

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

DAIVA ČEPURAITĖ

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOS VEIKLOS
EFEKTYVUMAS TAIKANT ATVEJO VADYBOS
MODELĮ

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas -
dr. G. Petronytė

VILNIUS
2013

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOS VEIKLOS
EFEKTYVUMAS TAIKANT ATVEJO VADYBOS
MODELĮ

Sveikatos politikos ir valdymo magistro baigiamasis darbas
Studijų programa (621L22004)

Konsultantai

_____ prof. dr. D. Jankauskienė

_____ dr. K. Štaras

2013 - 03 - 25

Vadovas

_____ dr. G. Petronytė

2013 - 03 - 25

Recenzentas

2013 -

Atliko

SPVmns 1 – 01 gr.

_____ stud. D.Čepuraitė

2013 - 03 - 25

VILNIUS

2013

TURINYS

ĮVADAS.....	7
1. ATVEJO VADYBA PIRMINĖJE SVEIKATOS PRIEŽIŪROS GRANDYJE.....	11
1.1. Pirminės sveikatos priežiūros organizavimas Lietuvoje	11
1.2. Atvejo vadybos samprata ir modeliai.....	19
2. ATVEJO VADYBOS MODELIS VŠĮ CENTRO POLIKLINIKOJE.....	26
2.1. Atvejo vadybos modelio ypatumai.....	26
2.2. Atvejo vadybos modelio vertinimas: atvejo studijos	33
2.3. Atvejo vadybininko veiklos analizė	35
3. ATVEJO VADYBOS MODELIO VERTINIMAS (KOKYBINIS TYRIMAS).....	41
3.1. Tyrimo organizavimas.....	41
3.2. Administracijos darbuotojų interviu rezultatų analizė	43
3.3. Šeimos gydytojų ir slaugytojų interviu rezultatų analizė	53
3.4. Pacientų interviu rezultatų analizė	58
IŠVADOS.....	62
REKOMENDACIJOS.....	63
ANOTACIJA	64
ANNOTATION	65
SANTRAUKA	66
SUMMARY	68
PRIEDAI.....	70
LITERATŪRA.....	74

LENTELĖS

1 lentelė. Centro poliklinikos atvejo vadybos modelis	30
2 lentelė. Socialinių grupių lūkesčiai	31
3 lentelė. Centro poliklinikos atvejo vadybos pirminės sveikatos priežiūros modelis.....	33
4 lentelė Administratorių demografinės, socialinės ir su darbu susijusios charakteristikos	42
5 lentelė Šeimos gydytojų ir slaugytojų demografinė ir socialinė charakteristika.....	42
6 lentelė Pacientų demografinė ir socialinė charakteristika	43
7 lentelė Pagrindinės atvejo vadybininko modelio diegimo priežastys administracijos požiūriu.....	44
8 lentelė Administracijos požiūris į atvejo vadybos modelio privalumus ir trūkumus.....	46
9 lentelė Administracijos požiūris į pagrindines rizikas, kylančias diegiant atvejo vadybos modelį	47
10 lentelė Administracijos nuomonė apie atvejo vadybininko naudą įstaigai bei pokyčius	48
11 lentelė Administracijos nuomonė apie atvejo vadybininko funkcijas.....	49
12 lentelė Požiūris į darbuotojų siūlymus, taikant atvejo vadybininko modelį	52
13 lentelė Šeimos gydytojų ir slaugytojų bendravimo būdai su atvejo vadybininku.....	53
14 lentelė Šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūris į atvejo vadybininko atliekamas funkcijas.....	54
15 lentelė Šeimos gydytojų ir slaugytojų nuomonė apie funkcijų perdavimą atvejo vadybininkui	55
16 lentelė Šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūris į komandinio darbo pokyčius, įdiegus atvejo vadybininko pareigybę	56
17 lentelė Šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūris į atvejo vadybos modelio privalumus bei trūkumus	57
18 lentelė Pacientų požiūris į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą Centro poliklinikoje	58
19 lentelė Atvejo vadybininko funkcijos pacientų požiūriu.....	59
20 lentelė Pacientų nuomonė apie atvejo vadybininko teikiamas paslaugas	60

PAVEIKSLAI

1 pav. Registracijos skambučių po GMP pasiskirstymas 2012 m.....	36
2 pav. Skambučių skaičius dėl prevencinių programų 2012 m. Centro poliklinikoje	36
3 pav. Informavimo apie gimdos kaklelio vėžio prevencinę programą dinamika 2008 – 2012 m. Centro poliklinikoje	37
4 pav. Informavimo apie krūties vėžio prevencinę programą dinamika 2008 – 2012 m. Centro poliklinikoje	38
5 pav. Informavimo apie priešinės liaukos vėžio prevencinę programą dinamika 2008 – 2012 m. Centro poliklinikoje.....	38
6 pav. Informavimo apie storosios žarnos prevencinę programą dinamika 2008 – 2012 m. Centro poliklinikoje	39
7 pav. Informavimo apie širdies ir kraujagyslių ligų programą dinamika 2008 – 2012 m. Centro poliklinikoje	40

NAUDOJAMI SUTRUMPINIMAI

AKS – arterinis kraujospūdis

ASPI – asmens sveikatos priežiūros įstaiga

BPG – bendrosios praktikos gydytojas

BVP – bendrasis vidaus produktas

ES – Europos Sąjunga

GMP – greitoji medicinos pagalba

PASP – pirminė asmens sveikatos priežiūra

PSP – pirminė sveikatos priežiūra

PSDF – Privalomojo sveikatos draudimo fondas

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

TLK – Teritorinė ligonių kasa

UNICEF – Jungtinių Tautų vaikų fondas

VŠĮ – Viešoji įstaiga

IVADAS

Darbo aktualumas. Sveikatos sistemos misija - motyvuoti žmones sveikai gyventi, skatinti ligų prevenciją, o jiems susirgus – suteikti kokybiškas reikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, efektyviai naudojant turimus išteklius.¹ Keičiantis visuomenės sveikatos poreikiams ir prioritetams, kartu turi keistis ir valstybės politika. Anot prof. D. Jankauskienės, sveikatos politika yra grindžiama šiuolaikinės visuomenės sveikatos samprata bei naujosios viešosios politikos principais, kurie kartu leidžia suformuoti pagrindinius sveikatos politikos principus, žmonių teises ir pareigas sveikatos sistemoje. Remiantis šiais principais buvo formuojama Lietuvos sveikatos apsaugos sistema.² Valstybė, atsižvelgdama į besikeičiančius savo piliečių poreikius, nuolat reformuoja ir kuria sveikatos priežiūros sistemą. Šis procesas yra nuolatinis, nes bet kuriame sveikatos sistemos vystymo etape iškyla naujų problemų ir uždavinių, atsiranda naujų būdų jiems išspręsti.³ Prof. D. Jankauskienės teigimu, Lietuvoje sistemingai keliami du pagrindiniai fundamentalūs sveikatos reformos tikslai: tai aktyvios visuomenės sveikatos politikos įgyvendinimas ir teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, kokybės ir efektyvumo gerinimas, restruktūrizuojant sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Ji teigia, kad aktyvi visuomenės sveikatos politika reiškia gyventojų atsakomybės už savo sveikatą ugdymą ir gyventojų dalyvavimo priimančiais sprendimus skatinimą.⁴

2003 m. patvirtinta ilgalaikė sveikatos priežiūros įstaigų ir sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimo strategija⁵ atvėrė duris sveikatos priežiūros sistemos įstaigų pertvarkoms. 2010 m. Lietuvos Respublikos Vyriausybės priimtas nutarimas dėl sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos. Lietuvoje vykusi sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacija įgalino specializuotose įstaigose sutelkti puikias gydytojų komandas bei aprūpinti jas aukščiausios kokybės medicinine įranga⁶. Naudojimas šeimoms gydytojų paslaugomis Lietuvoje aukštas – per 90 proc. visų, besinaudojančių Lietuvoje teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis, savo nuomonę apie sveikatos apsaugos sistemą susidaro būtent iš kontakto su šeimos gydytoju. Todėl

¹ Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011-2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“ Nr. XI-1430 // „Valstybės žinios“, 2011-06-16, Nr. 73-3498.

² Jankauskienė D. Sveikatos politikos ir valdymo raida bei pagrindiniai dabarties iššūkiai. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje, Vilnius, 2010, p. 104.

³ Jankauskienė D. Sveikatos politikos ir valdymo raida bei pagrindiniai dabarties iššūkiai. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje, Vilnius, 2010, p. 105..

⁴ Jankauskienė D. Sveikatos politikos ir valdymo raida bei pagrindiniai dabarties iššūkiai. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje, Vilnius, 2010, p. 105.

⁵ Kumpienė J., Sužiedėlytė O. Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos restruktūrizavimas. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje, Vilnius, 2010, p. 209

⁶ Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 1320 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. gruodžio 7 d. nutarimo Nr. 1654 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo“ pakeitimo“ (Žin., 2010, Nr. 113-5763)

šeimos gydytojo institucijos stiprinimas išlieka prioritetinga sritis, teikiant aukštos kokybės ir lengvai prieinamas paslaugas Lietuvos gyventojams.⁷

Tačiau dėl netinkamo šeimos gydytojų darbo organizavimo, šeimos gydytojai pirminėje grandyje išsprendžia mažiau sveikatos problemų, nei galėtų.⁸ Šeimos gydytojas atlieka ne tik gydytojo, bet ir vadybininko vaidmenį – padeda pacientui orientuotis sveikatos sistemoje, koordinuoja ir stebi lėtinių ligų eigą, rūpinasi prie gydymo įstaigų prisirašiusių gyventojų sveikata, informuodamas juos apie valstybės vykdomas nemokamas prevencines programas, kai kuriems padeda spręsti socialines problemas. Šeimos gydytojas dirba pirminės asmens sveikatos priežiūros (PASP) komandoje kartu su bendrosios praktikos slaugytoju. Slaugytojo kompetencija apima sveikatos ugdymą, stiprinimą ir išsaugojimą, ligų ir rizikos veiksnių profilaktiką, sveikų ir sergančių asmenų fizinę, psichinę ir socialinę priežiūrą.⁹ Integruota veikla yra svarbiausia PSP ir šeimos gydytojo komandos funkcija, šiuo tikslu PSP modelis ir buvo sukurtas. Tačiau, besikeičiant gyventojų demografinėi padėčiai, keičiasi ir jų poreikiai. Lietuvoje visuomenė senėja, todėl šeimos gydytojo ir slaugytojo komandos efektyvumas nebetenkina vis didėjančių vyresnio amžiaus pacientų poreikių. Be to, gydytojams reikia atlikti vis daugiau su medicina nesusijusių funkcijų. Tai apsunkina paslaugų prieinamumą, mažina galimų priimti pacientų skaičių, susidaro ilgos eilės, kas sukelia pacientų nepasitenkinimą. Be to, trūksta institucinio bendradarbiavimo ir paslaugų integracijos. Anot prof. V. J. Grabausko, didžioji Lietuvos sveikatos sistemos problema buvo ne gydytojų kompetencijos stoka, bet išteklių, įrangos, finansavimo ir, svarbiausia, efektyvios vadybos stoka.¹⁰ Taigi atvejo vadyba būtų išėitis ir prisidėtų prie iškilusių problemų sprendimo. Apžvelgus užsienio šalių gerąją sveikatos priežiūros paslaugų patirtį sveikatos priežiūros srityje išryškėjo atvejo vadybos metodo prasmė ir reikalingumas. Taikant šį metodą, kiekvienas pacientas šeimos gydytojo grandyje turėtų vadybininką, kaip pagalbininką ir organizatorių, koordinuoti, padėti pacientui visą jo gydymosi laikotarpį. Atvejo vadybininkas perimtų ir dalį šiuo metu dideliais krūviais dirbančių šeimos gydytojų funkcijų. Gydytojai didesnę savo darbo laiko dalį galėtų skirti savo tiesioginių pareigų atlikimui, kas įtakotų teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir keltų pacientų pasitenkinimą teikiamomis paslaugomis.

Darbo naujumas. Sveikatos sistemos plėtros 2011 - 2020 m. metmenyse konstatuojama, kad didelę sveikatos priežiūros specialistų darbo dalį užima veikla, tiesiogiai nesusijusi su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu: daug laiko sugaištama formalumams ir medicininiais dokumentams pildyti, todėl mažiau laiko skiriama pacientams ir ligų prevencijai, diagnostikai ir gydymui. Tai

⁷ Sveikatos apsaugos ministerija. „Socialinės informacijos centras“ ir UAB „Europos tyrimai“. „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų apklausos atlikimas ir analizė 2012 01 30.

⁸ Jankauskienė D. Skirtingų sveikatos sistemos valdymo sričių problemos ir iššūkiai. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje, Vilnius, 2010, p. 117.

⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 8 d. įsakymas „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28-2011“Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“patvirtinimo“ Nr. V-591 //“Valstybės žinios“, 2011-06-14, Nr. 72-3490.

¹⁰ Grabauskas V. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje, Vilnius, 2010, p. 371

nepagrįstai didina sveikatos priežiūros paslaugų sąnaudas ir mažina sveikatos priežiūros įstaigų darbo efektyvumą.¹¹ Sprendžiant šias problemas Sveikatos sistemos plėtros 2011 - 2020 m. metmenyse siūloma sukurti pirminės sveikatos priežiūros veiklos integracijos bandomąjį modelį, naudojant „atvejo vadybos“ principą.¹² Užsienio šalių patirtis šioje srityje plačiai nagrinėjama autorių mokslinėje literatūroje, pripažįstant atvejo vadybos modelio taikymo sveikatos sistemoje efektyvumą. Lietuvoje socialinio darbo, profesinės reabilitacijos paslaugas teikiančių įstaigų metodikose apie atvejo vadybos taikymą rašoma gana dažnai, tačiau praktiškai šio modelio taikymas nėra plačiai paplitęs. Sveikatos sistemoje atvejo vadybos modelis nebuvo taikomas, tik iš dalies VšĮ Centro poliklinikoje nuo 2011 m. Sveikatos sistemos plėtros 2011 – 2020 metmenyse, sprendžiant PSP problemas, numatoma galimybė taikyti atvejo vadybos modelį, tačiau konkrečiai nenurodoma, kaip, kada, kokios bus pavestos funkcijos ir vadybininko vieta šeimos gydytojo komandoje. Siūloma persvarstyti šeimos gydytojų medicinos normą, siekiant sumažinti nereikalingas funkcijas, tiesiogiai nesusijusias su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu, apimtį, ir sveikatos priežiūros įstaigose skatinti šių darbų perdavimą kitų profesijų specialistams.¹³

Patvirtinus metmenis, siekiant išbandyti ir patikrinti modelio naudingumą, 2011 m. liepos mėn. VšĮ Centro poliklinikoje pradėtas taikyti pilotinis atvejo vadybos modelis. Šio modelio, o taip pat atvejo vadybininkų veiklos vertinimai leis nustatyti, ar modelio taikymas pasiteisina, ar jis įgalinana gerinti paslaugų prieinamumą ir kokybę, turi įtakos įstaigos veiklos efektyvumui. Šiuo metu veikiančio modelio analizė leis pateikti išvadas ir siūlymus jo tobulinimui ateityje, o taip pat numatyti atvejo vadybininko veiklos kryptis ir būsimas funkcijas.

Tyrimo objektas – atvejo vadybos modelis, taikomas VšĮ Centro poliklinikoje.

Tyrimo dalykas – atvejo vadybos modelio, taikomo VšĮ Centro poliklinikoje, vertinimas.

Darbo tikslas – įvertinti atvejo vadybos modelio taikymą, didinant VšĮ Centro poliklinikos veiklos efektyvumą.

Darbo uždaviniai:

1. Išanalizuoti atvejo vadybos modelius ir jų taikymą pirminėje sveikatos priežiūros grandyje.
2. Išanalizuoti atvejo vadybininko veiklos sritis VšĮ Centro poliklinikoje.
3. Išanalizuoti administratorių požiūrį į atvejo vadybos modelio taikymą VšĮ Centro poliklinikoje.
4. Išanalizuoti šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūrį į atvejo vadybininko vaidmenį jų komandos veikloje.

¹¹ Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimas “Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011-2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo” Nr. XI-1430 // “Valstybės žinios”, 2011-06-16, Nr. 73-3498, p. 4.

¹² Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimas “Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011-2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo” Nr. XI-1430 // “Valstybės žinios”, 2011-06-16, Nr. 73-3498, p. 7.

¹³ Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimas “Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011-2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo” Nr. XI-1430 // “Valstybės žinios”, 2011-06-16, Nr. 73-3498, p. 8.

5. Išanalizuoti pacientų požiūrį į atvejo vadybininko veiklą, gerinant pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą.

Darbo metodai: mokslinės literatūros, teisės aktų ir įstaigos vidinių dokumentų analizė, trys sociologiniai tyrimai – kokybiniai administratorių, šeimos gydytojų ir slaugytojų bei pacientų požiūrio tyrimai, taikant pusiau struktūruotą interviu metodą.

Darbo struktūra. Darbą sudaro dvi pagrindinės dalys. Pirmojoje dalyje analizuojama pirminės sveikatos priežiūros organizavimas Lietuvoje, pateikiama atvejo vadybos samprata, aprašomi atvejo vadybos modeliai ir jų taikymas sveikatos priežiūros sektoriuje, o taip pat pristatomas atvejo vadybos modelis įdiegtas VšĮ Centro poliklinikoje ir atlikti jo vertinimai, analizuojamos atvejo vadybininko veiklos sritys. Antrojoje darbo dalyje vertinami administratorių, šeimos gydytojų ir slaugytojų bei pacientų požiūriai į atvejo vadybos modelio taikymą VšĮ Centro poliklinikoje.

1. ATVEJO VADYBA PIRMINĖJE SVEIKATOS PRIEŽIŪROS GRANDYJE

1.1. Pirminės sveikatos priežiūros organizavimas Lietuvoje

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme pažymima, kad „gyventojų sveikata yra didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė. Sveikata - tai ne tik ligų ir fizinių defektų nebuvimas, bet ir fizinė, dvasinė bei socialinė žmonių gerovė. Sveikatos potencialą ir jo palaikymo sąlygas lemia ekonominės sistemos raidos stabilumas, visuomenės socialinio saugumo ir švietimo garantijos, gyventojų užimtumas ir jų pakankamos pajamos, apsirūpinimas būstu, prieinama, priimtina ir tinkama sveikatos priežiūra, kokybiška mityba, darbo, gyvenamosios ir gamtinės aplinkos kokybė. Gyventojų pastangos ugdyti sveikatą, asmens pastangos būti sveikam gali būti skatinamos tik gyvenamam laikui ir žmogaus orumui priimtinomis socialinėmis ir ekonominėmis priemonėmis, kuo geresnė visuomenės sveikata yra būtina Lietuvos valstybės saugumo ir klestėjimo bei atviros, teisingos ir darnios pilietinės visuomenės kūrimo prielaida“.¹⁴

Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnis nurodo, kad „Valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. Įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką“.¹⁵

J. Kumpienė ir O. Sužiedėlytė pastebi, kad įvertinus sovietiniu laikotarpiu vykdytą sveikatos politiką ir jos padarinius, po Nepriklausomybės atgavimo Lietuvoje buvo pradėta formuoti iš esmės nauja valstybės sveikatos politika, kurioje dominuojantį vaidmenį pradėjo vaidinti sveikatos priežiūros sistemos orientacija į ligų profilaktiką, sveiką gyvenseną ir gyvenimo kokybės užtikrinimą, į sveikatos išsaugojimą, išteklių panaudojimo perorientavimą ne ligų gydymui, o kelio ligoms užkirtimui.¹⁶

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas apibrėžia tris asmens sveikatos priežiūros paslaugų lygius:

- 1) pirminį (pirminė sveikatos priežiūra);
- 2) antrinį (antrinė sveikatos priežiūra);
- 3) tretinį (tretinė sveikatos priežiūra);¹⁷

Pirminė sveikatos priežiūra (PSP) – svarbiausia ir didžiausia paciento kontakto su sveikatos priežiūros sistema grandis. Ji laikoma prioritetine, nes paslaugos turi būti prieinamos visiems. PSP paslaugas šioje grandyje teikia daugiausia institucijų.¹⁸

¹⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas 1994 m. liepos 19 d. Nr.1-552, Vilnius, Valstybės žinios, 1994-08-17, Nr. 63-1231

¹⁵ Lietuvos Respublikos Konstitucija, priimta Lietuvos Respublikos piliečių 1992 m. spalio 25 d. referendume, 53 str.

¹⁶ Kumpienė J., Sužiedėlytė O. Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos restruktūrizavimas. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje, Vilnius, 2010, p. 212

¹⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas 1994 m. liepos 19 d. Nr.1-552, Vilnius, Valstybės žinios, 1994-08-17, Nr. 63-1231

¹⁸ Mūsų šeima. „Pirminės sveikatos priežiūros paslaugos“, 2009 [interaktyvus], [žiūrėta 2012-12-17]. Prieiga per internetą: http://www.mususeima.lt/lt/straipsniai/paslaugos_seimai/sveikatos_prieziuros_paslaugos/pirmines_sveikatos_prieziuros_paslaugos/

Pirminė sveikatos priežiūra tai pradinis sveikatos priežiūros sistemos lygmuo, visų pirma orientuotas į ligų profilaktiką, taip pat apimantis bendrąją gyventojų sveikatos priežiūrą, nepriklausomai nuo jų amžiaus grupės ir susirgimų pobūdžio. Šiame lygmenyje teikiamos ambulatorinės ir stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugos, slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo sveikatos priežiūros paslaugos. Minėtas paslaugas teikia juridinio asmens statusą turinčios pirminio lygio sveikatos priežiūros įstaigos arba kitų lygių paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų struktūriniai padaliniai.¹⁹

PSP yra kompleksas priemonių, padedančių pasiekti norimą sveikatos lygį visoje šalyje. PSP paslaugos prieinamos visiems, jas šiuo metu Lietuvos Respublikos teritorijoje teikia: 1) PSP centrai, 2) šeimos gydytojų kabinetai, 3) ambulatorijos, 4) poliklinikos, 5) gydytojų odontologų kabinetai, 6) psichikos sveikatos centrai, 7) palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės.²⁰ Šios įstaigos yra valstybinės, jų veiklą reglamentuoja savivaldos vykdomosios institucijos. Privačioms PSP savivaldybės turi mažiau įtakos, jų veiklą įtakoja Teritorinės ligonių kasos, paslaugų kokybę ir licencijų išdavimą kontroliuojančios institucijos.

