė R. Lietuvos gyventojų sveikatos raida. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje. – Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2000.
33. Proškuvienė R., Širdies ir kraujagyslių ligos ir jų prevencija. – Vilnius: Vilniaus pedagoginio universiteto leidykla, 2009.
34. Kalėdienė R., et al., Sveikatos statistikos vadovas, Kaunas: LSMU Leidybos namai, 2013.

Internetiniai šaltiniai:

35. Europos kardiologų draugijos internetinis puslapis <<http://www.escardio.org/communities/EACPR/toolbox/health-professionals/Pages/SCORE-Risk-Charts.aspx>>, (žiūrėta 2013 12 17).

36. European Commission. Public health. Prieiga per internetą: <http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/diseases/cardiovascular/index_en.htm> , (žiūrėta 2014 01 08).
37. Europos Sąjungos portalas „Apie Europos Sąjungos politiką“. Visuomenės sveikata. <http://europa.eu/pol/pdf/flipbook/lt/public_health_lt.pdf>, (žiūrėta 2013 12 15).
38. Europos širdies sveikatos chartija. Prieiga per internetą: <<http://www.heartcharter.org/read-charter/default.aspx>>, (žiūrėta 2013 12 18).
39. Prieiga per internetą, <<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being>>, (žiūrėta 2014 01 07).
40. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013. Prieiga per internetą: <http://ec.europa.eu/health/health_structural_funds/health_cooperation/health_strategy/index_en.htm>, (žiūrėta 2012 18 18).
41. Petrulionienė Ž., Širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksniai ir profilaktika. Prieiga per internetą: <http://www.emedicina.lt/lt/gydytojui/lietuvos_naujienos/sirdies_ir_kraujagysliu_ligu_rizikos_veiksniai_ir_ju_profilaktika.html>, (žiūrėta 2013 12 18).
42. Lietuvos Respublikos Seimo Europos informacijos biuro tinklapis. Prieiga per internetą: <eic.lrs.lt/index.php?228022530>, (žiūrėta 2013 12 18).
43. Higienos instituto tinklapis. Prieiga per internetą: <<http://sic.hi.lt/html/demografija5.htm>>, (žiūrėta 2014 02 06).
44. Higienos instituto tinklapis. Sveikatos statistika, sergamumas. Prieiga per internetą: <http://sic.hi.lt/php/serg15.php?dat_file=serg15.txt, > (žiūrėta 2014 02 06).
45. Mirties priežastys 2012, Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Vilnius, 2013. Prieiga per internetą: http://www.hi.lt/content/MPR_statistika.html,> (žiūrėta 2014 03 02).
46. Mirties priežastys 2013, Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Vilnius, 2014. Prieiga per internetą: <http://www.hi.lt/content/MPR_statistika.html>, (žiūrėta 2014 03 02).
47. Zaksas V., Golubajeva T., Prevencinių programų vykdymo duomenys ir džiugina, ir atskleidžia problemas. Valstybinė ligonių kasa, prieiga per internetą: <http://www.vlk.lt/vlk/sd/?page=item&item_id=139>, (žiūrėta 2014 02 17).
48. Valstybinė ligonių kasa, prieiga per internetą: <<http://www.vlk.lt/vlk/lt/?page=info&id=137>>, (žiūrėta 2014 01 05).
49. Valstybinė ligonių kasa. Informacinis pranešimas 2012 04 18. Prieiga per internetą: <<http://www.vlk.lt/vlk/lt/?page=info&id=1026>> , (žiūrėta 2014 02 17).

50. Valstybinė ligonių kasa. Ligonių kasos: 2012 – ujų apžvalga. Prieiga per internetą: <<http://www.vlk.lt/info/hList/plid/2054>> , (žiūrėta 2014 02 06).
51. Prieiga per internetą <<http://sociology.about.com/od/Research/a/Content-Analysis.htm>>, (žiūrėta 2014 02 05).
52. Prieiga per internetą: <http://www.heart.lt/pagrindinis_meniu/suzinok_savo_rizika/3983/>, (žiūrėta 2013 12 17).
53. Prieiga per internetą:
<http://www.healthpowerhouse.com/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=36&Itemid=55>, (žiūrėta 2014 02 06).
54. Prieiga per internetą:
<http://www.healthpowerhouse.com/index.php?option=com_content&archive=news&view=article&id=360:&itemid=50&menu=yes>, (žiūrėta 2014 01 17).
55. Vilniaus teritorinė ligonių kasa. Programos vykdymo ataskaita. Prieiga per internetą: <<http://www.vilniaustlk.lt/index.php?id=426>>, (žiūrėta 2014 03 05).
56. Prieiga per internetą: http://sic.hi.lt/php/serg14.php?dat_file=serg14.txt, žiūrėta 2014 03 15.
57. Pasaulio sveikatos organizacijos puslapis. Prieiga per internetą: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>>, žiūrėta 2014 02 15.

