

## GRIPŲ IR KITŲ ŪMINIŲ VIRŠUTINIŲ KVĖPAVIMO TAKŲ INFEKCIJŲ STEBĖSENOS SISTEMŲ VERTINIMAS: SVEIKATOS INFORMACIJOS KOKYBĖ

**Doc. dr. Aldona Gaižauskienė**

Mykolo Romerio universitetas

**Daiva Klimašauskienė**

Vaikų ligoninė, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų filialas

### **Santrauka**

*Straipsnio tikslas yra apžvelgti sveikatos informacijos kokybės vertinimo kriterijus ir jais remiantis atlikti gripo ir kitų ūminių viršutinių kvėpavimo takų infekcijų stebėsenos sistemų, funkcionuojančių Vilniaus mieste, duomenų vertinimą.*

*Europos Sąjungos teisės aktuose pateikiami šie sveikatos statistinių duomenų kokybės reikalavimai: reikalingumas, tikslumas, savalaikiškumas, punktualumas, prieinamumas, aiškumas, palyginamumas, suderinamumas. Šių kriterijų įgyvendinimas glaudžiai susijęs su duomenų rinkimo reglamentavimu ir organizavimu. Gripo ir ūminių viršutinių kvėpavimo takų infekcijų stebėsenos (ŪVKTI) teisės aktai ir organizavimo principai Lietuvoje sudaro būtinas sąlygas informacijos kokybei užtikrinti. Šalyje šiuo metu funkcionuoja dvi sistemos: pasirinktinė klinikinė virusologinė diagnostika (PKVD) ir forma „Sveikata“ teikiami duomenys. Tyrimas parodė, kad šiomis sistemomis 2007–2009 m. registruoti sergamumo rodikliai Vilniaus mieste statistiškai reikšmingai skyrėsi. Didėjant sergamumo gripu ir ŪVKTI rodikliui vienetu, tuo pačiu laikotarpiu gydytojų PKVD registruojamas sergamumo rodiklis buvo maždaug 1,6 didesnis. Vertinant suminių sergamumo gripu ir ŪVKTI rodiklių vidurkių skirtumus septyniose sveikatos priežiūros įstaigose buvo stebima didelė duomenų sklaida ir statistiškai reikšmingi rodiklių skirtumai abiejose sistemose. Tad gauti rezultatai leidžia tvirtinti, kad skirtingų stebėsenos sistemų administracinėje vietovėje sergamumo rodikliai statistiškai reikšmingai skiriasi. Tikėtina, kad dėl asmeninės duomenis teikiančio gydytojo atsakomybės PKVD sistema yra kokybiškesnė, tačiau tokia nuostata reikalauja tolesnės analizės.*

**Pagrindinės sąvokos:** sveikatos informacija, duomenų kokybė, gripas, Lietuva.

### **Įvadas**

Sveikatos informacija, jos analizė ir vertinimas yra veiksmingas viešojo valdymo įrankis, įgalinantis formuoti politiką bei vertinti politikos priemonių poveikį. Tuo tikslu kuriamos stebėsenos sistemos, kurios apibrėžiamos kaip tęstinė funkcija, kuomet sistemingai renkami duomenys (aiškiai apibrėžti duomenys ar rodikliai), reikalingi informuoti sprendimų priėmėjus ir suinteresuotas šalis apie intervencijų įgyvendinimo progresą, pasiektus rezultatus ir panaudotas lėšas. Analizė ir vertinimas apibrėžiamas kaip sistemingas ir objektyvus įgyvendinamos ar baigtos įgyvendinti intervencijos tikslų, įgyvendinimo būdo ir pasiektų rezultatų įvertinimas, siekiant nustatyti tikslų tinkamumą, pasirinkimo įgyvendinimo būdo rezultatyvumą, poveikį, tęstinumo poreikius

ir galimybes<sup>1</sup>. Šios dvi funkcijos yra sudėtinės politikos ciklo dalys, papildančios viena kitą. Stebėseną charakterizuoja esamą situaciją ir jos pokyčius per aktualų laikotarpį, tuo tarpu analizė padeda atrasti priežastis, kodėl tikslai ir rezultatai yra ar nėra pasiekti, įvertinti neplanuotus rezultatus ar poveikį bei atsakyti į klausimą, kas galėtų būti atlikta geriau nauju laikotarpiu.

Svarbi prielaida šioms abiems funkcijoms vykdyti yra kokybiška sveikatos informacija. Sveikatos informacijos sąvoka čia vartojama apibūdinti kiekybiniais gyventojų sveikatos būklės ir ją lemiančių veiksnių duomenimis, kurie gali būti naudojami sveikatos sistemos politikos formavimui bei jos vertinimui. Straipsnio tikslas – apžvelgti sveikatos informacijos kokybės vertinimo kriterijus ir jais remiantis atlikti gripo ir kitų ūminių viršutinių kvėpavimo takų infekcijų stebėsenos sistemų, funkcionuojančių Vilniaus mieste, teikiamų duomenų vertinimą.

### **Statistinės informacijos kokybės vertinimo kriterijai**

Informacijos kokybės užtikrinimas ir vertinimas turėtų būti neatskiriama institucijos kokybės sistemos užtikrinimo dalis. Didžioji sveikatos duomenų dalis Lietuvoje yra surenkama sveikatos sistemai priklausančiose asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose. Tai sveikatos būklės (sergamumo, mirtingumo), sveikatos priežiūros įstaigų veiklos rodikliai. Kitas svarbus sveikatos duomenų šaltinis – Statistikos departamentas, renkantis duomenis apie sveikatos sistemos finansavimą, sveikatos paslaugų kaštus. Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba bei Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba surenka duomenis apie laikinąjį nedarbingumą ir neįgalumą. Visoms šioms institucijoms bei įstaigoms galioja Europos statistikos praktikos kodeksas<sup>2</sup> ir Europos parlamento ir tarybos reglamentas (EB) Nr. 1338/2008, patvirtintas 2008 m. gruodžio 16 d., „Dėl Bendrijos statistikos apie visuomenės sveikatą ir sveikatą bei saugą darbe“<sup>3</sup>, kuriuose pateikiami reikalavimai sveikatos statistinių duomenų kokybei.

