

SERGAMUMO IR PIRMALAIKIO MIRTINGUMO NUO KRAUJOTAKOS SISTEMOS LIGŲ MAŽINIMO KRYPTIES APRAŠAS

I SKYRIUS

BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų mažinimo krypties aprašas (toliau – Aprašas) skirtas nustatyti tikslus, uždavinius ir koordinuotas priemones iki 2022 metų pabaigos, kurių įgyvendinimas pagerintų kraujotakos sistemos ligų profilaktikos, efektyvaus rizikos veiksnių mažinimo, valdymo ir ankstyvos šių ligų diagnostikos bei gydymo kokybę ir prieinamumą didžiausiais sveikatos netolygumais pasižyminčiose šalies teritorijose gyvenantiems asmenims, sudarant sąlygas jiems ilgiau išlikti sveikiems, savarankiškiems ir darbingiems, tokiu būdu prisidedant prie jų socialinės atskirties bei jos rizikos dėl blogos sveikatos mažinimo.

2. Didžiausiais sveikatos netolygumais pasižyminčios šalies teritorijos (toliau – tikslinės teritorijos) šiame apraše laikomos šalies rajonų savivaldybės, kuriose standartizuoto 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumas dėl kraujotakos sistemos ligų 100 000 gyventojų (I00–I99) ženkliai skiriasi, t.y. 2007–2011 m. laikotarpiu vidutiniškai 20 ir daugiau proc. viršijo šalies vidurkį (Higienos instituto duomenys). Pasiekus užsibrėžtus rezultato rodiklius nustatytose teritorijose, analogiškai apraše numatyti veiksmai gali būti įgyvendinami kitose teritorijose, atsižvelgiant į atitinkamus mirtingumo rodiklius.

3. Apraše numatyti tikslai, uždaviniai ir priemonės iš esmės apima kraujotakos sistemos ligas, išskyrus galvos smegenų kraujagyslių ligas, kurių susirgimų ir priešlaikinio mirtingumo mažinimo tikslai, uždaviniai ir kompleksinės priemonės numatytos atskirame šio veiksmų plano apraše.

4. Siekiant mažinti sveikatos netolygumus bei didinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę tikslinių teritorijų gyventojams šiame apraše numatytų priemonių įgyvendinimas apims tris lygius: priemonės, kurios tikslingai bus įgyvendinamos tikslinėse teritorijose; priemonės kurių įgyvendinimas bus orientuotas ir prisidės prie tikslinių teritorijų gyventojų sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo; nacionalinės priemonės, reikalingos sveikatos sistemos tobulinimui, siekiant užtikrinti sisteminius šalies sveikatos priežiūros pokyčius lemiančius tolygią ir visiems prieinamą sveikatos priežiūrą šioje srityje.

5. Šioje kryptyje didžiausias dėmesys skiriamas kraujotakos sistemos ligų profilaktikai bei šių ligų rizikos veiksnių valdymui.

6. Apraše vartojamos sąvokos ir jų apibrėžtys:

Miokardo infarktas – staigi širdies raumens (miokardo) tam tikro ploto žūtis arba jo negrįžtamas pakenkimas (toliau – MI).

Širdies nepakankamumas – tai daugelio širdies ligų komplikacija, pasireiškianti širdies siurblio funkcijos sutrikimu, kai sumažėja kraujo išstūmimas ir/arba širdies prisipildymas vyksta su padidintu slėgiu ir dėl to nukenčia visų organų kraujotaka. Širdies nepakankamumas dėl kairiojo skilvelio funkcijos sutrikimo skirstomas į sumažėjusios išstūmimo frakcijos širdies

nepakankamumą (SIFŠN, arba sistolinis širdies nepakankamumas) ir išsaugotos išstūmimo frakcijos širdies nepakankamumą (IIFŠN, arba diastolinis širdies nepakankamumas). Dažniausios ŠN priežastys Lietuvoje – arterinė hipertenzija ir išeminė širdies liga – ligos, kurių paplitimas gali būti mažinamas prevencinėmis priemonėmis (Ūminio ir lėtinio ŠN diagnostikos ir gydymo metodika. http://www.sam.lt/go.php/diagno_asmens_sveikata2994).

Polipatologija – keletas gretutinių susirgimų vienu metu.

Perkutaninė transliuminalinė koronarinė angioplastika – tai medicininė procedūra kuri atliekama išplečiant susiaurėjusią širdies vainikinę arteriją be chirurgijos.

Pirminė kraujotakos sistemos ligų profilaktika – tai paveikiamų rizikos veiksnių išsiaiškinimas ir jų koregavimas žmonėms, kurie dar nejaučia jokių simptomų.

Integruota sveikatos priežiūra – vienodų gydymo standartų ir paslaugų kokybės daugiaprofilinė priežiūra visose ligos stadijose, kiekvienoje sveikatos priežiūros grandyje, visuose šalies regionuose, užtikrinanti duomenų perdavimą, pastovų atnaujinimą ir perimamumą informacinių komunikacinių priemonių pagalba tarp skirtingų lygių ir regionų asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – ASPĮ).

Antrinė kraujotakos sistemos ligų profilaktika – tai priemonių visuma padedanti perspėti ligos progresavimą ar ankstyvą mirtį, sumažinti revaskuliarizacijos procedūrų ir operacijų poreikį, invalidumą, hospitalizacijų dažnį bei pagerinti gyvenimo kokybę.

Specializuota širdies nepakankamumo klinika – tai struktūrinis padalinys, kuriame dirba daugiaprofilinė širdies nepakankamumo (toliau – ŠN) specialistų komanda, teikianti specializuotas diagnostikos, gydymo, dispanserinės (tęstinės) priežiūros ir pacientų mokymo paslaugas (stacionarines ir ambulatorines). Tretinio lygio specializuotoje ŠN klinikoje (3-jose universitetinėse ligoninėse) teikiamos intervencinio, chirurginio gydymo paslaugos, dirba ŠN kardiologas, ŠN slaugytoja, širdies chirurgas, intervencinis kardiologas, aritmologas, reanimatologas, reabilitologas, radiologas, psichiatras, šeimos medicinos paslaugas teikiantis gydytojas ir kiti specialistai. Antrinio lygio specializuotoje ŠN klinikoje teikiamos medikamentinio gydymo ir paliatyvios pagalbos, pacientų stebėsenos, gydymo plano koordinavimo ir pacientų mokymo paslaugos, dirba ŠN kardiologas, ŠN slaugytoja, reanimatologas, reabilitologas, radiologas, psichiatras, šeimos gydytojas ir kiti specialistai (McDonagh TA, et al. European Society of Cardiology Heart Failure Association Standards for delivering heart failure care. Eur J Heart Failure. doi:10.1093/eurjhf/hfq221).

II SKYRIUS

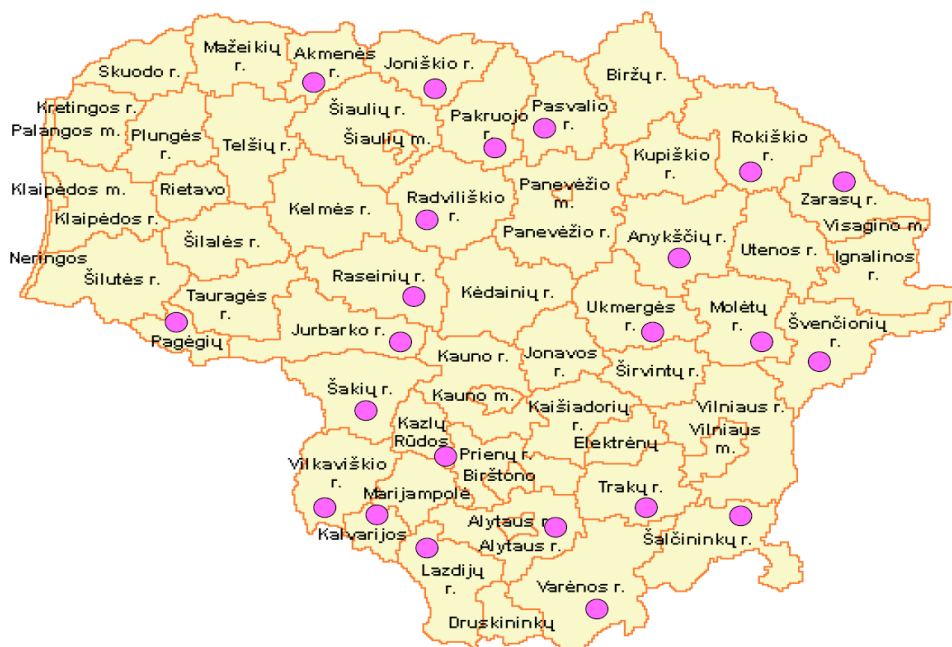
SITUACIJOS ANALIZĖ

7. Lietuvoje kraujotakos sistemos ligos išlieka pagrindine mirties priežastimi, kaip ir kitose išsivysčiusiose pasaulio šalyse. Remiantis Higienos instituto Sveikatos informacijos centro 2012 m. duomenimis, nuo kraujotakos sistemos ligų 2012 m. mirė daugiau nei pusė, t. y. 56,6 proc., visų mirusiųjų. 2012 m. Lietuvoje daugiausia žmonių (47,8 proc. vyrų ir 65,6 proc. moterų) mirė nuo kraujotakos sistemos ligų, iš kurių 65,9 proc. vyrų ir 63,8 proc. moterų mirė nuo išeminės širdies ligos (išeminė širdies liga – būklė, kai sutrinkdoma vainikinių arterijų kraujotaka ir dėl to pažeidžiama širdis ir jos funkcijos), 20,6 proc. vyrų ir 27,2 proc. moterų – nuo smegenų kraujagyslių (cerebrovaskulinių) ligų.

8. Tarp darbingo amžiaus asmenų (16–64 metų) mirties priežasčių pirmą vietą taip pat užima išeminės širdies ligos. 2012 m. nuo šių ligų mirė 19 proc. darbingo amžiaus vyrų ir 12,1 proc. darbingo amžiaus moterų. Kraujotakos sistemos ligos sąlygoja 30,8 proc. darbingo amžiaus žmonių mirčių bei yra nereta neįgalumo priežastis, kas didina tiek sveikatos tiek ir socialinės priežiūros išlaidas.

9. Standartizuoto 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumas dėl kraujotakos sistemos ligų 100000 gyv. (I00–I99) atskirose šalies savivaldybėse ženkliai skiriasi. Net 23 savivaldybėse šis rodiklis 2007–2011 m. laikotarpiu vidutiniškai 20 ir daugiau proc. viršijo šalies vidurkį. Šių savivaldybių minėto rodiklio vidurkis 2007–2011 m. laikotarpiu buvo 158,91 (2012 m.), kai tuo tarpu Lietuvos vidurkis šiuo laikotarpiu buvo 128,17 (2012 m.).

1 paveikslas. Savivaldybės, kuriose standartizuoto mirtingumo dėl kraujotakos sistemos ligų (0–64 m.) rodiklis 2007–2011 m. laikotarpiu 20 proc. ir daugiau viršijo Lietuvos vidurkį.



10. Lyginant su kitomis Europos Sąjungos (toliau – ES) šalimis narėmis Lietuvoje išlieka aukštas gyventojų mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų. Pagal bendrą šalies standartizuoto mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų rodiklį 100 000 gyventojų Lietuva lenkia tik Rumuniją ir Bulgariją. Lietuvos gyventojų mirtingumas nuo koronarinės širdies ligos, insulto – vienas didžiausių Europoje, kardiovaskulinio sergamumo ir mirtingumo rodikliai beveik 2 kartus blogesni už Europos Sąjungos vidurkį (Eurostat duomenys, 2010 m.).