Asmens sveikatos priežiūros įstaigų (ASPĮ) finansavimą užtikrina Privalomojo sveikatos draudimo fondas (PSDF), už kurį atsakingos valstybinės ligonių kasos. Kiekviena, tiek valstybinė, tiek privati PSP paslaugas teikianti įstaiga sudaro sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, kurios finansuoja minėtas įstaigas, atsižvelgdama į: prisirašiusių pacientų skaičių, teikiamas skatinamąsias paslaugas, prevencinių programų kūrimą bei jų vykdymą.²¹

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė tampa svarbiu kriterijumi sveikatos priežiūros įstaigoms sudarant sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis.²² Įvairiose Europos šalyse atliktų tyrimų duomenimis, prieita išvados, kad paslaugų kokybę galima gerinti ne tik skyrus papildomų lėšų įstaigoms ar išplėtus įstaigų tinklą, bet ir gaunamas lėšas tinkamai panaudojus organizacijos struktūrai tobulinti bei vadybos priemonėmis gerinti jos funkcionavimą.²³ Brent C. James nuomone, žema kokybė tiesiogiai veda prie didesnių išlaidų.²⁴

¹⁹ Kumpienė J., Sužiedėlytė O. Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos restruktūrizavimas. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje, Vilnius, 2010, p. 210.

²⁰ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos patvirtinimo“ 2007 m. Rugsėjo 5 d. Nr. V-717, Vilnius

²¹ Medpraktika.lt, „Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros finansavimas“ [interaktyvus], [žiūrėta 2012-12-02]. Prieiga per internetą: http://www.medpraktika.lt/medicinos_teise/text/4/Pirminis-ambulatorins-asmens-sveikatos-prieiros-finansavimas

²² Mūsų šeima. „Pirminės sveikatos priežiūros paslaugos“, 2009 [interaktyvus], [žiūrėta 2012-12-17]. Prieiga per internetą: http://www.musejima.lt/straipsniai/paslaugos_seimai/sveikatos_prieziuros_paslaugos/pirmines_sveikatos_prieziuros_paslaugos/

²³ Filipavičiūtė R., Gaigalienė B., Čeremnych J., Butkienė B., Jurgelėnas A., Alekna V. Ilgaamžių žmonių sergamumas lėtinėmis ligomis // Gerontologija 2010, 11(1): p. 14.

²⁴ Brent C. James. Quality management for health care delivery. p. 47. [žiūrėta 13-12-18]. Prieiga per internetą]: http://intermountainhealthcare.org/qualityandresearch/institute/Documents/articles_qmmp.pdf

Pastaraisiais dešimtmečiais didelio visuomenės bei mokslininkų dėmesio susilaukė įvairūs sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo aspektai. Sveikatos priežiūros paslaugos vis dažniau vertinamos tiek profesionalų ir administratorių, tiek pacientų požiūriu.²⁵

Kiekvieno mūsų sveikata nėra vien mūsų asmeninis turtas, tai visuomeninė vertybė, valstybės mastu sukurianti sveiką, todėl dirbančią bei turtingą visuomenę. Savo ruožtu, turtingesnė valstybė gali suteikti prieinamesnes bei kokybiškesnes sveikatos priežiūros paslaugas. Analizuojant sveikatos priežiūros sistemos išlaidas visose ES šalyse, pastebėta kad daugiausiai išlaidų tenka ligoninių išlaikymui, antra pagal dydį dalis apima ambulatorinių įstaigų finansavimą. Siekiant pagerinti ligų diagnostikos bei gydymo rezultatus, PASP įstaigos aprūpinamos naujausia medicinine įranga, keliama darbuotojų kvalifikacija, įgyvendinamos visuomenės sveikatinimo programos. Sveikatos apsaugos ministerijos užsakymu, vykdant projektą „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų apklausos atlikimas ir analizės parengimas“ atliktas 10 lyginamų ES šalių tyrimas parodė, kad tose valstybėse, kur sveikatos apsaugai lėšų išleidžiama daugiausiai (Vokietija, Austrija, Danija, Švedija), paslaugų kokybė vertinama geriausiai, o tose šalyse, kur lėšų išleidžiama mažai (Estija, Lietuva, Latvija, Rumunija), paslaugų prieinamumas ir kokybė yra prastesnė. Slovėnijos ir Jungtinės Karalystės, kurios išleidžia sveikatos apsaugai 7,5 – 8,5 proc. nuo BVP pavyzdys rodo, kad vidutinę paslaugų kokybę jau galima užtikrinti su Europos Sąjungos vidurkį siekiančiomis išlaidomis sveikatos apsaugai. Apskritai ryšys tarp šalyje investuojamų lėšų į sveikatos priežiūrą, infrastruktūrą bei sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumą yra gana glaudus – šalyse, kuriose sveikatos priežiūrai išleidžiama sąlyginai didesnė BVP dalis, paslaugų kokybė vertinama geriau ir atvirkščiai. Lietuva dalinai atsilieka nuo daugumos palyginimui pasirinktų šalių tiek skiriamais finansiniais ištekliais sveikatos priežiūrai, tiek paslaugų kokybe. Visgi nors Lietuvoje skiriamos lėšos sveikatos priežiūrai yra palyginti nedidelės, tačiau pacientų teisių užtikrinimas yra viename lygyje su gerokai didesnes lėšas sveikatos sektoriui skiriančiose Danijoje, Austrijoje, Švedijoje, tačiau šis kriterijus vertinamas netgi geriau, nei Vokietijoje ir Slovėnijoje. Tačiau, R. Buivydo teigimu, visi supranta, kad šiuo metu nerealu tikėtis pagerinti sveikatos sistemos situaciją, žymiai didinant visuomeninį finansavimą ar pritraukiant papildomų privačių lėšų.²⁶

Ribotos Lietuvos finansinės galimybės lemia ir PASP restruktūrizavimo etapų įgyvendinimo tempus, dažniausiai gyventojų poreikiai auga gerokai greičiau, negu sveikatos priežiūros sistema pajėgia juos tenkinti. Tačiau į problemą galima pažvelgti ir iš kitos pusės. Patys gyventojai, dalyvaudami sveikos gyvensenos, ligų prevencijos programose, mažiausiomis sąnaudomis išsaugotų savo sveikatą ir darbingumą. Mažiau lėšų pareikalautų ir sumažėjusi hospitalizacija bei ligų, tapusių lėtinėmis, gydymas. Šio tikslo įgyvendinimui labai tiktų į šeimos gydytojo ir slaugytojo komandą

²⁵ Kairys J., Žebienė E., Rutkys B. A., Zokas I. Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose. MEDICINA (2004) 40 tomas, Nr.2

²⁶ Buivydas R. Lietuvos sveikatos sistema. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje, Vilnius, 2010, p. 144-145

integruoto atvejo vadybininko veikla, motyvuojanti pasinaudoti prevencinėmis programomis. Valstybė turi skatinti savalaikį pačių gyventojų apsilankymą PASP teikiančiose įstaigose. Jei gyventojai sąmoningai siektų išsaugoti ir stiprinti savo sveikatą, ligų dažniausiai būtų galima išvengti. Motyvuoti žmonės dažniau linkę įsitraukti į prevencines programas, turi daugiau ryžto kontroliuoti savo ligą.²⁷ Tarp paciento ir PASP įstaigų turi vykti abipusis bendradarbiavimas, siekiant bendro tikslo – įgyvendinti prevencines programas, neleidžiant įsisenėti ligoms, išlaikant paciento darbingumą, mažinant mirtingumą. Gerėtų paslaugų prieinamumas, o tai savaime gerintų sveikatos priežiūros kokybę ir tenkintų augančius pacientų poreikius.

Pirminis sveikatos priežiūros efektyvumas apibūdinamas kokybiško rezultato ir sąnaudų jam pasiekti santykiu. Todėl efektyvumas didės, jeigu bus suteiktos kokybiškos, bet nereikalaujančios didesnių sąnaudų paslaugos. Sveikatos priežiūros kokybė ir paslaugų gerinimas užtikrinamas vadovaujantis šiomis kokybės dimensijomis:²⁸

- **Orientacija į pacientą (aktyvų paslaugų vartotoją):** sveikatos priežiūros paslaugų vartotojo ir visuomenės įtraukimas į sveikatos priežiūros paslaugų planavimą, teikimą ir vertinimą, užtikrinant paciento teisę gauti informaciją, pateikiamą jam suprantama forma ir reikalingą priimti sprendimams dėl savo sveikatos priežiūros bei galimybę suteikti grįžtamąjį ryšį apie gautas sveikatos priežiūros paslaugas;
- **Priimtinumas** – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ir medicinos mokslo principų bei medicinos etikos reikalavimų atitikimą;
- **Prieinamumas** – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ekonominę, komunikacinę ir organizacinę priimtinumą asmeniui ir visuomenei;
- **Tinkamumas** – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų bei patarnavimų kokybę ir efektyvumą;
- **Teisumas** – lygių visiško sveikatos potencialo siekimo galimybių kiekvienam asmeniui sudarymas paskirstant sveikatos priežiūros išteklius bei panaikinant kliūtis bei skirtumus, kuriuos lemia neteisingais traktuojami veiksniai;
- **Tęstinumas** – laipsnis, kuriuo paciento priežiūra yra koordinuojama tarp sveikatos priežiūros specialistų ir įstaigų;
- **Veiksmingumas** – sveikatos priežiūros intervencijų galimybės pasiekti užsibrėžtus sveikatinamo veiklos tikslus ir rezultatus įprastoje aplinkoje;

²⁷ Marchetti P., Voltz R., Rubio C., Mayeur D., Kopf A. Provision of palliative care and pain management services for oncology patients. 2013. [žiūrėta 13-01-19]. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2254564/>

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

- **Ekonomiškai pagrįstas efektyvumas** – aukščiausios kokybės sveikatos priežiūros bei sveikatos priežiūros paslaugų derinys, duodantis geriausius sveikatos rezultatus, užtikrinant mažiausius kaštus;
- **Saugumas** – užtikrinant saugią sveikatos priežiūrą ir jos aplinką pacientams bei sveikatos priežiūros sektoriuje dirbantiems darbuotojams, įdiegiant vieningą nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemą, formuojant naujovišką specialistų požiūrį į nepageidaujamus įvykius, jų valdymą.

Įstaigos veiklos efektyvumas ir ASPĮ sveikatos priežiūros efektyvumas yra tarpusavyje susiję ir didės tik tada, kai kokybės dimensijos bus užtikrinamos efektyviai panaudojant turimus finansinius išteklius ir atvirkščiai.

R. Buivydas pastebi, kad paslaugų kokybė ir prieinamumas pacientams yra labai svarbūs, nes pagrindinis pacientų tikslas – pasveikti. Todėl paklausos aspektu sveikatinimo sistemą reiktų vertinti kaip visumą, apimančią tiek gyventojų interesą būti sveikiems, tiek pacientų poreikį susirgus gauti tinkamą gydymą. Jo teigimu, gerėjant gyvenimo sąlygoms, visuomenė natūraliai „sensta“, tai yra, vis didesnę jos narių dalį sudaro vyresniojo amžiaus gyventojai. Jų poreikiai sveikatai paprastai didesni, sveikatos problemos sudėtingesnės, labiau komplikotos, o dažnai ir daugybinės. Be to, vyresnio amžiaus žmonės dažniau serga chroniškėmis ligomis, didėja ilgalaikės slaugos poreikis.²⁹

Lietuvoje, kaip ir dabartinėse pasaulio valstybių sveikatos apsaugos sistemose, vyrauja tendencija gerinti teikiamų paslaugų kokybę nedidinant išlaidų.³⁰ Vienas pagrindinių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų tikslų yra optimalus pacientų poreikių tenkinimas.³¹ Siekiama, kad gyventojai gautų kokybiškas paslaugas mažiausiomis sąnaudomis, atsisakant neveiksmingų ir nereikalingų paslaugų.³²

Lietuvoje paslaugų kokybės kontrolės ir pacientų saugos srityse yra nustatyti kokybės reikalavimai, kurie apibrėžti sveikatos priežiūros specialistų ir įstaigų licencijavimo tvarkose, taip pat minimaliuose paslaugų teikimo reikalavimuose.³³

Vertinant pirminės sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų kokybę, didelis dėmesys skiriamas paciento nuomonei apie suteiktų paslaugų kokybę.³⁴ Gyventojų poreikiai sveikatos priežiūros sistemai, apskritai paslaugų prieinamumui yra skirtingi tarp įvairių gyventojų grupių³⁵, tačiau daugelis

²⁹ Buivydas R. Lietuvos sveikatos sistema. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje, Vilnius, 2010, p. 143

³⁰ Slaninienė G. Šeimos gydytojo medicinos norma: daug pareigų, mažai teisių. // Farmacija ir laikas. 2006, 2 (5): p. 14-15

³¹ Texas department of state health services Texas HIV Case Management Project, 2009, Nr.13-13144, p. 6-18.

³² Thornicroft G., Tansella M., What are the arguments for community-based mental health care? // WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network, 2003, p.17

³³ Jankauskienė D. Sveikatos politikos ir valdymo raida bei pagrindiniai dabarties iššūkiai. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje, Vilnius, 2010, p. 132.

³⁴ Tidikis R. Socialinių mokslų tyrimų metodologija: vadovėlis. – Vilnius: Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras, 2003. p. 474 – ISBN 955-563-26-5.

³⁵ Pivorienė P. Atvejo vadyba socialinio darbo metodikoje // Socialinis darbas 2007, 6 (1), p. 68-69.

mokslininkų teigia, kad pacientų pasitenkinimas teikiamomis paslaugomis yra labai subjektyvus, nes priklauso nuo paciento amžiaus, lyties, jo lūkesčių ir asmeninės patirties, išsilavinimo, ligos stadijos ir jos pobūdžio, net nuo nuotaikos.

Pastaraisiais dešimtmečiais daugelyje pasaulio šalių dėmesio susilaukusi sveikatos priežiūros sistemos orientacija į pacientą ir jo poreikius, tampa vis svarbesne sveikatos sistemos reformos tendencija ir Lietuvoje. Siekiant pateikti moksliniais tyrimais pagrįstas rekomendacijas dėl sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimo, imta vertinti paciento nuomonę apie jam teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas. Visuotinai pripažinta, kad būtent pacientas turi vertinti, ar sveikatos priežiūros sistema yra orientuota į jo poreikius. Pasaulio sveikatos organizacija vienu reikšmingu sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimo rodikliu pripįžįsta paciento lūkesčių įgyvendinimą. J. Kairio nuomone, paciento lūkesčiai svarbūs ne tik kaip jo nuomonės išraiška, jų įgyvendinimas turi įtakos paciento pasitenkinimui sveikatos priežiūros paslaugomis, paslaugų vartojimui, gydymo režimo laikymuisi – taigi, ir gydymo rezultatams.³⁶

Sveikatos priežiūros kokybės bei paslaugų poreikio vertinimas iššaukia daug diskusijų. Ross S. su bendraautoriais teigia, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybę nulemia ne tik techninės įstaigų galimybės: teikiamų paslaugų įvairovė, medicinos technologijų lygis, medicinos įrangos galimybės, bet ir vadybos priemonių taikymas gyventojams aptarnauti – kaip gyventojams organizuojama sveikatos priežiūra, tinkamas visuomenės informavimas (ką gyventojai žino apie sveikatos priežiūros organizavimą, paslaugų įvairovę). Vienas svarbių vadybos rodiklių daugelyje šalių yra įstaigų administracijos pastangos įvertinti, kokie gyventojų poreikiai ir kaip pacientai vertina teikiamas paslaugas, medicinos personalo darbo kokybę.³⁷ Svarbus faktorius pacientų pasitenkinimui gerinti yra jo informavimas apie PSP teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, ligų prevencijos programas.

Pacientui, kaip paslaugos gavėjui, informacijos prieinamumas apie sveikatos priežiūros įstaigą, jos darbuotojus ir teikiamas paslaugas yra svarbus, nes tokia informacija skatina visuomenės narius optimaliai naudotis sveikatos priežiūros sektoriaus teikiamomis paslaugomis ir stiprina konkrečios gydymo įstaigos vaidmenį, kartu užtikrindama pranašumą prieš kitas toje teritorijoje esančias gydymo įstaigas, t.y. didina įstaigos konkurencingumą.³⁸

Šeimos gydytojų bei slaugytojų teises, pareigas ir atsakomybę nustato 2006 m. įsigaliojusi ir visiems šeimos gydytojams privaloma šeimos gydytojo norma³⁹, sukėlusį įvairias diskusijas tarp

³⁶ Kairys J. Sveikatos priežiūros paslaugos Lietuvoje gyventojų ir medikų akimis Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje, Vilnius, 2010, p. 322

³⁷ Ross S., Curry N., Goodwin N. Case management what it is and how it can best be implemented – The kings fund, 2011, p. 9-10 – ISBN 978-85717-630-8

³⁸ Ulianskiėnė R. Vítkūniėnė O., Hitaitė L. Integruotų Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikis ir plėtra // Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. – Vilnius: VĮ Seimo leidykla „Valstybės žinios“, 2006, p. 56

³⁹ SAM. Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ 2005m. gruodžio d. Nr.V-1013

gydytojų. Pasak A. Kunčinskienės, šeimos gydytojams atsirado daugiau pareigų, prisidėjo konsultacijos telefonu, sveikatos programų vykdymas, sveikos gyvensenos propagavimas ir kt., taigi padidėjo darbo krūvis. Padidėjo ir šeimos gydytojo atsakomybė už naujai pavestų ligų gydymą. Be šių funkcijų taip pat prisidėjo ir visai su medicina nesusijusių funkcijų, pavyzdžiui, pažymų slaugai įforminti arba specialiems poreikiams nustatyti visiškos negalios žmonėms išdavimas, ilgalaikių nedarbingumo pažymėjimų tęsimas, laikino nedarbingumo nustatymas bei kitų socialinių klausimų sprendimas.⁴⁰

Taigi, rezultatas sveikatos priežiūros politikų lūkesčius pateisinino tik dalinai. Gydytojai ir slaugytojai dėl laiko stokos ne visada atlieka jiems privalomas funkcijas, pvz. neskambina pacientams, arba nesuteikia išsamios informacijos apie prevencines programas. Dėl gydytojų užimtumo nemedicininėmis funkcijomis, sumažėjo galimų priimti pacientų skaičius, padidėjo eilės, o tai atitinkamai pablogino paslaugų kokybę.

Jau 2006 m. Nacionaliniame sveikatos tarybos metiniame pranešime⁴¹ buvo pabrėžtas koordinacijos trūkumas tarp šeimos gydytojų teikiamų paslaugų ir kitų sveikatos priežiūros įstaigų. Prof. L. Valius pažymi, kad slauga namuose teikiama epizodiškai tik pagal poreikį, dažnai nesilaikoma orientacijos į šeimą principo, neišvystyta ambulatorinė slaugos namuose paslaugos, socialinės asmens integracijos sistema. Jis atkreipia dėmesį į nepalankią pacientui sveikatos priežiūros sistemą: ilgos planinės gydytojo konsultacijos laukimo eilės, eilės prie gydytojo kabineto durų, pavargęs, nedėmesingas slaugytojas ir gydytojas, nepakankamas konsultacijos laikas, neaiškus siuntimų konsultuoti ar atlikti tyrimų tikslas, ilgos planinės specialisto konsultacijos ir sveikatos problemų vadybos stoka.⁴² Anot prof. D. Jankauskienės, viešosios vadybos stoka lemia kelių dešimčių pacientų eiles poliklinikose, neefektyviai išnaudojamą laiką, neatskirtus būtinosios ir planinės pagalbos reikalaujančių ligonių srautus. Taip pat ji teigia, kad gydytojas nemažai laiko skiria dokumentams pildyti, dėl to per mažai laiko lieka ligonio apžiūrai, pokalbiui. Pacientas priverstas pas gydytoją eiti kelis kartus. Taip pat dažniausiai ligoniai ateina tik tam, kad medikas pratęstų išrašytų vaistų receptą. Dar viena opi problema yra tai, kad senyvo amžiaus ligoniai dažnai į sveikatos priežiūros įstaigą ateina tik pasišnekėti. Senyvo amžiaus žmonės turi daugiau sveikatos sutrikimų, todėl ir jų poreikiai didesni, reikalaujantys daugiau medikų laiko.⁴³

⁴⁰ Valius L. Pirminė sveikatos priežiūra ir šeimos medicina. Šeimos medicinos pagrindai: vadovėlis. – Kaunas: Vitae litera, 2003, p. 8. – ISBN 9955-9596-1-4.

⁴¹ Valius L. Pirminės sveikatos priežiūros problemos. Šeimos gydytojo institucija: jos valdymo pirminėje sveikatos priežiūros grandyje // Nacionalinės sveikatos priežiūros tarybos metinis pranešimas, Vilnius VĮ Seimo leidykla, 2006 m.

⁴² Valius L. Pirminės sveikatos priežiūros problemos. Šeimos gydytojo institucija: jos valdymo pirminėje sveikatos priežiūros grandyje // Nacionalinės sveikatos priežiūros tarybos metinis pranešimas, Vilnius VĮ Seimo leidykla, 2006 m.

⁴³ Veidas.lt Eilės Lietuvos poliklinikose- prastos vadybos padarinys, 2011 gruodžio 13 d. {interaktyvus}, {žiūrėta 2012-11-12}. Prieiga per internetą <http://www.veidas.lt/eiles-lietuvos-poliklinikose-%E2%80%93-prastos-vadybos-padarinys>

Europos komisija parengė 2007 m. sveikatos strategiją „Kartu sveikatos labui. 2008 – 2013 m. ES strateginis požiūris“, kurioje pabrėžiamas ryšys tarp sveikatos ir ekonominės gerovės, pripažįstamos piliečių teisės daryti poveikį sprendimams, susijusiems su fizine ir psichine sveikata.

Kaip didžiausia problema pirmiausiai iškeliami demografiniai pokyčiai visuomenėje – visuomenės senėjimo problema.⁴⁴ Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integruoto teikimo poreikį sąlygoja besikeičianti demografinė ir epidemiologinė situacija Europoje, tuo pačiu ir Lietuvoje.

Besikeičiančioje visuomenėje, nuolatos tobulėjant medicinos bei informacinėms technologijoms, siekiama kuo labiau patenkinti visuomenės lūkesčius ir poreikius. A. Juozulynas su bendraautoriais apibūdina integraciją kaip daugiamatę sąvoką, kuri taikoma struktūrinėms ir funkcinėms sveikatos paslaugų problemoms spręsti bei plėtros ekonominio racionalumo ir efektyvumo įvertinimui. Jų teigimu įrodyta, kad integracija didina sveikatos priežiūros veiksmingumą ir kokybę. Sveikatos ir socialinės politikos veiksmingumas pasiekiamas integruojant sveikatos ir socialinės priežiūros funkcijas.⁴⁵

O. Grone ir M. Garcia-Barbero kompleksinę priežiūrą pateikia kaip koncepciją, kuri turėtų sujungti išteklius bei jų paskirstymą, valdant ir organizuojant sveikatos priežiūros, slaugos bei globos, reabilitacijos ir sveikatos stiprinimo tarnybų veiklą.⁴⁶

Lietvos sveikatos informacijos centro tyrimas patvirtino šeimos gydytojo institucijos stiprinimo ir darbo organizavimo tobulinimo poreikį.⁴⁷ E. Netting ir F. Williams nuomone, ypač aktualu gerinti ir efektyviau praktikoje koordinuoti pagyvenusiems žmonėms teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas.⁴⁸

E. Nolte su bendraautoriais pastebėjo, kad, teikiant paslaugas vyresniems, lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams šalyse, kuriose pirminė asmens sveikatos priežiūra daugiausiai remiasi komandiniu gydytojo, slaugytojo ir kitų specialistų darbu, pacientams įvairiapusės pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugos tapo labiau prieinamos. Siekiant užtikrinti paslaugų tęstinumą, šalyse steigiamos specializuotos slaugos klinikos (*angl. „nurse-led clinics“*) arba buriamos profesionalų komandos, kurių veiklą, teikiant paslaugas pacientui, koordinuoja jį prižiūrintis slaugytojas (*angl. „case managment“*). Mokslininkai mano, kad ši Švedijos, Anglijos, Olandijos ir kitų šalių patirtis

⁴⁴ Commission of the European Communities. White Paper. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013. COM(2007) 630 final. Brussels.

