

# PREVENCINIŲ PROGRAMŲ ĮGYVENDINIMO KLAIPĖDOS MIESTO IR RAJONO PIRMINĖS AMBULATORINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE 2008–2010 METAIS VERTINIMAS

Aušra Eigirdaitė, Vytautas Jurkuvėnas,

Higienos institutas

## Santrauka

**Tyrimo tikslas** – įvertinti prevencinių programų įgyvendinimą Klaipėdos miesto ir Klaipėdos rajono pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigose (toliau – PAASPI) 2008–2010 m.

**Medžiaga ir metodai.** Vertinimas atliktas analizuojant oficialius Klaipėdos TLK-os duomenis apie prevencinių programų vykdymą 2008–2010 m. Klaipėdos mieste ir rajone. Duomenys analizuoti savivaldybių ir jų teritorijoje esančių PAASPI lygmeniu, vertinant trimis aspektais: 1) ar kasmetinės planuojamos prevencinių programų paslaugų apimtys užtikrina, kad būtų įgyvendinami programų siekiai; 2) kaip pavyksta įgyvendinti metinius paslaugų planus ir 3) kokia tikslinės grupės asmenų dalis pasinaudoja prevencinių programų paslaugomis.

**Rezultatai.** 2008–2009 m. visose Klaipėdos miesto ir Klaipėdos rajono PAASPI visų programų apimtys planuotos tolygiai (po 12 proc.), o 2010 m. – beveik visų paslaugų teikėjų padidintos, tačiau abiem atvejais nesiorientuojant į tolygų programose numatytų rizikos grupių ištyrimą numatytu periodiškumu ir apimtimis. Klaipėdos miesto ir Klaipėdos rajono PAASPI 2008–2009 m. paslaugų suteikė žymiai daugiau nei planavo, o 2010 m. bendros planuotos programų paslaugų apimtys nepasiektos. Tik įgyvendinant Gimdos kaklelio vėžio prevencinę programą 2010 m. priartėta prie siekiamų tikslinės populiacijos patikros apimčių: Klaipėdos mieste patikrinta 25 proc. moterų, o Klaipėdos rajone – 23 proc., esant 26,6 proc. siekiniui. Vykdamas kitas programas kasmet patikrinama mažiau nei pusė tikslinės grupės asmenų. Konstatuoti dideli planų įgyvendinimo ir tikslinių grupių patikrų apimčių netolygumai tarp jas planuojančių ir įgyvendinančių Klaipėdos miesto ir Klaipėdos rajono PAASPI.

**Apibendrinimas.** Siekiant pagerinti prevencinių programų įgyvendinamumą Klaipėdos miesto ir Klaipėdos rajono PAASPI būtina plačiau analizuoti netolygaus planavimo ir įgyvendinimo priežastis bei situacijos gerinimo galimybes.

**Raktažodžiai:** pirminė sveikatos priežiūra, prevencinės programos, paslaugų apimtys.

## ĮVADAS

Nacionalinės prevencinės programos priklauso visuomenės sveikatos intervencijoms, galinčioms ženkliai sumažinti gyventojų mirtingumo ir sergamumo rodiklius šalyje [1]. Kraujotakos sistemos ir onkologinių ligų profilaktika yra prioritetinė sveikatos priežiūros veiklos sritis, nes širdies ir kraujagyslių bei onkologinės ligos yra pagrindinės sergamumo ir mirtingumo priežastys Lietuvoje: 2010 m. Lietuvoje nuo kraujotakos sistemos ligų mirė daugiau nei pusė,

t. y. 56,1 proc., nuo piktybinių navikų – 19,3 proc. visų mirusiųjų [2].

Gyventojų mirtingumo mažinimas, vidutinės gyvenimo trukmės ilginimas ir gyvenimo kokybės pagerinimas įvardijami pagrindiniais, Sveikatos sistemos įstatyme įteisintais aktyvios sveikatos politikos tikslais [3]. Ilgiau nei dešimtmetį įgyvendintos Lietuvos sveikatos programos specialiuoju tikslu įvardytas sergamumo ir mirtingumo, susijusio su širdies ir kraujagyslių bei onkologinėmis ligomis, mažinimas, pripažįstant kraujotakos sistemos ir onkologinių ligų ankstyvo išsiaiškinimo svarbą [4].

Įrodžius rūkymo, padidėjusio arterinio kraujo spaudimo, antsvorio, padidėjusio cholesterolio kiekio, nepakankamo fizinio aktyvumo, sutrikusios gliukozės tolerancijos, nesaikingo alkoholio vartojimo įtaką širdies ir kraujagyslių ligoms išsivystyti, daugelyje šalių sėkmingai pradėtos įgyvendinti

**Adresas susirašinti:** Aušra Eigirdaitė,  
Higienos institutas,  
Didžioji g 22, 01128 Vilnius.  
El. p. ausra.eigirdaite@hi.lt

kraujotakos sistemos ligų profilaktikos programos [5, 6]. Atrankinių onkologinių prevencinių sveikatos patikros programų efektyvumas ir nauda taip pat įrodyta įvairiose šalyse (Suomijoje, Švedijoje, Kanadoje, JAV ir kt.). Pasaulio sveikatos organizacijos ekspertų duomenimis, veiksmingai vykdant vėžio profilaktiką, ankstyvą diagnostiką ir taikant šiuolaikinį gydymą, iki 2020 m. sergamumą piktybiniais navikais galima sumažinti 25 proc., o mirtingumą nuo jų – 50 proc. [7, 8].