Statistinių duomenų kokybė yra multidimensinis dydis. Ją lemia instituciniai ir organizaciniai veiksniai, tokie kaip profesinis nepriklausomumas, aiškiai apibrėžti įgaliojimai rinkti statistinius duomenis, išteklių adekvatumas, duomenų konfidencialumo užtikrinimas, nešališkumas ir objektyvumas. Europos statistikos praktikos kodeksas pagrįstas 15 principų. Vienas jų – įsipareigojimas dėl renkamų duomenų kokybės. Nacionalinės statistikos institucijos ar kitos statistiką tvarkančios įstaigos, atsakingos už duomenų rengimą ir sklaidą, privalo reguliariai stebėti informacijos kokybę pagal nustatytus kriterijus, apibrėžti procedūras statistinių duomenų surinkimui, apdorojimui ir statistinės informacijos sklaidos kokybei stebėti. Įgyvendinant Europos statistikos praktikos kodeksą svarbu, kad kokybės reikalavimai būtų dokumentuoti ir darbuotojai tinkamai parengti, rekomendacijos išdėstytos raštu ir viešai skelbiamos.

<sup>1</sup> Jody Zall Kusek, Ray C. Rist Ten steps to results based monitoring and evaluation system: a handbook for development practitioners. The World Bank. Washington 2004.

<sup>2</sup> Europos statistikos praktikos kodeksas. Statistikos departamentas, 2007.

<sup>3</sup> Europos Parlamento ir Tarybos reglamentas (EB) Nr. 1338/2008, patvirtintas 2008 m. gruodžio 16 d., „Dėl Bendrijos statistikos apie visuomenės sveikatą ir sveikatą bei saugą darbe“ Europos Sąjungos oficialusis leidinys 354/70, 2008.

Aukštos kokybės statistika turi būti grindžiama tinkama metodika. Tam reikalingos atitinkamos priemonės, procedūros ir profesinė patirtis. Tuo tikslu taikomos procedūros, užtikrinančios vieningų sąvokų, klasifikatorių, klasifikavimo sistemų naudojimą. Siekiama, kad dirbtų specialistai, įgiję kvalifikaciją pagal atitinkamas studijų programas, darbuotojai dalyvautų tarptautiniuose mokymuose bei konferencijose, siekdami įgyti geriausios patirties ir ugdyti savo kompetenciją, būtų keičiamasi nuomonėmis su kitų šalių kolegomis. Siekiant tobulinti metodus, būtina bendradarbiauti su mokslo bendruomene, atlikti išorinį taikomų metodų kokybės ir efektyvumo įvertinimą, skatinti diegti geresnes priemones.

Europos Parlamento ir Tarybos reglamento Nr. 1338/2008, patvirtinto 2008 m. gruodžio 16 d., „Dėl Bendrijos statistikos apie visuomenės sveikatą ir sveikatą bei saugą darbe“ 8-asis straipsnis pateikia šiuos kokybės vertinimo kriterijus:

*Reikalingumas*, kuris reiškia statistinių duomenų atitikties esamiems ir galimiems vartotojų poreikiams laipsnį. Tuo tikslu įstaigos turėtų atlikti vartotojų poreikių vertinimo tyrimus. Statistikos departamentas – pagrindinis valstybės valdymui reikalingų duomenų rinkėjas – periodiškai atlieka atskirų vartotojų grupių (valstybės institucijų, mokslo įstaigų, savivaldos atstovų) tyrimus, siekdamas išsiaiškinti, ar vartotojus tenkina duomenų pateikimo forma ir turinys, kokių dar duomenų reikia, kokiais pjūviais, o kokie duomenys jau nebeaktualūs. Tokios nuostatos turėtų laikytis visos institucijos, kurios savarankiškai renka duomenis įvairiuose administraciniuose lygmenyse.

*Tikslumas*, kuris reiškia įverčių artumą nežinomoms tikrosioms reikšmėms. Sveikatos rizikos veiksnių paplitimas, gyventojų savo sveikatos vertinimas, pacientų nuomonė ir lūkesčiai vertinami atliekant atrankinius tyrimus. Imties dydis, atrankos metodologija, įverčių skaičiavimas turi būti preciziškai tikslūs, neleistinos didelės paklaidos ar kiti matavimų nukrypimai.

*Savalaikiškumas*, kuris reiškia trukmę tarp galimybės pasinaudoti informacija momento ir įvykio ar reiškinio, kurį ši informacija apibūdina. Dinamiškoje, o ypač reformą vykdančioje sveikatos sistemoje turi būti siekiama, kad duomenys būtų parengti ir paskelbti kiek galima greičiau nuo duomenų surinkimo momento. Ankstinti duomenų skelbimo terminus yra svarbi strateginė institucijų veiklos kryptis.

*Punktualumas*, kuris reiškia trukmę nuo statistinės informacijos paskelbimo datos ir datos, kada ji turėjo būti pateikta. Numatytas skelbimo laikas turi atitikti faktišką – visi vartotojai turi būti tikri, kad informaciją gaus iš anksto numatytu laiku, be vėlavimų.

*Prieinamumas*, kuris reiškia sąlygas ir būdus, leidžiančius vartotojui lengvai gauti ir naudoti statistinę informaciją. Duomenys skelbiami įvairiomis formomis – publikuotais ar elektroniniais leidiniais, duomenų bazėmis, lengvai ir nesudėtingai prieinamomis vartotojams. Duomenys vartotojams gali būti teikiami suformavus atitinkamas užklausas.

*Aiškumas* arba informacijos suprantamumas – yra aiškus klasifikavimas, suderintos sąvokos, aiški duomenų rinkinių sandara ir struktūra.

*Palyginamumas*, kuris reiškia galimybę palyginti statistinę informaciją laiko ir geografiniu aspektu, įvertinant taikomų sąvokų, metodų ir (arba) procedūrų skirtumus ir jų poveikį. Gali būti lyginami savaitės, mėnesio, metų duomenys, suderinama informacija teritoriniu pjūviu šalyje ir su kitomis šalimis.

*Suderinamumas*, kuris reiškia galimybę duomenis jungti arba sieti įvairiais būdais ir įvairioms reikmėms.

### **Informacijos apie sergamumą gripu ir kitomis ūminėmis viršutinių kvėpavimo takų infekcijomis kokybės vertinimas Vilniaus mieste**

Europos Parlamento ir Tarybos reglamente „Dėl Bendrijos statistikos apie visuomenės sveikatą ir sveikatą bei saugą darbe“ duomenų kokybės vertinimo kriterijai glaudžiai susiję su stebėsenos sistemų organizavimu ir administravimu. Tad pirmiausia pravartu apžvelgti nagrinėjamų infekcinių ligų sistemas šiuo aspektu.