11. Dauguma išsivysčiusių šalių ir kai kuriose rytų Europos šalyse, pvz., Lenkijoje, Čekijoje, matoma mirtingumo nuo pagrindinių širdies ir kraujagyslių ligų mažėjimo tendencija. Mirtingumas mažėja minėtose šalyse dėl to, kad visuomenėje ženkliai sumažėjo svarbiausių širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnių, ypač rūkymo, aukšto cholesterolio kiekio kraujyje (toliau – dislipidemija) ir arterinės hipertenzijos atvejų, taip pat įtakos turėjo ir šiuolaikiniai širdies ir kraujagyslių ligų gydymo metodai.

12. Pagrindinių rizikos veiksnių (rūkymas, dislipidemija ir arterinė hipertenzija) šalinimas yra vienas pagrindinių kraujotakos sistemos ligų profilaktikos ir gydymo strategijos komponentų. Svarbu mažinti ir sveikų žmonių, ir pacientų, kuriems jau pasireiškė širdies ir kraujagyslių ligų simptomų, rizikos veiksnius (pirminė ir antrinė profilaktika). Dislipidemija yra labai paplitęs kardiovaskulinis rizikos veiksnys vidutinio amžiaus Lietuvos populiacijoje, nesergančioje širdies ir kraujagyslių ligomis. Ji nustatyta beveik devyniems iš dešimties darbingo amžiaus žmonių. Taigi nepakankama dislipidemijos diagnostika bei korekcija yra viena svarbiausių visuomenės sveikatos problemų, kurios sprendimui turėtų būti skiriama daugiausia dėmesio. Cholesterolio kiekio sumažinimas 1 proc. koronarinės širdies ligos (KŠL) riziką sumažina 2–3 proc. Norint gydyti dislipidemiją ir sumažinti KŠL riziką svarbu ne tik nustatyti lipidų koncentraciją kraujyje, bet ir surinkti išsamią paciento bei šeiminę anamnezę, įvertinti gyvenseną, rizikos laipsnį, ištirti pacientą (ūgis, svoris, kūno masės indeksas, liemens apimtis, arterinis kraujo spaudimas, dislipidemijos, aterosklerozės, skydliaukės ligos požymiai), atlikti laboratorinius tyrimus. Svarbu nustatyti antrines dislipidemijos priežastis bei šeiminę dislipidemiją.

13. Širdies ir kraujagyslių ligų atsiradimas didele dalimi susijęs su neoptimalia mityba, fizinio aktyvumo stoka, antsvoriu bei nutukimu. Sveikatos apsaugos ministerijos užsakymu 2007 m. atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad antsvorį (kūno masės indeksas (KMI) 25,0–29,99) turi daugiau kaip trečdalis (38,6 proc.) gyventojų, nutukusių (KMI $\geq 30,0$) yra kas septintas (13,5 proc.) suaugęs gyventojas. Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau – PSO) duomenys ir tarptautiniai moksliniai tyrimai rodo, kad profilaktinių priemonių dėka, šalinant su mityba ir gyvenimo būdu susijusius rizikos veiksnius (mažinant hipertenzijos, dislipidemijos, nepakankamo vaisių ir daržovių vartojimo, antsvorio ir fizinės veiklos stokos paplitimą), galima išvengti 80 proc. širdies ligų, insulto ir antrojo tipo diabeto atvejų bei 40 proc. vėžio atvejų.

14. Gyventojų mityba ir pramoniniu būdu gaminami produktai turėtų būti ryžtingai keičiami – mažinamas juose sočiųjų riebalų (gyvulinės kilmės), druskos ir cukraus kiekis, didinamas skaidulinių medžiagų ir daržovių kiekis. Šalys, taikančios tokią strategiją (Suomija, Švedija, Norvegija) bei intensyviai informuojančios gyventojus pasiekė, kad jose nebedidėja ir netgi mažėja širdies, kraujagyslių ir kitų susijusių ligų paplitimas. PSO rekomenduoja žmogui per parą suvalgyti ne mažiau kaip 400 gramų daržovių ir vaisių. Tuo tarpu Lietuvoje, vidutiniškai suvalgoma tik 223 gramai. Daržovės ir vaisiai turi daug biologiškai aktyvių ir skaidulinių medžiagų, antioksidantų. Šios medžiagos saugo žmogų nuo širdies ir kraujagyslių ligų (infarktų ir insultų), vėžio, nutukimo, priešlaikinio senėjimo.

15. Lietuvoje vyrauja konservatyvios mitybos tradicijos – valgyti daug, riebiai, vartoti daug druskos ir cukraus, tuo tarpu gyventojų fizinis aktyvumas ir kalorijų eikvojimas yra žemas. Pagal sočiųjų riebalų (gyvulinių) suvartojimą Lietuva yra ketvirtoje vietoje ES. Todėl būtina intensyviau skatinti gyventojus keisti gyvenimo būdą, mitybą, būti fiziškai aktyvesniems.

16. Lietuvos maisto pramonė gamina daugiausia nepalankius sveikatai maisto produktus. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 22 d. įsakymu Nr. V-50 „Dėl maisto produktų ženklinimo simboliu „Rakto skylutė“ patvirtinti sudėties reikalavimai (atitinkantys tarptautinius kriterijus) maisto produktams, kurie gali būti savanoriškai ir nemokamai ženklinami sveikatai palankių maisto produktų simboliu „Rakto skylutė“. Tokiuose produktuose yra mažas cukraus, druskos ir riebalų kiekis bei padidintas skaidulinių medžiagų kiekis. Lietuvos rinkoje tokių produktų, kurie atitiktų šiuos kriterijus, atsiradimas kol kas tik prasidėjo, tuo tarpu Skandinavijos šalių rinkoje atitinkančių produktų yra virš dešimt tūkstančių. Būtina skatinti Lietuvos maisto

pramonę pradėti gaminti tokius produktus, aktyviai viešinti „Rakto skylutės“ simbolį, aiškinti žmonėms jo prasmę ir tokio maisto naudą sveikatai.

17. Modernioms technologijoms vis labiau skverbiantis į žmogaus buitį ir darbą, šalies gyventojai vis mažiau juda. Siekiant nustatyti Lietuvos suaugusių gyventojų fizinį aktyvumą, Sveikatos apsaugos ministerija, naudodama Pasaulio sveikatos organizacijos Globalųjį fizinio aktyvumo klausimyną (GPAQ), 2010–2011 m. ištyrė 1038 15–74 metų amžiaus šalies gyventojų fizinį aktyvumą (Lietuvos gyventojų fizinis aktyvumas, vertinant GPAQ metodu. R. Valintėlienė, R. Varvuolienė, A. Kranauskas, „Visuomenės sveikata“ 2012/4(59)). Tyrimas parodė, kad vidutinis gyventojas per parą 5 valandas sėdi (darbe, prie kompiuterio, televizoriaus). Daugiausia laiko sėdėdamas praleidžia jaunimas (15–25 m.) – 348 min. Tuo tarpu fizinei veiklai vidutiniškai gyventojas skiria 223 min. per parą (vyrai – 238 min., moterys – 207 min.). 24,1 proc. gyventojų darbe visai neturi fizinio aktyvumo, tai ypač būdinga miesto gyventojams (52,5 proc.), moterims (54,0 proc.) ir turintiems aukštąjį išsilavinimą asmenims (64,5 proc.). Tik kas vienuoliktas gyventojas laisvalaikį leidžia užsiimdamas didelio intensyvumo ir kas penktas – vidutinio intensyvumo fizine veikla. Likusieji laisvalaikį leidžia pasyviai. Tokių daugiausia yra tarp vyresniojo amžiaus žmonių bei moterų.

18. Stresai taip pat yra vienas pagrindinių kraujotakos sistemos ligų rizikos veiksnių, ypač daug streso patiria darbingo amžiaus žmonės. Todėl yra svarbu skirti dėmesį profesinei sveikatai, gerinti įmonių ir įstaigų darbuotojų sveikatą.

19. Lietuvoje nuo 2006 m. vykdoma Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – Sveikatos apsaugos ministerija) finansuojama asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių programa (toliau – Lietuvos širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programa). Programoje dalyvauja 50–65 m. moterys ir 40–55 m. vyrai, nesergantys širdies ir kraujagyslių ligomis. Pacientai į programą įtraukti 3 būdais: a) įtraukiant tam tikro amžiaus pacientus, kurie atvyko pas šeimos medicinos paslaugas teikiančią specialistą dėl įvairių priežasčių; b) aktyviai kviečiant pas šeimos medicinos paslaugas teikiančius specialistus registruotus pacientus, prieš tai peržiūrėjus ligos istorijos duomenis; c) informuojant visuomenę apie vykdomą programą. Lietuvos širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programoje iki 2012 m. dalyvavo 385 iš 420 (91,6 proc.) Lietuvos šeimos medicinos paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir 6 asmens sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančios specializuotą kardiologinę pagalbą, Vilniuje Kaune, Klaipėdoje ir Šiauliuose.

20. Vykdam Lietuvos širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programą 2009–2012 m. laikotarpiu, kurioje vidutinis dalyvavusių pacientų amžius buvo 53,09 m., moterys tame tarpe sudarė 61,8 proc. (10519), vyrai 38,2 proc. (6512) tirtos populiacijos, stebimi šie rezultatai: sumažėjo arterinę hipertenziją turinčių asmenų skaičius nuo 60,2 proc. iki 54,5 proc., metabolinį sindromą turinčių asmenų skaičius sumažėjo nuo 34,1 proc. iki 28,7 proc., vidutinis kūno masės indeksas sumažėjo nuo 29,17 kg/m² iki 28,92 kg/m², pilvinis nutukimas – nuo 48,4 proc. iki 45,3 proc., deja, dislipidemijos situacija išliko nepalanki – ją turi > 80 proc. vidutinio amžiaus asmenų (2009 m. – 89,8 proc., 2010 m. – 90,0 proc., 2011 m. – 89,1 proc., 2012 m. – 89,8 proc.), taip pat vėl ėmė daugėti rūkančiųjų (2009 m. – 9,3 proc., 2010 m. – 21,2 proc., 2011 m. – 22,9 proc., 2012 m. – 22,7 proc.). Klinikiniais tyrimais nustatyta, kad dislipidemijos gydymas širdies kraujagyslių ligų (toliau – ŠKL) riziką per 5 metus sumažina 30 proc. Kuo didesnė paciento rizika, tuo didesnė dislipidemijos gydymo nauda. Bendro cholesterolio koncentracijai sumažėjus 10 proc., koronarinės širdies ligos rizika per 5 metus sumažėja 25 proc.. Kai dislipidemija nėra ryški, koreguoti galima

nemedikamentinėmis priemonėmis. Esant ryškiai dislipidemijai, kai bendro cholesterolio koncentracija > 8 mmol/l, o MTL cholesterolio > 6 mmol/l, ar didelei kardiovaskulinei rizikai (KŠL, cukrinis diabetas ir kt.), rekomenduojama prie gyvensenos korekcijos pridėti ir medikamentinį gydymą (Medicinos teorija ir praktika, 2012 m. T.18 (Nr. 4.2). Pažymėtina, kad bendras gyventojų skaičius, dalyvavęs programoje yra ganėtinai mažas, todėl tikslinga būtų išplėsti Lietuvos širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programos tiek teritorinę tiek gyventojų amžiaus aprėptį tuo pačiu stiprinant duomenų analizei ir veiklos koordinavimui būtinus išteklius.

21. Tikslinių teritorijų pacientų, siunčiamų tretinio lygio kardiologo konsultacijoms, skaičius skirtingose savivaldybėse skiriasi labai ženkliai, nors gyventojų skaičius ir amžiaus struktūra yra panaši, pvz. Raseinių sav. (apie 35 000 gyventojų) siuntimų tretinio lygio kardiologo konsultacijoms 2013 m. buvo 416, Vilkaviškio sav. (apie 40 000 gyventojų) – 392, kai tuo tarpu Ukmergės sav. (38 000 gyventojų) – 139, Radviliškio sav. (apie 40 000 gyventojų) – 242, o Šakių sav. (31 000 gyventojų) – tik 2. Ši statistika atspindi labai nevienodą skirtingų savivaldybių darbą teikiant šeimos medicinos paslaugas teikiančio gydytojo ir antrinio lygio ambulatorines kardiologo paslaugas savivaldybių gyventojams.