⁴⁵ Juozulynas A., Jurgelėnas A., Filipavičiūtė R. et al. Gyvenimo kokybės prognozavimo galimybė senstančioje visuomenėje. *Gerontologija* 2010; 11(3):141– p. 47.

⁴⁶ Kodner D. L., Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications--a discussion paper. *Int J. Integr. Care* 2002; 2:e12.

⁴⁷ Lietuvos sveikatos informacijos centras. 2012 m. p. 27. [žiūrėta 13-01-22]. Prieiga per internetą: <http://www.lsic.lt>

⁴⁸ Netting F. Ellen, Williams Frank G. Case manager-physician collaboration: Implications for Professional Identity, Roles, and Relationships. [žiūrėta 12-10-24]. Prieiga per internetą: <http://hsw.oxfordjournals.org/content/21/3/216.short>

teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, leidžia greičiau pasiekti geresnių gydymo rezultatų, be to, taupo sveikatos priežiūrai skiriamas lėšas.⁴⁹

Atsižvelgiant į aukščiau nurodytas problemas, galima išskirti kelias viešosios vadybos tobulinimo kryptis:

- su medicina nesusijusių funkcijų perdavimas atvejo vadybininkui,
- asmens socialinės integracijos sistemos vystymas bei plėtojimas, senyvo amžiaus ir sergančių daugybinėmis, lėtinėmis, psichologinėmis ir socialinėmis ligomis, vaikų ir nėščiąjų priežiūros koordinavimas,
- sveikatos paslaugų prieinamumo gerinimas, mažinant eiles patekti pas gydytoją, optimaliai išnaudojant vizito laiką.

Įgyvendinant Lietuvos sveikatos sistemos 2011 – 2020 m. plėtros metmenyse numatytus tikslus toliau plėtoti šeimos gydytojo ir slaugytojo paslaugas, didinti jų apimtį ir plėsti formas 2012 – 2013 m. numatyta tobulinti PASP paslaugų veiklos organizavimą, įvedant šeimos gydytojo atvejo vadybininko bei slaugytojų padėjėjų etatus. K. Štaras ir T. Vedlūga teigia, kad tai pagerins paslaugų prieinamumą ir sumažins tiesiogiai su gydymu nesusijusį darbo krūvį. Taip pat numatoma skatinti šeimos gydytojo ir slaugytojo komandos glaudų bendradarbiavimą su socialiniu darbuotoju. Sveikatos apsaugos ministerijos įsitikinimu, vykstantis visuomenės senėjimas lems dar didesnius gyventojų sveikatos poreikius, todėl negalima delsti sprendžiant sveikatos paslaugų vadybos problemas.⁵⁰

Apibendrinus galima teigti, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybę nulemia ne tik ištekliai, techninės įstaigų galimybės (teikiamų paslaugų įvairovė, medicinos technologijų lygis, medicinos įrangos galimybės), bet ir lankstus šiuolaikinės vadybos principų pritaikymas sveikatos priežiūros įstaigų darbo organizavime.⁵¹ Į šeimos gydytojo ir slaugytojo komandą integruotas atvejo vadybininkas puikiai atitiktų šiuos poreikius.

1.2. Atvejo vadybos samprata ir modeliai

Literatūroje lietuvių ir anglų kalbomis randami įvairūs atvejo vadybos apibrėžimai. Pasak Rubin, atvejo vadyba – tai paslaugų teikimo būdas, užtikrinantis, kad sudėtingų problemų turintis klientas laiku ir tinkamai gautų visas reikiamas paslaugas.⁵² Kane teigia, jog tai tam tikrų paslaugų tam tikriems klientams (rizikos grupei), nustatymo, koordinavimo ir stebėsenos sistema.⁵³ Vorleikis, Green

⁴⁹ Nolte E., McKee M., Knai C. Managing chronic conditions: An introduction to the experience in eight countries. In: Nolte, E., McKee M., Knai C., editors. Managing chronic conditions. Experience in eight countries. EU: European Observatory on Health Systems and Policies, 2008:1-14.

⁵⁰ Štaras K., Vedlūga T. Atvejo vadybininko modelio analizė sveikatos sistemos kontekste. Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai, Vilnius, 2012 1(4).

⁵¹ Valius L. Pirminės sveikatos priežiūros problemos. Šeimos gydytojo institucija: jos vaidmuo pirminėje sveikatos priežiūros grandyje // Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. -Vilnius: VĮ Seimo leidykla „Valstybės žinios“, 2006.

⁵² Rubin, 1992, cit. pagal Pivorienė P. Atvejo vadyba socialinio darbo metodikoje // Socialinis darbas 2007, 6 (1).

⁵³ Kane, 1984, cit. pagal Pivorienė P. Atvejo vadyba socialinio darbo metodikoje // Socialinis darbas 2007, 6 (1).

atvejo vadybą apibūdina kaip logiškų, nuoseklių žingsnių ir sąveikos procesų paslaugų tinkle visumą, užtikrinančią, kad klientai gautų palaikančias efektyvias, atsiperkančias reikiamas paslaugas.⁵⁴

Pasak A. Germanavičiaus ir D. Čiurinsko (2002) šis metodas remiasi individualiu požiūriu į kiekvieną klientą. Atvejo vadybininko pareiga – suteikti klientams visą informaciją apie bendruomenėje teikiamas paslaugas ir jų pobūdį bei užtikrinti šių paslaugų prieinamumą. Be to, atvejo vadybininkas padeda apsispręsti, kurios paslaugos labiausiai atitinka kliento poreikius ir tikslus bei vėliau, bendradarbiaudamas su paslaugų teikėjais, stebi, kaip viena ar kita paslauga daro įtaką kliento gyvenimo kokybei bei rehabilitacijai. Autorių nuomone, atvejo vadyba kaip rehabilitacijos metodas dažniausiai taikoma klientams su chroniškais problemomis ir ilga ligos istorija. Dažnai tai būna lemiamą priemonė, stengiantis grąžinti sunkios negalios žmones į bendruomenę bei padėti joje išsilaikyti.⁵⁵ Atvejo vadyba turi dvi pagrindines funkcijas – palaikyti ryšį su negalia turinčiais asmenimis ir užtikrinti, kad paslaugos jiems būtų pagrįstos kokybės standartais ir padėtų grįžti į visavertį gyvenimą.⁵⁶

Terminas „atvejo vadyba“ (angl. „*case management*“) šiuo metu plačiai naudojamas apibūdinti veiklos įvairovę ir reikiamus išteklius tiems, kurie susiduria su sudėtingomis sveikatos, teisinėmis ar socialinėmis problemomis.⁵⁷ Margaret A. Hanson teigimu, atvejo vadyba (angl. „*case management*“) gali būti priskirta prie potencialiai skirtingų socialinių tikslų įgyvendinimo valdymo.⁵⁸

Patridge S. teigia, kad atvejo vadyba (angl. *case management*) yra ganėtinai sudėtingas procesas ir reikalauja specialaus pasiruošimo ir įgūdžių. Jos nuomone, tai esminė priemonė teikiant integruotą priežiūrą, kuri tarptautiniu mastu tapo vienu priimtinausių modelių teikiant sveikatos priežiūros paslaugas žmonėms, turintiems ilgalaikių ir sudėtingų sveikatos sutrikimų bei įvairių socialinės priežiūros poreikių. Atvejo vadyba – socialinių paslaugų ir asmens sveikatos priežiūros integracija individualiu lygmeniu. Bendrąja prasme atvejo vadyba taikoma įvairiose srityse, apima daugelį disciplinų, tačiau didžiojoje mokslinių šaltinių dalyje yra nagrinėjama kaip psichikos sveikatos ir socialinio darbo taikymas praktikoje. Būtent iš šių sričių kildinama atvejo vadybos koncepcija.⁵⁹

JAV mokslininkai teigia, kad jų šalyje atvejo vadyba ilgainiui tapo išstobulinta intervencija sprendžiant deinstitutionalizacijos ir decentralizacijos sukeltus paslaugų fragmentiškumo ir dalinio finansavimo sunkumus asmenims, kuriems reikalinga ilgalaikė parama ir medicininės bei socialinės

⁵⁴ Vourlekis, Greene, 1992, cit. pagal Pivorienė P. Atvejo vadyba socialinio darbo metodikoje // Socialinis darbas 2007, 6 (1).

⁵⁵ A. Germanavičius, D. Čiurinskas. Atvejų vadybos metodas. Kas tai? // Sveikata, Nr. 8, 2002.

⁵⁶ Innovative Models and Best Practices in Case Management and Support Coordination. 2008. [žiūrėta 12-10-17]. Prieiga per internetą: <http://ici.umn.edu/products/prb/191/>

⁵⁷ Missouri Foundation for Health, 2003. [žiūrėta 13-01-20]. Prieiga per internetą: <http://www.mffh.org/mm/files/2003MFHAnnual.pdf>

⁵⁸ Hanson M, Burton K. The costs and benefits of active case management and rehabilitation for musculoskeletal disorders. 2006. p. 22. [žiūrėta 13-12-03]. Prieiga per internetą: <http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/tr493.pdf>

⁵⁹ Patridge S. Examining case management models for community sentences - Home office online report 17/04, 2004, p. 11 – ISBN 1 84473 246 0

paslaugos.⁶⁰ Atvejo vadyba – ilgas bendradarbiavimo procesas, reikalaujantis žmogiškųjų išteklių ir koordinavimo žinių.⁶¹ Atvejo vadyba apibrėžiama kaip valdžios perleidimo į profesionalo (atvejo vadybininko) rankas, kuris nėra tiesiogiai sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas, bet, kuris tai prižiūri ir yra atsakingas už koordinavimą ir įgyvendinimą.⁶²

A.Germanavičius, D. Čiurinskas apibrėžia atvejo vadybą kaip metodą, kuris akcentuoja darbo su klientu individualią ir bendruomeninę dimensijas, nes yra iškeliamos vidinės kliento ir socialinio darbuotojo galimybės bei kompetencijos ir ryšys su socialiniais tinklais. Svarbiausias atvejo vadybos tikslas yra optimizuoti kliento funkcionavimą efektyviausiu būdu, teikiant jam aukščiausios kokybės paslaugas, tenkinant daugialypius ir kompleksinius jo poreikius⁶³. Atvejo vadyba – bendradarbiavimu grindžiamas procesas, kai naudodamasis komunikacija ir turimais ištekliais atvejo vadybininkas, orientuodamasis į individualių poreikių patenkinimą, įvertina kliento galimybes, galimus pasirinkimus bei paslaugas, kurias vėliau planuoja, koordinuoja jų suteikimą, siekia kokybiškų ir ekonomiškai efektyvių rezultatų.⁶⁴ Įvairių sričių atvejo vadybos procesą sudaro šie etapai:⁶⁵

Atvejo identifikavimas. Šiame etape nustatoma, ar reikia pacientą įtraukti į atvejo vadybos procesą.

Informacijos rinkimas ir įvertinimas. Interviu ar kitais būdais įvertinami kliento poreikiai. Šis etapas neišvengiamai patenka į pirmąjį etapą.

Planavimas. Atvejo vadybininkas ir kiti komandos nariai sukuria konkrečiam atvejui planą, kuriuo vadovaujantis bus siekiama patenkinti nustatytus kliento poreikius.

Konkreto atvejo plano įgyvendinimas. Pagal planą priskirti asmenys ir (ar) organizacijos vykdo nustatytus veiksmus.

Vertinimas. Nustatytais laikotarpiais vertinamas kliento progresas siekiant užsibrėžtų tikslų. Reikalui esant, pakartotinai įvertinami poreikiai, koreguojamas konkretaus atvejo planas.

Užbaigimas. Atvejo vadybininkas ir komandos nariai, nustatę, kad kliento poreikiai patenkinti ir jam nebereikalinga papildoma parama ar (ir) priežiūra, sustabdo paslaugos teikimą.

⁶⁰ HIV prevention case management, Atlanta, 1997 [interaktyvus], [žiūrėta 2012-09-22]. Prieiga per internetą:

http://www.cdc.gov/hiv/topics/prev_prog/crcs/resources/PCML/pdf/HIVPCML.PDF

⁶¹ Exploring the differences between adaptive case management and business process management. 2011. [žiūrėta 13-02-20]. Prieiga per internetą: <http://www.processmakerblog.com/acm/exploring-the-differences-between-adaptive-case-management-acm-and-business-process-management-bpm/>

⁶² Sharon A. Watts. Diabetes Nurse Case Management Training Program: Enhancing Care Consistent With the Chronic Care and Patient-Centered Medical Home Models. [žiūrėta 13-02-24]. Prieiga per internetą:

<http://clinical.diabetesjournals.org/content/29/1/25.extract>

⁶³ A.Germanavičius, D.Čiurinskas. Atvejų vadybos metodas. Kas tai?//Sveikata, Nr.8,2002.

⁶⁴ Standards of Practice for Case management, Revised 2010 [interaktyvus], [žiūrėta 2012-08-02]. Prieiga per internetą: <http://www.cmsa.org/portals/0/pdf/memberonly/StandardsOfPractice.pdf>

⁶⁵ Technical Notes Case management for the RRRRI process [interaktyvus], [žiūrėta 2012-10-20]. Prieiga per internetą: http://www.saievac.info/editor_uploads/File/UNICEF%2ODOCS/06a_%2ORRRI%20Case%20Management%20Notes.pdf

Atvejo vadybos modeliai

Atvejo vadybos modeliai pasižymi didele įvairove ir taikomi įvairiose srityse. Nuo paslaugų teikimo aplinkybių kinta jų tikslai ir dinamika. Per pastaruosius dešimtmečius susiformavo šie pagrindiniai atvejo vadybos modeliai.⁶⁶

Tradiciniai atvejo vadybos modeliai

Tradiciniai atvejo vadybos modeliai susiformavo psichiatrijos sveikatos srityje kaip atsakas į deinstitutionalizaciją, kai pacientai iš stacionarių psichikos sveikatos centrų buvo gražinti atgal į visuomenę, nors jiems dar reikėjo įvairių socialinių ir sveikatos paslaugų, kurios jiems padėtų sėkmingai prisitaikyti visuomenėje.

Jėgų modelis (angl. *strengths model*). Šis modelis buvo sukurtas kaip atsakas į brokerio modelį pabrėžiant asmens stipriąsias puses. Modelio tikslas yra padėti asmenims pasiekti savo asmeninius tikslus. Čia dėmesys sutelkiamas identifikuojant kliento stiprybes ir užtikrinant išteklius, būtinus jiems integruojantis į bendruomenę ir gerinant gyvenimo kokybę. Jėgų modelis paremtas šešiais principais: 1) pagrindinis dėmesys skiriamas ne kliento ligai, o galimybei būti nepriklausomu, 2) kliento ryšys yra esminis, 3) sutelkiamas dėmesys į kliento norimus rezultatus, 4) bendruomenė yra ne kliūtis, o vieta, pilna išteklių, 5) agresyvus informavimas yra priimtinausias intervencijos būdas, 6) asmenys turi gebėjimą augti, mokytis ir keistis.

Reabilitacijos modelis (angl. *the rehabilitation model*). Šis modelis yra panašus į jėgų modelį. Abu modeliai pabrėžia svarbą teikiant paslaugas, pagrįstas klientų norais ir tikslais. Remiantis šiais modeliais svarbu nustatyti klientų stipriąsias puses ir sukurti priežiūros planą, kuriuo siekiama naudojant stiprybes palengvinti savarankišką gyvenimą. Šiame modelyje specialistui tenka aktyvus ir betarpiškas vaidmuo, bendraujant su klientu.⁶⁷

Kategoriškasis bendruomenės gydymo modelis (angl. *assertive community treatment model*). Tai ilgalaikis įsipareigojimas klientams, nesvarbu, kiek laiko jiems reikia paslaugos. Paslaugos įgyvendinamos kliento namuose. Daugiadisciplininė komanda teikia paslaugas, kurių pagrindinis prioritetas yra parama kasdieniam gyvenimui. Modelio paslaugos apima pagalbą klientams susidorojant su ligos simptomais ir sprendžiant kasdienio gyvenimo problemas, tokias kaip pinigų valdymo, transporto, būsto bei darbo paieškos. Šis modelis turi tvirtą empirinį pagrindimą. Tyrimai

⁶⁶ Texas department of state health services Texas HIV Case Management Project, 2009, Nr.13-13144, p. 6-18.

⁶⁷ Čaplinskas S. ŽIV ir AIDS atvejo valdymo modelio diegimas Lietuvoje: teorija ir praktika –Vilnius: Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras, 2009, p. 44-47.

rodo, kad jis sumažina klientų hospitalizacijos terminus, gerina vartotojų, reikalingų daugybinių psichologinės sveikatos paslaugų gyvenimo kokybę.⁶⁸

Intensyvusis modelis (angl. *intensive model*). Intensyvios priežiūros vadybos modelis buvo sukurtas siekiant patenkinti aukštus paslaugų vartotojų poreikius. Šis modelis panašus į kategorišką bendruomenės gydymo modelį tuo, kad daugiadisciplininė komanda teikia paslaugas klientams ir priežiūrą tiek laiko, kiek jo reikia. Šis modelis apima savimi aprėptį, kliento vertinimo poreikius ir koordinavimo priežiūrą. Nuo kategoriškojo modelio skiriasi tarpininkavimo paslauga, skirta padėti sergantiems sunkia psichikos liga bei pagerinti integraciją į bendruomenę. Tyrimai parodė, kad intensyvusis modelis labiau tinka kaimo vietovėms dėl ne dažno kontaktavimo su klientu.

Paprastasis modelis (angl. *generalist model*). Šiame modelyje atvejo vadybininkai įvertina klientų poreikius ir sukuria gydymo planus, kurie apima pastebėtus kliento poreikius. Šis modelis svarbus tuo, kad čia pacientų sveikatos priežiūros planus sudaro kliento poreikiai, pastebėti atvejo vadybininko, o ne nustatyti poreikiai kaip kategoriškajame bei intensyviajame modeliuose. Siekiant patenkinti šiuos poreikius vienas atvejo vadybininkas dirba su 20 - 40 klientų.

Asmens sveikatos priežiūros modeliai

Asmens sveikatos priežiūros sistemos atvejo vadybos modeliai taikomi sveikatos priežiūros įstaigose, kur dirba PASP tarnybos, slaugytojai, gydytojai, kurie dažniausiai ir yra atvejo vadybininkai. Atvejo vadybos modeliai sveikatos priežiūros sistemoje susiformavo kaip atsakas į deinstitutionalizaciją, kai pacientai iš stacionarių sveikatos centrų, dar vis reikalingų įvairių socialinių ir sveikatos paslaugų, grąžinami į visuomenę ir, kad galėtų joje sėkmingai funkcionuoti, reikalinga asmens priežiūra.

Slaugytojo modelis (angl. *nurse model*). Išskiriamos trys slaugytojo atvejo vadybos kategorijos: konkrečios ligos, individualus ir kaimo bendruomenės, taip pat keturi atvejo vadybos komponentai, būdingi kiekvienai iš šių kategorijų: funkcijos, būdai ir technologija, procesas ir paslaugos. Kuriant gydymo planą, svarbu pasiekti šiuos rezultatus: finansų, klinikinę, funkcinę gerovę, pasitenkinimą, kokybę bei humaniškumą. Slaugytojo modelis bus veiksmingas, jei rezultatai bus siekiami remiantis visais keturiais atvejo vadybos komponentais.

Gydytojo praktikos modelis (angl. *physician practice model*). Šiame modelyje gydytojo praktika yra apibūdinama kaip paslaugų teikimo strategija, sutelkianti gydytojo dėmesį biomedicinos, psichosocialinės bei klientų priežiūros kontekste. Gydytojo praktikos modelyje atvejo vadybininkų ir pacientų santykių plėtojimas tampa būtinas, siekiant palengvinti paslaugų teikimą. Atvejo

⁶⁸ Encyclopedia of mental health Case management [interaktyvus], [žiūrėta 2013-01-19]. Prieiga per internetą: <http://www.minddisorders.com/Br-Del/Case-management.html#b>

vadybininkas dirba kaip tarpininkas tarp gydytojo ir paciento nuolat stebint paciento būklę, vartojamus vaistus bei vykdant gydytojo nurodymus. Modelis puikiai tinka dirbant su vyresnio amžiaus žmonėmis.

Pirminės priežiūros modelis (angl. *primary care model*). Šis modelis buvo sukurtas siekiant padidinti naudojamąsi pirmine ir prevencine sveikatos priežiūra bei sumažinti naudojamąsi skubia pagalba. Pirminės sveikatos priežiūros modeliu buvo siekta pagerinti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų savalaikiškumą, kokybę, tęstinumą ir tinkamumą bei sumažinti bendras sveikatos priežiūros išlaidas.

Socialinio darbo modeliai

Socialinių darbo modelių atvejo vadybininkai nėra sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai.

Brokerio/tarpininkavimo (angl. *brokerage model*). Tarpininkavimo modelyje sveikatos priežiūros specialistas įvertina besikeičiančius kliento poreikius ir pasirūpina, kad paslaugas suteiktų nustatyti kiti paslaugų teikėjai. Šis modelis buvo sukurtas pacientams, sergantiems sunkia psichikos liga. Tarpininkavimo modelis buvo kaip strategija prijungti klientus prie būtino gydymo ir reabilitacijos paslaugų. Pagal šį modelį, atvejo vadybininko pareiga yra įvertinti kliento poreikius ir suteikti klientui reikalingas paslaugas, siekiant patenkinti jo poreikius. Išskirtos penkios tarpininkavimo modelio atvejo vadybininko funkcijos 1) vertinimas; 2) planavimas; 3) siuntimas gauti paslaugų; 4) stebėjimas ir 5) atstovavimas.