#### *Gripo ir kitų ūminių viršutinių kvėpavimo takų infekcijų stebėsenos sistemos*

Užkrečiamosios ligos – viena svarbiausių visuomenės sveikatos problemų ir prioritetinė ES visuomenės sveikatos programos sritis. Tai atspindi Europos Parlamento ir Tarybos sprendimas 2119/98/EB dėl užkrečiamų ligų epidemiologinės priežiūros ir kontrolės tinklo Bendrijoje sukūrimo. Imlumas gripo bei kitiems ŪVKTI sukeliantiems virusams – visuotinis. Šios ligos pavojingos dideliu paplitimu, galimomis komplikacijomis bei socialinėmis ar ekonominėmis pasekmėmis. Tad šių ligų stebėsenos sistemų kūrimas neabejotinai atitinka reikalingumo kriterijų. Šiuo metu daugelyje pasaulio šalių (Europos Sąjungos šalyse, Šiaurės Amerikoje ir kt.) yra įdiegta efektyvi Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijas atitinkanti gripo stebėsenos / epidemiologinės priežiūros sistema, leidžianti gana tiksliai įvertinti sergamumo lygį ir nustatyti virusų aktyvumą, labiausiai paplitusių virusų tipą, potipius, padermes bei laiku aptikti genetiškai naują virusą.

Įvairiose pasaulio šalyse sergamumas gripu vertinamas remiantis skirtingais metodais, taigi ir gripo stebėsenos sistemos skiriasi. Dažnai nėra skaičiuojamas susirgimų skaičius visoje teritorijoje, t. y. sergamumas gripu ir kitomis ūminėmis viršutinių kvėpavimo takų infekcijomis nėra skaičiuojamas pagal visų tam tikroje teritorijoje esančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų registruotus pirminio kreipimosi dėl ligos atvejus (Lietuvos modelis). Daugumoje ES šalių duomenys apie užkrečiamas ligas renkami pasirinktinu, t. y. atrankos metodu. Aktyvią gripo ir ŪVKTI epidemiologinę priežiūrą vykdo visuomenės sveikatos institucijos pagal tam tikro skaičiaus (1–5 proc.) bendrosios praktikos gydytojų pateiktus duomenis. Sergamumo duomenys vertinami pagal paskaičiuotą rodiklį (atv./100 000 ar 10 000) arba susirgimų gripu ir ŪVKTI dalį (proc.) nuo bendro kreipimūsi skaičiaus, taip pat laboratoriskai patvirtintus atvejus. Europos Sąjungos šalys yra sukūrusios Europos gripo priežiūros sistemą (*Europe Influenza Surveillance Scheme*, EISS)<sup>4</sup>. Šios gripo priežiūros sistemos tikslas yra remti ir stiprinti valstybių narių analogiškų sistemų derinimą ir standartizavimą siekiant geresnio informacijos prieinamumo bei palyginamumo. Vienas pagrindinių EISS reikalavimų – sisteminga virusologinė gripo diagnostika, vykdoma tos pačios populiacijos, kaip ir klinikinė, ribose. Mūsų šalis, dalyvaudama šiame tinkle, privalo tenkinti palyginamumo ir informacijos prieinamumo kriterijus.

<sup>4</sup> Prieiga internete: <http://ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/EISN/Pages/index.aspx>.

Šiuo metu Lietuvoje vykdoma gripo stebėsenos sistema yra organizuota vadovaujantis veikiančiais teisiniais aktais<sup>5</sup>, remiasi statistiniais klinikiniais duomenimis bei atliekamais virusologiniais tyrimais, atitinkančiais kokybinius EISS kriterijus. Tačiau šalia egzistuoja 50 metų senumo rutininė duomenų apie sergamumą gripu ir kitomis ūminėmis viršutinių kvėpavimo takų infekcijomis registracijos sistema, paremta ataskaitomis. Tad Lietuvoje lygiagrečiai funkcionuoja dvi duomenis apie gripą renkančios sistemos. Detaliau aptarsime kiekvienos iš jų funkcionavimą.

*Gripo ir ŪVKTI epidemiologinės priežiūros, paremtos pasirinktine klinicine virusologine diagnostika, reglamentavimas ir organizavimas*

Gripo ir ŪVKTI epidemiologinė priežiūra, paremta pasirinktine klinicine virusologine diagnostika, užtikrina sistemingą virusologinę gripo ir dalies ŪVKTI diagnostiką, susieja kliniskus ir virusologinius gripo duomenis (t. y. klinikinė diagnostika ir virusologiniai tyrimai vykdomi toje pačioje pasirinktoje gyventojų dalyje), užtikrina, kad sergamumo duomenys atspindėtų situaciją visoje šalies teritorijoje. Šiuo metu epidemiologinė gripo priežiūra vykdoma vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. balandžio 20 d. įsakymu Nr. V-282 „Dėl Gripo ir ūminių viršutinių kvėpavimo takų infekcijų epidemiologinės priežiūros taisyklių patvirtinimo“. Veiklą koordinuoja Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras (ULAC), vykdo visuomenės sveikatos centrai apskrityse. Įgyvendinant šį teisinį aktą numatyta, kad pasirinktinėje virusologinės diagnostikos sistemoje dalyvaus 1–5 proc. šeimos gydytojų, terapeutų ar pediatrų, dirbančių pirminėje sveikatos priežiūros grandyje.

Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras, koordinuodamas gripo ir ŪVKTI klinikinę virusologinę diagnostiką, numatė asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbančių gydytojų skaičių, kurie turės dalyvauti šiame procese. Šį skaičių pateikė visuomenės sveikatos centrams apskrityse ir apskričių viršininkų administracijoms. Pastarųjų dalyvavimas (funkcijos), atsakomybė nėra reglamentuotos teisiniais dokumentais. Bendradarbiavimas vyksta geranorišku sutarimu. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, dalyvaujančių gripo ir ŪVKTI epidemiologinėje priežiūroje, paremtoje pasirinktine klinicine virusologine diagnostika, vadovai visuomenės sveikatos centro apskrityje teikimu paskyrė numatytą skaičių gydytojų, kurie rinks duomenis. Paskirti gydytojai vykdo susirgimų gripu ir ŪVKTI apskaitą savo apylinkėje, pildydami patvirtintas formas ir kiekvieną pirmadienį visuomenės sveikatos centrui apskrityje faksu arba elektroniniu paštu pateikia gripo ir ūminių

<sup>5</sup> Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymo pakeitimo įstatymas: priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 2001 m. gruodžio 30 d. Nr. IX-649. Valstybės žinios, 2001; 112-4069.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. balandžio 20 d. įsakymas Nr. V-282 „Dėl Gripo ir ūminių viršutinių kvėpavimo takų infekcijų epidemiologinės priežiūros taisyklių patvirtinimo“. Valstybės žinios, 2007, Nr. 48-1864).