22. Siekiant mažinti sergamumą ir priešlaikinį mirtingumą nuo kraujotakos sistemos ligų, ypač tarp darbingo amžiaus (16–64 m.) žmonių, 2004–2006 m. ir 2007–2013 m. ES struktūrinės paramos programavimo laikotarpiais buvo investuojama į visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrą, bei kitus veiksmus siekiant pagerinti širdies ir kraujagyslių ligų srities profilaktiką, diagnostinių bei gydymo paslaugų prieinamumą bei kokybę:

22.1. 2004–2006 m. ES struktūrinių fondų lėšomis (83,4 mln. Lt) 2008 m. buvo įgyvendintas kompleksinis Rytų ir Pietryčių Lietuvos gyventojų sergamumo ir mirštamumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo modernizuojant ir optimizuojant sveikatos priežiūros sistemos infrastruktūrą bei teikimas paslaugas projektas (toliau – Rytų kardiologijos projektas), kuriame dalyvavo 40 šio regiono ASPĮ, bei apėmė visus tris sveikatos priežiūros paslaugų teikimo lygius. Įgyvendinant Rytų kardiologijos projektą atnaujinta sveikatos priežiūros įstaigų materialinė bazė, pagerintos darbo sąlygos medikams ir sudarytos galimybės tiksliau diagnozuoti susirgimus. Pacientams kokybiškos paslaugos teikiamos apskrityse, kuriose jie gyvena. Rytų kardiologijos projektas apėmė visas 15 rytų ir pietryčių Lietuvos regiono savivaldybių. VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos buvo aprūpintos būtina įranga, užtikrinančia reikiamą intervencinį, neatidėliotiną, elektrofiziologinį ir kitokį III lygio ŠKL gydymą rytų ir pietryčių Lietuvos gyventojams. Šio regiono gyventojams teikiamų elektrofiziologinių paslaugų adekvaciai kiekiui ir kokybei užtikrinti, intervencinė šių elektrofiziologinė tarnyba buvo modernizuojama ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės VšĮ Kauno klinikose. Įgyvendinus projektą, ambulatorines paslaugas teikiančios ASPĮ buvo aprūpintos reikiama įranga ankstyvai ŠKL diagnostikai, visų lygių stacionarines paslaugas teikiančios sveikatos priežiūros įstaigos buvo aprūpintos būtina įranga efektyviam ŠKL diagnozavimui ir gydymui, sukurtos mobilios brigados, galinčios suteikti neatidėliotiną specializuotą kardiologinę pagalbą vietoje ir užtikrinti saugų itin grėsmingos būklės pacientų transportavimą į specializuotas kardiologinės pagalbos centrus, taip pat buvo įdiegtos informacinės technologijos, užtikrinančios savalaikius duomenų apie paciento sveikatą ir gydymą mainus. Šios investicijos padėjo sumažinti mirštamumą (mirties atvejų skaičiaus santykis su ta liga sergančiųjų skaičiumi) nuo širdies ir kraujagyslių ligų, ypač hospitalinį letališkumą Rytų Lietuvos regiono rajoninėse gydymo įstaigose, taip pat ženkliai pagerino ambulatorinių antrinio lygio paslaugų prieinamumą Rytų Lietuvos regiono gyventojams: 2004 m. 60 proc. visų rytų ir

pietryčių Lietuvoje ambulatorinių kardiologo paslaugų buvo suteikiama VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikose, o 2008 m. – 40 proc. (VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų duomenys).

22.2. siekiant toliau nuosekliai mažinti šalies gyventojų mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų šiai problemai spręsti yra skiriamos 2007–2013 m. ES struktūrinių fondų lėšos. Jau dalis įgyvendinta bei įgyvendinama eilė projektų šioje srityje. Vienas iš jų Vidurio ir vakarų gyventojų sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo projektas (156,4 mln. Lt), kuriame dalyvauja 34 šio regiono ASPĮ, teikiančios specializuotą ambulatorinę ir stacionarinę pagalbą šioje srityje bei papildomai 143 pirminio lygio ambulatorines paslaugas teikiančios ASPĮ. Projekto metu analogiškai, kaip ir Rytų kardiologijos projekte, atnaujinama įstaigų materialinė bazė, diegiamos naujos diagnostikos technologijos (pvz. pozitronų emisijos tomografija) gerinamos darbo sąlygos medikams ir sudaromos galimybės tiksliau diagnozuoti bei gydyti susirgimus. Atskirais projektais įsigyti C tipo greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) automobiliai efektyvesniam skubios konsultacinės pagalbos paslaugų kardiologijos srityje teikimui, diegiamos informacinės technologijos, užtikrinančios savalaikius duomenų apie paciento sveikatą ir gydymą mainus.

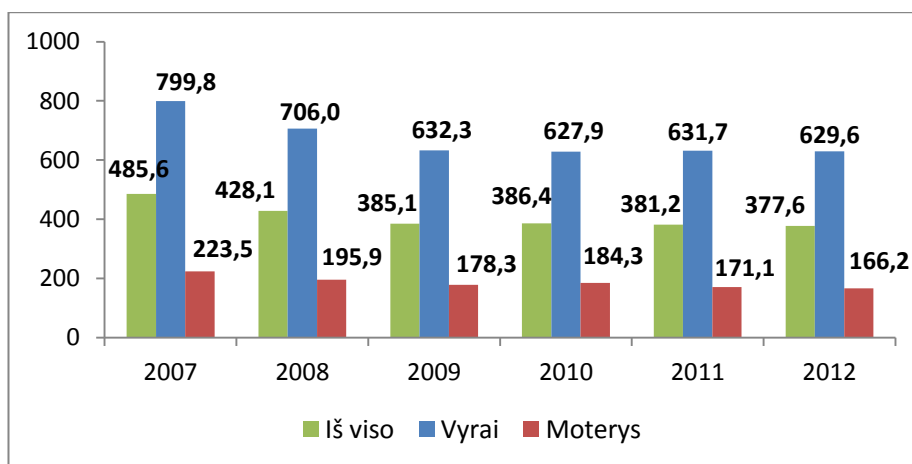
22.3. 2007–2013 m. ES struktūrinių fondų lėšos taip pat investuojamos į visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų savivaldybėse plėtrą ir kokybės užtikrinimą, sukuriant ir atnaujinant visuomenės sveikatos biurų infrastruktūrą, sudarant sąlygas efektyviai teikti visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas savivaldybės lygiu, vykdyti ligų profilaktiką ne tik kraujotakos sistemos ligų bet ir kitose srityje. Iš viso investuota daugiau nei 15 mln. Lt, sukurta / atnaujinta 27 visuomenės sveikatos biurų infrastruktūra. Visuomenės sveikatos priežiūros paslaugos tapo prieinamos 2/3 Lietuvos gyventojų.

22.4. siekiant investicijas į sveikatos infrastruktūrą suderinti su žmogiškaisiais ištekliais bei pasiekti pokyčių, pasinaudojant 2007–2013 m. ES struktūrinių fondų lėšomis iki 2013 m. pabaigos kvalifikaciją ŠKL profilaktikos, diagnostikos ir gydymo srityje tobulino daugiau kaip 4 tūkst. įvairių sričių sveikatos specialistų, dirbančių skirtingose Lietuvos asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose: šeimos gydytojai, gydytojai kardiologai, gydytojai reanimatologai, gydytojai hematologai, gydytojai neurologai, gydytojai anesteziologai reanimatologai, gydytojai klinikiniai fiziologai, gydytojai kraujagyslių ir širdies chirurgai, gydytojai radiologai, radiologijos technologai, slaugytojos, visuomenės sveikatos priežiūros specialistai ir kt.

23. Investicijos į sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrą, Lietuvos širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programos įgyvendinimas bei kitos taikytos priemonės leido pastaraisiais metais sumažinti mirčių dėl širdies ir kraujagyslių ligų bei mirčių dėl išeminės širdies ligos skaičių 40–65 m. amžiaus grupėje (2 paveikslas), pagerėjo arterinių hipertenzijų kontrolė (buvusi mažesnė nei 5 proc. (2006 m.), ji 2012 m. vidutinio amžiaus asmenų tarpe siekia 20 proc. ir daugiau. Tačiau tenka konstatuoti, kad Lietuvoje išlieka didžiulė dislipidemijų problema. Vidutinio amžiaus asmenų tarpe dislipidemija siekia 85–90 proc., o tai jau primena epidemiją. Taip pat Lietuvoje vis dar yra dideli skirtumai tarp kardiologinės pagalbos suteikimo greičio ir kokybės tarp didžiųjų miestų ir atokesnių regionų. Nėra reglamentuota ambulatorinių pacientų patekimo iš žemesnės į aukštesnę grandį tvarka, dėl ko susidaro ilgas konsultacijų laukimo laikas, egzistuoja kitos sveikatos priežiūros vadybos, organizavimo bei paslaugų teikimo problemos dėl ko dalis pacientų negauna savalaikės sveikatos priežiūros. Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – Valstybinė ligonių kasa prie SAM) duomenimis 2013 m. pabaigoje ir 2014 m. pradžioje

ambulatorinių kardiologo paslaugų laukimo eilės vidutiniškai Lietuvoje sudarė nuo 9 iki 20 dienų, tačiau kai kuriose įstaigose, ypač didžiuosiuose miestuose, šis skaičius buvo ypatingai didelis ir svyravo nuo 60 iki 120 dienų.

2 paveikslas. Mirtingumas dėl kraujotakos sistemos ligų 100 000 45-64 m. amžiaus gyventojų, Higienos instituto duomenys, 2012 m.

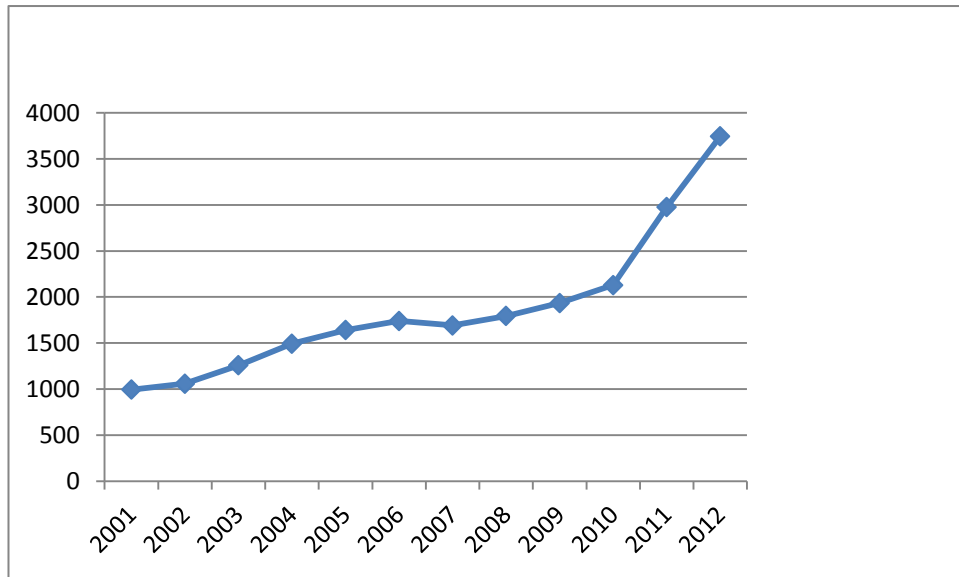


24. Siekiant toliau mažinti sergamumą ir priešlaikinį mirtingumą dėl širdies ir kraujagyslių ligų, reikia skirti dar didesnę dėmesį šių ligų profilaktikai, sutelkiant visuomenės sveikatos priežiūros specialistų, nevyriausybinių organizacijų (toliau – NVO) ir bendruomenių, šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų, gydytojų specialistų pastangas. Taip pat labai svarbu užtikrinti savalaikę kvalifikuotą gydytojų pagalbą ypač didelį dėmesį skiriant tikslinių teritorijų gyventojams siekiant sumažinti staigių ir ankstyvų mirčių skaičių ištikus MI ar esant kitai ūminei kardiovaskulinei būklei. Planuojant ir diegiant kraujotakos sistemos ligų profilaktikos, ankstyvos susirgimų diagnostikos bei gydymo paslaugų teikimo modelius, būtina įvertinti 2004–2006 m. ES struktūrinių fondų lėšomis finansuoto ir ganėtinai teigiamus rezultatus pasiekusio Rytų Lietuvos kardiologijos projekto taikytus sprendimus, taip pat 2007–2013 m. ES struktūrinių fondų finansuojamą ir dar įgyvendinamą Vidurio ir vakarų Lietuvos kardiologijos projektą, e. sveikatos sukurtas ir dar kuriamas galimybes bei kitas investicijas šioje srityje siekiant nuosekliai gerinti rezultatus Lietuvoje.