Europos Sąjungos Taryba, remdamasi randomizuotais tyrimais, įrodančiais prevencinių programų efektyvumą, Europos Sąjungos šalims rekomenduoja įgyvendinti plataus masto gimdos kaklelio, krūties ir tiesiosios žarnos vėžio prevencines programas [9]. Literatūros duomenimis, organizuotas šalies mastu vykdomas prevencinių programų įgyvendinimas yra veiksmingesnis nei oportunistinė ar neorganizuota patikra [10]. Vienas pagrindinių šalies mastu organizuotai plėtojama prevencinių programų įgyvendinimo skiriamųjų bruožų – aukštesnio lygio programų įgyvendinimo organizuotumas, siekiant, kad prevencinėmis programomis pasinaudotų kuo daugiau tikslinės grupės asmenų [1, 11, 12]. Europos Sąjungos šalyse egzistuoja nemažai organizuotai, populiaciniu pagrindu (identifikuojant kiekvieną tikslinės grupės asmenį) parengtų, šalies mastu įgyvendinamų prevencinių programų pavyzdžių, atskleidžiančių, jog ženkliai sumažėjo mirtingumo ir sergamumo rodikliai. Pažymėtina, kad įgyvendinant šias programas patikrinama ne mažiau kaip 80 proc. programų tikslinės populiacijos asmenų [13, 14, 15]. Būtent tokių apimčių siūloma siekti atitinkamose Europos Sąjungos Tarybos bei Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijose šioms programoms įgyvendinti [9, 16, 17].

Masinis priešinės liaukos vėžio ankstyvos diagnostikos vykdymas šalies mastu kvestionuojamas. Pasaulio sveikatos organizacijos, Europos Sąjungos vėžio prevencijos patarimo komiteto, Tarptautinės kovos su vėžiu sąjungos ir kitų autoritetinių organizacijų teigimu, masinė tikslinės grupės narių priešinės liaukos patikra, kaip vėžio profilaktinė priemonė ir šalies visuomenės sveikatos politikos įgyvendinimo būdas, nerekomenduotinas, kol nėra patikimų įrodymų, kad toks veikimas padeda veiksmingai mažinti gyventojų mirtingumą nuo priešinės liaukos vėžio [12, 18, 19].

Dalyvių įtraukimo į patikrą apimtys ir su tuo susiję ekonominiai aspektai yra svarbus diskusijų objektas įgyvendinant ir širdies bei kraujagyslių susirgimų prevencines programas. Daugelyje Europos šalių

vykstantys širdies ir kraujagyslių ligų sergamumo bei mirtingumo ir demografiniai pokyčiai verčia peržiūrėti tiriamąją populiaciją, o didėjančios profilaktinių patikrų įgyvendinimo apimtys – atlikti programų įgyvendinimo kaštų efektyvumo analizę [20, 21]. Jungtinės Karalystės mokslininkai siūlo išsistinę patikrą keisti aktyviu pacientų kvietimu tikrintis sveikatą, išnaudojant anksčiau surinktus duomenis apie jų būklę. Autorių duomenimis, toks programos įgyvendinimo modelis leidžia mažesniais sąnaudomis pasiekti tą patį sveikatos gerėjimo efektą sumažinant programoje ištirtų asmenų skaičių [22]. Tam, kad turėtų būti taikomi didesnės rizikos (tikslinių) grupių atrankos metodai, didinat šalių sveikatos politikos efektyvumą, pritaria ir daugiau autorių [23].

Europos Komisijos Tarybos ataskaitos 2003/878/EC apie rekomendacijų dėl vėžio patikros įgyvendinimo duomenimis, šalių vykdomose prevencinėse programose dalyvauja mažiau nei pusė rekomenduojamos tikslinės grupės asmenų [24]. Ketvirtojoje šalių vadovų susirinkimo dėl Gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos plėtros (2010, Europarlamentas) diskusijoje minimos nepakankamos programų tikslinės grupės įtraukimo į patikrą apimtys ir tai laikoma viena pirmųjų nesėkmingo prevencinių programų įgyvendinimo galimų priežasčių [25].

Lietuvoje šalies mastu organizuotai vykdomomis prevencinėmis programomis siekiama mažinti krūties, gimdos kaklelio, priešinės liaukos vėžio bei širdies ir kraujagyslių ligų nulemtą mirtingumo rodiklius [26, 27, 28, 29]. Antrinės profilaktikos įgyvendinimas šalyje vykdomas nuo 2004 m. – tai Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto lėšų, finansavimo programa (toliau – Gimdos kaklelio vėžio prevencinė programa), nuo 2005 m. – Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa (toliau – Krūties vėžio prevencinė programa), nuo 2006 m. – Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa (toliau – Priešinės liaukos vėžio prevencinė programa) ir Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencinių priemonių finansavimo programa (toliau – Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė programa). Sveikatos apsaugos ministerijai priėmus sprendimus dėl programų įgyvendinimo ir patvirtinus reikalingas metodikas, jų įgyvendinimą organizuoja Valstybinė ligonių kasa, sudarydama sutartis su licencijuotais programose numatyty paslaugų teikėjais. Svarbiausias vaidmuo, paskatinant programų

tikslinių grupių asmenų dalį, pasinaudojusią prevencinių programų paslaugomis, tenka pirminės sveikatos priežiūros specialistams. Už prevencinių programų įgyvendinimą atsakingi pirminės sveikatos priežiūros specialistai įpareigoti užtikrinti ankstyvos diagnostikos paslaugas ir informuoti apie šių ligų profilaktiką, yra suinteresuoti pacientų rezultatų grįžtamumu ir tolesniu dalyviams reikalingo gydymo tęstinumu [12].