Klinikinis modelis (angl. *clinical model*). Klinikinis atvejo modelis buvo sukurtas kaip brokerio modelio atšaka, nes atvejo vadybininkai dažnai turi veikti kaip gydytojais teikiant tiesiogines paslaugas. Klinikiniame modelyje išskiriamos keturios plačios paslaugų sritys: 1) pradinis etapas (dalyvavimas, įvertinimas, planavimas), 2) aplinkos apsaugos priemonės (ryšys su bendrijos ištekliais, konsultacijos su šeimomis ir kitais juos slaugančiais asmenimis, techninė priežiūra ir, plečiant socialinius tinklus, bendradarbiavimas su gydytojais ir ligoninėmis, atstovavimas), 3) paciento intervencijos (individuali psichoterapija, savarankiško gyvenimo įgūdžių mokymas, paciento psichoedukacija), 4) paciento aplinkosaugos intervencijos (krizių intervencija, stebėsena).

Socialinis-medicininis modelis (angl. *socio-medical model*). Pagal šį modelį atvejo vadybininkas veikia kaip tarpininkas tarp kliento ir paslaugų teikėjo. Šiame modelyje svarbiausias visapusiškas paslaugų paketo koordinavimas, tačiau, dėl to daroma prielaida, jog ten, kur įmanoma, bus teikiamos pigiausios ir kokybiškiausios paslaugos.

Paciento palaikymo modelis (angl. *patient advocacy model*). Šis modelis pabrėžia, kad priimant sprendimą dėl gydymo plano svarbu atsižvelgti į pacientą visomis apilnkybėmis. Gydymo režimas yra nustatomas ne tik pagal kliento sveikatos priežiūros paslaugų poreikius, bet ir atsižvelgiant į

psichologinę, socialinę bei finansinę padėtį. Pagrindinis dėmesys skiriamas įvairių paslaugų koordinavimui siekiant pagerinti sveikatos priežiūros kokybę.

Jungtinis modelis (angl. *Consolidated model*). Pagal šį modelį, įvairių specialistų bei paslaugų teikėjų komanda įvertina besikeičiančius klientų poreikius ir suteikia paslaugas. Keli teikėjai yra sujungti į komandą, kuri priima sprendimus dėl papildomų ar alternatyvių paslaugų pacientui. Taigi, gydymo planas vykdomas bendru komandos sutarimu.

2. ATVEJO VADYBOS MODELIS VŠĮ CENTRO POLIKLINIKOJE

2.1. Atvejo vadybos modelio ypatumai

VŠĮ Centro poliklinika yra viešoji sveikatos priežiūros ne pelno įstaiga, teikianti pirmines bei antrines ambulatorines ir antrines stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas.⁶⁹ Poliklinikos veiklos tikslas – gerinti gyventojų sveikatą, nustatyta tvarka teikti gyventojams pirmines bei antrines ambulatorines ir antrines stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, užtikrinti jų kokybę. Kaip ir e. sveikatos sistemos, taip ir atvejo vadybos modelio „plėtra orientuota į gyventojus, jų sveikatos išsaugojimą, stiprinimą, anktyvą ligų diagnostiką ir gydymą laiku, teikiant jiems tiesiogines ir netiesiogines (per sveikatinimo veikloje dalyvaujančius medikus) paslaugas.“⁷⁰

Šiuo metu Centro poliklinikoje dirba 3 šeimos atvejo vadybininkai, įvardinti šeimos gydytojo ir slaugytojo asistentais. Asistentų nuostatos įtvirtintos Centro poliklinikos asistento pareigybės aprašyme, pagal kurį asistentui keliami šie pagrindiniai reikalavimai⁷¹:

- Turėti aukštąjį arba aukštesnįjį išsilavinimą.
- Būti susipažinus su Lietuvos Respublikos Konstitucija, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymu, Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymu ir kitais svarbiais teisės aktais.
- Mokėti analizuoti ir apibendrinti informaciją, gebėti sklandžiai dėstyti mintis raštu ir žodžiu.
- Sugebėti savarankiškai planuoti ir organizuoti savo veiklą.
- Mokėti dirbti su įprastomis biuro kompiuterinėmis programomis.
- Mokėti užsienio kalbą.

Pagal aprašą asistentai negali vykdyti medicininių intervencijų, be to vadybinį išsilavinimą turintį specialistą rasti paprasčiau ir lengviau. Asistentui šiuo metu keliami tik administracinio pobūdžio reikalavimai, tą atspindi ir jam patikėtos funkcijos. Centro poliklinikoje asistento funkcijos yra šios:

1. Telefonu ar kitomis ryšio priemonėmis informuoti apie privalomąjį sveikatos draudimą, poliklinikoje vykdomas prevencines programas, teikiamas paslaugas ir įkainius, gydytojus ir kt. specialistus.

⁶⁹ Viešosios įstaigos Centro poliklinikos vidaus tvarkos taisyklės, patvirtinta VŠĮ Centro poliklinikos direktoriaus 2010-05-07 įsakymu Nr. V-73

⁷⁰ Štaras K. Informacinių technologijų įtaka sveikatos priežiūros įstaigos veiklos efektyvumui: analizė, vertinimas, veiksmingumas. Daktaro disertacija. 2011 m. p. 16.

⁷¹ VŠĮ Centro poliklinikos asistento pareigybės aprašymas direktoriaus 2011 m. lapkričio 9 d. įsakymu Nr. V - 129

Ši funkcija orientuota į paciento poreikį gauti norimą ar reikalingą informaciją. Asistentas informuoja pacientą apie nemokamas prevencines programas, to nebereikia daryti šeimos gydytojui vizito metu. Tinkamai informuoti pacientai, naudodamiesi ligų prevencija, išvengia rimtesnių bei užleistų sveikatos sutrikimų ir gydymas atsieina pigiau.

2. Per poliklinikos informacinę sistemą registruoti pacientus pas gydytojus, tikrinti, pildyti paciento kontaktinius duomenis joje.

Ši funkcija orientuota į paslaugų prieinamumo gerinimą tenkinant paciento poreikį gauti savalaikes sveikatos priežiūros paslaugas. Gydytojams nebereikia teikti informacijos pacientams rūpimais klausimais, taip taupomas sveikatos priežiūros specialistų laikas. Gydytojai gali priimti daugiau pacientų, tai mažina laukiančių vizito pacientų eiles. Asistentas pildo ir tikrina paciento duomenis, taip išvengiama įvairių nesusipratimų.

3. Analizuoti greitosios medicinos pagalbos (toliau - GMP) ataskaitas ir kviesti pacientus pas gydytoją.

Ši asistento funkcija orientuota į paciento, reikalingo skubios pagalbos poreikį. Dėmesys sutrikusiam pacientui po GMP iškvietimo padeda susiorientuoti, įvertinti situaciją ir apsispręsti - reikia jam pas gydytoją ar ne. Pacientai noriai naudojami šia paslauga, nes yra užrašomi vizitui pas gydytoją neišeidami iš namų. Savalaikis vizitas pas specialistą įgalina išvengti ligos komplikacijų, didina pacientų pasitenkinimą.

4. Tikrinti pacientų draustumą, konsultuoti privalomojo sveikatos draudimo klausimais.

Ši asistento funkcija orientuota į paciento informuotumo apie draustumą poreikį. Lietuvoje žmonės dažnai keičia darbą, išvažiuoja kuriam laikui į užsienį, dėl to dažnai praranda draustumą. Asistentas, suteikdamas informaciją, padeda pacientui susitvarkyti draustumą, ir šis gali gauti reikalingas sveikatos priežiūros paslaugas.

5. Bendradarbiauti su kitais asmens sveikatos priežiūros komandos nariais.

Ši asistento funkcija orientuota į glaudų bendradarbiavimą su kitais asmens sveikatos priežiūros komandos nariais. Asistentas teikia jiems informaciją apie pacientų srautus, palaiko ryšį su kitomis sveikatos priežiūros įstaigomis. Tai gerina sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir mažina gyventojų sergamumą.

2012 m. VšĮ Centro poliklinikoje atliktas pacientų nuomonės tyrimas apie asistentų darbą. Tyrime dalyvavo 243 poliklinikos pacientai. Tyrimo metu informantai nurodė, kad pritaria asistento pareigybės sveikatos priežiūros įstaigoje įvedimui. Jų nuomone asistentai reikalingi, nes:

- Teikia informaciją apie prevencines programas, kuri yra labai naudinga ir reikalinga, nes dauguma pacientų apie jas arba nieko nežino, arba tiesiog pamiršta. Pacientai patenkinti, kad asistentai juos pakvietė pasitikrinti pagal prevencines programas, todėl jiems buvo laiku diagnozuota liga ir taip jie išvengė rimtesnių ligos komplikacijų.

- Informuoja ir organizuoja galimybę pasitikrinti netgi tiems, kurie į sveikatos priežiūros įstaigą patys visai nesikreipia.
 - Palaiko pacientų budrumą. Pacientai teigia, kad dažniausiai į gydytoją kreipiasi tik atsiradus ligos simptomams, kas būdinga jauniems, dirbantiems ir labai užimties žmonėms. Galimybė užsirašyti pas sveikatos priežiūros specialistą ir atvykti tiksliai nurodytu laiku jiems yra labai priimtina.
 - Suteikia pacientams daugiau aktualios informacijos. Pacientai teigia, kad vizito metu klausti vieno specialisto apie kito arba bendrai poliklinikoje teikiamas paslaugas jiems nėra nei galimybių, nei skiriama tam laiko. Tuo tarpu asistentas suteikia visą norimą informaciją.
 - Palengvina gydytojo darbą. Šeimos gydytojai ir slaugytojai yra labai užimti, neturi laiko telefonu informuoti pacientus, dažnai tai daro po darbo valandų. Taigi sveiki ir pas šeimos gydytojus nesilankantys pacientai vargu ar iš viso gali tikėtis gauti jiems aktualią informaciją.
 - Mažina eiles, nes užregistravus pacientą po GMP ar prevencinių programų patikrai, nebereikia pacientui pačiam gaišinti registratūros darbuotojų ar prašyti šeimos gydytojo siuntimo.

Eilių problema yra labai aktuali ir visų pacientų akcentuojama. Asistentas negali šiuo metu šios problemos išspręsti, tačiau asistento pareigybė kuriama palaipsniui, jos funkcijos pildomos, todėl galima tikėtis, kad asistentas ateityje prisidės ir prie šios problemos sprendimo.

Dalis pacientų teigia, kad elektroninėmis priemonėmis būtų greičiau ir paprasčiau gauti informaciją. Tačiau tokiu būdu aktualią informaciją gautų tik tie, kurie pastoviai naudojami elektroninėmis priemonėmis (išmaniaisiais telefonais, planšetiniais kompiuteriais, stacionariais bei nešiojamais kompiuteriais). Tuo tarpu kiti, kurie nesinaudoja šiais įrenginiais, visai informacijos negautų. Atsižvelgus į tai, kad didžioji poliklinikos pacientų dalis yra garbaus amžiaus, jiems informacija telefonu yra priimtinesnė. Be to tiesioginio kontakto metu įsijungia įtagos faktorius, abejojantys pacientai įtikinami ir renkasi vizitą pas sveikatos priežiūros specialistą.

Ne visi pacientai atpažįsta ar prisimena, kad skambino asistentas. Kai kuriems tai slaugytoja, kitiems – registratūros darbuotoja. Kontaktas yra labai trumpas ir vienkartinis, todėl apie jį pacientai tiesiog pamiršta arba su nauja poliklinikos paslauga tiesiog nesusieja.

Apibendrinant galima teigti, jog pacientams svarbiausia, kad jie laiku gautų išsamią ir reikalingą informaciją, kuria jie galėtų pasinaudoti, o gydytojai turėtų laiko pacientų sveikatos problemoms spręsti ir priiuntų be didelių eilių ir ilgo laukimo.

Tyrimas parodė, kad dėl poliklinikoje dirbančių asistentų veiklos padaugėjo prevencinėse programose dalyvaujančių pacientų. Daugiau pacientų atvyksta vizitui pas gydytoją po GMP iškvietimo, o tai užtikrina sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumą, gerina sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą.

Pagrindinės VšĮ Centro poliklinikos asistento (atvejo vadybininko) funkcijos yra telefonu ar kitomis ryšio priemonėmis suteikti pacientams kvalifikuotą informaciją apie sveikatos priežiūros

įstaigoje teikiamas paslaugas, vykdomas prevencines programas, informuoti apie privalomąjį sveikatos draudimą. Taip pat registruoti pacientus ir pakviesti juos apsilankyti poliklinikoje po GMP iškvietimo. Ši funkcija ypač patinka pacientams. Iš skambučių po GMP suvestinių matyti, kad pacientai mielai naudojami tokia paslauga, nes dauguma turi poreikį atvykti ir pasikonsultuoti su šeimos gydytoju. Tikrinti ir pildyti paciento duomenis informacinėje sistemoje, tai leidžia išvengti nesusipratimų tarp gydytojų ir pacientų ir užtikrina pacientų pasiekiamumą, kai reikia teikti informaciją. Bendradarbiauti su kitais asmens sveikatos priežiūros komandos nariais. Kiekvienu atskiru atveju šių paslaugų įgyvendinimui reikia bendradarbiavimo, kruopštaus planavimo, administracinės paramos, laiko ir pastangų.⁷² Šiuo metu toks bendradarbiavimas vyksta tik „į vieną pusę“, t.y. asistentas pildo ir siunčia gydytojams ataskaitas apie pacientų srautus, registruoja pacientus vizitui. Gydytojais gauna informaciją, bet dažnai net nežino, kas ją teikia. Tačiau gydytojais asistentų pagalba patenkinti, taigi galima teigti, kad asistentas prisideda prie efektyvaus įstaigos darbo organizavimo ir veiklos, o tuo pačiu ir prie gyventojų sergamumo mažėjimo.

Kadangi atvejo vadybos modelio integravimas į PSP yra naujovė, todėl asistento funkcijos pildomos palaipsniui, įsitikinus esamų veiksmingumu. Naują atvejo vadybos etapą galima pradėti tik tinkamai suprojektavus modelį, o tam reikia nustatyti jo ypatumus.

VŠĮ Centro poliklinikos atvejo vadybos modelis nėra tradicinis, nes neturi itin glaudaus, nenutrūkstamo ryšio su pacientu.

Artimas savo funkcijomis ir tikslais yra pirminės priežiūros modelis (angl. *primary care model*). Pagal šį modelį asistentas šalina paslaugų prieinamumo problemas, vykdo prevencinę veiklą, siekia sumažinti skubių iškvietimų ir hospitalizacijos skaičių. Tai gerina sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, palaiko gydymo proceso tęstinumą, apsprendžia jo tinkamumą, tuo pačiu mažina sveikatos priežiūros paslaugų kainas.

Tačiau VŠĮ Centro poliklinikos atvejo vadybos modelis tik iš dalies atitinka pirminės priežiūros modelį, nes šią veiklą vykdo gydytojai ir slaugytojai, o ne asistentai (atvejo vadybininkai).

Savo specifika artimas yra vienas iš socialinio darbo modelių - brokerio. Pasak S. Papagiannidis ir Feng Li, modelis yra pagrįstas rizikos grąža.⁷³ Kaip tik čia apibrėžiama, kad atvejo vadybininkas nėra su sveikatos priežiūra susijęs specialistas. Jis tik sieja klientą su reikalingomis institucijomis, tarnybomis, paslaugomis, resursais. Suformuotos penkios brokerio modelio atvejo vadybininko funkcijos: vertinimas, planavimas, nukreipimas gauti paslaugų, stebėseną ir advokatavimas. Pagal šį modelį Centro poliklinikos atvejo vadybininkas dalinai vykdo tris pirmąsias funkcijas: vertina paciento situaciją, planuoja jo poreikius ir nukreipia gauti paslaugų. Ryšys su pacientu mažai įpareigojantis,

⁷² Marchetti P., Voltz R., Rubio C., Mayeur D., Kopf A. Provision of palliative care and pain management services for oncology patients. 2013. [žiūrėta 13-01-19]. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23520182>

⁷³ Skills Brokerage: A New Model for Business Start-ups in the Networked Economy. 2005. [žiūrėta 13-01-19]. Prieiga per internetą: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0263237305000782>

daugiau administracinio pobūdžio. Atvejo vadybininkas pacientui siūlo bendro pobūdžio funkcijas, todėl gali dirbti su daug atvejų, Centro poliklinikoje taip ir yra. Asistentai (atvejo vadybininkai) skambina pacientams po GMP iškvietimo, kviečia pasitikrinti pagal prevencines programas, registruoja vizitui, tikrina duomenis, draustumą, pildo ir siunčia ataskaitas, tačiau asmeninio kontakto su klientais (pacientais, sveikatos priežiūros įstaigos personalu) neturi ir nėra su jais susietas, taip pat neturi jiems įsipareigojimų. Pagal Centro poliklinikos atvejo vadybininko pareigybes aprašą poliklinikoje veikiantis modelis labiau atitinka brokerio modelio savybes ir yra siauro profilio atvejo vadybos specialistas, nes nesprenžia lėtinėmis ligomis sergančių ir ilgalaikės paramos bei paslaugų reikalingų pacientų poreikių.

Einamajame etape šis modelis iškeltus tikslus atitinka. Tyrimai rodo, kad asistento (atvejo vadybininko) veikla tenkina tiek pacientus, tiek poliklinikos darbuotojus. Žemiau pateiktoje lentelėje matomi pagrindiniai Centro poliklinikos atvejo vadybos modelio ypatumai:

1 lentelė. Centro poliklinikos atvejo vadybos modelis

Centro poliklinikos atvejo vadybos modelis
1. Asistentams nebūtinai medicininis išsilavinimas.
2. Asistentai susieja pacientą su šeimos gydytoju ir slaugytoju, kt. gydytojais, sveikatos draudimo žinybomis.
3. Bendravimas tik telefonu ar el. paštu.
4. Siūlo pasitikrinti pagal prevencinę programą, užsiregistruoti pas gydytoją.
5. Aptarnaujamas neribotas pacientų skaičius

Apibendrinus galima teigti, kad atvejo vadybos modelis VŠĮ Centro poliklinikoje turi savitą išraišką. Atvejo vadybininkas vykdo prevencinę veiklą, informuoja ir konsultuoja pacientus, yra jungiamoji grandis tarp gydytojo ir paciento, kitų tarnybų. Tačiau sergančiųjų lėtinėmis ligomis sveikatos poreikių šis modelis netenkina.

Atvejo vadybos modelio integravimas į šeimos gydytojo ir slaugytojo komandą orientuotas į pagalbą medikams. Atvejo vadybininkui perėmus iš jų dokumentų pildymą, tvarkymą bei duomenų tikrinimą, siuntimų išrašymą, pakartotinių receptų pratęsimą ir pan. būtų patenkintas medikų poreikis daugiau laiko skirti paciento apžiūros ir gydymo procedūroms. Dėl tos priežasties būtinas atvejo vadybos modelio funkcijų perskirstymas, papildant esamą modelį nauja funkcija – pacientų lėtinė ligų ir socialinių poreikių koordinavimas individualiu lygmeniu. Ši funkcija leistų atskirti būtinąsias ir planinės medicinos pagalbos reikalaujančių pacientų srautus. Atvejo vadybininkas koordinuotų perimtus iš šeimos gydytojo lėtinėmis ligomis sergančiųjų poreikius, padėtų pasirinkti jiems teikiamas reikalingas paslaugas, stebėtų ligonio sveikimo eigą, reabilitaciją, padėtų integruotis į

socialinę visuomenę. Ši atvejo vadybininko funkcija įgalintų šeimos gydytojus priimti daugiau būtiniosios pagalbos reikalingų pacientų, mažėtų eilės patekti pas gydytoją.

Pagrindinis pacientų poreikis – gauti savalaikes gydymo paslaugas ir greičiau mažiausiomis sąnaudomis pasveikti. Pacientai sveikatos priežiūros paslaugas gauna, todėl poreikis yra patenkinamas. Tačiau savalaikes gydymo paslaugas gauna ne visada, dėl to kyla pacientų nepasitenkinimas. Kad patekti pas šeimos gydytoją eilėje gali tekti laukti iki dviejų savaičių, pas gydytoją specialistą - iki trijų mėnesių. Per tą laikotarpį liga progresuoja, jos pasekmės gali būti nebeapatysomos. Atskyrus būtiniosios ir planinės pagalbos pacientų srautus, būtiniosios medicinos pagalbos reikalingi pacientai žymiai greičiau galėtų atvykti vizito pas specialistą. Po to jų gydymo ir reabilitacijos eigą koordinuotų atvejo vadybininkas, bendradarbiaudamas su šeimos gydytojo ir slaugytojo komanda bei reikalingais specialistais.

Kitas pacientų poreikis – bendrauti. Ne paslaptis, kad senyvo amžiaus pacientai, neturėdami su kuo pasitarti, pabendrauti, išsipasakoti, eina pas gydytoją. Įtaigi vaistų reklama, įvairūs leidiniai, sergantys pažįstami „įkalba“ pagyvenusiems žmonėms ligas, kuriomis jie neserga, bet ligos požymių savyje suranda, todėl veržiasi pas specialistus ieškodami tam patvirtinimo ar paneigimo. Su tokiais pacientais tenka ilgai bendrauti, aiškinti, įtikinėti. Skubios pagalbos reikalingi pacientai sėdi už durų ir laukia eilėje. Atvejo vadybininkas, turėdamas bendravimo su senyvais žmonėmis įgūdžių, skambindamas ir teiraudamasis apie savijautą, patenkintų momentinį paciento poreikį išsipasakoti, žmogus jaustų pastovų dėmesį, jam nebereikėtų vykti į gydymo įstaigą.

Kad galėtume išsirinkti/sukurti atvejo vadybos modelį, kuris atitiktų ir pateisintų atskirų socialinių grupių lūkesčius ir didintų poliklinikos veiklos efektyvumą, apžvelgti pagrindiniai suinteresuotų socialinių grupių lūkesčiai (2 lentelė).

2 lentelė. Socialinių grupių lūkesčiai

Socialinė grupė	Ko tikisi	Kas turėtų keistis
Pacientai	Mažėtų eilės, gerėtų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas	Gydytojai savo darbo laiką skirtų gydymo reikmėms, todėl galėtų priimti daugiau pacientų.
	Gydytojai išklausytų pacientą.	Gydytojo ir slaugytojo komandoje dirbantis atvejo vadybininkas išklausytų pacientą, padėtų pasirinkti paslaugą, stebėtų rezultatą.
	Nereikėtų „tuščiai“ eiti pas šeimos gydytoją.	Atvejo vadybininkas išrašytų siuntimus, pratęstų receptus ir kt. be būtino paciento atvykimo į polikliniką.
	Jaustų medikų dėmesį ir rūpestį.	Atvejo vadybininkas koordinuotų lėtinių ligų gydymo ir reabilitacijos eigą.