25. Ypatingas dėmesys, planuojant priemones šioje srityje, turėtų būti kreipiamas į iki šiol mažai akcentuotas sritis – ŠN ir jo pasireiškimo atidėjimą bei komplikacijų vidutinio amžiaus žmonių grupėje mažinimą ir dėl šios priežasties atsirandančių dažnų pakartotinių hospitalizacijų mažinimą, kas tampa didele ekonomine našta. Higienos instituto duomenimis Lietuvoje paskutiniiais 12 m. stebimas ženklus ŠN ligotumo didėjimas. Šio reiškinio priežastys – populiacijos senėjimas, geresnis šiuolaikinis ūminių koronarinių sindromų ir hipertenzijos gydymas, kas sąlygoja geresnį pacientų išgyvenamumą, tačiau jie gyvena su pažeista širdies funkcija. Todėl reikalinga švietėjiška veikla, kad pacientai laiku kreiptųsi į medikus, atsiradus pirmiesiems krūtinės anginos simptomams, o įvykus ūminiam MI, būtų kuo greičiau atverta širdies kraujagyslė. Tai leistų išsaugoti miokardą ir sumažintų ŠN pasireiškimą. Taip pat svarbūs Lietuvai veiksniai – alkoholio paplitimas (dažnos

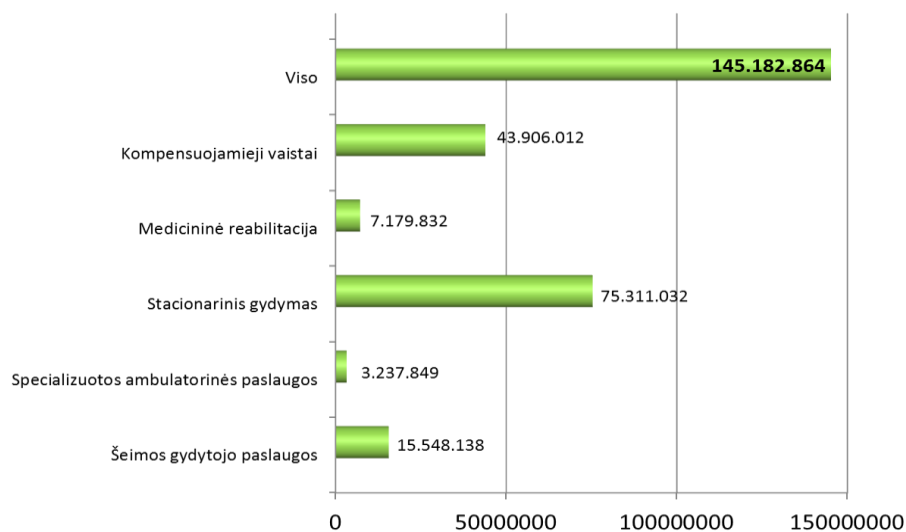
alkoholinės kardiomiopatijos), dažnos Laimo ligos (pažeidžiama ir širdis). Prisideda ir didėjantis gydytojų dėmesys ir budrumas diagnozuojant ŠN.

3 paveikslas. 18–64 m. Lietuvos gyventojų ligotumas ŠN (I50) Lietuvoje 2001–2012 m. laikotarpiu, Higienos institutas.



26. Europos ir Amerikos šalyse iki 3 proc. viso sveikatos apsaugos biudžeto skiriama ŠN priežiūrai („Heart Failure: preventing disease and death worldwide” ir “Improving care for patients with acute heart failure“, Europos širdies nepakankamumo asociacija, 2014 m.). Lietuvos Valstybinės ligonių kasos prie SAM duomenimis 2013 m. išlaidos ŠN gydymui taip pat sudarė gana didelę privalomojo draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšų dalį.

4 paveikslas. Valstybės išlaidos ŠN gydymui 2013 m., Valstybinė ligonių kasa prie SAM



27. Mirčių registravimo metodologija Lietuvoje (pagal pagrindinės ligos diagnozę) neleidžia įvertinti realaus sergančiųjų ŠN mirštamumo. Remiantis Europos ŠN asociacijos parengtais

dokumentais („Heart Failure: preventing disease and death worldwide” ir „Improving care for patients with acute heart failure“, Europos širdies nepakankamumo asociacija, 2014) pasaulyje vienerių metų bėgyje po hospitalizacijos dėl paūmėjusio ŠN miršta 17–45 proc. pacientų. Hospitalinis mirštamumas sudaro 2–17 proc. (Higienos instituto duomenimis Lietuvoje 2012 m. registruotas hospitalinis mirštamumas 11 proc.). ŠN pacientų išgyvenamumas yra blogesnis nei sergant žarnyno, krūties ar prostatos vėžiu. Lietuvos pakartotinių hospitalizacijų dėl ŠN statistika kol kas nebuvo oficialiai pateikiama. Europos širdies nepakankamumo asociacijos duomenimis pasaulyje per 1 mėn. po hospitalizacijos apie 25 proc. pacientų, o vienerių metų bėgyje iki 44 proc. grįžta į stacionarus dėl pasikartojančios dekomensacijos. Didžiosios Britanijos patirtis rodo, jog ligoninėse, kur buvo įsteigtos specializuotos ŠN klinikos, pacientų išgyvenamumas padidėjo nuo 77 proc. iki 94 proc., o per 30 d. kartotinių hospitalizacijų dažnis sumažėjo nuo 24 proc. iki 15 proc. (Cleland J., et al. National Heart failure audit April 2012 – March 2013. www.hqip.org.uk). Atkreiptinas dėmesys ir į insulto pavojų sukeliančių ir iki šiol Lietuvoje nekontroliuojamų ritmo sutrikimų – prieširdžių virpėjimo ir plazdėjimo perspėjimą, savalaikį atpažinimą ir šiuolaikinį gydymą. Pastarosios problemos sprendimas numatomas šio Veiksmų plano Sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo nuo galvos smegenų kraujotakos ligų mažinimo krypties aprašo dalyje.

28. GMP efektyvumas tiesiogiai daro įtaką mirštamumui ir neįgalumui nuo kraujotakos sistemos ligų, nes nuo to, kaip skubiai bus suteikta pagalba, priklauso pasekmės paciento sveikatai ateityje. Restruktūrizuojant sveikatos priežiūros įstaigas, sudėtingos stacionarinės paslaugos vis labiau centralizuojamos, todėl tam tikrų paslaugų prieinamumo užtikrinimui ypač svarbi tampa GMP. Vystant ASPĮ tarpusavio bendradarbiavimo bei integruotų paslaugų teikimo modelius taip pat ypatingai svarbu tampa pacientų transportavimas iš vienos gydymo įstaigos į kitą siekiant savalaikių kvalifikuotų konsultacijų, gydymo tęstinumui ir pan. užtikrinti. 2007–2013 m. laikotarpiu ES struktūrinių fondų lėšomis atnaujinta tik 17 proc. viso GMP automobilių parko, todėl GMP ir pacientų transportavimo pajėgumų stiprinimas neatsiejamas su veiksmingu integruotos sveikatos priežiūros tolesniu įgyvendinimu.

III SKYRIUS

TIKSLAS

29. Šios Veiksmų plano krypties tikslas – sumažinti tikslinių teritorijų gyventojų sergamumą kraujotakos sistemos ligomis ir pirmalaikį (iki 64 m.) mirtingumą nuo jų.

IV SKYRIUS

UŽDAVINIAI

30. Tikslui pasiekti numatomi šie uždaviniai:

30.1. pagerinti tikslinių teritorijų gyventojams visuomenės sveikatos ir kraujotakos sistemos ligų profilaktikos paslaugų prieinamumą ir kokybę.

30.2. patobulinti kraujotakos sistemos ligų ankstyvos diagnostikos ir savalaikio gydymo paslaugų teikimo sistemą, didinant šių paslaugų prieinamumą ir kokybę bei užtikrinant sveikatos sistemos tvarumą.

V SKYRIUS

PRIEMONĖS UŽDAVINIAMS ĮGYVENDINTI

31. Priemonės uždaviniams įgyvendinti apims šias šešias esmines vystymo kryptis kraujagyslių sistemos ligų srityje:

31.1. visuomenės sveikatos priežiūros veiklos efektyvumo didinimas;

31.2. visuomenės sveikatos ir pirminės ambulatorinės asmens sveikatos bendradarbiavimo stiprinimas;

31.3. pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros pajėgumų stiprinimas;

31.4. antrinio lygio kardiologijos paslaugas teikiančių ASPĮ veiklos ir atsakomybės didinimas;

31.5. mobilių ambulatorinių bei nuotolinių paslaugų plėtra didinant paslaugų prieinamumą;

31.6. specializuotą sudėtingiausią kardiologinę pagalbą teikiančių ASPĮ teikiamų paslaugų efektyvumo didinimas.