Vykdamas Europos Sąjungos finansuojamos Baltijos jūros regiono programos projektą „Visuomenės sveikatos gerinimas skatinant tolygų aukštos kokybės PSP išdėstymą“ (*ImPrim*), be kita ko, siekiama glaudesnio įvairių partnerių bendradarbiavimo bendruomenės sveikatos labui [30]. Diegiant projektą Klaipėdoje, bendru partnerių sutarimu buvo inicijuotas prevencinių programų įgyvendinimo vertinimas, kurio rezultatai pateikiami šiame straipsnyje.

Tyrimo tikslas – įvertinti prevencinių programų įgyvendinimą Klaipėdos miesto ir Klaipėdos rajono savivaldybių pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigose (toliau – PAASPI) 2008–2010 metais.

## TYRIMO OBJEKTAS IR METODAI

Vertinti panaudoti oficialūs Klaipėdos TLK-os duomenys apie tai, kaip prevencinės programos vykdytos 2008–2010 m. Klaipėdos mieste ir Klaipėdos rajone. Duomenys analizuoti savivaldybių ir jų teritorijoje esančių PAASPI lygmeniu.

Vertinta trimis aspektais: 1) ar kasmetinės planuojamos prevencinių programų paslaugų apimtys užtikrina, kad būtų įgyvendintas programų siekis; 2) kaip pavyksta įgyvendinti metinius paslaugų planus ir 3) kokia tikslinės grupės asmenų dalis pasinaudoja prevencinių programų paslaugomis.

Vertinant, ar kasmetinės planuojamos patikrų apimtys užtikrina, kad būtų įgyvendinamas programos

siekis, buvo skaičiuojama, kokia dalimi kasmet planuojamų paslaugų apimtys prisideda prie programų siekio įgyvendinimo.

Analizuojant, kaip pavyksta įgyvendinti metinius paslaugų planus, buvo skaičiuojamas prevencinių programų paslaugų planų įgyvendinimo procentas.

Siekiant įvertinti, kokia tikslinės grupės asmenų dalis pasinaudoja suteikiamomis prevencinių programų paslaugomis, buvo skaičiuojama, kokia PAASPI įregistruotų tikslinės grupės asmenų dalis pasinaudojo prevencinių programų paslaugomis (procentas).

Įgyvendinant Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinę programą numatomos dvi atskirai finansuojamos paslaugos: informavimo ir tepinėlio ištyrimo bei rezultatų įvertinimo, kurių apimtys vertintos atskirai. Vykdamas Krūties vėžio, Priešinės liaukos bei Širdies ir kraujagyslių ligų prevencines programas numatyta viena finansuojama paslauga, apimanti asmens informavimą ir tiriamojo asmens rezultatų įvertinimą. Šioje programoje vartojamas terminas *patikra* reiškia asmens ištyrimą ir rezultatų jam pranešimą, o *patikrų apimtys* – procentą tikslinės grupės asmenų, kurie buvo ištirti ir informuoti.

## REZULTATAI

Atsižvelgiant į skirtingą prevencinių programų teikiamų paslaugų periodiškumą ir siektinas jų apimtis, kiekvienoje iš programų kiekvienais metais turėtų sudaryti galimybę pasinaudoti paslaugomis nuo 26,6 proc. iki 100 proc. tikslinės grupės asmenų (1 lentelė).

PAASPI 2008–2009 m. visas programų apimtis planavo tolygiai – po dvylika proc. kasmet, o 2010 m. planuojamų suteikti paslaugų apimtis padidino beveik visi paslaugų teikėjai, išskyrus kai kuriuos Klaipėdos rajono teikėjus, planuojant atrankinės mamografijos ir širdies bei kraujagyslių ligų patikros paslaugas (2 lentelė).

**1 lentelė.** Vykdomų valstybinių prevencinių programų bendroji charakteristika

Programa	Tikslinė grupė (amžius, lytis)	Periodiškumas (metai)	Bendros patikros periodo paslaugų apimtys (proc.)	Siektinos metų paslaugų apimtys (proc.)
Krūties vėžio prevencinė programa	50–69 metų	2	Informavimo – 100 Patikrų – ≥ 80	50 ≥ 40
Gimdos kaklelio vėžio prevencinė programa	25–60 metų	3	Informavimo – 100 Patikrų – ≥ 80	33,3 ≥ 26,6
Priešinės liaukos vėžio prevencinė programa	50–75 metų	2*	Nenurodyta	50
Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė programa	50–65 metų (moterys); 40–55 metų (vyrai)	Kasmet	Nenurodyta	100

\*Iki 2009 m. liepos mėn. kasmetinė patikra, nuo 2009 m. liepos mėn. periodiškumas 2 metai.

**2 lentelė.** Klaipėdos miesto ir Klaipėdos rajono PAASPI vykdomų valstybinių prevencinių programų planuojamos patikrų apimtys 2008–2010 m. (proc.); vidurkis (mažiausiai / daugiausiai)

	2008 m.	2009 m.	2010 m.
Krūties vėžio prevencinė programa (programos siektinos metų apimtys $\geq 40$ proc.)			
Klaipėdos miestas	12 (12)	12 (12)	17 (6–42)
Klaipėdos rajonas	12 (12)	12 (12)	11 (5–12)
Gimdos kaklelio vėžio prevencinė programa (programos siektinos metų apimtys $\geq 26,6$ proc.)			
Klaipėdos miestas	12 (12)	12 (12)	47 (16–136)
Klaipėdos rajonas	12 (12)	12 (12)	34 (7–58)
Priešinės liaukos vėžio prevencinė programa (programos siektinos metų apimtys 50* proc.)			
Klaipėdos miestas	12 (12)	12 (12)	21 (13–67)
Klaipėdos rajonas	12 (12)	12 (12)	21 (7–51)
Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė programa (programos siektinos metų apimtys 100 proc.)			
Klaipėdos miestas	12 (12)	12 (12)	25 (6–88)
Klaipėdos rajonas	12 (12)	12 (12)	6 (1–22)

\*iki 2009 m. liepos mėn. – 100 proc.