Žurnalai:

58. Batulevičienė V., et al., Lietuvos gyventojų II tipo diabeto valdymas, Sveikatos Mokslai, T. 23 Nr. 4 (89), 2013.
59. Liutkutė V., et al., Lietuvos nevyriausybių organizacijų, vykdančių lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir ugdančių sveiką gyvenseną, veiklos galimybių vertinimas, Sveikatos Mokslai, T. 23 Nr. 5 (90), 2013.
60. Moran E. A., et al. The Global Burden of Ischemic Heart Disease in 1990 and 2010: The Global Burden of Disease Study, Circulation, 2014.

Klimavičienė G. Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos efektyvumo vertinimas Vilniaus mieste / Sveikatos apsaugos įstaigų administravimo magistro baigiamasis darbas. Vadovė prof. D. Jankauskienė. – Vilnius: Mykolo Riomerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2014. – p. 67

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe išanalizuotas Asmenų, priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos efektyvumas Vilniaus mieste. Iškeltos programos vykdymo ir valdymo problemos ir pateikti pasiūlymai, kaip jas spręsti. Teorinėje dalyje tiriamas programos reikalingumas, teisės aktai, kuriais remiantis ši programa sukurta ir vykdoma. Išanalizuoti sergamumo ir mirtingumo statistiniai rodikliai, įvertinta įgyvendinimo situacija Lietuvoje ir Vilniaus mieste. Ketvirtoje dalyje pristatomas kokybinis tyrimas – gydytojų ir pacientų požiūriu įvertinamas ar efektyvus programos vykdymas ir valdymas.

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

Klimavičienė G. Assessment of the efficiency of the prevention program of heart and vascular disease in Vilnius city / Master's Work in the Administration of Health Care Organizations. Advisor prof. D. Jankauskienė. – Vilnius: Mykolas Riomeris University, Faculty of Politics and Management, 2014. 67 p.

ABSTRACT

In the Master's Thesis, the efficiency of the program of financing the selection and prevention measures of persons attributed to the group of high risk of cardiovascular disease in Vilnius city is analysed. Program's management and execution problems are raised and solutions offered. In the theoretical part of the thesis the necessity of the program, legislation is analysed. The statistical data of morbidity and mortality is assessed, the program implementation situation in Lithuania and the city of Vilnius is analysed. In the fourth part of the thesis, the qualitative research is presented, the efficiency of program's execution and management is assessed from the doctors and patients point of view.

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

Klimavičienė G. Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos efektyvumo vertinimas Vilniaus mieste / Sveikatos apsaugos įstaigų administravimo magistro baigiamasis darbas. Vadovė prof. D. Jankauskienė. – Vilnius: Mykolo Riomerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2014. - p. 67

SANTRAUKA

Lietuvoje ir visame pasaulyje kraujotakos sistemos ligos išlieka pagrindine mirties priežastimi. Norint sumažinti sergamumo ir mirtingumo rodiklius, reikalinga gerinti sveikatą, skiriant reikiamą dėmesį širdies ir kraujagyslių ligų profilaktikai.

Darbo tikslas: įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos vykdymo efektyvumą Vilniaus mieste.

Darbo uždaviniai: išnagrinėti širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos reikalingumą, teisės aktus, reglamentuojančius programos įgyvendinimą. Išanalizuoti sergamumo ir mirtingumo rodiklius nuo širdies ir kraujagyslių ligų ir įvertinti programos įgyvendinimą Vilniaus mieste. Įvertinti programos efektyvumą jos vartotojų ir vykdytojų požiūriu Vilniaus mieste, pateikti pasiūlymus įgyvendinimui gerinti.

Darbo metodai: aprašomasis, kokybinis gydytojų ir pacientų nuomonės tyrimas – pusiau struktūruotas interviu.