2. lentelės tęsinys kitame puslapyje

2. lentelės tęsinys

Socialinė grupė	Ko tikisi	Kas turėtų keistis
Gydytojai ir slaugytojai	Mažiau laiko sugaišti dokumentų pildymui, rašymui.	Gydytojai savo darbo laiką skirtų pacientų apžiūrai ir gydymui, o dokumentų pildymą perduotų kitam komados asmeniui – atvejo vadybininkui.
	Nereikėtų gaišti laiko informavimui apie prevencines programas.	Apie prevencines programas informuotų atvejo vadybininkas.
	Nereikėtų skambinti pacientams.	Skambučius perimtų atvejo vadybininkas.
Administracija	Patenkinti pacientai.	Mažėtų eilės patekti pas šeimos gydytoją, tiek pas gydytoją specialistą.
	Greičiau išaiškinama liga, dėl to efektyvesnis gydymo procesas.	Pacientai žino informaciją apie nemokamas prevencines programas ir jomis pasirinktinai naudojasi, mažėja skubių iškvietimų ir hospitalizacijos.
	Patenkinti gydytojai ir slaugytojai.	Sumažėja gydytojo ir slaugytojo darbo krūvis, jie vykdo tiesiogines savo funkcijas
	Daugiau prisirašiusių pacientų.	Pacientai, sužinoję apie Centro poliklinikoje teikiamas paslaugas, nori gydytis šioje įstaigoje.
	Didesnės poliklinikos pajamos.	Prisirašę ir gaunantys paslaugas pacientai atneša poliklinikai lėšas.

Įvertinus aukščiau išvardintas aplinkybes ir sąlygas, galima teigti, kad papildžius esamas atvejo vadybininko funkcijas, kurios leistų sumažinti gydytojo ir slaugytojo tiesiogiai su gydymu nesusijusį darbo krūvį, gerėtų teikiamų paslaugų kokybė ir prienamumas. Bendradarbiaudamas su PASP komanda, atvejo vadybininkas galėtų koordinuoti lėtinėmis ligomis sergančių pacientų gydymą bei reabilitaciją, padėtų jiems apsispręsti ir pasirinkti reikiamas paslaugas. Šio papildyto modelio įgyvendinimas padėtų tenkinti dėl visuomenės senėjimo didėjančius gyventojų sveikatos poreikius.

Kad esamas modelis veiktų dar efektyviau, ir išpildytų lūkesčius, būtų tikslinga jį papildyti dviem likusiomis brokerio modelio funkcijomis - stebėseną ir advokatavimu. Integruoti asistentą (atvejo vadybininką) į šeimos gydytojo bei slaugytojo komandą. Mažinti aptarnaujamų pacientų skaičių, kad kontaktas su jais būtų daugkartinis. Asistentas (atvejo vadybininkas) turėtų būti geras klausytojas, įgyti pacientų pasitikėjimą, būti jautrus jų poreikiams, gerbti orumą.⁷⁴ Asistentas (atvejo vadybininkas) galėtų stebėti ir koordinuoti pacientų gydymo ir reabilitacijos eigą, tokiu būdu padidinant tikimybę, kad pacientai tinkamu laiku ir tinkama tvarka gaus jiems priklausančias reikalingas sveikatos priežiūros paslaugas. Didės pacientų pasitenkinimas, o šeimos gydytojai ir slaugytojai, tikėtina, galės optimizuoti vizito laiką. Esamo ir siūlomo Centro poliklinikos atvejo vadybos modelių požymiai pateikiami 3 lentelėje.

⁷⁴ Best practice in long – term care case management: How excellent case managers do their jobs. [žiūrėta 13-03-02]. Priega per internetą: <http://www.dhs.wisconsin.gov/wipartnership/pdf-wpp/Best%20Practice%20In%20LTC....pdf>

3 lentelė. Centro poliklinikos atvejo vadybos pirminės sveikatos priežiūros modelis

Esamas Centro poliklinikos atvejo vadybos modelis	Siūlomas papildytas Centro poliklinikos atvejo vadybos modelis
1. Asistentams neprivaloma turėti medicininį išsilavinimą.	Asistentams neprivaloma turėti medicininį išsilavinimą.
2. Asistentai susieja su šeimos gydytoju ir slaugytoju, kt. gydytojais, sveikatos draudimo žinybomis.	Asistentas yra jungiamoji grandis tarp paciento ir šeimos gydytojo bei slaugytojo komandos, susieja pacientą su sveikatos draudimo žinybomis.
3. Vienkartinis bendravimas tik telefonu ar el. paštu.	Pastovaus ryšio su pacientu palaikymas, bendraujant su juo tiesiogiai, telefonu ar el. paštu.
4. Siūlo pasitikrinti pagal prevencinę programą, užsiregistruoti pas gydytoją.	Siūlo pasitikrinti pagal prevencinę programą, užsiregistruoti pas gydytoją, koordinuoja sergančiųjų lėtinėmis ligomis ilgalaikės paramos ir paslaugų poreikių tenkinimą.
5. Pacientų skaičius neribotas.	Aptarnaujamų pacientų skaičius ribotas. Asistentas žino jų poreikius, koordinuoja tolesnę gydymo ir reabilitacijos eigą.

Lietuvos sveikatos sistemos 2011 - 2020 m. metmenyse priimtose nuostatos leidžia įstaigoms kurti ir išbandyti PASP veiklos integracijos atvejo vadybos modelį tikslu pagerinti pirminės sveikatos priežiūros vadybą.⁷⁵ Tai turėtų tapti vienu iš svarbiausių ASPĮ tikslų ir leistų toliau plėtoti atvejo vadybos modelį, integruojant jį į šeimos gydytojo ir slaugytojo komandą.

Papildyto atvejo vadybos modelio taikymo reikšmingumas ir naudingumas tiesiogiai priklausys nuo to, kaip tinkamai jis bus suprojektuotas, įvertinus teisinės ir finansinės galimybes, konkrečias sąlygas ir aplinkybes, kuriomis jis veiks. Siekiant įvertinti plėtojamo atvejo vadybos modelio pagrįstumą, atlikta Centro poliklinikos asistentų veiklos analizė ir trys kokybiniai tyrimai – pusiau struktūruotas administracijos darbuotojų, gydytojų ir slaugytojų bei pacientų interviu.

2.2. Atvejo vadybos modelio vertinimas: atvejo studijos

Lietuvoje atvejo vadybos modelis jau yra taikomas priklausomybės ligų sektoriuje, socialiniame darbe, profesinės reabilitacijos įstaigose. Sveikatos priežiūros įstaigoje atvejo vadybos modelis įdiegtas pirmą kartą. Nuo 2011 m. liepos mėn., VšĮ Centro poliklinikoje buvo pradėtas vykdyti pilotinis atvejo vadybininko projektas, kuriuo siekta išsiaiškinti, ar atvejo vadybininkai gali būti naudingi poliklinikos veikloje. Atsižvelgiant į tai, jog šeimos gydytojo ir slaugytojo komandos darbas yra apkrautas nemedicininėmis funkcijomis, o gyventojų, išreiškiančių nepasitenkinimą paslaugų kokybe vis daugėja, buvo siekiama sužinoti ar atvejo vadybininkai gali būti naudingi poliklinikos aplinkoje.

⁷⁵Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimas “Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011-2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo” Nr. XI-1430 // “Valstybės žinios”, 2011-06-16, Nr. 73-3498.

Centro poliklinikoje atvejo vadybininko veikla yra nuolat stebima ir analizuojama, siekiant vertinti jos efektyvumą. Toliau pristatomos kelios studijos, kuriomis buvo siekiama surinkti empirinės medžiagos iš kuo įvairesnių informacijos šaltinių, kurie leistų išsamiai ir įvairiapusiškai įvertinti atvejo vadybininko vaidmenį ir naudingumą Centro poliklinikoje. Šiose studijose buvo taikomi įvairūs duomenų rinkimo ir analizavimo metodai:

- *Dokumentų analizė.* Tai pirminių duomenų rinkimo metodas, kai dokumentai naudojami kaip pagrindiniai informacijos šaltiniai. Kadangi yra tiriamas konkretus atvejis, pirminiai duomenys yra ypatingai reikšmingi, be to yra mažesnė faktų iškraipymo tikimybė.
- *Anketinės apklausos metodas.* Šio metodo vienas iš pagrindinių privalumų – padeda surinkti didelį kiekį informacijos, kai klausimai nėra giluminiai, vertinama bendra populiacijos nuomonė.
- *Pusiau struktūruotas interviu metodas.* Šis metodas leidžia gauti išsamesnius ir labiau motyvuotus atsakymus, be to, tyrėjas turi galinbę neleisti respondentui nutolti nuo nagrinėjamos temos, pakreipdamas kalbą rūpimu klausimu, arba užduoti papildomus klausimus, kurie išskyla interviu metu.

Nuo 2011 m. Centro poliklinikoje, pradėjus vykdyti pilotinį atvejo vadybininko projektą, buvo atlikto šios studijos:

- *Centro poliklinikos atvejo vadybininko pareigybės aprašo analizė.* Ši analizė buvo reikalinga tiriant atvejo vadybininko vaidmenį Centro poliklinikoje. Jo metu buvo nagrinėjama, kokie reikalavimai keliami atvejo vadybininkui, aptariamos atvejo vadybininko atliekamos funkcijos ir kaip jos gerina Centro poliklinikos darbo efektyvumą, kokia dalimi prisideda prie PASP problemų sprendimo. Įvertinus atvejo vadybininko bruožus Centro poliklinikoje buvo nustatytas modelis ir vertintas jo efektyvumas.
- *Atvejo vadybininkų veiklos analizė.* Atvejo vadybininkai atlieka keletą funkcijų, tačiau detaliau buvo nagrinėjamos funkcijos, kurias vykdant yra tiesioginis ryšys tarp atvejo vadybininkų ir pacientų. Analizės metu buvo lyginami pacientų informavimo paslaugų suteikimo apie prevencines programas dinamika prieš atvejo vadybininko pareigybei atsirandant ir po jos atsiradimo. Ši analizė parodė informuotumo tendencijas, leido įvertinti prevencinių paslaugų paklausos įtaką Centro poliklinikos veiklos rezultatams. Skambučių po greitosios medicinos pagalbos (GMP) analizė atskleidė pacientų šios funkcijos buvimo poreikį bei įtaką sveikatos priežiūros paslaugų teikime.
- *Pacientų nuomonės apie šeimos gydytojo ir slaugytojo asistento (atvejo vadybininko) veiklą analizė.* Atsižvelgiant, kad atvejo vadybininko veikla orientuota į pacientų poreikių patenkinimą ir paslaugų kokybės gerinimą, buvo atliktas pacientų nuomonės vertinimas. Apklausoje dalyvavo pacientai, kurie buvo informuoti dėl dalyvavimo nemokamose prevencinėse programose. Rezultatai

atskleidė pacientų nuomonę apie šeimos gydytojo ir slaugytojo bei atvejo vadybininko vaidmenį prevencinėje veikloje.

- *Administracijos, šeimos gydytojų ir slaugytojų bei pacientų požiūrio į taikomą atvejo vadybos modelį ir atvejo vadybininko veiklą analizė.* Tyrime dalyvavo administratoriai, inicijavę ir realizavę atvejo vadybos modelio poliklinikoje idėją. Be to, vertinta šeimos gydytojų ir slaugytojų nuomonė apie atvejo vadybininko atliekamas funkcijas, siekiant išsiaiškinti, ar įdiegto atvejo vadybos modelio taikymas turi įtakos gydytojų ir slaugytojų komandos darbo efektyvumui, ar atvejo vadybininko veikla palengvina gydytojų ir slaugytojų komandos darbą, o taip pat paslaugų prieinamumą pacientams. Be to, vertinta pacientų nuomonė apie atvejo vadybininko vaidmenį prevencinėje veikloje, o taip pat jo veiklos pobūdis ir funkcijos, kurios turi įtakos Centro poliklinikos veiklos efektyvinimui, gerinant paslaugų prieinamumą pacientams.

Toliau pateikiami pagrindiniai atliktų studijų rezultatai, išskyrus administratorių, šeimos gydytojų ir slaugytojų bei pacientų požiūrio į atvejo vadybos modelį, taikomą Centro poliklinikoje (šie rezultatai pateikiami 3 skyriuje).

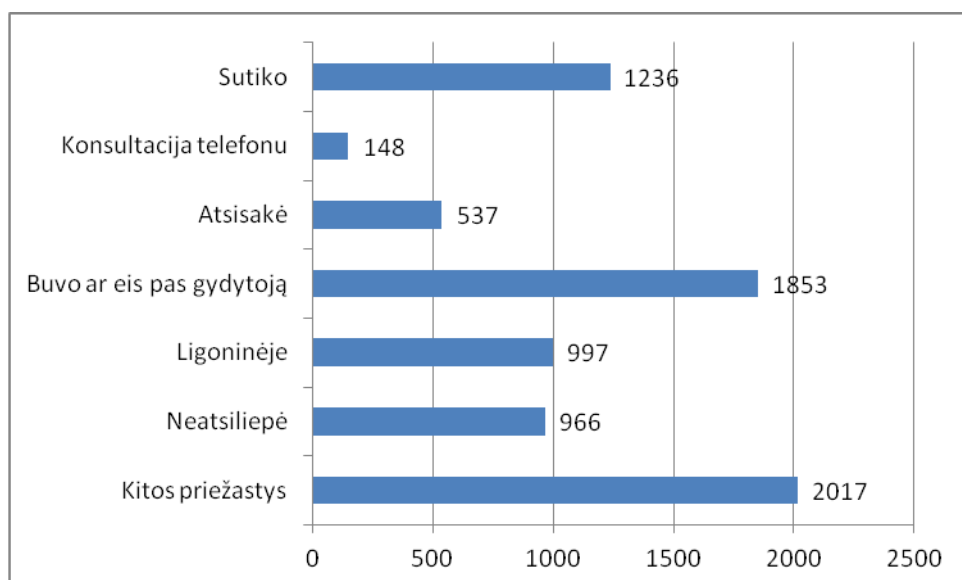
2.3. Atvejo vadybininko veiklos analizė

Atsižvelgiant, kad Centro poliklinikoje atvejo vadybininkai veiklą pradėjo nuo 2011 m. liepos mėn., šiame darbe analizuojama atvejo vadybininkų 2012 m. veikla pagal priskirtas funkcijas. Analizėje daugiau dėmesio skiriama pacientų informavimui apie prevencines programas. Informavimo apie prevencines programas dinamika, kuri rodo 2008 – 2012 m. laikotarpyje suteiktų informavimo paslaugų apie prevencines programas skaičių, yra vienas iš vertinamų rodiklių, padedančių nustatyti atvejo vadybininko vaidmenį didinant pacientų informuotumą apie prevencines programas.

Greitosios medicinos pagalbos duomenų analizė

2012 m. atvejo vadybininkai gavo 550 greitosios medicininės pagalbos ataskaitas (toliau – GMP). Šiose ataskaitose buvo nurodyti 22127 pacientai iš jų 19891 suaugusieji ir 2236 vaikai) (vidutiniškai vienam mėnesiui apie 1844 pacientai). Iš jų medicininėje informacinėje sistemoje pagal vardą, pavardę, gimimo datą bei gyvenamosios vietos adresą buvo identifikuotas 16831 pacientas, o neidentifikuoti 5296 pacientai.

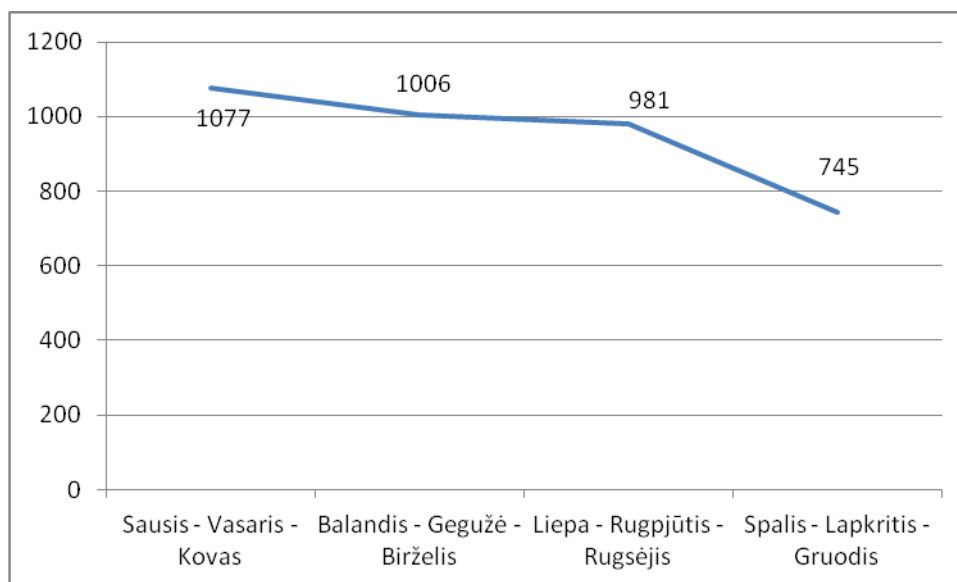
Per šį laikotarpį po GMP iškvietai užsiregistruoti būtinajai pagalbai pas šeimos gydytoją atvejo vadybininkai paskambino 7754 pacientams (vidutiniškai 646 pacientams per mėnesį). Iš jų sutiko užsiregistruoti pas šeimos ar jį pavaduojantį gydytoją – 1236 pacientai, 148 pacientai pageidavo gydytojo konsultacijos telefonu, registracijos atsisakė 537 pacientai, patys užsiregistravo pas šeimos ar vidaus ligų gydytoją artimiausiu laiku – 1853 pacientai, paguldyti į stacionarą – 997 pacientai, neatsiliepė 966 pacientai, 2017 pacientai - kitos priežastys (išjungtas telefonas, pateiktas netikslus numeris, asmuo miręs) (1 pav.).



1 pav. Registracijos skambučių po GMP pasiskirstymas 2012 m.

Informavimas apie prevencines programas

2012 m. atvejo vadybininkai paskambino 3809 Centro poliklinikos pacientams, siekiant informuoti apie prevencines programas. Analizuojant skambučių pasiskirstymą pagal metų mėnesius pastebima, jog daugiausiai skambučių buvo metų pradžioje t.y. sausio - kovo mėn, o mažiausiai – metų pabaigoje (2 pav.). Skambučių skaičius sausio - gruodžio mėn. sumažėjo nuo 28 proc. iki 20 proc.

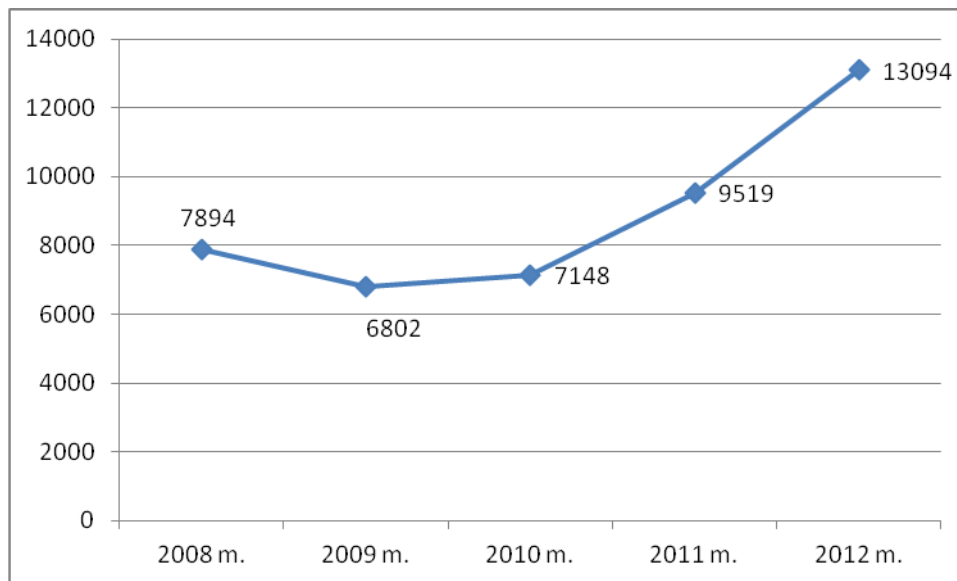


2 pav. Skambučių skaičius dėl prevencinių programų 2012 m. Centro poliklinikoje

Skambučio metu pacientai buvo kviečiami apsilankyti VŠĮ Centro poliklinikoje bei sudalyvauti jiems priklausančiose nemokamose prevencinėse programose. Iš 3809 pacientų, kuriems buvo paskambinta, programose sutiko dalyvauti 36 proc. (n = 1379) pacientų, nesutiko – 25 proc. (n = 954), kita (neatsiliepė, pateikė netinkamą numerį, yra išvykę į užsienį ir pan.) – 39 proc. (n = 1476) pacientų.

Informavimo apie prevencines programas dinamika 2008 – 2012 m.

Nuo 2004 m. vykdoma gimdos kaklelio vėžio prevencinė programa skirta moterims nuo 25 iki 60 m. amžiaus. Šioje programoje moterims vieną kartą per trejus metus atliekamas citologinio tepinėlio paėmimas.⁷⁶ 2008 m. Centro poliklinikos darbuotojai informavo apie programą ir pakvietė atvykti 7894 moterų, 2009 m. – 6802, 2010 m. – 7148 moteris. 2011 m. liepos mėnesį buvo atvejo vadybininkai pradėjo veiklą Centro poliklinikoje. Gimdos kaklelio vėžio programos kvietimų skaičius dalyvauti prevencinėje programoje žymiai išaugo: 2011 m. buvo pakviesta 9519, o 2012 m. – 13094 moterų (3 pav.).

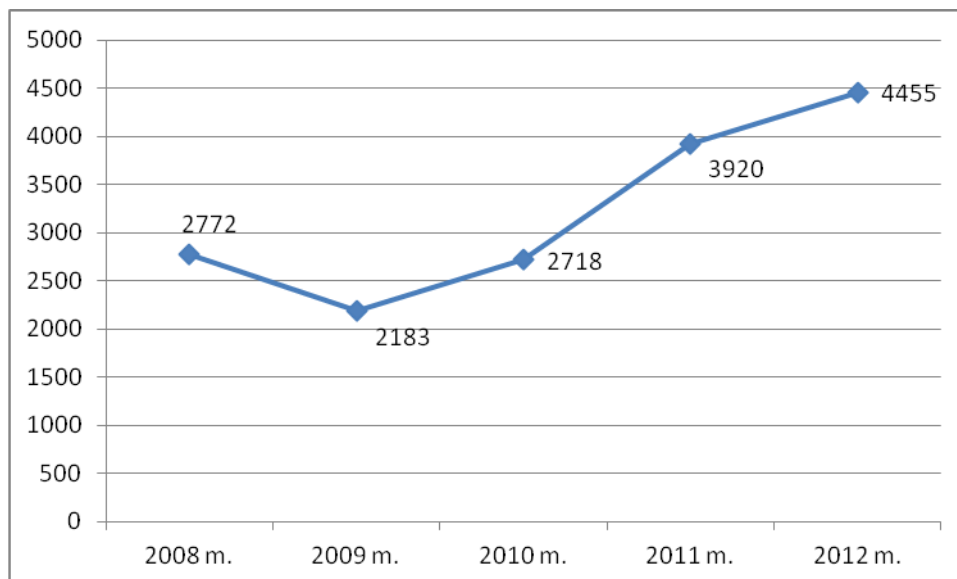


3 pav. Informavimo apie gimdos kaklelio vėžio prevencinę programą dinamika 2008 – 2012 m. Centro poliklinikoje

Krūties vėžio prevencinė programa skirta moterims nuo 50 iki 69 m. vykdoma nuo 2005 m. Šioje programoje moterims kartą per dvejus metus atliekamas mamografinis tyrimas, leidžiantis tiksliai diagnozuoti vėžį ar ikivėžinius pakitimus.⁷⁷ Iš 4 pav. galima matyti, kad kvietimų skaičius dalyvauti krūties vėžio prevencinėje programoje išaugo nuo 2011 m., kai atvejo vadybininkai pradėjo kviesti moteris dalyvauti programoje.