**3 lentelė.** Klaipėdos miesto ir Klaipėdos rajono savivaldybių PAASPI 2008–2010 m. vykdomų prevencinių programų paslaugų planų įgyvendinimas (proc.); vidurkis (mažiausias / didžiausias)

	2008 m.	2009 m.	2010 m.
Krūties vėžio prevencinė programa			
Klaipėdos miestas	134 (42–343)	151 (21–241)	87 (42–104)
Klaipėdos rajonas	67 (9–71)	75 (9–108)	83 (25–89)
Gimdos kaklelio vėžio prevencinė programa			
Klaipėdos miestas			
<i>informavimas</i>	192 (47–762)	152 (29–468)	77 (52–131)
<i>patikra</i>	119 (61–335)	107 (57–387)	53 (13–107)
Klaipėdos rajonas			
<i>informavimas</i>	107 (48–245)	124 (63–196)	83 (61–167)
<i>patikra</i>	98 (30–333)	108 (33–199)	69 (30–100)
Priešinės liaukos vėžio prevencinė programa			
Klaipėdos miestas	295 (85–875)	227 (96–362)	86 (43–116)
Klaipėdos rajonas	245 (144–548)	199 (123–519)	88 (63–100)
Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė programa			
Klaipėdos miestas	156 (29–685)	142 (23–420)	84 (43–120)
Klaipėdos rajonas	138 (17–154)	42 (13–173)	83 (63–100)

Paslaugas teikiančios PAASPI 2008–2009 m. savo planus vykdė skirtingai, nors dažniausiai suteikdavo žymiai daugiau paslaugų, nei planuota. Situacija pasikeitė 2010 m. ir nei Klaipėdos mieste, nei Klaipėdos rajone nepavyko pasiekti bendrų planuojamų programų paslaugų apimčių, nors kai kurios PAASPI planus sėkmingai įgyvendino (3 lentelė).

Per analizuojamą laikotarpį įgyvendinant tik vieną Gimdos kaklelio vėžio prevencinę programą 2010 m. pavyko priartėti prie siekiamų tikslinės populiacijos patikros apimčių: Klaipėdos mieste patikrinta 25 proc. moterų, esant 26,6 proc. siekiniui, o Klaipėdos rajone – atitinkamai 23 proc. ir 26,6 proc. Vykdamas kitas programas kasmet buvo patikrinama mažiau nei pusė tikrintinų asmenų. Mažiausios patikrų apimtys nustatytos Klaipėdos rajone vykdamas Širdies

ir kraujagyslių bei Atrankinės mamografinės patikros programas, kai 2008–2010 m. kasmet buvo ištiriama atitinkamai 8–9 proc. ir 17–5 proc. tikslinės grupės asmenų, vietoj siekiamų 50 ir 100 proc. (4 lentelė).

## REZULTATŲ APTARIMAS

Prevencinių programų esminis įgyvendinimo kriterijus yra tikslinių grupių asmenų įtraukimo į profilaktinius patikrinimus apimtys [10]. Galutinis rezultatas visuomet priklauso nuo to, kiek buvo planuojama padaryti ir kaip pavyko realizuoti planus, o tai priklauso nuo įvairių kitų sąlygų ir aplinkybių, kas žinoma iš visuotinio priežastinio ryšio dėsnio [31].

Teritorinės ligonių kasos kaupiama informacija apie profilaktines programas leidžia ne tik įvertinti jų pasiektus rezultatus, bet ir paanalizuoti planavimo

**4 lentelė.** Klaipėdos miesto ir Klaipėdos rajono PAASPI vykdomų valstybinių prevencinių programų suteiktų paslaugų apimtys 2008–2010 m. (proc.); vidurkis (mažiausiai / daugiausiai)

	2008 m.	2009 m.	2010 m.
Krūties vėžio prevencinė programa (programos siektinos metų apimtys $\geq 40$ proc.)			
Klaipėdos miestas	16 (5–41)	18 (3–29)	15 (5–37)
Klaipėdos rajonas	8 (1–9)	9 (1–13)	9 (1–10)
Gimdos kaklelio vėžio prevencinė programa (programos siektinos metų apimtys $\geq 26,6$ proc.)			
Klaipėdos miestas			
<i>informavimas</i>	23 (6–91)	18 (3–56)	36 (15–151)
<i>patikra</i>	14 (7–40)	13 (7–46)	25 (13–67)
Klaipėdos rajonas			
<i>informavimas</i>	13 (6–29)	15 (3–23)	28 (20–57)
<i>patikra</i>	12 (4–40)	13 (4–24)	23 (6–58)
Priešinės liaukos vėžio prevencinė programa (programos siektinos metų apimtys 50* proc.)			
Klaipėdos miestas	35 (10–106)	27 (11–44)	18 (11–72)
Klaipėdos rajonas	29 (17–66)	24 (15–62)	18 (7–32)
Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė programa (programos siektinos metų apimtys 100 proc.)			
Klaipėdos miestas	19 (3–84)	17 (3–50)	21 (5–82)
Klaipėdos rajonas	17 (2–18)	5 (1–21)	5 (1–21)