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. sausio 14 d. įsakymas Nr. V-19. „Dėl užkrečiamųjų ligų ir jų sukėlėjų valstybės informacinės sistemos ir užkrečiamųjų ligų ir jų sukėlėjų valstybės informacinės sistemos duomenų saugos nuostatų patvirtinimo“. Valstybės žinios, 2008-01-24, Nr. 10-366.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. vasario 12 d. įsakymas Nr. V-106 „Dėl pasirengimo gripo pandemijai veiksmų plano pagal gripo pandemijos etapus patvirtinimo“. Valstybės žinios, 2009-02-21, Nr. 20-804.

viršutinių kvėpavimo takų infekcijų pasirinktinės klinikinės virusologinės diagnostikos savaitinius duomenis. Visuomenės sveikatos centrai apibendrina pateiktus duomenis ir kiekvieną pirmadienį faksu arba elektroniniu paštu pateikia Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centrui. ULAC teikia apibendrintus aktualius duomenis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai bei bendradarbiauja su tarptautinėmis institucijomis, vykdančiomis ir koordinuojančiomis gripo epidemiologinę priežiūrą (EISS).

*Gripo ir ŪVKTI epidemiologinės priežiūros, paremtos rutininių duomenų apie sergamumą vertinimu, reglamentavimas ir organizavimas*

Gripo ir ŪVKTI epidemiologinė priežiūra, paremta rutininių duomenų apie sergamumą vertinimu, vykdoma dvejomis pakopomis.

Pirmoji pakopa: vykdydamos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. balandžio 20 d. įsakymą Nr. V-282 „Dėl Gripo ir ūminių viršutinių kvėpavimo takų infekcijų epidemiologinės priežiūros taisyklių patvirtinimo“ bei susijusių teisės aktų reikalavimus<sup>6</sup> asmens sveikatos priežiūros įstaigos gripo sezono metu kasdien visuomenės sveikatos centrums apskrityse teikia duomenis apie gripą ir ŪVKTI, nurodydamos gripo atvejų skaičių pagal nustatytas amžiaus grupes. Visuomenės sveikatos centrai apskrityse teikia apibendrintus savaitės duomenis apie registruotus gripo ir ŪVKTI atvejus ULAC. ULAC teikia apibendrintą informaciją Sveikatos apsaugos ministerijai.

Antroji pakopa: vykdydamos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. gruodžio 24 d. įsakymą Nr. 673 „Dėl privalomojo epidemiologinio registravimo, privalomojo informacijos apie epidemiologinio registravimo objektus turinio ir informacijos privalomojo perdavimo tvarkos patvirtinimo“<sup>7</sup>, asmens sveikatos priežiūros įstaigos sergančiųjų gripu ir ūmiomis viršutinių kvėpavimo takų infekcijomis užregistruotų asmenų skaičių kiekvieną mėnesį pateikia teritorinėms visuomenės sveikatos priežiūros įstaigoms raštu (faksu) pagal patvirtintą statistinės ataskaitos formą Nr. 4 „Sveikata“. Kiekvieno mėnesio pirmąją dieną teritorinių visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai apibendrina užregistruotų susirgimų per mėnesį skaičių,

<sup>6</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. gruodžio 24 d. įsakymas Nr. 673 „Dėl privalomojo epidemiologinio registravimo, privalomojo informacijos apie epidemiologinio registravimo objektus turinio ir informacijos privalomojo perdavimo tvarkos patvirtinimo“. Valstybės žinios, 2003-01-31, Nr. 12-444.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. liepos 1 d. įsakymas Nr. V-536 „Dėl sezoninio gripo bei gripo, sukkelto naujo viruso potipio (pandeminio gripo), diagnostikos, gydymo ir profilaktikos antivirusiniais vaistais metodikų patvirtinimo“. Valstybės žinios, 2009-07-14, Nr. 83-3455.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. sausio 14 d. įsakymas Nr. V-19 „Dėl užkrečiamųjų ligų ir jų sukėlėjų valstybės informacinės sistemos ir užkrečiamųjų ligų ir jų sukėlėjų valstybės informacinės sistemos duomenų saugos nuostatų patvirtinimo“. Valstybės žinios, 2008-01-24, Nr. 10-366.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 28 d. įsakymas Nr.V-397 „Dėl užkrečiamųjų ligų ir sveikatos problemų, dėl kurių turi būti atliekama epidemiologinė priežiūra, sąrašą ir informacijos teikimo tvarkos patvirtinimo“. Valstybės žinios, 2004-06-08, Nr. 90-3317.

<sup>7</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. gruodžio 24 d. įsakymas Nr. 673 „Dėl privalomojo epidemiologinio registravimo, privalomojo informacijos apie epidemiologinio registravimo objektus turinio ir informacijos privalomojo perdavimo tvarkos patvirtinimo“. Valstybės žinios, 2003-01-31, Nr. 12-444.

registruotą statistinėje ataskaitoje (forma Nr. 4 „Sveikata“) ir šioje formoje nurodytais terminais pateikia Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centrai. ULAC teikia apibendrintus aktualius duomenis Sveikatos apsaugos ministerijai.

Surinkti duomenys yra periodiškai skelbiami ULAC ir regioninių centrų svetainėse, informaciniuose biuleteniuose, leidiniuose, teikiami Europos užkrečiamųjų ligų prevencijos ir kontrolės centrui Stokholme (Švedija).

Apžvelgus gripo ir ŪVKT infekcijų dviejų sistemų reglamentavimą ir organizavimą matyti, kad renkami duomenys atitinka palyginamumo ir prieinamumo kriterijus. Dalyvavimas tarptautiniuose tinkluose geriau užtikrina šių kriterijų įgyvendinimą. Norint įvertinti savalaikiškumo kriterijų, būtina dinamiškai sekti informacijos skelbimą. To neatlikome. Tačiau praktinė patirtis rodo, jog duomenys skelbiami numatytais terminais. Norint įvertinti atrankinių tyrimų tikslumą, būtina užtikrinti, kad imties dydis, atranka būtų preciziškai tikslūs. Mums prieinamuose dokumentuose nepasisiekė rasti žinių apie pasirinktinės klinikinės virusologinės diagnostikos sistemos imties sudarymo metodologiją. Tačiau dalyvaujant tarptautiniame tinkle būtina griežtai laikytis patvirtintos metodologijos. Tad tikėtina, jog šiuo atveju tikslumo kriterijus yra įgyvendintas.