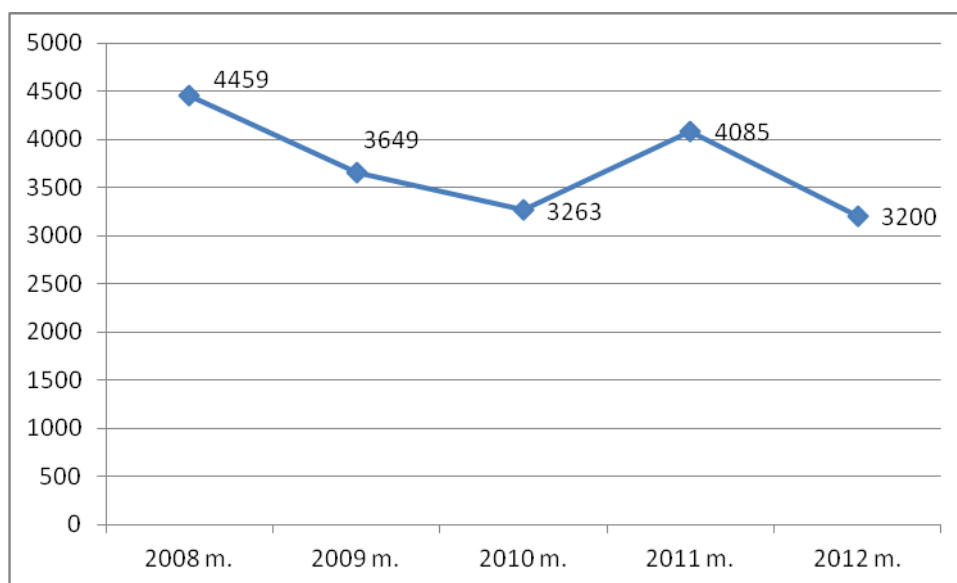
⁷⁶ Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Prevencijos programos, 2011 m. [žiūrėta 13-03-20] Prieiga per internetą: <http://www.vlk.lt/resources/files/2012/veikla/PPJusuGalimybėIssitirti.pdf>

⁷⁷ Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Prevencijos programos, 2011 m. [žiūrėta 13-03-20] Prieiga per internetą: <http://www.vlk.lt/resources/files/2012/veikla/PPJusuGalimybėIssitirti.pdf>



4 pav. Informavimo apie krūties vėžio prevencinę programą dinamika 2008 – 2012 m. Centro poliklinikoje

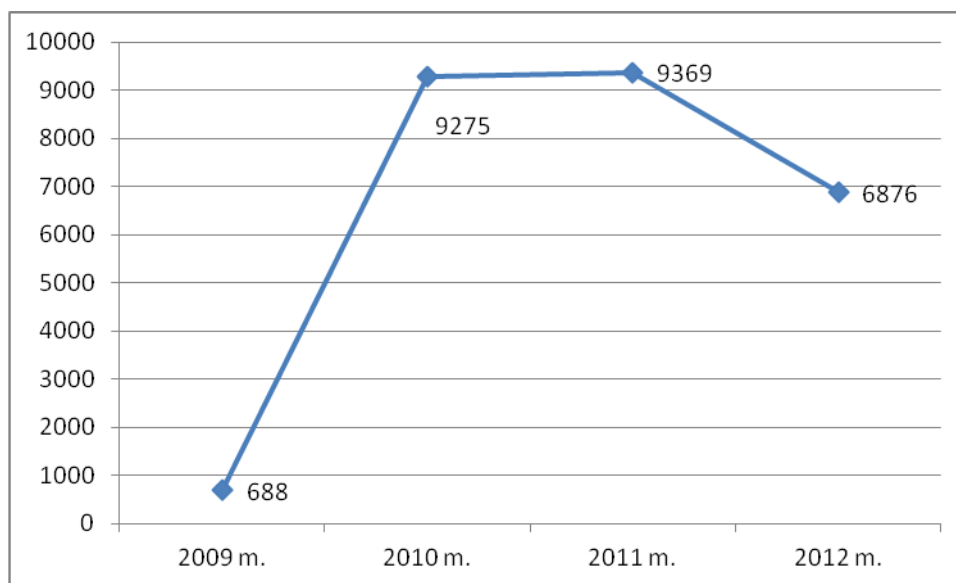
Priešinės liaukos vėžio prevencinė programa vykdoma nuo 2006 m. Ji yra skirta vyrams nuo 50 iki 75 m. bei vyrams nuo 45 m., kurių tėvai ar broliai yra sirgę prostatos vėžiu.⁷⁸ Šioje programoje vyrams kartą per dvejus metus atliekamas kraujo tyrimas, parodantis prostatos specifinio antigeno (PSA) koncentraciją kraujyje. Iš 5 pav. matyti, kad 2008 - 2010 m. laikotarpyje pakviestų dalyvauti priešinės liaukos vėžio prevencinėje programoje vyrų skaičius mažėjo nuo 4459 iki 3263. 2011 m. pradėjus dirbti atvejo vadybininkams kviečiamų vyrų skaičius buvo 4085 vyrai, o 2012 m. informuotų vyrų skaičius sumažėjo iki 3200. Taip yra todėl, kad šioje programoje vyrai gali dalyvauti kas dvejus metus, to dėl kvietimų skaičius išaugs 2013 m. (5 pav.).



5 pav. Informavimo apie priešinės liaukos vėžio prevencinę programą dinamika 2008 – 2012 m. Centro poliklinikoje

⁷⁸ Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Prevencijos programos, 2011 m. [žiūrėta 13-03-20] Prieiga per internetą: <http://www.vlk.lt/resources/files/2012/veikla/PPJusuGalimybEIssitirti.pdf>

Storosios žarnos vėžio prevencinė programa vykdoma nuo 2009 m. Ji yra skirta asmenims nuo 50 iki 75 m. Programos priemonės (informavimas apie storosios žarnos vėžio ankstyvąją diagnostiką ir imunocheminio slapto kraujavimo testo išmatose (iFOBT) rezultatų įvertinimas) taikomos vieną kartą per dvejus metus.⁷⁹ Iš 6 pav. matyti, kad 2009 m. dalyvauti prevencinėje programoje buvo pakviesti 688 Centro poliklinikos pacientai, o 2011 m. pradėjus dirbti atvejo vadybininkams buvo pakviesti – 9369 pacientai (6 pav.).

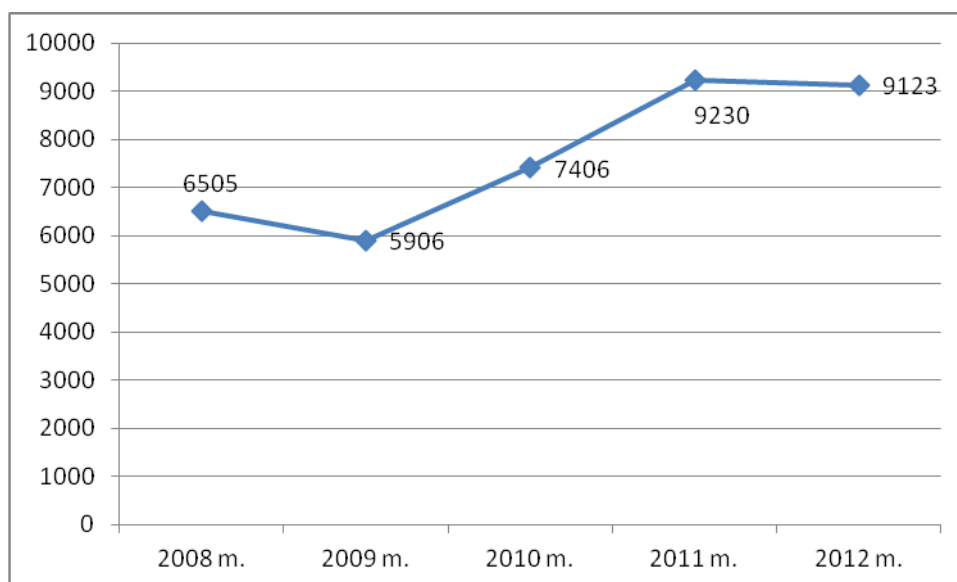


6 pav. Informavimo apie storosios žarnos prevencinę programą dinamika 2008 – 2012 m. Centro poliklinikoje

Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programa vykdoma nuo 2006 m. Ji yra skirta vyrams nuo 40 iki 55 m. ir moterims nuo 50 iki 65 m.⁸⁰ Iš PSDF biudžeto apmokamos programos paslaugos taikomos vieną kartą per metus. Iš 7 pav. matyti, kad 2009 - 2011 m. kvietimų skaičius dalyvauti širdies ir kraujagyslių ligų prevencinėje programoje didėjo nuo 5906 iki 9230, o 2012 m. buvo pakviesti 9123 pacientai (7 pav.).

⁷⁹ Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Prevencijos programos, 2011 m. [žiūrėta 2013-03-20] Prieiga per internetą: <http://www.vlk.lt/resources/files/2012/veikla/PPJusuGalimybeIssitirti.pdf>

⁸⁰ Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Prevencijos programos, 2011 m. [žiūrėta 13-03-20] Prieiga per internetą: <http://www.vlk.lt/resources/files/2012/veikla/PPJusuGalimybeIssitirti.pdf>



7 pav. Informavimo apie širdies ir kraujagyslių ligų programą dinamika 2008 – 2012 m. Centro poliklinikoje

Gautų išrašų iš ligoninių ir gimdymo namų analizė

2012 m. iš VšĮ Mykolo Marcinkevičiaus, VšĮ Vilkpėdės ligoninės bei VšĮ VU Slaugos ir ilgalaikio gydymo ligoninės buvo gauti 1848 išrašai. Gautų išrašų iš ligoninių skaičius atvejo vadybininkų darbo metu palaipsniui didėjo. Sausio - kovo mėn. buvo gauta 2 proc. ($n = 35$), o spalio - gruodžio mėn. – 40 proc. ($n = 747$) išrašų.

Nuo 2012 m. kovo mėn. atvejo vadybininkai pradėjo tvarkyti iš VšĮ Vilniaus gimdymo namų gautus išrašus. Per 10 darbo mėnesių iš viso gauta 373 išrašai apie gimdyves. Gautų išrašų skaičius atvejo vadybininkų darbo eigoje taip pat didėjo. Kovo bei balandžio mėnesiais gauta 9 proc. ($n = 34$), lapkričio ir gruodžio mėnesiais – 28 proc. ($n = 106$) gimdyvių išrašai.

Pacientų kontaktinių duomenų tikslinimas

Viena iš atvejo vadybininkų darbo funkcijų - tikslinti kontaktinius duomenis medicininėje informacinėje sistemoje (Med. I. S) analizuojant pacientų užpildytas anketas. 2012 m. buvo gautos 2172 anketos. Daugiausiai anketų buvo gauta iš Naujamiesčio filialo (46 proc.), o mažiausiai iš Senamiesčio filialo (0,1 proc.).

3. ATVEJO VADYBOS MODELIO VERTINIMAS (KOKYBINIS TYRIMAS)

3.1. Tyrimo organizavimas

Siekiant įvertinti atvejo vadybininko modelio taikymą Centro poliklinikoje administracijos, gydytojų ir slaugytojų bei pacientų požiūriu buvo atlikti kokybiniai tyrimai, taikant pusiau struktūruotas interviu metodą. Šis metodas pasirinktas stengiantis suprasti subjektyvų žmogiškosios patirties pasaulį ir bandant įeiti į žmogaus vidų ir mėginant suprasti, kaip jie interpretuoja aplink jį supantį pasaulį.⁸¹

K. Kardelis teigia, jog kokybinio tyrimo samprata nėra iki galo susiformavusi, tačiau pačia bendriausia prasme ją galima apibūdinti kaip „sisteminę, nestruktūrizuotą atvejo ar individų grupės, situacijos, įvykio tyrimą natūralioje aplinkoje, siekiant suprasti tiriamuosius reiškinius bei pateikti interpretacinį, holistinį jų paaiškinimą.”⁸²

Tyrimui pasirinktas pusiau struktūruotas interviu dėl šių privalumų:

1. Respondentas turi puikią galimybę išsamiau išdėstyti motyvus ir nuomonę nei anketos metodu;
2. Didesnė galimybė gauti išsamesnius ir labiau motyvuotus atsakymus;
3. Tyrėjas turi galimybę pakreipti kalbą rūpimu klausimu ir neleisti respondentui nutolti nuo nagrinėjamos temos;
4. Tyrėjas gali fiksuoti ne tik verbalinius atsakymus, bet ir emocines respondento reakcijas į klausimus, atsižvelgti į atsakymų intonacijas kintant klausimams ir pan.

K. Kardelio nuomone, pusiau struktūruoto interviu iš anksto paruošti klausimynai suteikia galimybę tyrėjui tiksliai apibrėžti interviu temą ir jį dominančias tiriamo objekto problemas, bei užduoti papildomus klausimus, kurie išskyla interviu metu⁸³.

Siekiant įvertinti administracijos, šeimos gydytojų ir slaugytojų bei pacientų požiūrį į įdiegtą atvejo vadybos modelį, o taip pat atvejo vadybininko veiklą Centro poliklinikoje buvo atlikti trys kokybiniai tyrimai, taikant pusiau struktūruotą interviu metodą. Kiekvienas tyrimas buvo atliktas etapais:

1. Klausimynų parengimas;
2. Informantų atranka ir tyrimo atlikimas;
3. Duomenų analizė ir išvadų suformavimas.

Tyrimų organizavimas. Centro poliklinikos administracijos bei šeimos gydytojų ir slaugytojų pusiau struktūruotas interviu buvo atliktas planingai, iš anksto suderinus tikslų laiką ir vietą.

⁸¹ Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. - Kaunas: Judex leidykla, 2002: p. 277.

⁸² Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. - Kaunas: Judex leidykla, 2002: p. 273.

⁸³ t.p. p 273.

Kokybiniame tyrime, taikant pusiau struktūruotą interviu, dalyvavo atsitiktine atranka pasirinkti pacientai, skambinant duomenų sistemoje pateiktais telefonų numeriais. Kokybiniai tyrimai buvo atlikti 2013 m. sausio mėn. Vieno pusiau struktūruoto interviu trukmė – nuo 25 iki 40 min. Vykdamas kokybinius tyrimus, laikytasi pagrindinių tyrimuose išskiriamų etinių principų: geranoriškumo, privatumo, anonimiškumo, pagarbos, informacijos tikslumo ir kt.⁸⁴ Tyrėja supažindino su tyrimo tikslu, išipareigojo gerbti informanto privatumą, užtikrinti jo anonimiškumą, neviešinti informacijos, susijusios su konkrečiu asmeniu.

Kokybiniame tyrime taikyti darbo autorės parengti trys klausimynai: Centro poliklinikos administracijai (Priedas 1), šeimos gydytojams ir slaugytojams (Priedas 2) bei pacientams (Priedas 3).

Centro poliklinikos administracija. Tyrime dalyvavo 6 administratoriai, prisidėję prie atvejo vadybininko pareigybės įkūrimo Centro poliklinikoje. Tyrime dalyvavusių administratorių demografinės, socialinės ir su darbu susijusios charakteristikos pateikiamos 4 lentelėje. Tyrime dalyvavusių amžiaus vidurkis 44,8 m. Visi administratoriai turėjo aukštąjį universitetinį išsilavinimą.

4 lentelė Administratorių demografinės, socialinės ir su darbu susijusios charakteristikos

Lytis	Moterys 83,3 proc. (n = 5) ; vyrai 16,6 proc.(n = 1)
Amžiaus vidurkis	44,8 m. ±SN
Pasiskirstymas pagal darbo statusą	Direktorius – 1, direktoriaus patarėjas –1, skyriaus vedėjas – 1, sveikatos priežiūros administratoriai – 3.
Išsilavinimas	Aukštasis universitetinis išsilavinimas.

Centro poliklinikos šeimos gydytojai ir slaugytojai. 6 gydytojai ir 6 slaugytojai, dirbantys Centro poliklinikoje. Gydytojų ir slaugytojų interviu sudarė 6 klausimai (Priedas 2), orientuoti į šių dienų gydytojų darbo problemas bei pagalbą. Tyrime dalyvavusių gydytojų bei slaugytojų demografinės ir socialinės charakteristikos pateikiamos 5 lentelėje. Tyrime dalyvavusių amžiaus vidurkis 42,08 m.

5 lentelė Šeimos gydytojų ir slaugytojų demografinė ir socialinė charakteristika

Lytis	Moterys (91,66 proc.,(n = 11) ir vyrai (8,33 proc., (n=1)
Amžiaus vidurkis	42,08 m.±SN
Pasiskirstymas pagal darbinį statusą	Šeimos gydytojai – 6, slaugytojos – 6.
Išsilavinimas	Aukštasis universitetinis – 10, aukštasis neuniversitetinis – 2.

Centro poliklinikos pacientai: Tyrime dalyvavo 6 pacientai, prisirašę prie Centro poliklinikos ir kuriems yra tekę bendrauti su Centro poliklinikos asistentu (atvejo vadybininku). Pacientų interviu sudarė 6 klausimai (Priedas 3), orientuoti į sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kokybę. Tyrime

⁸⁴ Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. - Kaunas: Judex leidykla, 2002: p. 76-84.

dalyvavusių pacientų demografinės, socialinės ir su darbu susijusios charakteristikos pateikiamos 6 lentelėje. Tyrime dalyvavusių amžiaus vidurkis 44,8 m. Visi administratoriai turėjo aukštąjį universitetinį išsilavinimą.

6 lentelė Pacientų demografinė ir socialinė charakteristika

Lytis	Moterys (66,66 proc.(n = 4) ir vyrai (33,33 %, n = 2)
Amžiaus vidurkis	44,8 m.±SN
Pasiskirstymas pagal darbinį statusą	4 informantai dirbantys, 2 informantai nedirbantys.
Išsilavinimas	Vidurinis – 1, aukštesnysis – 2, aukštasis – 3.

Duomenų analizė. Kokybinio tyrimo metu, dalyviams sutikus, pokalbis buvo įrašomas į diktofoną, vėliau surinkti duomenys transkribuoti. Kokybinių duomenų analizei buvo taikomas turinio analizės (content) metodas, leidžiantis formuluoti išvadas remiantis analizuojamu tekstu. Turinio analizė apima 4 etapus: daugkartinį teksto skaitymą; esminių kategorijų išskyrimą remiantis „raktiniais“ žodžiais; kategorijų turinio skaidymas į subkategorijas; kategorijų ir subkategorijų interpretavimą bei pagrindimą remiantis tekstiniais įrodymais.⁸⁵

3.2. Administracijos darbuotojų interviu rezultatų analizė

Klausimu („*Kokios pagrindinės priežastys paskatino įstaigoje įdiegti atvejo vadybininko modelį?*“) siekta atskleisti administracijos darbuotojų požiūrį į priežastis, paskatinusias įstaigoje įdiegti atvejo vadybininko modelį, o taip pat išsiaiškinti atvejo vadybininko veiklos sritis (7 lentelė).

⁸⁵ Bitinas B., Rupšienė L., Žydžiūnaitė V. Kokybinių tyrimų metodologija, 2008.