Išvados: programą reikalinga tęsti, nes širdies ir kraujagyslių ligos išlieka dažniausia mirtingumo priežastimi. Nepakankamai išnaudotos pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų galimybės gyventojus skatinti aktyviai dalyvauti programoje dėl darbo organizavimo ir valdymo problemų. Trūksta glaudaus bendradarbiavimo tarp šeimos gydytojų, kardiologų ir programos administravimo grupės.

Siūloma aktyviau kviesti gyventojus dalyvauti programoje, pakeisti programos dalyvių amžių, pertvarkyti reabilitacijos sistemą siekiant skatinti profilaktiką.

Klimavičienė G. Assessment of the efficiency of the prevention program of heart and vascular disease in Vilnius city / Master's Work in the Administration of Health Care Organizations. Advisor prof. D. Jankauskienė. – Vilnius: Mykolas Riomeris University, Faculty of Politics and Management, 2014. 67 p.

SUMMARY

Vascular disease remains the main cause of death in Lithuania and in the world. In order to lower the rates of morbidity and mortality, health must be improved by paying necessary attention to the prophylaxis of heart and vascular disease.

Goal of the thesis: to assess the efficiency of performance of the prevention program of heart and vascular diseases in Vilnius city.

Tasks of the paper: to analyse the need of heart and vascular disease prevention program; to analyse the legislation regulating the execution of the program. To analyse the rates of morbidity and mortality from heart and vascular disease and assess the program implementation in Vilnius city. To evaluate the effectiveness of the program from users and executors point of view in the city of Vilnius, to provide solutions for better program execution.

Working methods: descriptive, qualitative evaluation of therapists and patients' opinion – the half-structured interview.

Conclusions: the program must be continued because heart and vascular disease remain the main cause of death. There is a lack of exploitation of the healthcare organizations' capabilities to motivate residents to actively participate in the program, mainly because of work organization and control problems. There is a lack of cooperation between family doctors, cardiologists and groups of program administration.

Residents should be invited to participate in the program more actively; age boundaries of the participants should be changed. In order to improve prophylaxis, the rehabilitation system should be revolutionised.

PRIEDAI

GYDYTOJŲ INTERVIU KLAUSIMAI

1. Kaip Jūs vertinate širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos reikalingumą, veiksmingumą?
2. Kokia Jūsų nuomonė apie širdies ir kraujagyslių ligų programos vykdymą, organizavimą Jūsų darbovietėje? Kokių turėtumėte pasiūlymų?
3. Kaip esate motyvuojami skatinti gyventojus dalyvauti širdies ir kraujagyslių prevencinėje programoje? Kokių turite pasiūlymų?
4. Kaip vertinate programoje nurodytus atlikti tyrimus pirminiame lygyje, ar jų pakanka, ar reiktų juos koreguoti?
5. Kaip vertinate programos vykdymą pirminės asmens sveikatos priežiūros centruose ir specializuotuose širdies ir kraujagyslių ligų padaliniuose? Kokių turėtumėte pasiūlymų siekiant pagerinti programos vykdymo efektyvumą?
6. Kaip Jūs vertinate bendradarbiavimą su kitais padaliniais?
7. Kaip Jūs vertinate savo darbo krūvį ir galimybę pateikti profilaktikos priemonės apie sveikatos išsaugojimą?
8. Kokias organizacines problemas matote savo darbe? Kokių turite pasiūlymų?
9. Kaip vertinate programos administravimo grupės darbą, programos vykdymo rodiklių rezultatų pateikimą?

PACIENTŲ INTERVIU KLAUSIMAI

1. Ką žinote apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programą?
2. Iš kur sužinojote apie širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programą – gavote kvietimą, gydytojas/slaugytojas informavo apsilankymo metu, iš žiniasklaidos, iš pažįstamų?
3. Ar dalyvavote širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programoje? Ar turėjote kokių problemų?
4. Ar buvote siunčiamas išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę į specializuotą širdies ir kraujagyslių ligų padalinį antriniu ar tretiniu lygiu? Ar turėjote kokių problemų?
5. Ar Jums svarbu dalyvauti prevencinėje programoje? Kokia Jūsų nuomonė apie šeimos gydytojo pateiktas profilaktines priemones, patarimus kaip išvengti širdies ir kraujagyslių ligų, sveikai gyventi?
6. Ar Jūs atsižvelgiate į gydytojo pateiktas rekomendacijas ir tyrimų atlikimą pakartotinai?