\*Iki 2009 m. liepos mėn. – 100 proc.

kokybę ir įgyvendinimo organizavimą. Kaip ir kiekviename darbe, šiame yra keletas silpnų vietų, todėl pateikti skaičiai gali būti ne visai tikslūs. Yra galimybė, kad tas pats asmuo tais pačiais metais buvo tiriamas daugiau nei vieną kartą. Pavyzdžiui, pakeitus apylinkę ar pakartotinai išsityrus ir per klaidą įtraukus duomenis į programos apskaitą. Reikia manyti, kad tokių atvejų yra mažai, tačiau jei jie yra, tai tikrosios patikrų apimtys yra mažesnės už pateikiamas šiame darbe. Žinant pastarųjų metų emigraciją iš Lietuvos, natūralu, kad išvykusieji ilgam ar visam laikui nėra patikrinami, tačiau jie patenka į tikslinę populiaciją, turėdami įtakos visiems (planuojamų iširti, planų įgyvendinimo ir patikrintos populiacijos dalies) rodikliams. Turint omenyje išvykstančiųjų amžiaus struktūrą, tai gali būti aktualiausia Gimdos kaklelio vėžio prevencinei programai, galbūt ir kitoms. Atsižvelgiant į tai, reali situacija turėtų atrodyti geriau, nei pateikiama darbe.

Kaip parodė tyrimo rezultatai, 2008–2009 m. visos įstaigos, įgyvendindamos numatytas programas, paslaugas planavo suteikti 12 proc. tikslinės grupės asmenų, neatsižvelgdamos į tai, kad programos tikslinės patikrų apimtys ir nustatytas patikrų periodiškumas yra skirtingas. Pagrindimo ar logiško paaiškinimo tokioms planuojamoms patikrų apimtims rasti nepavyko nei viename iš programos dokumentų. Jei 12 proc. apimtys būtų numatytos pirmaisiais programų įgyvendinimo metais, dar būtų galima manyti, kad tai susiję su atsargiu planavimu, siejamu su galimais organizaciniais sunkumais, ar nežinant, kokia

gali būti paslaugų gavėjų reakcija. Tačiau šis argumentas neįtikina, nes visos programos iki 2008 m. jau buvo vykdomos mažiausiai porą metų. Sieti žemą apimčių planavimą su finansavimo stoka netenka, nes, kaip parodo planų įgyvendinimo rezultatai, planų viršijimas nebuvo stabdomas, nors kai kurios įstaigos viršijo planuotas darbų apimtis daugiau nei aštuonis kartus.

2010 m. PAASPI planuojamų patikrų apimtys iš esmės pasikeitė – nebeliko standartinio plano ištirti 12 proc. tikslinės grupės asmenų, o vietoj jo atsirado didelė planavimo įvairovė. 2010 m. padvigubėjo ar net patrigubėjo planuojamų iširti asmenų dalis grupėje, išskyrus Mamografijos bei Širdies ir kraujagyslių programų dalyvius Klaipėdos rajone, kur siektinų iširti asmenų skaičius nuo 12 proc. sumažėjo iki 11 ir 6 proc. atitinkamai. Dėmesį atkreipia dideli skirtumai tarp PAASPI planuojančių mažiausiai ir daugiausiai iširti asmenų atskirose programose. Jie svyruoja nuo 2,4 karto vykdant Mamografinės patikros programą iki 22 kartų, įgyvendinant Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinę programą. Skirtingas 2010 m. planuojamas programų patikrų apimtis greičiausiai lėmė nevienodas jų poreikis, nulemtas ankstesnių metų patikros apimčių. Tačiau kai per metus PAASPI planuoja suteikti paslaugų 136 proc. prisirašiusios populiacijos asmenų (Gimdos kaklelio vėžio prevencinė programa, Klaipėdos miestas; 2 lentelė), tai niekaip negali būti nulemta praeities patikrų apimčių, nes rekomenduojama tyrimą atlikti kartą per tris metus. Tikėtina, kad tai susiję su laukiamu tiriamųjų srautų

persiskirstymu tarp paslaugų tiekėjų (ištirimas ne savo įstaigoje) ar tikslinės populiacijos prisirašiusių asmenų pagausėjimu toje įstaigoje.

Apibendrinant vertintą planavimo praktiką galima teigti, kad 2008–2010 m. programų patikrų apimčių planavimas vykdytas vadovaujantis neaiškiais kriterijais, o planuojamos metinės jų apimtys nebuvo orientuotos į tikslinės grupės ištyrimą programoje numatytais apimtimis ir periodiškumu. 2008–2009 m. vykdytas minimalių programos priemonių apimčių planavimas, o dėl 2010 m. įvykusios planų korekcijos tik Gimdos kaklelio vėžio prevencinėje programoje sudėjus visų PAASPI planus gauta bendra programos siektina darbų apimtis. O vykdant kitas programas planuota mažiau nei pusė reikalingų paslaugų.