32. Įgyvendinant iškeltą uždavinį – pagerinti tikslinių teritorijų gyventojams visuomenės sveikatos ir kraujotakos sistemos ligų profilaktikos paslaugų prieinamumą ir kokybę, numatoma:

32.1. sukurti ir tikslinėse teritorijose įdiegti praktikoje asmens sveikatos priežiūros pirminės grandies bei savivaldybių visuomenės sveikatos biurų veiklos integravimo modelį, skirtą kraujotakos sistemos ligų rizikos grupių pacientų sveikatos stiprinimui bei jų sveikatos būklės stebėjimui. Šios priemonės įgyvendinimas bus derinamas su Veiksmų plano Sergamumo ir priešlaikinio mirtingumo nuo galvos smegenų kraujotakos ligų mažinimo krypties atitinkama priemone. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija, Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos, visuomenės sveikatos biurai;

32.2. parengti metodinę nacionaliniu lygiu pripažintą, mokslo įrodymais pagrįstą kraujotakos sistemos ligų profilaktikos ir pagrindinių rizikos veiksnių mažinimo informaciją, pritaikytą skirtingoms visuomenės grupėms, specialistams bei skirtą periodiškai skleisti ją viso veiksmų plano įgyvendinimo laikotarpiu. Numatomi veiksmai vykdomi tiek nacionaliniu lygiu, tiek tikslinių teritorijų lygiu, pasitelkiant kraujotakos sistemos ligų specialistus (kardiologus), šeimos medicinos paslaugas teikiančius gydytojus, žiniasklaidą, švietimo ir kitas ugdymo bei sveikatos priežiūros įstaigas, NVO ir kt. siekiant tikslinių teritorijų gyventojų gyvensenos elgsenos sveikatos labai pokyčių. Periodiškai vykdoma įgyvendinamų veiksmų bei jų poveikio stebėseną ir vertinimas. Vykdytojai: informacijos parengimui – Vilniaus universitetas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, bendradarbiaujant su atitinkamomis NVO, Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos;

32.2.1. remiantis Europos kardiologų draugijos, Europos hipertenzijų draugijos gairėmis, adaptuoti vieningas ŠKL profilaktikos gaires, skirtas visuomenės ir asmens priežiūros sveikatos specialistams ir orientuotas į visų rizikos veiksnių korekciją, ankstyvą diagnostiką ir savalaikį gydymą. Vykdytojai: Vilniaus universitetas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos, NVO;

32.2.2. surinkti mokslinius įrodymus apie fizinio aktyvumo didinimui taikomas veiksmingas intervencijas ir parengti rekomendacijas dėl intervencijų įgyvendinimo praktikoje. Šių rekomendacijų pagrindu remti darbdavių iniciatyvas fizinio aktyvumo skatinimui – priemonė, orientuota į darbingo amžiaus žmones. Taip pat skatinti sporto ir sveikatingumo centrus ir

darbdavius dažniau vykdyti įvairias nemokamas akcijas, užsiėmimus, siekiant kuo daugiau gyventojų įtraukti į laisvalaikio fizinį aktyvumą. Skleisti informaciją, skatinant darbdavius pagal atskirų ES valstybių pavyzdį (pvz. fizinio aktyvumo darbo vietoje programa, įvesti fizinio aktyvumo pertraukėles protinį arba sėdimą darbą dirbantiems darbo metu arba prieš prasidedant darbui ir kt.) – priemonė, orientuota į darbingo amžiaus žmones. Vykdytojai: Lietuvos sporto universitetas, Higienos institutas, savivaldybių administracijos, NVO, sporto ir sveikatingumo centrai, viešieji ir privatūs juridiniai asmenys;

32.2.3. surinkti mokslinius įrodymus apie rūkymo paplitimui mažinti taikomas veiksmingas intervencijas ir parengti rekomendacijas dėl intervencijų įgyvendinimo praktikoje. Skleisti informaciją apie metimo rūkyti galimybes ir metodikas; informuoti rūkančius ir nerūkančius apie tabako dūmų aplinkoje galimas neigiamas pasekmes nerūkančių sveikatai – priemonė, orientuota į darbingo amžiaus žmones. Priemonės įgyvendinimas derinamas su Sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo nuo galvos smegenų kraujotakos ligų mažinimo krypties apraše numatytais analogiškais priemonėmis. Vykdytojai: viešieji ir privatūs juridiniai asmenys, bendruomenės, visuomenės sveikatos biurai, Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos, Vilniaus universitetas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas;

32.2.4. periodiškai skleisti informaciją apie pagrindinius rizikos veiksnius ir jų mažinimą – arterinės hipertenzijos ir druskos sunaudojimo mažinimą, dislipidemijų perspėjimą ir savalaikį gydymą, sveikos mitybos įgūdžių ugdymą ir nutukimo mažinimą, nepakankamą fizinį aktyvumą, alkoholio žalą sveikatai. Priemonės, orientuojamos į darbingo amžiaus žmones, paauglius ir vaikus. Priemonės įgyvendinimas derinamas su Sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo nuo galvos smegenų kraujotakos ligų mažinimo krypties apraše numatytais analogiškais priemonėmis. Vaikams ir paaugliams skirtos priemonės papildys Vaikų sveikatos stiprinimo, ligų profilaktikos bei efektyvaus gydymo užtikrinimo krypties apraše numatytas priemones. Vykdytojai: visuomenės sveikatos biurai;

32.2.5. skatinti NVO ir kitų socialinių partnerių bendradarbiavimą įgyvendinant visuomenės sveikatos gerinimo projektus kraujotakos sistemos ligų profilaktikos, sveikos gyvensenos, kardiologinės pagalbos paslaugų srityje, skatinti bendruomenių iniciatyvas šiais klausimais. Skatinti pacientų organizacijų įtraukimą vykdant pacientų informavimo apie kraujotakos sistemos ligų gydymą ir rizikos veiksnių mažinimą, didinant pacientų raštingumą ir įgalinimą, projektus. Remti darbdavių iniciatyvas gerinti profesinę sveikatą mažinant darbuotojų stresus darbe – priemonė, orientuota į darbingo amžiaus žmones;

32.2.6. surinkti mokslinius įrodymus apie individualaus gyventojų konsultavimo visuomenės sveikatos klausimais veiksmingus metodus, bei siekiant nustatyti veiksmingiausią bei pritaikytą Lietuvoje individualaus gyventojų konsultavimo visuomenės sveikatos klausimais metodą ir būdą vykdyti 1-2 metų pilotinius projektus pasirinktose savivaldybėse: visuomenės sveikatos biure, šeimos medicinos paslaugas teikiančioje ASPI, bendradarbiaujant visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros specialistams;

32.2.7. efektyviam sveikos gyvensenos įgūdžių formavimui neužtenka sveikatos informacijos sklaidos, reikia, kad taip pat būtų formuojami sveikos gyvensenos įgūdžiai. Įgūdžiams formuoti reikalingi praktiniai užsiėmimai. Jiems organizuoti reikalinga turėti specialų inventorių ir šiai veiklai apmokytus darbuotojus. Numatoma suformuoti 7 sričių teminius sveikatos mokymo kabinetus (sveikos mitybos, fizinio aktyvumo, relaksacijos, pirmosios pagalbos mokymo, higienos įgūdžių formavimo, konsultavimo aplinkos sveikatos, traumų ir nelaimingų atsitikimų profilaktikos

klausimais) Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centre, aprūpinant juos reikalinga įranga ir priemonėmis, reikalingomis įgūdžiams formuoti (mokyti kaip sveikai pasigaminti maistą, atlikti fizinius pratimus su treniruokliais, teikti pirmąją pagalbą, panaudojant manekenus ir žaizdų bei sužalojimų imitacijas, kūno sudėties analizatorių antsvorio nustatymui ir kt.). Kabinetai būtų naudojami visuomenės sveikatos biurų ir pirminių ambulatorinių sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų kvalifikacijai tobulinti (suteikiant ne tik žinių, bet ir pratybų metu mokant naudotis minėta įranga), teiktų specializuotas sveikatos mokymo paslaugas gyventojams iš visos Lietuvos (pvz., organizuojant mokinių ekskursijas į Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centro Sveikatos mokyklą). Visuomenės sveikatos biuruose (ar pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose ASPĮ) dirbtų kvalifikaciją Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centre pasitobulinę darbuotojai, konsultuotų ir mokytų bendruomenių gyventojus sveikos gyvensenos įgūdžių;

32.2.8. parengti visuomenės sveikatos ir savivaldybių specialistams skirtas kvalifikacijos kėlimo sveikos mitybos ir fizinio aktyvumo skatinimo programas bei pagal jas vykdyti mokymus tikslinėse teritorijose dirbantiems šios srities specialistams. Vykdytojas: Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras;

32.2.9. periodiškai šios krypties priemonių įgyvendinimo metu skleisti mokslo įrodymais pagrįstą informaciją, orientuotą į maisto gamintojus ir skatinti juos gaminti sveikatai palankesnius maisto produktus, turinčius mažiau riebalų, cukraus ir druskos, atitinkančius sveikatai palankaus maisto, ženklinamo simboliu „Rakto skylutė“, kriterijus. Didinti šio simbolio žinomumą ir supratimą visuomenėje. Vykdytojai: Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, visuomenės sveikatos biurai;

32.3. siekiant vertinti visuomenės sveikatos biurų darbo efektyvumą ypač tikslinėse teritorijose sukurti ir įdiegti nuolatinio populiacinių kraujotakos sistemos ligų rizikos veiksnių (rūkymo, antsvorio ir nejudros) vertinimo ir stebėsenos metodiką savivaldybių lygiu bei ją taikyti praktikoje. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos, savivaldybių administracijos, visuomenės sveikatos biurai;

32.4. tobulinti tikslinių teritorijų pirminės ambulatorinės (šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų) asmens sveikatos priežiūros prieinamumą ir kokybę, siekiant gerinti kraujotakos sistemos ligų prevencijos programų vykdymo efektyvumą ir prieinamumą tikslinių teritorijų gyventojams (priemonė derinama su Sergamumo ir priešlaikinio mirtingumo nuo galvos smegenų kraujotakos ligų mažinimo srities apraše numatytais priemonėmis). Siekiant užtikrinti, kad pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos tikslinėse teritorijose galėtų efektyviai vykdyti kraujotakos sistemos ligų prevenciją, įvertinti ir pagal pagrįstą poreikį aprūpinti pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias asmens sveikatos priežiūros įstaigas diagnostine įranga (pvz. portatyviniais elektrokardiografijos (EKG) aparatais su duomenų perdavimo galimybe, kraujo krešėjimo rodiklių – tarptautinio normalizuoto santykio (INR) ir protrombino laiko (PT) matuokliais, analizatoriais, skirtais ūminio MI žymenų/markerio troponino I (nustatymui), kuriais gautus duomenis (pvz. vaizdus, tekstinius failus) būtų galima perduoti į specializuotus kardiologijos centrus. Taip pat įvertinus 2007–2013 m. ES struktūrinių fondų bei kitas investicijas šiuo tikslu atnaujinti efektyvesniam veiklos vykdymui reikalingą infrastruktūrą (patalpas, medicinos ir kitą įrangą, baldus, automobilius pacientų lankymui namuose, telekonsultavimo techninę ir programinę įrangą, skirtą įdiegti ir plėtoti telekonsultacijų paslaugas tarp šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų ir specialistų). Įgyvendinti šių įstaigų veiklos

organizavimo tobulinimo, bendradarbiavimo su kitomis ASPI, NVO ir kt. veiksmus (pvz. specializuotos slaugytojos, atliekančios ambulatorinių pacientų mokymo ir konsultavimo funkcijas, pirminio ir antrinio / tretinio lygio komunikaciją, sudaryto gydymo plano realizavimą ir kt. veiksmus, įsteigimas, specifinio kraujo žymens tyrimo ŠN diagnozuoti ir monitoruoti įdiegimas ir kt. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija, pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos;

32.5. padidinti tikslinėse teritorijose dirbančių šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų, bendruomenės slaugytojų, visuomenės sveikatos priežiūros specialistų kvalifikaciją bei gebėjimus:

32.5.1. efektyvesniam darbui su asmenimis, priskirtiniais kraujotakos sistemos ligų rizikos grupėms, vykdyti sveikatinimo veiklą, kraujotakos sistemos ligų profilaktiką, ypatingą dėmesį skiriant polipatologiją turintiems pacientams (didelės rizikos pacientus, sergančius išemine širdies liga, arterine hipertenzija, cukriniu diabetu ir kt. lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis) bei individualių gyvenamosios keitimo intervencijų pritaikymą. Šiuo tikslu reikalinga apmokyti apie 400 šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų, 400 bendruomenės slaugytojų, 20 visuomenės sveikatos specialistų Lietuvos sveikatos mokslų ir Vilniaus universitetuose organizuojant kvalifikacijos kėlimo kursą šiuolaikinės širdies kraujagyslių susirgimų prevencijos ir protekcijos srityje;

32.5.2. šeimos medicinos paslaugas teikiantys gydytojai stokoja žinių elektroninių mainų ir širdies kraujagyslių ligų savalaikės diagnostikos, prevencijos ir stebėsenos srityse. Šiuo tikslu reikalinga parengti ir Lietuvos universitetuose įvesti kvalifikacijos kėlimo kursą, apimančią savalaikės širdies kraujagyslių susirgimų diagnostikos, gydymo, prevencijos, stebėsenos ir elektroninių duomenų mainų temas, kurį baigę šeimos medicinos paslaugas teikiantys gydytojai galėtų dalyvauti su širdies ir kraujagyslių susirgimais susijusių elektroninių duomenų perdavime ir elektroniniame konsultavime. Todėl tikslinga apmokyti apie 400 viešąsias šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų visoje Lietuvoje. Vykdytojai: Vilniaus universitetas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas;