### **Sergamumo gripu ir ŪVKT infekcijomis dviejų stebėsenos sistemų duomenų palyginimas Vilniaus mieste**

Sveikatos apsaugos ministro 2003 m. lapkričio 14 d įsakymu Nr. V-668 patvirtintoje Gripo epidemiologinės priežiūros ir kontrolės programoje 2003–2006 m. buvo numatyta, jog sėkmingai įdiegus naują gripo ir ŪVKT stebėsenos sistemą, paremtą pasirinktine klinicine virusologine diagnostika, senosios (kai teikiama informacija apie visus registruotus pirminio sergamumo gripu ir ŪVKT atvejus) bus po keleto metų atsisakyta. Tačiau abi sistemos iki šiol funkcionuoja lygiagrečiai. Mums prieinamuose šaltiniuose nepavyko rasti, ar buvo atlikta šių sistemų teikiamų duomenų analizė. Tad natūraliai iškyla klausimas, ar abi sistemos dar reikalingos, kurios renkami duomenys yra kokybiškesni. Tuo tikslu atlikome pagilintą abiejų sistemų teikiamų duomenų analizę Vilniaus mieste.

#### *Tyrimo metodika*

Atliktas tyrimas apėmė visus asmenis, kurie 2007–2009 m. laikotarpiu kreipėsi į asmens sveikatos priežiūros įstaigas, esančias Vilniaus miesto savivaldybės administracinėje teritorijoje, ir jiems diagnozuoti susirgimai ūminėmis viršutinių kvėpavimo takų infekcijomis (Tarptautinės ligų klasifikacijos<sup>8</sup> kodai J00-J06; J10-J11). Dėl didelio kontagioziškumo indekso, rizikos populiaciją sudarė visų amžiaus grupių asmenys.

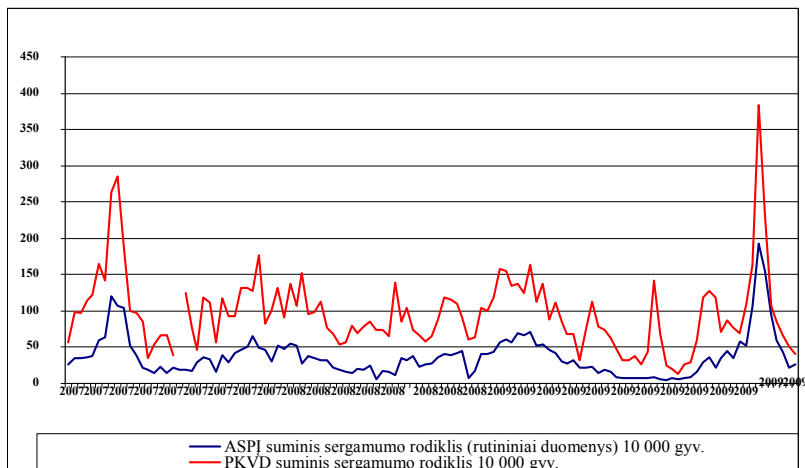
Tyrimui atlikti naudoti Vilniaus visuomenės sveikatos centro Užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės skyriuje sukaupti duomenys apie susirgimų gripu ir ŪVKT apimtis minėtoje administracinėje teritorijoje. Pasirinktinės klinikinės virusologinės diagnostikos sistema apėmė 16 gydytojų, dirbusių Vilniaus miesto savivaldybės administracinėje teritorijoje esančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir 2007–2009 m. laikotarpiu vykdžiusių gripo ir ŪVKT pasirinktinę klinikinę virusologinę diagnostiką,

<sup>8</sup> Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos problemų klasifikacija, 10 redakcija, Pasaulio sveikatos organizacija, Ženeva. Vertimas, 2003, Vilnius.

kiekvieną savaitę pateikti duomenys. Vilniaus visuomenės sveikatos centro apibendrinti savaitės rutininiai duomenys gauti iš 75 Vilniaus mieste veikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų, laikantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. balandžio 20 d. įsakymo Nr. V-282 „Dėl Gripo ir ūminių viršutinių kvėpavimo takų infekcijų epidemiologinės priežiūros taisyklių patvirtinimo“. Mėnesio rutininius sergamumo duomenis asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikė pagal statistinės atsiskaitomybės formą Nr. 4 „Sveikata“ (mėnesinė), vykdamas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. gruodžio 24 d. įsakymą Nr. 673 „Dėl privalomojo epidemiologinio registravimo, privalomojo informacijos apie epidemiologinio registravimo objektus turinio ir informacijos privalomojo perdavimo tvarkos patvirtinimo“.

Visuose aukščiau nurodytuose šaltiniuose duomenys pateikti absoliučiais skaičiais. Skaičiuoti ir analizuoti pirminio sergamumo gripu ir ŪVKTI suminiai rodikliai 10 000 gyventojų ar prisirašusiųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigoje. Lyginti tik tie suminiai sergamumo rodikliai, kurie pagal duomenų struktūrą yra lygintini: vienodo laikotarpio (savaitės ar mėnesio), skaičiuoti visai žinomai populiacijai (miesto gyventojų skaičius) arba tik tam tikrai imčiai (prisirašę apylinkėje ar tam tikroje poliklinikoje asmenys). Taikyti aprašomosios statistikos metodai, porinių imčių *t*-testas, atskirais atvejais – Wilcoxon'o testas

*Tyrimo rezultatai.* Vilniaus mieste registruotų sergamumo gripu ir kitomis ūminių viršutinių kvėpavimo takų infekcijomis rodiklių 10 000 gyv. dinamika (1 pav.) byloja apie skirtingai intensyviai vykstančius, tačiau galimai tuos pačius dėsningumus turinčius procesus.



**1 paveikslas.** Sergamumo gripu ir ŪVKTI rodiklių 10 000 gyv., registruotų pasirinktinės klinikinės virusologinės diagnostikos ir rutininio duomenų rinkimo sistemomis, dinamika Vilniuje 2007–2009 m.