Vertinimo rezultatai taip pat rodo, kad 2008–2009 m. PAASPI planuojamos patikrinimų apimtys dažniausiai būdavo viršijamos, neretai net kelis kartus. Gerai veikiančioje ir tinkamai organizuotoje sveikatos priežiūros sistemoje neplanuotas dvigubas ar trigubas paslaugų padidėjimas, nekeičiant kitų veiklos rodiklių, turėtų būti sunkiai tikėtinas. Tikslinių grupių informavimas, mobilizavimas ir motyvavimas išsirtinti, ištyrimą atliekančių profesionalų darbo laiko ir atitinkamo aprūpinimo klausimų sprendimas reikalauja laiko ir piniginių sąnaudų. Kadangi programų finansavimo mechanizmas sutvarkytas taip, kad su PAASPI atsiskaitoma tik už įvykdytus darbus, neaišku, kokie resursai naudojami neplaniniams darbams atlikti. Galima būtų galvoti, kad rengiant metinius planus ir numatant darbų apimtis, galimybės buvo minimalios, o įgyvendinant darbus atsirado visai kitos galimybės, tačiau to negalima teigti, kalbant apie 2009–2010 m.

Nors bendrosios praktikos gydytojo ir pirminės sveikatos priežiūros komandos specialistų teises, pareigas ir kompetenciją reglamentuojančiose Lietuvos medicinos normose [32, 33, 34] įvardijama, kad prevencinių programų priemonių teikimas pacientams įeina į pirminės sveikatos priežiūros specialisto pareigas, tai vykdoma ne visur vienodai. Gali būti, kad planų įgyvendinimo netolygumai atspindi nevienodą PAASPI reakciją į pirminės sveikatos priežiūros įstaigų, o kartu ir į pirminės sveikatos priežiūros specialistų dalyvavimo, įgyvendinant prevencines programas, skatinimą, numatantį papildomą apmokėjimo būdą už prevencinių programų priemonių vykdymą [35].

Tenka pastebėti, kad po 2010 m. įvykusių planavimo pokyčių planų įgyvendinimas tapo iš esmės

kitoks. Ne tik kad nebeliko kartais pasitaikančių planų perviršijimų, tačiau visose programose paslaugų suteikiama mažiau, nei planuojama tiek mieste, tiek rajone.

Gyventojų mirtingumo ir sergamumo nuo piktybinių navikų ir širdies bei kraujagyslių ligų sumažinimo siekiama per vykdomas valstybines prevencines programas. Efektyvi antrinė profilaktika galima tik užtikrinus ankstyvą šių susirgimų diagnostiką ir pasiekus gana dideles gyventojų dalyvavimo jose apimtis [11]. Tyrimo duomenys rodo, kad įgyvendinamos prevencinės programos apima tik mažą tikslinių grupių asmenų dalį. Analizuojamu laikotarpiu tik pagal vieną vykdomą Gimdos kaklelio vėžio prevencinę programą 2010 m. pavyko pasiekti programoje įvardijamas patikros apimtis: Klaipėdos mieste patikrinta 25 proc. moterų, esant 26,6 proc. kasmetiniam siekiniui, o Klaipėdos rajone – atitinkamai 23 proc. ir 26,6 proc. Jei bus išlaikytos patikrų apimtys, susidarys galimybė priartėti prie siekio, įvardijamo gimdos kaklelio vėžio prevencijos atlikimo metodikoje, – ne mažiau kaip 80 proc. 25–60 metų amžiaus moterų patikros [8]. Tai reikštų, kad priartėtų prie tarptautiniu mastu rekomenduojamų [11, 16, 17] ir kitose šalyse jau pasiektų patikrų apimčių [12, 13].

Kitokia situacija analizuojamame regione vykdytą Krūties vėžio prevencinę programą. Nors programos metodikoje rekomenduojama per metus patikrinti daugiau nei 40 proc. moterų [7], Klaipėdos mieste tai pasiekama 15–18 proc., o Klaipėdos rajone – 8–9 proc. Atsižvelgiant į tai, kad ši patologija yra pirmoji onkologinė moterų mirties priežastis Lietuvoje [2], pastangos vykdyti šią programą turėtų būti žymiai didesnės. Krūties vėžio prevencinės programos koordinavimo grupės posėdyje, įvykusiame 2010 m. kovo mėn. 20 d., buvo įvardyta, kad siekiama išsirtinti ne mažiau kaip 60 proc. tikslinės amžiaus grupės moterų per 5 metus [36]. Nepavyko rasti jokių dokumentų, patvirtinančių, kad tai programinis sprendimas, kurį reikėtų įgyvendinti. Tačiau faktas, kad tokia informacija viešai skelbiama programos finansavimą vykdančios (VLK) institucijos tinklalapyje, be abejonės, turi įtakos darbų apimtims.

Priešinės liaukos vėžio bei Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinių programų atlikimo metodikos, kuriose būtų nurodytos šalies siekiamos šių programų tikslinės grupės asmenų įtraukimo į programas apimtys, Lietuvoje nepatvirtintos. Programose įvardinta, kad paslaugos teikiamos visiems tikslinės grupės amžiaus asmenims, įregistruotiems PAASPI. Suvokiant, kad šimtaprocentinės patikrų apimtys programoje

nejmanomos, kalbama apie ne mažesnes nei 80 proc. [28].

Literatūros duomenimis, Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos programos vykdymas organizuotai šalies mastu, siekiant, kad kuo daugiau asmenų sutiktų dalyvauti prevencinėse programose, apskritai nerekomenduojamas [12, 18, 19]. Šiame kontekste nagrinėjamų teritorijų Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos programos įgyvendinimo situacija paradoksali: 2008–2009 m. jos patikrų apimtys buvo didžiausios iš visų programų, o 2010 m. savo apimtimis nusileido tik Gimdos kaklelio vėžio programai. Aukštesnėms šių dviejų programų patikros apimtims, be abejonės, įtakos turėjo 2008 m. sprendimas Priešinės liaukos bei Gimdos kaklelio prevencines programas įtraukti į skatinamųjų paslaugų sąrašą, už kurių gerą įgyvendinimą įstaigoms apmokama papildomai [37].