7 lentelė Pagrindinės atvejo vadybininko modelio diegimo priežastys administracijos požiūriu

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Paslaugų prieinamumo gerinimas	Savalaikis paslaugos suteikimas	„Atvejo vadybininko pareigybė Centro poliklinikoje įkurta tikslu pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Tai reiškia, kad pacientai paslaugą gautų tiksliai nustatytu laiku.“ „Ši pareigybė tikrai reikalinga, nes mūsų šalyje daug ko nepadaroma, ką galėtume padaryti ir prevencijos, ir kokybiško aptarnavimo srityje, nes, kiek teko lankytis kitose šalyse, apie vieną pacientą šokinėja ne viena slaugytoja, ir ne vienas aptarnaujantis personalas yra be medicininio išsilavinimo tam, kad užtikrintų efektyvią, savalaikę ir kokybišką paslaugą.“
	Prevencinių programų vykdymas	„Visų pirma buvo galvojama, kaip pagerinti prevencinių programų vykdymą.“ „Pritraukti pacientus, informuoti juos apie prevencines programas ir juos paskatinti aktyviau dalyvauti, norėjosi, kad jie labiau žinotų, kokias paslaugas gali rinktis, kokios galimybės yra apie tai informuoti.“ „Informuoti juos apie prevencines programas ir paskatinti aktyviau jose dalyvauti.“ „Ir tada buvo iškristalizuotos 2 pagrindinės sritys su kuo daugiau dirbs – tai prevencinės programos ir pacientai po greitosios pagalbos iškvietimų.“ „Taip pat, kad pagerinti prevencinių programų vykdymą.“ „Tikrai yra didelė pagalba prevencinėms programoms.“
Pacientų informavimas	Pacientų informavimas apie prevencines programas	„Galbūt pasiektumėme žymiai geresnių rezultatų, jeigu daugiau bendrautumėme su pacientu, jam aiškintumėme, kalbėtumėme, įtikintumėme, kokius vaistus reikia gerti, kaip save prižiūrėti, kaip maitintis negu greita ranka išrašant 10 receptų. Ir visa šita tikrai galėtų padaryti asistentės, jeigu gydytojas jau neturi daugiau laiko praleisti su pacientu.“
	Kontaktų su pacientais palaikymas	„Kokiu būdu būtų galima surasti tuos pacientus, kurie galvoja, kad yra sveiki ir dėl to nesikreipia į gydytojas, ir nemato reikalo ateiti dėl profilaktinių tikrinimų.“ „Kada pacientai metų metais nepasirodo įstaigoje, nesidomi savo sveikata ir jie nežino, kad kažkokios tai programos vyksta.“ „Noras pritraukti pacientus, norėjosi, kad jie labiau žinotų, ką gali pasirinkti, kokios galimybės yra ir juos apie tai informuoti, kad jie tai gali gauti.“ „Mano nuomone, galima būtų daryti tą glaudesnę ir aktyvesnę tokią bendradarbiavimą, ir tą pacientų informavimą aktyvesnę.“
	Priminimas apie profilaktinę patikrą	„Pacientai, kuriems reikalinga profilaktinė patikra.“ „Pacientai dažnai pamiršta apie profilaktinę patikrą, jiems reikia priminti.“
	Konsultacija ir/ar registracija	„Konsultacija po greitosios pagalbos iškvietimo.“ „Registracija pas specialistus po GMP iškvietimo.“ „Paciento konsultavimas po GMP apie visas paslaugų gavimo galimybes.“ „Arba po grįžimo iš ligoninės – jie gautų informaciją, kur, kada ir koks specialistas galėtų juos pakonsultuoti.“ „Grįžusiems iš ligoninės nereikia patiems eiti į polikliniką, juos užrašo asistentai.“

7. lentelės tęsinys kitame puslapyje

7. lentelės tęsinys

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Gydytojų ir slaugytojų darbo krūvio mažinimas	Darbo funkcijų perskirstymas	<p>„Didelį krūvį ir didelį darbą atlieka gydytojai ir slaugytojai. Pamatėm, kad visvien yra ribotas laikas ir pacientų srautai didžiuliai yra, tai dar vienas žmogus, toks tarpininkas tarp gydytojo ir paciento, kuris padeda šiems dviems specialistams ir perima tam tikras funkcijas.“</p> <p>„Iš vienos pusės gydytojo priėmimo laikas yra labai trumpas ir jie neturi laiko, kada tiesiog suteikti pilnos informacijos.“</p> <p>„Yra labai daug darbo, reikia kviesti prevencinėms programoms, o tam nebelieka laiko, dėl to ligonio vizito laikas sutrumpėja.“</p> <p>„Kai sugalvojome, kad tokie žmonės reikalingi, buvo peržiūrėta, kokias funkcijas atlieka gydytojai, kokias – slaugytojai. Ir buvo pažiūrėta, ką galėtų atlikti atvejo vadybininkai, kas neliečia gydomojo darbo, kas neliečia medicininės srities – toks grynai organizacinis.“</p> <p>„Kad tiek slaugytojams, tiek gydytojams būtų palengvinamas darbas ir tuomet kiti dalykai, kurie neužima daug laiko, kaip kontaktus patikrinti.“</p> <p>„Norėjom kontaktą nustatyti didesnę su greitosios pagalbos stotim, kad būtų tarpusavio ryšys tarp gydymo įstaigos ir greitosios pagalbos stoties.“</p>
	Kontakto ir atgalinio ryšio palaikymas su pacientais	<p>„Komunikacijos trūkumas tarp pacientų ir gydytojų, tiksliau sakant sveikatos priežiūros įstaigos.“</p> <p>„Gimė idėja, kad asisitentą galėtų būti tuo ryšininku tarp gydytojo ir paciento“</p> <p>„Mintis kilo iš pagalbos šeimos gydytojo ir slaugytojo komandai, kad padėtų palaikyti ryšį su pacientais.“</p> <p>„Taip pat pasigesdavome informacijos ir atgalinio ryšio iš kitų įstaigų, kur mūsų pacientai gydydavosi ir tiesiog tam, kad užtikrinti tęstinį gydymą, paslaugų teikimo tęstinumą ieškojome būdų, kaip gauti atgalinį ryšį.“</p> <p>„Mano supratimu, kad būtų galima pagerinti darbą su pacientais, kad būtų geresnis kontaktas, nes kai kurios slaugytojos yra labai apkrautos, o kai kurios gal ir nelabai nori skambinti.“</p>

Apibendrinimas. Visi informantai labai panašiai įvardino priežastis, kurios lėmė atvejo modelio įdiegimą Centro poliklinikoje, nes, kaip vienas informantas teigė „ilgai galvojome ir tarėmės.“ Buvo išskirtos šios atvejo modelio diegimo priežastys - pacientų informavimas apie prevencines programas ir jų vykdymą, priminimas apie profilaktinę patikrą, pacientų konsultavimas ir registravimas po GMP, pacientų konsultavimas po grįžimo iš ligoninės, kontakto ir atgalinio ryšio palaikymas su pacientais, asistento įtraukimas į gydytojo ir slaugytojo komandą siekiant sumažinti gydytojo ir slaugytojo darbo krūvį.

Buvo klausama („**Kokie esamo atvejo vadybininko modelio privalumai? Kokie trūkumai?**“) siekiant atskleisti administracijos požiūrį į atvejo vadybininko modelio privalumus ir trūkumus (8 lentelė).

8 lentelė Administracijos požiūris į atvejo vadybos modelio privalumus ir trūkumus

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Modelio privalumai	Pacientų pasitenkinimas	<p>„Nauda pacientui, dėl to, kad jam yra suteikiama savalaikė vienokia ar kitokia medicininė paslauga.“</p> <p>“Pacientai labiau patenkinti už tokį rūpestį.”</p> <p>„Po GMP paskambinus pacientai labai maloniai nustemba ir tai yra ta gera emocija pacientui, nes pacientas iš karto mato, kad mes juo rūpinamės, kad mes žinome ir gauname tą informaciją ir kad jis yra svarbus.“</p> <p>“Visus labai ir pacientus, ir poliklinikos administraciją taip geranoriškai nuteikė. Čia priklauso ir nuo tų asmenybių, kurios atėjo dirbti.“</p>
	Gydytojų pasitenkinimas	<p>„Nauda medikams, kadangi jiems palengvina tą darbą, nes atvejo vadybininkai kontaktuoja arba internetu, arba telefonu su pacientu. Todėl daugiau laiko medikams lieka tiesioginiam darbui su pacientu, t.y. kontaktui.“</p> <p>„Šiek tiek grįžta kitoks priėjimas prie paciento.“</p> <p>„Tai puikus raktas, pagalba šeimos gydytojui ir šeimos gydytojo komandai, todėl, kad šiai dienai šeimos gydytojas turi realiai nuo 5 iki 7 min. vienam pacientui (tame tarpe jis turi užpildyti visą dokumentaciją, susisiekti/snekėti telefonu su pacientu ir jį pakviesti atlikti įvairias programas). Fiziškai tai yra tiesiog neįmanoma.“</p> <p>„Pats pirmas blynas nebuvo prisvilęs, nes darbuotojai labai stengėsi ir įnešė mums visokių ir darbo ataskaitų, ir analizės rezultatų.“</p> <p>„Ir tai yra turbūt vienas svarbiausių dalykų kalbant apie gydytojo ir paciento santykį. Tiesiog tiesioginė pagalba gydytojui.“</p>
	Finansinė nauda įstaigai	<p>„Antra, nauda įstaigai, kadangi už tas paslaugas apmoka ligonių kasa.“</p> <p>„Bet vertinant tai, kad prisikvietus daugiau pacientų prevencinėms programoms, kurios yra apmokamos iš PSD lėšų.“</p>
Modelio trūkumai	Glaudesnio bendravimo stoka	<p>„Kadangi šią pareigybę mes patys sukūrėme, ją aprašėme, tai, be abejo, ji yra neišbaigta, šis modelis. Nes atvejo vadybininkas yra pagalbininkas tarp gydytojo ir slaugytojo minėtam tikslui įgyvendinti. Tiek slaugytojos, tiek gydytojai savo darbo didžiąją dalį skiria popierių tvarkymui.“</p> <p>„Kad būtų labiau tiesioginis bendravimas su gydytoju negu per centrų vadovus, nes vadovai skirti tam, kad koordinuotų visą tą veiklą.“</p> <p>„Mes pamatėm, kur kokių kampu gal labiau tą asistenčių darbą reikėtų pakreipti.“</p> <p>„Bet yra daug kitų funkcijų ir ne viskas pasakoma gydytojui. Per ilgas kelias iki to daktaro, kuris priima gydymo sprendimus.“</p> <p>„Turi būti abipusis kontaktas tiek asistenčių, tiek gydytojų ir slaugytojų.“</p> <p>„Pačioj pradžioj buvo sudėtinga išgryninti funkcijas, tiksliai paaiškinti, kam yra reikalingi.“</p> <p>„Šiuo metu informavimas dėl prevencinių program ir GMP yra toks vienkartinis.“</p>
	Pacientų neigiamas požiūris	<p>„Tik tai, kad žmonės yra labai skirtingi, ir ne visi mėgsta gauti skambučius ir žinutes iš prekybos centrų ir reklamuotojų, bet čia, toli gražu, ne reklama, ir aš galvoju, kad ateityje supras dauguma.“</p>

Apibendrinimas. Visi šeši informantai įvardijo, kad įdiegtas atvejo vadybininko modelis pasiteisino ir jau išryškėjo jo privalumai: pacientai rezultatais patenkinti, nes yra informuojami apie poliklinikoje vykdomas prevencines programas, taip pat jaučia poliklinikos darbuotojų rūpestį, gauna savalaikę medicininę paslaugą. Be to, patenkinta administracija, kuriems, gaunant išsamią informaciją,

lengviau organizuoti darbus, taip pat ir gydytojai bei slaugytojai, iš kurių buvo perimtos kelios funkcijos, todėl jie gali daugiau laiko skirti pacientams. Visi šeši informantai teigė, kad didėja įstaigos įvaizdis, daugėja pacientų, gerėja įstaigos finansiniai rodikliai.

Informantai teigė iš pradžių nežinoję, kaip reikėtų realizuoti atvejo vadybos modelį ir visi pripažino, kad šiuo metu jis yra dar neišbaigtas, funkcijos galutinai neišdiferencijuotos. Tik veiklos eigoje išryškėjo modelio privalumai bei tobulintinos kryptys.

Trys informantai pasigedo glaudesnio tiesioginio bendradarbiavimo tarp asistento ir gydytojų-slaugytojų komandos.

Viena informantė teigė, kad po asistento vadybininko modelio įdiegimo praėjus tam tikram laikotarpiui „*Mes pamatėm, kur kokių kampu gal labiau tą asistenčių darbą reiktų pakreipti.*“

Vienas informantas atvejo vadybos modelio trūkumų neįžvelgė: „*Pacientai labiau patenkinti už tokį rūpestį*“, „*Nauda medikams, kadangi jiems palengvina tą darbą, nes atvejo vadybininkai kontaktuoja arba internetu, arba telefonu su pacientu. Todėl daugiau laiko medikams lieka tiesioginiam darbui su pacientu, t.y. kontaktui.*“

Du informantai minėjo trūksta kontakto su pacientais tęstinumo „*nes jis yra toks vienkartinis*“.

Klausimu („*Įvardinkite pagrindines rizikas, kurios Jūsų nuomone kyla, diegiant atvejo vadybos modelį?*“) siekta išsiaiškinti administracijos požiūrį į pagrindines rizikas, kurios kyla, diegiant atvejo vadybininko modelį (9 lentelė).

9 lentelė Administracijos požiūris į pagrindines rizikas, kylančias diegiant atvejo vadybos modelį

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Galimos rizikos	Asmens duomenų saugumas	„ <i>Asmens duomenų saugumas visų pirma ir bene vienintelis rizikos veiksnys, kuris galėjo kilti šiame darbe.</i> “
	Apmokėjimas už atvejo vadybininko etatą	„ <i>Pirma rizika tai, kad reikia išlaikyti asistentus.</i> “ „ <i>Finansine prasme įstaigai iš vienos pusės gal pradžioje buvo ir nuostolinga įvesti papildomus etatus, kurių nefinansuoja ligonių kasos.</i> “
	Atvejo vadybininko kompetencija ir charakterio savybės	„ <i>Taip pat, kad gali papulti blogi darbuotojai.</i> “ „ <i>Dar rizika ta, kad tam tikrais atvejais norėtusi labiau medicininio požiūrio į duomenis, kuriuos asistentas mato duomenų sistemoje.</i> “ „ <i>Tik tiek, kad svarbu gaudytis medicinoje.</i> “

Apibendrinimas. Visi informantai didelių rizikų neįžvelgia, vienas iš jų įvardino kaip galimą riziką – asmens duomenų saugumą, du informantai nuogastavo, kad įdarbinti asistentai gali neturėti

medicininio išsilavinimo. Dar du informatai teigė, kad papildomų etatų įvedimas gali būti nuostolingas įstaigai.

Siekiant išsiaiškinti atvejo vadybininko teikiamą naudą įstaigai bei jos (t.y. įstaigos) veiklos pokyčius, įdiegus atvejo vadybos modelį buvo klausama (**„Jūsų nuomone, kokią naudą atvejo vadybininkas teikia įstaigoje? Kokius pokyčius pastebėjote, įdiegus atvejo vadybininko modelį?“**) (10 lentelė).

10 lentelė Administracijos nuomonė apie atvejo vadybininko naudą įstaigai bei pokyčius

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Atvejo vadybininko nauda įstaigai	Informatyvos ataskaitos	„Kai gaunu ataskaitas, išrašus, matau realų skaičių, kiek pacientų reikėjo pagalbos, „ Matau skaičius, suvestines ir tai labai gerai, galiu įvertinti situaciją“ „Draudiminiuosius dalykus padeda tvarkyti, ataskaitas gauna, išrašai iš stacionarų.“
	Dokumentų tvarkymas	„Didelė dalis yra tvarkomi išrašai. Elektroniniu būdu jų tik daugėja ir tai yra didelė pagalba.“ „Darbo tikrai yra daug, nes pas mus yra beveik 140 tūkstančių pacientų ir vyresnio amžiaus žmonių yra daug, ir prevencinių programų daugėja.“
	Specialistų laiko sąnaudų mažėjimas	„Nereikia jiems patiems ieškoti, domėtis, registruotis, tuo būdu ir pacientams sutaupo laiko.“ „Po GMP iš karto gali apsilankyti, nereikia laukti.“ „Nes gydytojai dirba dviem pamainom, jie turi palikti kabinetą laiko ir yra labai sudėtinga slaugytojai pasilikti po darbo ir skambinti pacientams. Fiziškai šeimos gydytojui viešajam sektoriui krūvis yra labai didelis, net nelygintina su privačiu sektorium.“
Pokyčiai įdiegus atvejo vadybos modelį	Pacientų pasitenkinimas	„Pastebėjau labai gerus atsiliepimus iš pacientų. Jie labai nustebė, kad jiems skambina į namus ir teiraujasi bei siūlo pacientą užrašyti pas mediką konsultacijai iš įstaigos, prie kurios jie yra prisirašę.“ „Ir dar labai nustemba kada tai amžiaus grupei, kuriai priklauso vienokia ar kitokia valstybinė programa, pvz., krūties vėžio, gimdos kaklelio, kada jie yra pakviečiami pasitikrinti, primenama ir kada juos iš karto užrašo pas gydytoją pasitikrinti nustatytu laiku.“ „Šiandieną pagalba yra tokia globalesnė, nes yra visiems pacientams, tačiau gydytojai realiai nelabai tą jaučia.“ „Administracijoje pokyčiai yra juntami iš emocinės pusės, kada pacientai yra patenkinti ir jais yra rūpinamasi, dėl to, kad iš tikrųjų rodomas yra dėmesys pacientui.“ „Atsiranda tas geresnis kontaktas ir pasitikėjimas medikais.“
	Pacientų skaičiaus didėjimas	„Daugėja pacientų, norinčių profilaktiškai pasitikrinti“ „Pokyčiai matomi kviečiamų pacientų skaičiumi.“ „Pokyčiai matomi apsilankiusių pacientų skaičiumi.“
	Prevencinių programų vykdymo gerėjimas	„Kai rezultatai pasitvirtino, labai gražiai matosi, kad yra dar vienas specialistas, kuris padeda pagerinti darbo rezultatus.“ „Kai kurių programų vykdymas tikrai yra pakilęs.“ „Vis tik procentaliai pagerėjo ir mamografijos, ir prostatos programų vykdymas.“ „Su prevencinėm programom dirba.“

Apibendrinimas. Visi šeši informantai teigė, kad apie pokyčiai ir nauda įstaigai įdiegus atvejo vadybos modelį yra pastebima. Visi administracijos darbuotojai pažymėjo, kad ataskaitų daugiau, jos informatyvesnės, tad lengviau orientuotis situacijoje ir priimti organizacinius sprendimus. Taip pat jie pabrėžė, kad pacientai atvejo vadybininko paslauga labai patenkinti.

Administracijos buvo klausama („**Kokias funkcijas atvejo vadybininkas galėtų atlikti? Pateikite siūlymus.**“)(11 lentelė).

11 lentelė Administracijos nuomonė apie atvejo vadybininko funkcijas

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Suteikti pacientams informaciją apie teikiamas paslaugas	Pacientų informavimas	<p>„Galėtų būti, kai žmogus prisirašo – jam viskas yra papasakojama, jeigu ateini pas šeimos gydytoją be jokios problemos – ko gali iš jo tikėtis: kad tave apžiūrės, paskirs kraujo tyrimą, pamatuos AKS, patikrins akis ir t.t. tuos bendruosius dalykus. Čia būtų gilesnis bendravimas ir tarpininkavimas atvejo vadybininkų, kad jie padėtų susivokti, ką iš sveikatos sektoriaus, iš I ir II lygio būtų galima gauti ir kur kreiptis.“</p> <p>„Galbūt priminti, išsiųsti emailus, pranešti, kad po kelių dienų turi ateiti susileisti vaistus.“</p> <p>„Panašų darbą daro socialinis darbuotojus pas mus Slaugos klinikoje. Tai turėtų daryti šeimos gydytojas ir slaugytojas, bet ne visiems per 15 min priėmimą gali papasakoti, kad galima internetu registruotis, taip pat atšaukti registraciją, paskambinti ar pasidaryti prevencines programas, ateiti profilaktiškai. Tuo metu žiūri kokia problema yra ir sprendi ją.“</p> <p>„Aš įsivaizduoju, asistentų turėtų būti daugiau ir jie turėtų daryti tik tą darbą, kuris jiems priklauso: pacientų kvietimai, kontaktas su gydytoju ir slaugytoju, ypatingai, kai kviečia tos apylinkės prisirašiusius žmones.“</p> <p>„Galėtų atlikti daugiau funkcijų: yra ir naujagimiai, vaikai – juos pakviesti pasitikrinti sveikatą prieš mokyklą iš anksto, kad jie nestovėtų eilėse - čia yra skatinamoji paslauga, kur aš minėjau – pakviesti pasiskiepyti, daugelį dalykų turėtų daryti tai, ko nedaro, o turi daryti šeimos gydytojas ir slaugytojas.“</p> <p>„Yra mintis tokia labai nauja – daug žmonių nežino apskritai, ką poliklinikos veikia, ypač jaunimas, kuris visai nesikreipia, nieko neskaua ir nieko nereikia. Pastebim, kad ateina jaunų žmonių, pvz, studentai, kad jie net supratimo neturėjo, kad mes, tarkime, dirbame visą parą, kad gali gauti ginekologo paslaugas, kad yra tyrimai atliekami, kad yra labai gera įranga, geri specialistai. Viena mintis yra, kad galėtų būti toks žmogus, kuris informuotų, ką poliklinika galėtų jam pasiūlyti, kada atvykti dėl profilaktinių tyrimų.“</p>
	Finansinė nauda	<p>„Antras dalykas, poliklinikai TLK nubraukia lėšas, automatiškai išregistruoja pacientą, jeigu pacientas įstaigoje nesilanko 3 metus. Viena iš minčių yra kontaktuoti su pacientu vieną kartą per metus. Vienas dalykas - tai būtų paskata atvykti pacientui, antras dalykas – mes neprarastume lėšų.“</p>

11. lentelės tęsinys

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Bendradarbiauti su paslaugų teikėjais (gydytojais ir slaugytojais);	Pagalba gydytojo ir slaugytojo komandai	„Nes iš tikrųjų gydytojas, mano nuomone, šiuo laikmečiu yra sudėtingoj situacijoje, dėl to, kad jis užsidirbtų sau atlyginimą, jis turi sukintis kaip bitė. Ne visada lieka to laiko pakankamai ir pasiskaityti, pasitobulinti, juo labiau pasikalbėti su pacientu. Jau pradedi pacientui kažką plačiau aiškinti, jeigu dirbi su slaugytoja – jau rodo, kad kitas už durų laukia.“ „Yra mintis, kad priartinti dar labiau prie pacientų ir labiau praplėsti tą pareigybę, kad ateina pas jus pacientas ir jūs sudėliojante jam viską. Jūs kaip ir su konkrečiu atveju dirbate.“
	Prevencinių programų vykdymas	„Aš manyčiau, storžarnės nėra aktyvi programa ir normaliai dirbti asistenčių reikia daug.“ „Pagalba būtų prevencinės programos, bet sąrašą turėtų duoti slaugytojos, nes, kuo tiksliai serga ar sirgo pacientas, geriausiai žino šeimos gydytojo komanda.“

Apibendrinant, keturi iš šešių informantų mano, kad atvejo vadybininkas turėtų perimti dalį funkcijų, kurias dabar atlieka šeimos gydytojai bei slaugytojai – pacientų apžiūrą, kraujo tyrimų išrašymą, AKS pamatavimą, akių dugno patikrą. Trys informantai mano, kad atvejo vadybininkas turėtų daugiau dirbti su pacientais informacinį darbą – priminti pacientams ateiti susileisti vaistų, apie prevencines programas, pakviesti pacientus profilaktiškai pasitikrinti, pasiskiepyti, pakviesti vaikus pasitikrinti iš anksto prieš mokyklą, informuoti apie poliklinikos specialistus, apie poliklinikos diagnostinę įrangą. Visi šeši informantai mano, kad atvejo vadybininkas turi perspektyvą poliklinikoje, taip pat visi tikisi finansinės naudos: „Antras dalykas, poliklinikai TLK nubraukia lėšas, automatiškai išregistruoja pacientą, jeigu pacientas įstaigoje nesilanko 3 metus. Viena iš minčių yra kontaktuoti su pacientu vieną kartą per metus. Vienas dalykas - tai būtų paskata atvykti pacientui, antras dalykas – mes neprarastume lėšų.“

Administracijai buvo pateiktas klausimas („**Kokios, Jūsų nuomone, atvejo vadybininko veiklos perspektyvos įstaigoje?**“).

Apibendrinimas. Du informantai atsakė, kad „minėtam tikslui įgyvendinti reikėtų 4-iems šeimos gydytojams vieno atvejo vadybininko.“ Vienas informantas negali pasakyti „vienareikšmiškai, kad pvz, 10čiai 1 lygio gydytojų – 1 asistentas arba 5iems – 1 asistentas. Nes yra daug kitų dalykų, kurios galėtų padėti padaryti. Raštinio darbo yra labai daug. Jeigu būtų 10iai gydytojų – būtų tikrai glaudesnis kontaktas, kad nebūtų tokių klaidingų pakvietimų.“ Vienas informantas mano, kad „jeigu

giliau bendrauti, reikėtų žymiai daugiau aistentų. Mano nuomone, vienas asistentas turėtų susitvarkyti su 3 šeimos gydytojų pacientais.“ Vienas informantas pateikė siūlymą, kad asistento telefoninis pokalbis būtų fiksuojamas kaip kontaktas su pacientu ir ligonių kasų apmokamas: *„Kitose šalyse yra gydytojo priėmimo laikas, pokalbiai telefonu fiksuojami – kalbėjo su Petraitiene tiek laiko – pažymi ir ligonių kasa už tai apmoka. Šios paslaugos kol kas nėra ir man nebūtinai reikia, kad jis ateitų, gaištu laiką – aš tiesiog jam pasiskambinu ir rodau, kad mano ir paciento kontaktas yra.*” Likusieji du informantai savo nuomonės šiuo klausimu neišsakė.