32.6. tobulinti šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų veiklos reglamentavimą, išplečiant šių gydytojų kompetencijų ir Valstybinės ligonių kasos prie SAM apmokamų paslaugų ribas diagnozuojant ir gydant kraujotakos sistemos ligas: vaistų skyrimo ir laboratorinių tyrimų atlikimo srityse, leidžiant šeimos medicinos paslaugas teikiančiam gydytojui savarankiškai atlikti ir interpretuoti šiuos laboratorinius tyrimus: D-dimerus, troponiną I, kreatinkinazę MB, BNP (B-tipo natriuretinį peptidą). Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa prie SAM;

32.7. pasirinktoje teritorijoje 1–2 metus įgyvendinti bandomąjį projektą dėl ankstyvosios tabako ir alkoholio diagnostikos priemonių diegimo pirminėje ambulatorinėje sveikatos priežiūroje, siekiant įvertinti šių priemonių efektyvumą bei pritaikymą praktikoje. Parengti reikiamą metodinę medžiagą bei organizuoti mokymus šeimos medicinos paslaugas teikiantiems gydytojams, siekiant efektyvaus projekto įgyvendinimo. Pasiteisinus priemonėms, išplėtoti jų taikymą visoje Lietuvoje. Vykdytojai: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Vilniaus universitetas, pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos, Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos;

32.8. atsižvelgiant į tai, kad Lietuvos širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programa įgyvendinama tik 6-iose asmens sveikatos priežiūros įstaigose Vilniuje, Klaipėdoje, Šiauliuose ir Kaune, siekiant didinti šių paslaugų prieinamumą išplėsti vykdomos Lietuvos širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programos teritorinę aprėptį, kad paslaugos būtų prieinamos bent jau visuose

apskričių centruose, reikalinga sukurti papildomus centrus ASPĮ, teikiančiose antrinio arba tretinio lygio ambulatorines kardiologo paslaugas, užtikrinant kiek įmanoma tolygų šių paslaugų pasiskirstymą ir prieinamumą Lietuvos gyventojams, pasinaudojant jau funkcionuojančių šios programos rėmuose sukaupu specializuotų prevencijos padalinių veiklos Vilniuje, Kaune, Šiauliuose ir Klaipėdoje patyrimu. Pagal poreikį bei įvertinus 2007–2013 m. investicijas į šią sritį, aprūpinti jau funkcionuojančius ir būsimus padalinius reikalinga įranga. Tipinio specializuoto prevencijos kabineto įrangą sudaro: kardiologinis-angiologinis echoskopas, ilgalaikio EKG registravimo (holter) įranga, ilgalaikio AKS registravimo įranga elektrokardiogramas, fizinio krūvio mėginio kompleksas, ankstyvai aterosklerozės diagnostikai specializuotas ultragarsinis aparatas, kraujagyslių standumo tyrimo aparatas, darbo baldai (stalas, kėdė, kušetė, spinta ir kt.), kompiuterizuota darbo vieta. Taip pat išplėsti vykdomos programos tikslinę grupę, apimant platesnes asmenų, įtraukiamų į programą amžiaus ribas, ritmo sutrikimų, tokių kaip prieširdžių virpėjimas savalaikis diagnozavimas, taip pat komplikacijų, valdymą;

33. Įgyvendinant uždavinį – patobulinti kraujotakos sistemos ligų ankstyvos diagnostikos ir savalaikio gydymo paslaugų teikimo sistemą, didinant šių paslaugų prieinamumą ir kokybę bei užtikrinant sveikatos sistemos tvarumą, numatoma:

33.1. sukurti aiškią ir darniai funkcionuojančią sistemą efektyvios, prieinamos ir savalaikės (esant ūmiems atvejams) kardiologinės pagalbos teikimui, kur ypač svarbu įvairių lygių tarnybų darnus funkcionavimas, kvalifikuoti specialistai, sugebantys tiksliai diagnozuoti ir taikyti pagalbos priemones pacientams:

33.1.1. įvertinti 2004–2006 m. ES struktūrinių fondų lėšomis finansuoto ir įgyvendinto Rytų Lietuvos kardiologijos projekto bei jo metu sukurtų sprendimų gyvybingumą, taip pat 2007–2013 m. ES struktūrinių fondų finansuojamo Vidurio ir vakarų Lietuvos kardiologijos projekto metu, įgyvendintų e. sveikatos projektų bei kitų investicijų pagalba sukurtas galimybės, sveikatos technologijų panaudojimo efektyvumą ir pan. Vykdytojas: Sveikatos apsaugos ministerija;

33.1.2. sukurti ir įdiegti dažniausių lėtinių kraujotakos sistemos ligų diagnostikos ir gydymo algoritmus, leisiančius suvienodinti gydymo standartus ir teikiamų paslaugų kokybę tarp skirtingų regionų, skirtingų paslaugų teikėjų, adaptuotus juos kiekvienai sveikatos priežiūros grandžiai, užtikrinant duomenų perdavimą, pastovų atnaujinimą ir perimamumą informacinių komunikacinių priemonių pagalba tarp skirtingų lygių ir regionų ASPĮ. Diagnostikos ir gydymo algoritmai išdėstyti prioritetiškumo tvarka: aterosklerozinių kraujotakos sistemos ligų prevencija, MI su ST segmento pakilimu (angl. STEMI – ST-elevation myocardial infarction), MI be ST segmento pakilimo (angl. NSTEMI – unstable angina/non st-elevation myocardial infarction), prieširdžių virpėjimas įskaitant galvos smegenų infarktą profilaktika ir gydymas, širdies nepakankamumas. Užtikrinti šių sukurtų algoritmų praktinį taikymą. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija, universitetų ligoninės;

33.1.3. siekiant užtikrinti kraujotakos sistemos ligų ankstyvą diagnostiką ir efektyvų gydymą būtina sukurti, išbandyti ir įdiegti kraujotakos sistemos ligų profilaktikos, ankstyvos diagnostikos ir gydymo paslaugų teikimo, organizavimo ir valdymo modelį, kuris apimtų ASPĮ, teikiančias kompleksinę kardiologinę pagalbą, tokias kaip VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė VŠĮ Kauno klinikos, VŠĮ Klaipėdos Jūrininkų ligoninė, VŠĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė, VŠĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė, taip pat kitas specializuotą bei pirminę ambulatorinę pagalbą teikiančias ASPĮ, taip pat jungtų inovatyvius ir efektyvius asmenų informavimo apie ligų rizikos veiksnius metodus ir gyvensenos keitimo algoritmus, didelės rizikos pacientų atrankos būdus bei gerintų pakopinę ligų diagnostiką ir

prieigą specialistų konsultacijoms ir intervenciniam stacionariniam gydymui. Šiuo modeliu reikalinga apibrėžti šių įstaigų tarpusavio santykius, pacientų srautų valdymą, taip pat širdies ir kraujagyslių ligų profilaktikos, ankstyvos diagnostikos ir efektyvaus gydymo valdymo metodikas bei jas įdiegti atitinkamai visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Atitinkamai tobulinti sveikatos specialistų kvalifikaciją efektyviam sukurto modelio funkcionavimo užtikrinimui. Be to, modelis turėtų būti glaudžiai susietas su vykdomais profilaktiniais veiksmais savivaldybių ir nacionaliniu lygiu. Pažymėtina, kad Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. vasario 17 d. įsakymu Nr. V-244 „Dėl sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų ūminio miokardo infarkto su ST segmento pakilimu atveju, prienamumo gerinimo ir šia liga sergančių ligonių srautų valdymo reikalavimų patvirtinimo“ patvirtinti Sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų ūminio miokardo infarkto su ST segmento pakilimu atveju, prienamumo gerinimo ir šia liga sergančių ligonių srautų valdymo reikalavimai, kas yra pirminis žingsnis kuriamo integruoto paslaugų teikimo modelio kraujotakos sistemos ligų srityje link. Kuriant modelį tikslinga būtų vadovautis Didžiosios Britanijos patirtimi dėl pasiteisinusių ŠN klinikų sukūrimo visuose paslaugų teikimo lygiuose. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos, universitetų ligoninės, universitetai, NVO;

33.1.4. didinti kardiologų, vidaus ligų gydytojų, anesteziologų-reanimatologų kompetenciją kraujotakos sistemos ligų srityje, suteikiant šiuolaikinių žinių, taip pat siekiant efektyviai įgyvendinti bei dalyvauti paslaugų teikimo, organizavimo ir valdymo modelyje, taip pat antrinės širdies ir kraujagyslių ligų profilaktikos srityje (mažinti pacientų, kuriems jau pasireiškė kraujotakos sistemos ligų simptomai, šių ligų rizikos veiksnius), prioritetine tvarka apmokant specialistus, dirbančius tikslinėse teritorijose – ŠKL prevencijos, stabilios išeminės širdies ligos, ūminių koronarinių sindromų, dislipidemijos, ŠN, prieširdžių virpėjimo, diabeto ir prediabeto, arterinės hipertenzijos diagnostikos ir gydymo gairių taikymo srityse pagal parengtus protokolus, algoritmus ir metodikas. Vykdytojai: universitetų ligoninės;

33.1.5. tikslinėse teritorijose, neturinčiose pastoviai ambulatoriškai dirbančių kardiologų, teikti išvažiuojamąją planinę konsultacinę pagalbą pacientams mobiliosiomis brigadomis (kardiologas, pirminės prevencijos slaugytoja bei visuomenės sveikatos specialistas) ir (arba) numatant ir įdiegiant nuotolinių konsultacijų teikimo galimybes iš šių ASPĮ: VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės VŠĮ Kauno klinikų, VŠĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninės, VŠĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės ir VŠĮ Respublikinės Panevėžio ligoninės (toliau – Kardiologijos centrai). Taip pat tokiu būdu būtų sudaryta galimybė tikslinėse teritorijose dirbantiems kardiologams gauti metodinę pagalbą iš centruose dirbančių specialistų. Šiuo tikslu reikalinga nustatyti šių paslaugų teikimo reikalavimus dėl ASPĮ tarpusavio bendradarbiavimo, atsakomybės, paslaugų teikimo, organizavimo, apmokėjimo ir kt. klausimais, užtikrinti mobilios komandos personalo apmokymą, dėmesį teikiant diagnostinių procedūrų rezultatų interpretacijai, kardiovaskulinės rizikos stratifikavimui ir kt.. Įvertinus 2007–2013 m. investicijas į šią sritį ir, esant pagrįstam poreikiui, aprūpinti ASPĮ, kurios teiks šias paslaugas, visa reikalinga įranga bei įdiegti el. sprendimus šioms mobilioms ar nuotolinėms paslaugoms teikti bei apmokyti specialistus. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa prie SAM, Kardiologijos centrai;

33.1.6. pagal poreikį ir tikslingumą finansuoti sveikatos priežiūros specialistų (kardiologų) pritraukimą į tikslines savivaldybes, kur yra šių specialistų pasiskirstymo trūkumas. Vykdytojai: rajoninės ligoninės tikslinėse teritorijose, savivaldybių administracijos;

33.1.7. toliau stiprinti GMP specialistų įgūdžius ir kvalifikaciją savalaikės ir efektyvios kardiologinės pagalbos teikimo srityje. Įgyvendinant šią priemonę ypatingai svarbu užtikrinti GMP komandos mokymus pagal vieningą modelį. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos, asociacijos ir (ar) draugijos;