Tiriant abiejų stebėsenos sistemų teikiamų sergamumo rodiklių vidurkių skirtumų tikimybę, neišskiriant pagal atskiras asmens sveikatos priežiūros įstaigas bei stebėsenos metus, pasirinktas Wilcoxon'o testas. Gautas tyrimo rezultatas – abiejų gripo ir ŪVKTI



epidemiologinės priežiūros sistemų registruojami sergamumo rodikliai 10 000 gyv. statistiškai reikšmingai skiriasi. Sudarytas suminių sergamumo gripu ir kitomis ūminėmis viršutinių kvėpavimo takų infekcijomis savaitės rodiklių 10 000 gyv., registruotų pagal PKVD bei Vilniaus miesto įstaigų rutininius duomenis, priklausomybės regresinis modelis parodė, kad didėjant sergamumo rodikliui vienetu, PKVD gydytojų registruojamas rodiklis bus maždaug 1,6 didesnis.

Vienas iš gripo epidemiologinės priežiūros tikslų – atspindėti sergamumo tendencijas stebimose administracinėse teritorijose. Buvo vertinti mėnesiniai sergamumo rodikliai, užregistruoti septyniose Vilniaus miesto poliklinikose. Vertinant suminių sergamumo gripu ir ŪVKTI rodiklių, skaičiuotų 10 000 gyventojų, vidurkių skirtumus (1 lentelė) skirtingose asmens sveikatos priežiūros įstaigose stebima didelė duomenų sklaida. Vykdamas PKVD, sergamumo rodikliai kito nuo minimalaus 105,12 (VŠĮ Naujosios Vilnios poliklinika) iki maksimalaus 1 187,46 (Grigiškių PSPC).

**1 lentelė.** Suminių sergamumo rodiklių, registruotų pagal PKVD mėnesio duomenis, bendros sklaidos charakteristikos 2007–2009 m.

Tiriamosios asmens sveikatos priežiūros įstaigos (sergamumo rodiklis 10 000 prisirašiusiųjų)	N	Vidurkis	95 proc. pasiklovimo intervalas	
			Apatinis rėžis	Viršutinis rėžis
Antakalnio poliklinika	32	353,59	272,92	434,27
Centro poliklinika	32	317,45	248,04	386,86
Grigiškių PSPC	31	1 187,46	892,40	1 482,53
Karoliniškių poliklinika	31	282,44	219,77	345,11
Lazdynų poliklinika	22	963,56	631,44	1 295,67
Naujosios Vilnios poliklinika	29	105,12	63,45	146,79
Naujininkų poliklinika	24	731,38	405,56	1 057,21

*N – tiriamųjų skaičius.*

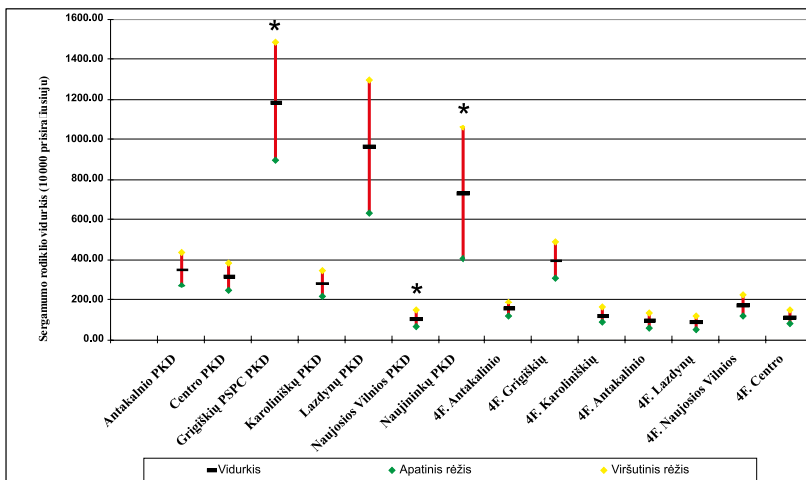
**2 lentelė.** Suminių sergamumo rodiklių, registruotų pagal sveikatos statistikos ataskaitos formos „Sveikata“ mėnesio duomenis, bendros sklaidos charakteristikos 2007–2009 m.

Tiriamosios asmens sveikatos priežiūros įstaigos (sergamumo rodiklis 10 000 prisirašiusiųjų)	N	Vidurkis	95 proc. pasiklovimo intervalas	
			Apatinis rėžis	Viršutinis rėžis
Antakalnio poliklinika	32	153,77	119,71	187,82
Centro poliklinika	32	114,39	75,87	152,90
Grigiškių PSPC	31	396,77	307,35	486,20
Karoliniškių poliklinika	31	124,16	86,04	162,29
Lazdynų poliklinika	22	98,02	58,34	137,70
Naujosios Vilnios poliklinika	29	171,80	118,85	224,75
Naujininkų poliklinika	24	87,63	55,41	119,84

*N – tiriamųjų skaičius.*

Tuo tarpu vertinant suminių sergamumo gripu ir ŪVKTI rodiklių, skaičiuotų 10 000 gyventojų, vidurkių skirtumus, vykdant epidemiologinę stebėseną pagal sveikatos statistikos ataskaitos formos „Sveikata“ duomenis (2 lentelė), stebimi pokyčiai nuo minimalaus 87,63 (VšĮ Naujininkų poliklinika) iki maksimalaus 396,77 (Grigiškių PSPC).

Beveik visose tirtose asmens sveikatos priežiūros įstaigose buvo stebėti dideli (2–4 kartai) sergamumo lygio skirtumai. O Naujininkų bei Lazdynų poliklinikose PKVD metodu registruotas sergamumas net dešimt kartų viršijo registruotą gripo sergamumą rutininio būdu. Taigi galima teigti, kad sergamumo rodiklių vidurkiai priklauso nuo administracinės teritorijos (teritorinės gydymo įstaigos) bei jose vykdomos epidemiologinės gripo ir kitų ūminių kvėpavimo takų infekcijų priežiūros sistemos organizacijos. Pateikus grafinį vidurkių bei reikšmių pasiskirstymą, galima vaizdžiau išskirti įstaigas, kuriose stebima didelė sergamumo rodiklio sklaida. Tai Grigiškių PSPC, VšĮ Lazdynų, VšĮ Naujininkų poliklinikos (PKVD metodika). Tuo tarpu ASPĮ, kuriose sergamumo stebėseną organizuojama remiantis reglamentuotos statistinės atsiskaitomybės formos duomenimis, stebimuoju laikotarpiu išsiskiria Grigiškių PSPC (2 pav.).



**2 paveikslas.** Mėnesio sergamumo gripu ir ŪVKTI rodiklių dviejų stebėsenos sistemų 2007–2009 m. Vilniaus asmens sveikatos priežiūros įstaigose palyginimas (\* –  $p \leq 0,05$ )

Statistiškai reikšmingi mėnesio vidutinių sergamumo rodiklių skirtumai atskirais metais buvo stebimi trijose PKVD vykdydžiusiose Vilniaus miesto asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Statistiškai reikšmingai skirtingų mėnesio sergamumo rodiklių vertinimų (pagal statistinės ataskaitos formą „Sveikata“) nenustatyta.