Širdies ir kraujagyslių ligos yra pagrindinė Lietuvos gyventojų mirties priežastis, jos lemia daugiausiai ekonominių nuostolių [2]. Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė programa vienintelė, kurioje tikslinės grupės asmenims patikras siūloma atlikti kasmet. Vertinimo duomenys rodo, kad Klaipėdos mieste ir Klaipėdos rajone vykdant šią programą yra toli iki siekiamų 80 proc. patikros, atliekamos vos kas penktam–šeštam klaipėdiečiui ir šeštam–dvidešimtam rajono gyventojui, priklausančiam rizikos grupei. Kai kurie užsienio autoriai mano, kad kasmetinės ištisinės patikros nėra pats geriausias būdas vykdyti širdies ir kraujagyslių prevencines programas šalies mastu. Jų nuomone, panaudojant turimą asmeninę medicininę informaciją galima išskirti padidėjusios rizikos grupes, kurių ištyrimas ir po to tolesnių priemonių įgyvendinimas to reikalingiems gali žymiai sumažinti programos kaštus ir duoti ne mažesnę sveikatos efektą [21, 22].

Varijuojantys prevencinių programų įgyvendinimo apimčių planavimo, planų įgyvendinimo rezultatai kiekvienoje iš PAASPI bei atskirose savivaldybėse lemia ir skirtingas prevencinių programų dalyvių įtraukimo į jas apimtis. Lietuvoje įgyvendinamų prevencinių programų patikros apimčių netolygumai savivaldybėse patvirtinti ir kitų autorių tyrimo duomenimis [38]. Kodėl šie netolygumai atsiranda ir ne visur ir ne visos programos vienodai gerai įgyvendinamos, reikalauja papildomų tyrimų, kurie apimtų įvairius prevencinių programų aspektus, įskaitant paslaugų gavėjų, teikėjų ir užsakytojų požiūrius į jas.

### APIBENDRINIMAS

Profilaktinių programų paslaugų apimčių planavimo, planų įvykdymo ir tikslinių siekinių įgyvendinimo Klaipėdos miesto ir Klaipėdos rajono PAASPI 2008–2010 m. analizė parodė, kad programų veiklos planuojamos ir įgyvendinamos nesiorientuojant į tolygų tikslinių grupių ištyrimą numatytu periodiškumu ir apimtimis. Nors programos vykdomos jau penkerius–septynerius metus patikrų apimtys išlieka žemos. Analizuojamu laikotarpiu vykdant tik vieną Gimdos kaklelio vėžio prevencinę programą 2010 m. pavyko priartėti prie programoje įvardytų patikrų apimčių. Siekiant pagerinti prevencinių programų įgyvendinimą Klaipėdos miesto ir Klaipėdos rajono PAASPI būtina plačiau analizuoti netolygaus planavimo ir įgyvendinimo priežastis bei situacijos gerinimo galimybes.

### PADĖKA

Dėkojame Klaipėdos teritorinei ligonių kasai už suteiktus duomenis ir bendradarbiavimą.