33.1.8. Siekiant sudaryti prielaidas įgyvendinti inovatyvų ir efektyvų integruotos sveikatos priežiūros teikimo modelį, esant ūmiems kraujotakos sistemos ligų atvejams, bei užtikrinti savalaikę pagalbą, ypač tikslinėse teritorijose reikalinga:

33.1.8.1. pagal pagrįstą poreikį tikslinėse teritorijose esančias GMP stotis ir (ar) skyrius aprūpinti naujais B tipo greitosios medicinos pagalbos automobiliais bei pagalbos teikimui reikalinga įranga pagal atskirus sveikatos apsaugos ministro įsakymais patvirtintus GMP automobilių parko atnaujinimo strateginius dokumentus (atsižvelgiant, kad dalis tikslinių teritorijų sutampa, šios priemonės įgyvendinimas derinamas su atitinkamomis Sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo nuo galvos smegenų kraujotakos ligų mažinimo krypties apraše numatytais priemonėmis, centralizuotai įgyvendinant per minėtą kryptį). Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos;

33.1.8.2. apskričių centruose esančias ASPĮ, teikiančias skubią pagalbą integruotos sveikatos priežiūros kardiologijos srityje, aprūpinti naujais C tipo GMP automobiliais bei pagalbos teikimui reikalinga įranga, įvertinus 2007–2013 m. investicijas į šią sritį. Vykdytą veiklą ypatingą dėmesį būtina skirti labiausiai nuo sudėtingiausių kardiologinę pagalbą teikiančių ASPĮ nutolusių regionų gyventojams. Tie patys C tipo GMP automobiliai turi būti naudojami skubios pagalbos teikimui įgyvendinant tris inovatyvius ir efektyvius sveikatos paslaugų teikimo, organizavimo ir valdymo modelius: galvos smegenų kraujotakos ligų, traumų ir nelaimingų atsitikimų bei kraujotakos sistemos ligų srityse (priemonė įgyvendinama pagal Sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo nuo galvos smegenų kraujotakos ligų mažinimo krypties aprašą). Vykdytojas: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos;

33.1.8.3. sukurti galimybes pacientų transportavimui jau suteikus aukščiausio lygio pagalbą, juos perkeltiant į vietos ASPĮ (rajonines ligonines), šiuo tikslu pagal poreikį aprūpinant tikslinių teritorijų minėtas įstaigas A tipo GMP automobiliais pacientų transportavimui (šios priemonės įgyvendinimas derinamas su atitinkamomis Sergamumo ir priešlaikinio mirtingumo nuo galvos smegenų kraujotakos ligų mažinimo krypties apraše numatytais priemonėmis, kadangi dalis tikslinių teritorijų sutampa). Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos, tikslinių teritorijų rajoninės ligoninės;

33.1.8.4. siekiant efektyvaus ir vieningo visų tarnybų funkcionavimo, bendradarbiavimo su kitomis ASPĮ, tikslinga parengti GMP ir (ar) pacientų transportavimo algoritmus / metodikas bei užtikrinti jų taikymą nacionaliniu lygiu. Vykdytojas: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos, universitetų ligoninės;

33.2. siekiant Apraše numatytų priemonių kompleksiskumo ir rezultatyvumo, reikalingi sisteminiai sprendimai, kurie prisidėtų prie kraujotakos sistemos ligų profilaktikos, ankstyvos diagnostikos ir gydymo sistemos efektyvumo Lietuvoje:

33.2.1. parengti universitetų koordinuojamas tęstines podiplominių studijų programas kardiologams, intervenciniams kardiologams, radiologams, šeimos medicinos paslaugas teikiantiems gydytojams, giminingų specialybių gydytojams (neurologams, endokrinologams, nefrologams ir kt.), vykdyti mokymus slaugytojoms, GMP personalui (slaugytojoms,

paramedikams), specialistų grupėms, teikiančioms būtinąją pagalbą, atsižvelgiant į Apraše įvardintus tikslus. Vykdytojai: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Vilniaus universitetas;

33.2.2. toliau plėtoti elektroninės sveikatos priemonės, įgyvendinant elektroninius sprendimus, siekiant sveikatos paslaugas pritaikyti tam tikrų pacientų grupių sveikatos priežiūros poreikiams, pasitelkiant nuotolinį ryšį, sudarantį galimybes efektyviai keistis duomenimis tarp sveikatos priežiūros įstaigų, juos saugoti, užtikrinti savalaikį reikalingų sveikatos duomenų pateikimą, taip pat nuotolines medicinos paslaugas, nešiojamuosius įtaisus, kurių pagalba valdomi pacientų srautai, sukuriama „žalieji koridoriai“ pacientams, kuriems reikalinga skubi kardiologo pagalba, gerinama sergančiųjų lėtinėmis ligomis žmonių sveikatos būklės stebėseną ir pan. Šeimos medicinos paslaugas teikiančio gydytojo pildomi paciento duomenys apie jo kraujotakos sistemos susirgimą turi tapti prieinami pacientą konsultuojantiems gydytojams kardiologams ir gydytojų kardiologų nustatytos diagnozės turi tapti prieinamos pacientą gydantiems šeimos medicinos paslaugas teikiantiems gydytojams. Elektroninio siuntimo formoje privalo būti nurodyta: ASPĮ, kurioje dirba siuntimą išduodantis gydytojas, pavadinimas, kodas, adresas ir telefonas; ASPĮ, prie kurios pacientas prisirašęs; siuntimo išdavimo data; paciento duomenys: vardas ir pavardė, gimimo data, gyvenamoji vieta; ligos diagnozė ir (ar) ligos kodas pagal TLK-10; ligos anamnezė, eiga; atliktų tyrimų rezultatai, konsultavusių gydytojų specialistų išvados ir datos; taikytas gydymas ir jo efektyvumas; siuntimo tikslas ir pas kokios profesinės kvalifikacijos gydytoją specialistą pacientas siunčiamas. Analogiškai būtina sukurti elektroninę gydytojo kardiologo atsakymo formą šeimos gydytojui. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos;

33.2.3. siekiant skatinti šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų ir gydytojų kardiologų duomenų mainus elektroninėje erdvėje, išanalizuoti elektroninio siuntimo skatinamosios paslaugos šeimos medicinos paslaugas teikiantiems gydytojams ir elektroninio siuntimo vertinimo paslaugos gydytojams kardiologams reglamentavimo galimybę. Tai leistų efektyviai reguliuoti pacientų srautus, atsisakyti neefektyvių ir nereikalingų pacientų siuntimų iš vienos gydymo įstaigos į kitą, sumažintų PSDF išlaidas. Būtina visapusiškai panaudoti elektroninėje 025/a-LK formoje pildomų duomenų teikiamą informaciją kraujotakos sistemos susirgimų tikslesnei apskaitai ir stebėsenai. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa prie SAM;

33.2.4. padidinti medicininio mirties liudijimo pildymo kokybę, teisingai įrašant pagrindinę mirties priežastį ir jos sukeltą patologinių būklių seką, dėl kurių įvyksta mirtis. Medicininio mirties liudijimo pildymo klausimais organizuoti šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų ir gydytojų specialistų mokymus. Vykdytojas: Higienos institutas bendradarbiaujant su visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros specialistais;

33.2.5. plėtoti mokslinius tyrimus ir pagal galimybes diegti mokslo įrodymais pagrįstas inovacijas kraujotakos sistemos ligų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo srityse Kardiologijos centruose, siekiant taikyti pažangias, mažiau invazines šiuolaikines diagnostikos ir gydymo technologijas, didinančias sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumą ir užtikrinančias sveikatos sistemos tvarumą. Siekiant Lietuvoje sumažinti sveikatos priežiūros netolygumus, sergamumą ir priešlaikinį mirtingumą nuo kraujotakos sistemos ligų ir užtikrinti ES standartus atitinkančius diagnostikos ir gydymo principus reikalinga diegti ir toliau plėtoti universitetų ligoninių infrastruktūrą, aprūpinant medicinos įranga, reikalinga radiologinei diagnostikai bei kardiologijos ir kardiochirurgijos integracijai. Mažiau invazyvios operacijų atlikimo metodikos leidžia ženkliai sutrumpinti hospitalizacijos laiką, sumažinti operacijos riziką, nenaudoti dirbtinės kraujotakos ir pacientui greičiau susigrąžinti darbingumą. Šiai dienai mažiau invazinės metodikos taikomos

širdies vožtuvų patologijos, koronarinės širdies ligos prieširdžių virpėjimo, ŠN gydymui, tačiau mažiau invazinių technologijų taikymas nėra pakankamas. Tokioms procedūroms atlikti reikalingos specializuotos operacinės patalpos ir medicininė įranga. Vykdytojai: Valstybinis mokslinių tyrimų institutas Inovatyvios medicinos centras, universitetai, Kardiologijos centrai.

VI SKYRIUS

VERTINIMO KRITERIJAI

34. Atsižvelgiant į tai, kad visų kraujotakos sistemos ligų (tame tarpe ir galvos smegenų kraujotakos ligų) rizikos veiksniai yra tie patys, atitinkami vertinimo kriterijai bus taikomi kompleksiskai vertinant Sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo nuo galvos smegenų kraujotakos ligų mažinimo krypties bei šios krypties įgyvendinimą bei rezultatus (pvz. dėl sergančiųjų arterine hipertenzija hospitalizacijos, gyventojų gyvensenos pokyčių dėl sveikatos ir kt.).

35. Apraše numatytų tikslų, uždavinių ir priemonių įgyvendinimo vertinimo kriterijai:

35.1. standartizuoto 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumo mažėjimas nuo kraujotakos sistemos ligų atskirose amžiaus grupėse, tikslinėse teritorijose;

35.2. tikslinėse teritorijose gyvenančių asmenų, dalyvaujančių Lietuvos širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programoje, apimties didėjimas;

35.3. tikslinių teritorijų gyventojų gyvensenos pokyčiai dėl sveikatos, pakeičiant gyvenimo būdo veiksnius:

35.3.1. šviežių daržovių ir vaisių suvartojimo kiekio vienam gyventojui pokyčiai (gramais);

35.3.2. mažo fizinio aktyvumo grupei priskirtų suaugusių gyventojų dalies mažėjimas;

35.3.3. kasdien rūkančių gyventojų dalies mažėjimas;

35.3.4. nutukusių ir antsvorį turinčių žmonių dalies mažėjimas;

35.4. tikslinių teritorijų gyventojų ambulatorinių apsilankymų pas kardiologą skaičiaus, tenkančio vienam gyventojui, didėjimas;

35.5. suteiktų telemedicinos paslaugų skaičius tikslinių teritorijų gyventojams;

35.6. kardiologijos paslaugų, suteiktų tikslinių teritorijų gyventojams mobiliosiomis ambulatorijomis, skaičius;

35.7. antrinio lygio ambulatorinių kardiologo sveikatos priežiūros paslaugų suteikimo gyvenamoje vietoje išplėtimas;

35.8. mažėjantis siunčiamų pacientų tretinio lygio kardiologo konsultacijoms skaičius;

35.9. gyventojai, turintys galimybę pasinaudoti pagerintomis sveikatos priežiūros paslaugomis;

35.10. gyventojų laukimo eilės pas kardiologą ambulatorinėms paslaugoms;

35.11. apmokyto personalo (šeimos medicinos paslaugas teikiančių šeimos, vaikų ir vidaus ligų gydytojų, bendruomenės slaugytojų, socialinių darbuotojų, visuomenės sveikatos specialistų, GMP personalo) skaičius;

35.12. parengtų, patvirtintų ir nacionaliniu lygiu taikomų algoritmų, metodikų ir protokolų ir pan. skaičius, skirtų užtikrinti efektyvų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą, teikimą bei valdymą kraujotakos sistemos ligų profilaktikos, kontrolės ir stebėsenos srityje, skaičius;

35.13. savalaikis (kuriems nėra įvykę šie kardiovaskuliniai įvykiai: MI, prieširdžių virpėjimas, ŠN) ištirtų pacientų patekimas į ASPI intervencinėms procedūroms atlikti;

35.14. laiko nuo MI simptomų iki perkutaninės transluminalinės koronarinės angioplastikos sumažėjimas;

35.15. pacientų išgyvenamumas 30 dienų po miokardo infarkto;

35.16. viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų, kuriose modernizuota paslaugų teikimo infrastruktūra, skaičius;

35.17. tikslinių teritorijų gyventojų, kuriems skirtos ir įgyvendintos informavimo, švietimo ir mokymo kraujagyslių ligų rizikos veiksnių bei šių ligų profilaktikos temomis priemonės, skaičius;

35.18. tikslinių teritorijų gyventojų, šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų konsultuotų dėl kraujagyslių ligų rizikos veiksnių ir/ar gydytų nuo šių ligų skaičius;

35.19. ambulatorinių ir stacionarinių paslaugų dėl ŠN santykio kitimas (ambulatorinių paslaugų skaičiaus didėjimas lyginant su stacionarinėmis, išreikštas paslaugų skaičiumi ir išlaidomis);

35.20. pirminių ir kartotinių hospitalizacijų dėl ŠN skaičius vienerių metų bėgyje;

35.21. patekimo ambulatorinei konsultacijai pas kardiologą / šeimos medicinos paslaugas teikiančią gydytoją ankstyvai gydymo korekcijai dėl ŠN po išrašymo iš stacionaro laikas.