Pritaikius porinių imčių  $t$ -testą nustatyta, kad tose pačiose įstaigose vykdomos epidemiologinės gripo priežiūros sistemos registruoja statistškai reikšmingai skirtingus sergamumo rodiklius ( $p < 0,05$ ). Penkiose iš septynių ASPĮ nustatyta skirtingomis epidemiologinės priežiūros sistemomis registruotų sergamumo rodiklių statistiškai reikšminga vidutinė teigiama koreliacija ( $0,43 \leq r \leq 0,78$ ), o VšĮ Naujininkų polikli-

nikos –  $r = 0,81$ . VŠĮ Lazdynų poliklinikoje tokio duomenų ryšio konstatuoti negalima – koreliacijos koeficientas artimas nuliui.

Atlikus PKVD ir sveikatos statistikos ataskaitos formos „Sveikata“ mėnesio duomenų analizę atskirais metais, nustatyta statistiškai reikšmingi sergamumo rodiklių skirtumai trijose iš septynių, o lyginant abi sistemas – visose septyniose įstaigose.

### **Apibendrinimas ir išvados**

Informacijos kokybės užtikrinimas ir vertinimas turėtų būti neatskiriama institucijos kokybės sistemos užtikrinimo dalis. Europos statistikos praktikos kodeksas įpareigoja šalis rinkti ir teikti kokybišką informaciją. Europos Parlamento ir Tarybos reglamente „Dėl Bendrijos statistikos apie visuomenės sveikatą ir sveikatą bei saugą darbe“ pateikiami sveikatos statistinių duomenų kokybės reikalavimai. Tai reikalingumas, tikslumas, savalaikiškumas, punktualumas, prieinamumas, aiškumas, palyginamumas, suderinamumas. Šių kriterijų įgyvendinimas glaudžiai susijęs su duomenų rinkimo reglamentavimu ir organizavimu.

Gripo ir ūminių viršutinių kvėpavimo takų infekcijų stebėsenos organizavimo principai Lietuvoje sudaro būtinas sąlygas informacijos kokybei užtikrinti. Dalyvavimas Europos gripo priežiūros sistemos EISS tinkle bei detalus informacijos rinkimo ir teikimo reglamentavimas lemia tokių kriterijų kaip palyginamumas, aiškumas, punktualumas ir prieinamumas įgyvendinimą.

Lietuvoje šiuo metu funkcionuoja dvi gripo ir ŪVKTI stebėsenos sistemos. Viena paremta pasirinktine klinikine virusologine diagnostika, kai duomenis teikia 1–5 proc. pirminės grandies gydytojų, ir senoji duomenų registravimo sistema, kai teikiama informacija apie visus registruotus pirminio sergamumo gripu ir ŪVKTI atvejus. 2003 m. patvirtintoje Gripo epidemiologinės priežiūros ir kontrolės programoje 2003–2006 metais teigiama, kad sėkmingai įdiegus pasirinktine klinikine virusologine diagnostika paremtą sistemą, senosios turėtų būti atsisakyta po keleto metų. Tačiau abi sistemos iki šiol funkcionuoja. Norėdami įvertinti, kuria sistema renkami duomenys yra kokybiškesni, atlikome pagilintą abiejų sistemų duomenų analizę Vilniaus mieste.

Tyrimas atskleidė šiuos gripo ir kitų ūminių viršutinių kvėpavimo takų stebėsenos sistemų dėsningumus: pasirinktinės klinikinės virusologinės diagnostikos ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų rutininių duomenų sistemomis 2007–2009 m. registruoti sergamumo rodikliai statistiškai reikšmingai skyrėsi. Didėjant sergamumo gripu ir ŪVKTI rodikliui vienetu, tuo pačiu laikotarpiu PKVD gydytojų registruojamas sergamumo rodiklis maždaug 1,6 didesnis.

Vienas iš gripo ir kitų ūminių viršutinių kvėpavimo takų infekcijų epidemiologinės priežiūros sistemų veiklos tikslų – atspindėti sergamumo tendencijas stebimose administracinėse teritorijose. Buvo vertinti mėnesiniai sergamumo rodikliai, užregistruoti septyniose Vilniaus miesto poliklinikose. Vertinant suminių sergamumo gripu ir ŪVKTI rodiklių vidurkių skirtumus skirtingose asmens sveikatos priežiūros įstaigose buvo stebima didelė duomenų sklaida abiejose sistemose. Statistiškai reikšmingi mėnesio vidutinių sergamumo rodiklių skirtumai atskirais metais buvo stebimi trijose PKVD vykdytose Vilniaus miesto asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Statistiškai

reikšmingai skirtingų mėnesio sergamumo rodiklių vertinimų pagal statistinės ataskaitos formą „Sveikata“ nenustatyta. Pritaikius porinių imčių *t*-testą nustatyta, kad tose pačiose įstaigose vykdomos abi epidemiologinės gripo priežiūros sistemos registruoja statistškai reikšmingai skirtingus sergamumo rodiklius. Tad gauti rezultatai leidžia tvirtinti, kad stebėsenos toje pat administracinėje vietovėje ir tuo pačiu stebimuoju laikotarpiu rezultatai statistiškai reikšmingai skiriasi.

Moksliniuose straipsniuose nurodomi įvairūs sveikatos informacijos kokybę lemiantys veiksniai: trūksta noro mokytis, pacientui skirtas laikas gaištamasi įvesti reikiamus duomenis, nėra grįžtamojo ryšio, nepakankamas gydytojų susidomėjimas ar prestižas, nepakankamas finansavimas, maža darbuotojų patirtis didina laiko sąnaudas veiklai, netikslumai medicininės dokumentacijos pildyme lemia duomenų tikslumą, galimos duomenų registravimo klaidos<sup>9</sup>, didelės pinigines sąnaudas, organizaciniai veiksniai ir lėtas grįžtamasis ryšys<sup>10</sup>.