*Straipsnis gautas 2011-10-19, priimtas 2011-12-13*

## Literatūra

1. Australian Health Ministers' Advisory Council (AHMAC). Population based screening framework. Commonwealth of Australia. 2008;9-10.
2. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Mirties priežasčių registras. Mirties priežastys. Vilnius, 2011.
3. Sveikatos sistemos įstatymas (patvirtintas Lietuvos Respublikos Seimo 1994 m. liepos 19 d. nutarimu Nr. I-552). Valstybės žinios. 1994;63-1231.
4. Lietuvos Respublikos Seimo 1998 liepos 2 d. nutarimas Nr. VIII-833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“. Valstybės žinios. 1998;64-1842.
5. Cohn JN, Hoke L, Whitwam W et al. Screening for early detection of cardiovascular disease in asymptomatic individuals. *Am Heart J*. 2003;146:679-685.
6. American Heart Association. Effectiveness-Based Guidelines for the Prevention of Cardiovascular Disease in Women –2011 Update: A Guideline From the American Heart Association. *Journal of the American Heart Association*. 2011;123(11):1243-62.
7. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gruodžio 10 d. įsakymas Nr. V-901 „Dėl Atrankinės moterų mamografinės patikros programos atlikimo metodikos patvirtinimo“. Valstybės žinios. 2004, 184-6815.
8. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. liepos 16 d. įsakymas Nr. V-548 „Dėl Atrankinės patikros dėl gimdos kaklelio patologijos programos atlikimo metodikos patvirtinimo“. Valstybės žinios. 2004;117-4390.
9. Council of the European Union. Council Recommendation of 2 December 2003 on cancer screening (2003/878/EC). *Official Journal of European Union*. 2003;L327:34-8.
10. Nieminen P, Kallio M, Anttila A et al. Organised versus spontaneous Pap-smear screening for cervical cancer: a case-control study. *Int J Cancer*. 1999;83:55-8.
11. Advisory Committee on Cancer Prevention. Recommendations on cancer screening in the European Union. *Eur J Cancer*. 2000;36:1473-1478.
12. Alexe DM, Albrecht T, McKee M, Coleman MP. Responding to the challenge of cancer in Europe. *Eur J Cancer*. 2008;44(10):1404-1413.
13. Anttila A, Karsa L, Aasmaa A, Fender M, Patnick J, Rebolj M. Cervical cancer screening policies and coverage in Europe. *Eur J of Cancer*. 2009;45(15):2649-2658.
14. Shapiro S, Coleman EA, Breeders M, Codd M, Koning H, Fracheboud J. Breast cancer screening programmes in 22 countries: current policies, administration and guidelines. *Int J of Epidemiology*. 1998;27:735-742.
15. Bastos J, Peleteiro B, Gouveia J, Coleman MP, Lunet N. The state of the art of cancer control in 30 European countries in 2008. *Int J Cancer*. 2010;126(11):2700-15.
16. Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. *Annals of Oncology*. 2010;(21):448-458.
17. Perry N, Broeders M, de Wolf C, Tornberg S, Holland R, von Karsa L, Puthaar E, (Eds). European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis, 4th ed. Luxembourg: Office for Official Publications of the EC, 2006.
18. Davidson P, Gabbay J. Should mass screening for prostate cancer be introduced at the national level? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report, 2004).
19. Martin RM, Smith GD, Donovan J. Does current evidence justify prostate cancer screening? *Nat Clin Pract Oncol*. 2005;2(11):538-539.
20. Australian Government Department of Health and Ageing. Targeted screening for cardiovascular risk for all adults between 40–74 years. Adelaide Health technology assessment report, 2010.
21. Lawson KD, Fenwick EAL, Pell ACH, Pell JP. Comparison of mass and targeted screening strategies for cardiovascular risk: simulation of the effectiveness, cost-effectiveness and coverage using a cross-sectional survey of 3921 people. *Heart*. 2010;96:208-212.
22. Glare J. Targeted screening for cardiovascular disease may be more cost-effective than universal screening. *Br Med J*. 2010;340:c1376, c1693.
23. Lawson K, Fenwick E, Pell J. Cost effectiveness of alternative screening strategies for identifying people at high risk of cardiovascular disease. *J of Epidemiology and Community Health*. 2009;63:93.
24. European Commission: report from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Implementation of the Council Recommendation of 2 December 2003 on cancer screening (2003/878/EC). Commission of the European Communities, Brussels, 2008.
25. European Parliament. 4th Cervical Cancer Summit Meeting, 2010.
26. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymas Nr. V-729 „Dėl Atrankinės mamografinės patikros dėl krūtų vėžio finansavimo programos patvirtinimo“. Valstybės žinios. 2005;117-4249.
27. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-482 „Dėl Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto lėšų, finansavimo programos patvirtinimo“. Valstybės žinios. 2004;104-3856.
28. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-973 „Dėl Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“. Valstybės žinios. 2005;152-5617.
29. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V-913 „Dėl Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“. Valstybės žinios. 2005;145-5288.
30. Projekto internetinis tinklalapis: [www.ltblekinge.se/imprim](http://www.ltblekinge.se/imprim).
31. Schoenbach VJ, Rosamond WD. Understanding the Fundamentals of Epidemiology an evolving text: <http://www.epidemiolog.net/evolving/FundamentalsOfEpidemiology.pdf>.
32. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1013 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. Valstybės žinios. 2006;3-62.
33. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. balandžio 3 d. įsakymas Nr. V-245 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 40:2006 „Akušeris. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. Valstybės žinios. 2006;40-1446.
34. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-650 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 57:2011 „Bendruomenės slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. Valstybės žinios. 2011;82-4015.
35. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“. Valstybės žinios. 2005;143-5205.
36. Valstybinės ligonių kasos prie SAM prevencinių programų duomenys: <http://www.vlk.lt/vlk/files/2011/prevencija/AMP2010.pdf> [žiūrėta 2011-12-08].
37. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. sausio 17 d. įsakymas Nr. V-48 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo pakeitimo“. Valstybės žinios. 2008;12-405.
38. Jankauskienė D. Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai. 2011;1(3);59-50-63.



# Assessment of implementation of preventive programs in primary health care institutions of Klaipeda city and Klaipeda region in 2008–2010

Aušra Eigirdaitė, Vytautas Jurkuvėnas,

Institute of Hygiene

## Summary

**Aim of investigation** – assessing of implementation of preventive programs in primary health care (PHC) institutions of Klaipeda city and Klaipeda region municipalities in 2008–2010.

**Material and methods.** Assessment based on official data about performance of preventive programs in the PHC institutions of Klaipeda city and Klaipeda region municipalities in 2008–2010 provided by Klaipeda territorial health insurance found. The data were analyzed at the municipal and institutional level in three aspects: 1) whether annual screening plans by individual programs assure achievement of the program target; 2) how annual screening plans are implemented and 3) what proportion of the target population takes advantage of the preventive programs.

**Results.** All PHC institutions planed the same 12 % of the target population for screening each year in all preventive programs in 2008–2009 and increased quantity of those in 2010. The plans were oriented neither towards achieving of the programs' goals nor equal distribution of the workload by years. PHC institutions screened much more individuals than they planed 2008–2009; however, plans were not implemented in 2010. Only Cervix cancer preventive

program screened almost all targeted population – 25 % in Klaipeda city and 23 % in Klaipeda region of those 26,6 % planed in 2010. Less than a half of the target group were screened in the other programs. Significant variation was found in screening planning and implementation between PHC institutions of Klaipeda city and region.

**Conclusion.** It is necessary to analyze causes of inequalities in planning and implementation of preventive programs in PHC institutions of Klaipeda city and Klaipeda region as well as possibilities to improve their performance.

**Keywords:** primary health care, preventive programs, screening, amount of services provided.

**Correspondence to** Aušra Eigirdaitė,  
Institute of Hygiene,  
Didžioji 22, LT-01128 Vilnius, Lithuania.  
E-mail: ausra.eigirdaite@hi.lt

*Received 19 October 2011, accepted 13 December 2011*