VII SKYRIUS

NUMATOMI PASIEKTI REZULTATAI

36. Iki 2023 m. numatoma:

36.1. rezultato rodikliai:

36.1.1. standartizuoto 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumo rodiklio sumažėjimas tikslinėse teritorijose nuo kraujotakos sistemos ligų, atvejų skaičius/100 000 gyv. nuo 158,91 (2012 m.) iki 105 (2023 m.);

36.1.2. tikslinėse teritorijose gyvenančių asmenų, dalyvaujančių Lietuvos širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programoje, apimties didėjimas nuo 22,3 proc. (2012 m.) iki 40 proc. (2023 m.);

36.1.3. tikslinių teritorijų gyventojų gyvenamosios pokyčiai dėl sveikatos, pakeičiant gyvenimo būdo veiksnius:

36.1.3.1. nutukusių ir antsvorį turinčių žmonių dalies sumažėjimas (po 0,1 proc. per metus 18–64 m. amžiaus grupėje, lyginant su 2015 m.);

36.1.3.2. šviežių daržovių ir vaisių suvartojimo kiekio vienam gyventojui padidėjimas (po 0,5 proc. per metus 0–64 m. amžiaus grupėje, lyginant su 2015 m.);

36.1.3.3. mažo fizinio aktyvumo grupei priskirtų suaugusių gyventojų dalies sumažėjimas (po 0,2 proc. per metus 18–64 m. amžiaus grupėje, lyginant su 2015 m.);

36.1.3.4. kasdien rūkančių gyventojų dalies sumažėjimas (po 0,1 proc. per metus 15–64 m. amžiaus grupėje, lyginant su 2015 m.);

36.1.4. vidutinio apsilankymų pas gydytojus kardiologus skaičiaus, tenkančio vienam gyventojui, tikslinėse teritorijose didėjimas nuo 0,14 (2012 m.) iki 0,17 (2023 m.);

36.1.5. sumažėjęs vidutinis tikslinių teritorijų pacientų, siunčiamų tretinio lygio konsultacijoms, skaičius nuo 137 (2013 m.) iki 116 (2023 m.) (arba 15 proc.);

36.1.6. antrinio lygio ambulatorinių kardiologo paslaugų, suteiktų tikslinėse teritorijose ar nuotoliniu būdu tikslinių teritorijų gyventojams, dalies didėjimas – ne mažiau kaip 20 proc. nuo suteiktų paslaugų 2013 m.;

36.1.7. laiko nuo MI simptomų iki perkutaninės transluminalinės koronarinės angioplastikos sumažėjimas (reikšmės numatoma nustatyti 2015 metais);

36.1.8. pacientų, išgyvenusių 30 dienų po MI, dalies didėjimas nuo visų gydytų ASPĮ dėl MI (reikšmės bus nustatytos atskiro vertinimo metu);

36.1.9. ambulatorinių kardiologo paslaugų laukimo eilių sutrumpėjimas tikslinėse teritorijose vidutiniškai nuo 19 dienų (2013 m.) iki 15 dienų (2023 m.) (arba 25 proc.);

36.2. produkto rodikliai:

36.2.1. sukurtas ir įdiegtas nacionaliniu lygiu į praktiką inovatyvus ir efektyvus sveikatos paslaugų teikimo, organizavimo ir valdymo modelis, apimantis kraujotakos sistemos ligų profilaktiką, rizikos veiksnių valdymą, savalaikę šių ligų diagnostiką ir efektyvų gydymą – 1;

36.2.2. tikslinių teritorijų gyventojai, turintys galimybę pasinaudoti pagerintomis sveikatos priežiūros kraujotakos sistemos ligų srityje paslaugomis – iki 600 000;

36.2.3. tikslinių teritorijų gyventojų, šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų konsultuotų dėl kraujagyslių sistemos ligų rizikos veiksnių ir (ar) gydytų nuo šių ligų, skaičius;

36.2.4. antrinio lygio ambulatorinių kardiologo sveikatos priežiūros paslaugų suteikimo gyvenamoje vietoje išplėtimas tikslinėse teritorijose nuo 20 (2013 m.) iki 23 (2023 m.) savivaldybių;

36.2.5. tikslinių grupių asmenų, kurie dalyvavo informavimo, švietimo ir mokymo bei sveikatos raštingumą didinančiose veiklose, skaičius – apie 20 000;

36.2.6. įgyvendintos bendruomenių, nevyriausybinių organizacijų iniciatyvos (toliau – NVO), skirtos visuomenės sveikatai stiprinti ir ligų prevencijai vykdyti (skaičius);

36.2.7. užtikrintas visuomenės sveikatos paslaugų teikimo efektyvumas tikslinėse teritorijose: ne mažiau kaip 6–10 konsultacijų kraujotakos sistemos ligų prevencijos klausimais/10 000 gyventojų per metus);

36.2.8. užtikrintas sukurtų mobilių paslaugų teikimo efektyvumas, apimtis – ne mažiau 10 konsultacijų per darbo dieną;

36.2.9. medicinos įrangos bei kitų išteklių panaudojimas viešųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimui kraujotakos sistemos ligų srityje ne mažiau kaip 80 proc.;

36.2.10. viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių ASPĮ, kuriose modernizuota paslaugų teikimo infrastruktūra, skaičius – 35 įstaigos.

36.2.11. apmokyto personalo (šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų, bendruomenės slaugytojų, socialinių darbuotojų, visuomenės sveikatos specialistų, GMP personalo) skaičius: 400 šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų, 400 pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigose dirbančių slaugytojų, 200 GMP personalo 100 socialinių darbuotojų, 20 visuomenės sveikatos specialistų;

36.2.12. parengtų, patvirtintų ir nacionaliniu mastu įdiegtų algoritmų, metodikų ir protokolų ir pan. skaičius, skirtų užtikrinti efektyvų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą, teikimą bei valdymą kraujotakos sistemos ligų profilaktikos, kontrolės ir stebėsenos srityje – ne mažiau kaip 20, kuriuos taiko ne mažiau kaip 90 proc. visų sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas kraujotakos sistemos ligų srityje.

VIII SKYRIUS

VYKDYTOJAI

37. Šios krypties priemonių vykdytojai:

37.1. Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos;

37.2. pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos;

37.3 antrinės ambulatorinės ir (ar) stacionarines kardiologo ar vidaus ligų gydytojo paslaugas teikiančios ASPĮ, atitinkančios apraše nustatytus reikalavimus;

37.4. Vilniaus universitetas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Klaipėdos universitetas; Mykolo Riomerio universitetas, Valstybinis mokslinių tyrimų institutas Inovatyvios medicinos centras;

37.5. penkių pagrindinių Lietuvos regionų gydymo įstaigos: VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė VšĮ Kauno klinikos, VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė, VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė, VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė;

37.6. visuomenės sveikatos biurai;

37.7. bendruomenės, NVO;

37.8. specialistų draugijos ir asociacijos, pagal savo įstatus veikiančios kraujotakos sistemos ligų srityje;

37.9. viešieji ir privatūs juridiniai asmenys;

37.10. savivaldybių administracijos.

IX SKYRIUS

BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

38. Šios srities priemonių įgyvendinimui numatoma skirti iki 85 mln. Lt.

39. Siekiant numatytų pokyčių pagal šią Veiksmų plano kryptį, planuojant sveikatos priežiūros paslaugų finansavimą PSDF biudžeto lėšomis, turi būti atsižvelgta į Apraše numatytą sveikatos priežiūros paslaugų plėtrą.

40. Investicijos turėtų padidinti ne tik sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, prieinamumą, bet ir efektyvumą (daugiau paslaugų suteikiama panaudojant tiek pat PSDF lėšų arba suteikiama tiek pat paslaugų panaudojant mažiau PSDF lėšų).

41. Atsižvelgiant į tai, kad visų kraujotakos sistemos ligų (tame tarpe ir galvos smegenų kraujotakos ligų) rizikos veiksniai yra tie patys, kad visuomenės ir šeimos medicinos paslaugas teikiančių įstaigų veikla valdant šiuos rizikos veiksnius yra ta pati, dalis tų pačių priemonių, numatytų Sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo nuo galvos smegenų kraujotakos ligų mažinimo krypties apraše bus įgyvendinamos ir šiame Apraše išskirtose tikslinėse teritorijose, išlaikant principą, jog lėšos šioms priemonėms įgyvendinti skiriamos jų nedubliuojant.

42. Prieš skiriant finansavimą infrastruktūros modernizavimui ir įsigijimui, įvertinta esama infrastruktūra, jos panaudojimo efektyvumas bei 2004–2006 ir 2007–2013 m. ES ir kitų finansavimo šaltinių finansuotų veiklų rezultatai šioje srityje.

43. Nuosekliai su investicijomis vykdomas reikalingų pokyčių reglamentavimas.

44. Rezultato rodiklių pasiekimo įvertinimas vykdomas 2019 ir 2023 m. Vertinimo kriterijų stebėseną ir vertinimas vykdomas kasmet. Atsižvelgiant į rodiklių pasiekimo vertinimo rezultatus Apraše numatytos priemonės gali būti peržiūrimos.

45. Šios krypties priemonių įgyvendinimas iki 2022 m. numatomas nuosekliai jas derinant tarpusavyje bei šiuo eiliškumu, lygiagrečiai vykdant visuomenės informavimo ir švietimo veiksmus, visuomenės sveikatos paslaugų prieinamumo gerinimo bei vykdant priemonių įgyvendinimo stebėseną:

45.1. įgyvendintų iniciatyvų / projektų išsamus įvertinimas;

45.2. algoritmų, paslaugų teikimo protokolų ir metodikų prevencijai, diagnostikai, gydymui parengimas;

45.3. sveikatos priežiūros paslaugų teikimo, organizavimo ir valdymo kraujotakos sistemos ligų profilaktikos, diagnostikos, gydymo ir reabilitacijos srityse modelio sukūrimas, įteisinimas;

45.4. specialistų mokymas pagal 45.2 ir 45.3 punktuose parengtus dokumentus;

45.5. priemonių, skirtų tikslinių teritorijų gyventojams įgyvendinimas;

45.6. investicijos į sudėtingiausią pagalbą kraujotakos sistemos ligų atvejais teikiančių ASPĮ pažangią įrangą ir infrastruktūrą;

45.7. Aprašo peržiūrėjimas ir koregavimas pagal poreikį.