Kaip jau anksčiau buvo minėta, Lietuvos teisės aktuose pakankamai detalai yra reglamentuotas duomenų apie susirgimus gripu ir ŪVKTI rinkimas. Tad tikėtina, jog rasti skirtingi dviejų stebėsenos sistemų rezultatai galimai susiję su šių teisės aktų įgyvendinimu ir žmonių veiksmu. Rutininių duomenų rinkimo sistemos atveju daugelyje įstaigų duomenis pagal reglamentuotą statistinę ataskaitos formą teikia medicinos statistikos specialistai ar kiti atsakingi asmenys, naudodami lokaliuose informacinėse sistemose esančius duomenis. Duomenis į informacinę sistemą privalomai teikia visi gydytojai. PKVD sistemos atveju duomenis geranorišku sutarimu teikia tam tikra gydytojų dalis. Tad manytina, kad dėl asmeninės duomenis teikiančio gydytojo atsakomybės bei lemiant pastebimai augančiam profesionalumui, registruojami sergamumo rodikliai čia tikslesni. Tikėtina, kad pastaroji sistema yra kokybiškesnė, tačiau šis sprendimas reikalauja tolesnės analizės.

## Literatūros sąrašas

1. Jody Zall Kusek, Ray C. Rist Ten steps to results based monitoring and evaluation system: a handbook for development practitioners. The World Bank. Washington 2004.
2. Europos statistikos praktikos kodeksas. Statistikos departamentas, 2007.
3. Europos parlamento ir tarybos reglamentas (EB) Nr. 1338/2008, patvirtintas 2008 m. gruodžio 16 d., „Dėl Bendrijos statistikos apie visuomenės sveikatą ir sveikatą bei saugą darbe“. Europos Sąjungos oficialus leidinys. L354/70, 2008.
4. Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymo pakeitimo įstatymas: priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 2001 m. gruodžio 30 d. Nr. IX-649. Valstybės žinios, 2001; 112-4069.

<sup>9</sup> Lash T. L., Mor V., et al. Methodology, design, and analytic techniques to address measurement of comorbid disease. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2007 March; 62(3): 281–285.

<sup>10</sup> Framework and standards for country health information systems / Health Metrics [Online]. World Health Organization, 2008. Prieiga per internetą: <http://www.healthmetricsnetwork.org>. Sabine N. V., Nicolette F. et al. Improving quality of care. A systematic review on how medical registries provide information feedback to health care providers. ELSEWHERE *Volume 79, Issue 5*, Pages 305–323 (May 2010).

5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. balandžio 20 d. įsakymas Nr. V-282 „Dėl Gripo ir ūminių viršutinių kvėpavimo takų infekcijų epidemiologinės priežiūros taisyklių patvirtinimo“. Valstybės žinios, 2007, Nr. 48-1864.
6. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. sausio 14 d. įsakymas Nr. V-19 „Dėl užkrečiamųjų ligų ir jų sukėlėjų valstybės informacinės sistemos ir užkrečiamųjų ligų ir jų sukėlėjų valstybės informacinės sistemos duomenų saugos nuostatų patvirtinimo“. Valstybės žinios, 2008-01-24, Nr. 10-366.
7. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. vasario 12 d. įsakymas Nr. V-106 „Dėl pasirengimo gripo pandemijai veiksmų plano pagal gripo pandemijos etapus“. Valstybės žinios, 2009-02-21, Nr. 20-804.
8. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. gruodžio 24 d. įsakymas Nr. 673 „Dėl privalomojo epidemiologinio registravimo, privalomojo informacijos apie epidemiologinio registravimo objektus turinio ir informacijos privalomojo perdavimo tvarkos patvirtinimo“. Valstybės žinios, 2003-01-31, Nr. 12-444.
9. Dėl sezoninio gripo bei gripo, sukkelto naujo viruso potipio (pandeminio gripo), diagnostikos, gydymo ir profilaktikos antivirusiniais vaistais metodikų patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. liepos 1 d. įsakymas Nr. V-536. Valstybės žinios, 2009-07-14, Nr. 83-3455.
10. Dėl užkrečiamųjų ligų ir sveikatos problemų, dėl kurių turi būti atliekama epidemiologinė priežiūra, sąrašą ir informacijos teikimo tvarkos patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 28 d. įsakymas Nr. V-397. Valstybės žinios, 2004-06-08, Nr. 90-3317.
11. Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos problemų klasifikacija, 10 redakcija, Pasaulio sveikatos organizacija, Ženeva. Vertimas, 2003, Vilnius.
12. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. vasario 12 d. įsakymas Nr. V-106 „Dėl Pasirengimo gripo pandemijai veiksmų plano pagal gripo pandemijos etapus patvirtinimo“. Valstybės žinios, 2009-02-21, Nr. 20-804.
13. Lash T. L., Mor V., et al. Methodology, design, and analytic techniques to address measurement of comorbid disease. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2007 March; 62(3): 281–285. 31.
14. Raftery J., Roderick P. et al. Potential use of routine database in health technology assessment. *Health technology assessment* 2005; Vol. 9:20.
15. Framework and standards for country health information systems / Health Metrics [Online]. World Health Organization, 2008. Prieiga per internetą: <http://www.healthmetricsnetwork.org>.
16. Sabine N. V., Nicolette F. et al. Improving quality of care. A systematic review on how medical registries provide information feedback to health care providers. *ELSEWHERE* Volume 79, Issue 5, Pages 305–323 (May 2010).

## **The Assessment of the Monitoring Systems of Influenza and Other Acute Upper Respiratory Tract Infection: Quality of Health Information.**

**Aldona Gaižauskienė,**  
Mykolas Romeris University

**Daiva Klimašauskienė**  
Children's Hospital, Affiliate of Vilnius University Hospital Santariškių Klinikos

### **Summary**

*The aim of the study is to review the criteria for data quality assessment, and, on the basis of them, to evaluate monitoring systems of influenza and other acute upper respiratory tract infection (AURTI), functioning in the city of Vilnius.*

*The EC legislation provides for the following data quality criteria: relevance, accuracy, timelines, punctuality, accessibility, clarity, comparability, and coherence. The implementation of these criteria is closely related with the regulation and organisation of data collection. The later create necessary conditions to ensure quality of information collected by influenza and AURTI system. There are currently two monitoring systems in Lithuania - based on sample surveys and health statistical reports "Sveikata". The study showed that the incidence of influenza and AURTI registered by two systems had statistically significant differences. An increase in the incidence, registered in the statistical reports, by 1 was followed by 1.6 higher increases by sample surveys. When evaluating the incidence rate in the 7 health care institutions, big data scatter and differences were found among two systems. Therefore different monitoring systems in the regions produce statistically significant different results. It is likely that due to personal responsibility of the physician, the quality of the sample survey system is higher; this attitude, however, needs further research.*

**Keywords:** Health information, quality of data, influenza, Lithuania