Buvo klausama (*„Ką patartumėte kitoms įstaigoms, diegiant atvejo vadybininko modelį?“*) siekiant gauti administracijos siūlymus diegiant atvejo vadybos modelį kitose Lietuvos pirminės sveikatos priežiūros įstaigose (12 lentelė).

12 lentelė Požiūris į darbuotojų siūlymus, taikant atvejo vadybininko modelį

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Modelio privalumai	Pacientų pritraukimas	<i>„Mes apie tai rašome žiniasklaidoje, informuojame, kadangi mes esame kiekviena įstaiga nepriklausomi, tai, manau, kad per prievartą tikrai nieko negalime padaryti. Tačiau jie, matydami tai, kad pacientai renkasi mūsų įstaigą ir mūsų gydytojus, ir žinodami tai, kad finansavimas yra surištas su paslaugų teikimu ir gyventojų prisirašymu, be abejo, matydami, kad tų paslaugų pas juos mažėja medicininių, mažėja pacientų, jie, be abejo, turės permąstyti savo strategiją ir, anksčiau ar vėliau, turėtų įsivesti šią pareigybę.“</i>
	Finansavimas	<i>„Aš manyčiau, kad turėtų būti surišta su finansavimu ir, jeigu, tu turi tokią pareigybę, tai tu įkainį už prisirašiusį gyventoją gauni didesnę – gali būt vienas variantas.“</i> <i>„Antras variantas – jau dabar egzistuojantis yra, tai kiekviena įstaiga arba šeimso gydytojo komanda kas ketvirtį gauna papildomą finansavimą už gerus darbo rodiklius. Tai reiškia, į gerus darbo rodiklius įeina skatinamosios paslaugos, kvietimai pasitikrinti profilaktiškai, t.y., valstybinės programos, pvz., jeigu apylinkėje yra 1000 pacientų, iš 1000 pacientų 500-iems šimtams vyresnio amžiaus priklauso pasitikrinti dėl gimdos kaklelio vėžio, krūties vėžio, prostatės ir ta komanda vykdo 100 procentų, tai jie gali gauti gan nemažus pinigus už tai, kad jų profilaktinis darbas arti 100 procentų. Tos įstaigos arba ta komanda, kuri iš 500 pakviečia tik 20 procentų jie praktiškai gauna tik centus. Tai, kai gauni papildomą finansavimą, gali įsteigti pareigybę asistento ir atitinkamai kiekvienam komandos darbuotojui pakyla atlyginimai. Čia būtų toks motyvavimas. Tai tada už gerus darbo rodiklius turėtų būti skiriama gal procentaliai didesnė suma ir, aš manau, kad tuomet įstaigos sugalvotų įvairias formas: arba įsteigti asistento pareigybę, arba pavesti tą darbą dar kažkam, kad pasiekti tuos rodiklius.“</i>
	Vadybiniai sprendimai	<i>„Kad asistentų tikrai reikia ir ypatingai jie reikalingi didelėse poliklinikose.“</i> <i>„Čia yra vadybiniai sprendimai, kuriuos turi atrasti kiekviena įstaiga atskirai ir adaptuoti tą modelį, jeigu jiems yra reikalinga ir jie mato poreikį.“</i>

Apibendrinimas. Trys informantai pripažino, kad Lietuvos sveikatos sistemai atvejo vadybos modelio įvedimas būtų naudingas. Tačiau tai įgyvendinti turėtų būti suformuota teisinė bazė ir skirtas finansavimas: *„Tikiu, kad Sveikatos apsaugos ministerija irgi padarys pakeitimus teisiniuose aktuose ir tokią pareigybę, galbūt kaip ir privalomą įteisins medicinos srityje sąraše“*, *„Aš manyčiau, kad turėtų būti surišta su finansavimu ir, jeigu, tu turi tokią pareigybę, tai tu įkainį už prisirašiusį gyventoją gauni didesnę – gali būt vienas variantas“*, *„Antras variantas – jau dabar egzistuojantis yra, tai kiekviena įstaiga arba šeimso gydytojo komanda kas ketvirtį gauna papildomą finansavimą už gerus darbo rodiklius. Tai reiškia, į gerus darbo rodiklius įeina skatinamosios paslaugos, kvietimai*

pasitikrinti profilaktiškai, t.y., valstybinės programos, pvz., jeigu apylinkėje yra 1000 pacientų, iš 1000 pacientų 500-iems šimtams vyresnio amžiaus priklauso pasitikrinti dėl gimdos kaklelio vėžio, krūties vėžio, prostatos ir ta komanda vykdo 100 procentų, tai jie gali gauti gan nemažus pinigus už tai, kad jų profilaktinis darbas arti 100 procentų. Tos įstaigos arba ta komanda, kuri iš 500 pakviečia tik 20 procentų jie praktiškai gauna tik centus. Tai, kai gauni papildomą finansavimą, gali įsteigti pareigybę asistento ir atitinkamai kiekvienam komandos darbuotojui pakyla atlyginimai. Čia būtų toks motyvavimas. Tai tada už gerus darbo rodiklius turėtų būti skiriama gal procentaliai didesnė suma ir, aš manau, kad tuomet įstaigos sugalvotų įvairias formas: arba įsteigti asistento pareigybę, arba pavesti tą darbą dar kažkam, kad pasiekti tuos rodiklius.” Kiti trys informantai nuomonės šiuo klausimu neišsakė.

3.3. Šeimos gydytojų ir slaugytojų interviu rezultatų analizė

Siekiant įvertinti šeimos gydytojų ir slaugytojų bendradarbiavimą su atvejo vadybininku, buvo klausama („**Apibūdinkite bendradarbiavimą su atvejo vadybininku? Kaip dažnai bendradarbiaujate?**“) (13 lentelė).

13 lentelė Šeimos gydytojų ir slaugytojų bendravimo būdai su atvejo vadybininku

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Bendravimo būdai	Elektroninis bendravimas	„Aš bendrauju elektroniniu paštu kaip vedėja.“ „Asistentas po GMP vizito užregistruoja pacientą į mano priėmimą.“ „O aš pati pamatau savo dienotvarkėj įrašyti pacientai ir po greitosios pagalbos, užregistruoti.“ „Kada mes gaunam sąrašus onkocitologinių, kada reikia pakviesti, paciento kortelėje reikia sudėlioti visus pakvietimus.“ „Turbūt daugiau su asistentu bendradarbiauju mano slaugytoja. Dėl įvairių prevencinių programų jai buvo pateikti sąrašai, kas iškviestas, kas perskambinta, už tai labai ačiū, nes yra didelis darbo krūvis ir tikrai mes nespėjam.“
	Kontaktinis bendravimas	„Bendradarbiaujam dėl anketų patikslinimo, kur pacientai pildo, perduodam.“ „Ir kiek iš greitosios medicinos pagalbos atvykusių pacientų, jiems kildavo klausimų dėl išrašų, epikrizių, kur jie pasiklydo ir su kuo galėtų bendrauti – yra tekę kelis kartus susisiekti.“

Apibendrinimas. Visi dvylika informantų teigė, kad su atvejo vadybininkais tiesiogiai nebendrauja, tik gauna ataskaitas, mato užregistruotus pacientus: „Tiesiogiai nebendradarbiaujam“ „neteko bendrauti“, „nebendradarbiaujam“, „ne, mes nebendraujam, mes tikrai matom jų atliekamą darbą.“ Du informantai prisiminė, kad teko kelis kartus tikslinti pacientų duomenis, tada patys skambino.

Klausimu („*Kokias funkcijas atlieka atvejo vadybininkas?*“) siekta nustatyti šeimos gydytojų ir slaugytojų informuotumą apie įstaigoje dirbančių atvejo vadybininkų veiklą ir jų atliekamas funkcijas, palengvinančias gydytojų ir slaugytojų tiesioginį darbą (14 lentelė).

14 lentelė Šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūris į atvejo vadybininko atliekamas funkcijas

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Atvejo vadybininko funkcijos	Dokumentų tvarkymas	<p>„Slaugytojai palengvina darbą.“</p> <p>„Po GMP ir prevencinėms programoms registruoja pacientus.“</p> <p>„Dar funkcija yra paskambinti pacientams po GMP atvykimo, informuoti gydytojus, ar jie galės nuvykti, suderinus su pacientu.“</p> <p>„Iš stacionaro išrašus, kurie yra susiję su paliatyvia slauga, tai yra perduodama paliatyviosios slaugos klinikos vedėjai ir, kiek aš žinau, yra išskirstoma pagal filialus ir perduodami išrašai vedėjai, kad kuo greičiau informacija patektų gydytojams.“</p> <p>„Randame kompiuteryje įrašytus pacientus po GMP – jie pas mus atvyksta.“</p> <p>„Dėl GMP ir prevencinių programos.“</p> <p>„Tada iš greitosios medicinos pagalbos atvykusius, mato tuos sąrašus ir jiems perskambina, ar reikia kažkokios pagalbos registruoja.“</p> <p>„Išrašus, epikrizes tvarko.“</p>
	Kvietimas į prevencines programas	<p>„Visi komandos nariai yra įpareigoti vykdyti profilaktinį darbą. Tai yra mano pareiga, taip pat kaip gydyti sergantį, stebėti ir sekti sveiką žmogų ir laiku užkirsti kelią ligoms.“</p> <p>„Kiek aš žinau yra iškvietimai pacientų prevencinėms programoms, kurios priklauso pagal amžių grupes ir pagal tai, kiek informacinėje sistemoje yra suvesti telefonai arba internetiniai adresai, tiek juos gali iškviešti tų pacientų.“</p> <p>„Skambina dėl vykdomų programų pacientams ir informuoja.“</p> <p>„Kviečia į polikliniką pagal programas.“</p>

Apibendrinimas. Pastebima, kad šeimos gydytojų ir slaugytojų informuotumas apie atvejo vadybininko atliekamas funkcijas ribotas. Šeši informantai žinojo, kad atvejo vadybininkai skambina pacientams ir juos registruoja vizitui pas gydytoją. Vienas informantas atsakė, kad atvejo vadybininkas palengvina gydytojo ir slaugytojo darbą, tačiau, kaip tai daro, nežinojo. Du informantai paminėjo, kad atvejo vadybininkai tvarko išrašus iš stacionaro, epikrizes. Keturi informantai žino apie atvejo vadybininkų atliekamą prevencinę veiklą. Šeši informantai teigė, kad „*nebendrauju, nieko nežinau, asistento funkcijų tikrai nežinau.*“

Buvo klausama („*Kokias funkcijas norėtumėte perduoti atvejo vadybininkui?*“) siekiant išsiaiškinti šeimos gydytojų ir slaugytojų nuomonę, kokias funkcijas jie norėtų perduoti atvejo vadybininkui (15 lentelė).

15 lentelė Šeimos gydytojų ir slaugytojų nuomonė apie funkcijų perdavimą atvejo vadybininkui

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Funkcijų perdavimas atvejo vadybininkui	Informavimas apie prevencines programas	„Pareigybė buvo įkurta tam, kad būtų kaip tarpininkai tarp pacientų ir šeimos gydytojų ir slaugytojų. Kad nuimtų dalį krūvio nuo slaugytojų ir pacientams būtų aiškiau dėl programų.“ „Perimtų prevencinius skambučius“
	Dokumentų tvarkymas	„Daug popierizmo, nešamės ir namo, tai užima ir kelias valandas. Kompiuteris, jeigu taip atvirai kalbant užima daug laiko – tam turim slaugytojas, bet, jeigu aš viena dirbu, tai neįsivaizduoju. Galėtų gi jaunimas – aš nesimokiau būt kompiuteristu, mokiausi gydytoja ir 40 metų jau dirbu. Kompiuteris, jeigu taip suvest, kaip reikalauja – viena forma apie 10 lapų. Įsivaizduokit – klausai anamnezę, jeigu dar reikia pildyt kompiuteriu – tai ligonio jau nežiūri. Priėmimui turim tik 15 min, tai neįmanoma. Biuletenis, į kortelę surašyt viską..“ „Siuntimų rašymas.“ „Mes turime daug popierinio darbo. Galima būtų bent jau užpildyti priekinę dokumentų dalį, anamnezės surinkimas (ūgis, svoris..).“ „Galėtų daryti kopijas dokumentų, dokumentų skenavimas, išrašų iš medicininių dokumentų pagal datas, pagal kodus, apie traumos sunkumą.“
	Receptų rašymas	„Manyčiau, kad reiktų pašalinti tokią gydytojų funkciją kaip receptų išrašymas, nes gydytojas paskiria ir kažkur eina kortelės, turėtų būti sistemoj pažymėta skirti tokį vaistą ir t.t. , nes gydytojui tikrai labai daug laiko užima receptų rašymas.“ „Vaistų rašymas.“ „Daug ateina pacientų tik vaistų išrašymui. Gerai, kad būtų taip suorganizuota dėl šių ligonių, nes vienas turi pinigėlių ir išrašau vaistų 3 mėnesiams, o kitas – tik mėnesiui gali – ir eina taip kas 30 dienų. Gal būtų galima padėt su receptais, jeigu tie patys receptai.“
	Konsultuoti pacientą	„Galėtų bendrauti, paaiškinti pacientui apie gyvenimą, mitybą, ligų profilaktiką.“ „Būtų gerai, jei priėmimas negalimas, kad perskambintų pacientams, kad neatvyktų vizitui.“

Apibendrinimas. Šeimos gydytojų nuomone, asistentas galėtų perimti daugiau funkcijų: „receptų išrašymas“, „siuntimų rašymas“, „anamnezės surinkimas“, „daryti dokumentų kopijas“, „perimti prevencinius skambučius“.

Slaugytojų nuomone, atvejo vadybininkai turėtų: „klijuoti tyrimus“, „naujų kortelių viršelius klijuoti, lapus numeruoti“, „tyrimus klijuoti, korteles tvarkyti.“

Klausimu („**Įvardinkite komandinio darbo pokyčius, įdiegus atvejo vadybininko pareigybę.**“) siekta išsiaiškinti šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūrį į komandinio darbo pokyčius, įdiegus atvejo vadybininko pareigybę (16 lentelė).

16 lentelė Šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūris į komandinio darbo pokyčius, įdiegus atvejo vadybininko pareigybę

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Komandinio darbo pokyčiai	Pacientų informuotumo didėjimas	<p>„Jeigu mūsų tikslas yra patikrinti kuo daugiau pacientų, kol jie dar sveiki, tai tam reikalingi įvairūs keliai. Reikia komandinio darbo.“</p> <p>“Asistentas registruoja ir vizitui į namus, jeigu to reikia. Pacientui tai yra patogiu. Asistentas perduoda žinias pacientas apie vykdomas programas ir apie tai, kad, pvz., atėjo jau laikas pasitikrinti sveikatą. Tai yra labia patogiu.“</p> <p>„Jautėm pokyčius, nes padaugėjo programų atlikimas.“</p>
	Slaugytojų darbo krūvio mažėjimas	<p>„Buvo lengviau truputį, kai kvietė. Dėl programų labai gerai.“</p> <p>„Slaugytojams nuėmė dalį krūvio, kadangi ir taip šeimos gydytojai turi to darbo, ne taip, kaip specialistų slaugytojai – jie atlieka platesnes funkcijas ir, man atrodo, tikrai sumažino tą krūvį.“</p> <p>„Man krūvis nėra sumažėjęs, slaugytojai – taip.“</p>

Apibendrinimas. Trys informantai teigė, kad pokyčius savo darbe pastebėjo, nes pacientai gauna daugiau žinių, ir dėl to pagerėjo prevencinių programų įgyvendinimas. Du informantai teigė, kad asistentų veikla sumažino slaugytojų darbo krūvį. Vieno informanto nuomone, „niekas nepasikeitė, dėl darbo kokybės.“

Siekiant išsiaiškinti šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūrį į atvejo vadybos modelį buvo klausama („**Kokie įdiegto atvejo vadybininko modelio privalumai? Kokie trūkumai?**“) (17 lentelė).

17 lentelė Šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūris į atvejo vadybos modelio privalumus bei trūkumus

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Modelio privalumai	Pacientų skaičiaus didėjimas	„ <i>Apsilankymų skaičius kiekvienais metais matom ataskaitose, kad tik didėja.</i> “ „ <i>Tai tikriausiai daugiau ateina pacientų, su asistentų pagalba mes daugiau vykdomė prevencinių programų.</i> “
	Pacientų pasitenkinimas	„ <i>Asistentas perduoda žinias pacientas apie vykdomas programas ir apie tai, kad, pvz., atėjo jau laikas pasitikrinti sveikatą. Tai yra labai patogiu.</i> “ „ <i>Pacientui yra lengviau, nes nereikia jam pačiam to daryt ir pacientas gali taip tikrai greičiau patekti.</i> “ „ <i>Asistentas registruoja ir vizitui į namus, jeigu to reikia. Pacientui tai yra patogiu.</i> “ „ <i>Pacientai sakė, kad pakvietė juos asistentas ir labia maloniai buvo nustebinti.</i> “ „ <i>Kiekvienas pasako, kad yra labai malonu, kad Jūsų poliklinika taip rūpinasi. Nebuvo nei vieno nepatenkinto.</i> “ „ <i>Pacientai labai patenkinti.</i> “ „ <i>Pacientai sako, kad gauna laiškus atvykti ir kad poliklinikoje labai aukštas lygis, kad čia taip jais rūpinamasi.</i> “ „ <i>Pacientai džiaugdavosi, kad jie būdavo užrašyti, kuriems būdavo paskirta programa ir jie likdavo labai patenkinti.</i> “

Apibendrinimas. Aštuoni informantai teigė, kad pacientai labai patenkinti, o tai teigiamai veikia ir jų darbo rezultatus. Du informantai pastebėjo, kad pagerėjo prevencinių programų vykdymas. Keturi informantai teigė, kad pasigenda grįžtamojo ryšio, veiksmų suderinamumo: „*Bet būdavo daug ir suklaidintų, kurie nežinojo nei kas skambino, nei kodėl, nes žmogus, kai tokioj stresinėj situacijoj, tai atsimena tik, kad iš Centro poliklinikos ir kad jį kažkur užregistravo. Tai jam būdavo toks kaip ir šokas, kad kur, kaip ir nieko neatsimena. Mes informuodavom, kas skambino, nes būdavo jiems toks klaidingumas, ypač pagyvenusio amžiaus, jiems kildavo įvairiausi klausimai.*“, „*Kartais būdavo maišomi filialai, nes, kai žmogus pagautas tokioje situacijoje nesitiki, kad jam kažkas paskambins, pamiršta ir iš kur skambino arba kur registravo.*“ Vienas informantas išsakė buvusius nuogastavimus „*pradžioje buvo priešinimasis, nes nežinomybė, ką darys, ką atliks ši pareigybė.*“ Du informantai paminėjo, kad „*Pacientai neįpratę prie asistentų skambučių, todėl pasimeta, neatsimena, jiems kyla įvairiausių klausimų.*“

Siekiant išsiaiškinti šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūrį į tai, kaip jie bendrai vertina atvejo vadybininko veiklą, ką siūlo patobulinti, kokias mato atvejo vadybininko perspektyvas buvo klausama („*Kaip bendrai vertinate atvejo vadybininko veiklą? Ką siūlote patobulinti? Kokios atvejo vadybininko perspektyvos?*“).

Apibendrinant, šeši informantai teigė, kad modelis pasiteisino. Visi atvejo vadybininkų darbą vertino teigiamai, tačiau penki iš jų pabrėžė, kad derėtų atkreipti ypatingą dėmesį į bendravimo ypatumus, nes didžioji dalis pacientų yra pagyvenusio amžiaus: „*Vertinu teigiamai, nes galiu pasakyti iš pacientų pusės jie turėjo daugiau informacijos ir jiems buvo malonu, kad jais kažkas rūpinasi.*“ Su tokiais pacientais bendravimas specifinis, jiems reikia pakartoti informaciją kelis kartus: „*Tie žmonės turėtų atkreipti dėmesį į bendravimą ir pabrėžti pacientui, paaiškinti, kad jis tikrai ar užsirašytų, pvz., pagyvenusio amžiaus, gal net pasakyti kelis kartus, ar tikrai suprato, kas skambina.*“ Kiti informantai teigė: „*Negaliu apie perspektyvas nieko spręsti.*“, „*Nežinau jų funkcijų, apibrėžimų, jų darbo – nieko. Kokia apimtis jų darbo.*“

3.4. Pacientų interviu rezultatų analizė

Siekiant išsiaiškinti pacientų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą Centro poliklinikoje buvo klausama („*Kokia Jūsų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą Centro poliklinikoje? Ką siūlytumėte patobulinti?*“) (18 lentelė).

18 lentelė Pacientų požiūris į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą Centro poliklinikoje

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Paslaugų prieinamumas	Registracija	„ <i>Kaip čia pasakius... Būtų gerai, jeigu būtų galima prisiskambinti. Jei užsirašai – gerai, nes nereikia labai ilgai eilėse sėdėt.</i> “ „ <i>Didelis minusas, kad skambinant į bet kurį filialą – visi telefonai yra nuolat užimti, toks jausmas, kad ten nukeliami rageliai, o paslaugų kokybe aš nesiskundžiu.</i> “ „ <i>Man reikia tik siuntimo, o turiu registruotis pas šeimos gydytoją.</i> “ „ <i>Man tik pasiimti tyrimų rezultatus ir nueiti pas kitą, bet vistiek reikia užsirašyti pas šeimos gydytoją.</i> “
	Ilgos eilės pas specialistus	„ <i>Šiaip labai sunku užsirašyti, nes, pvz. man reikėjo pas urologą, bet užrašė tik po kelių mėnesių. Labai ilgos eilės nepatinka. Jei norėčiau greitai pasitikrinti dėl prostatos, pirmiau man reikėtų pas šeimos gydytoją gauti siuntimą. Kad pas jį patekčiau reikia laukti kelias savaites, o po to dar keli mėnesiai laukimo pas specialistą..</i> “ „ <i>Tiksliai registracijos metu labai retai, kada priima.</i> “ „ <i>Pas kai kuriuos specialistus tenka labai ilgai laukti, labai ilgos eilės. Būtų labai gerai, jei tai būtų įmanoma dėl to kažką padaryti.</i> “ „ <i>Vienintelis dalykas, kuris poliklinikose nervina – siaubingos eilės.</i> “
	Trumpas vizito laikas	„ <i>Labai sunku apibūdinti šią situaciją: vienam gydytojui labai daug sukraunama (kalbant apie šeimos gydytojus). Vienintelis trūkumas – vienam pacientui skiriama per mažai laiko.</i> “ „ <i>Gydytojai mažai laiko skiria pacientui, nespėju visko išsakyti.</i> “

Apibendrinimas. Visi šeši informantai įvardino problemas, su kuriomis dažniausiai susiduria. Keturi informantai teigė, kad sunku prisiskambinti, užsirašyti, reikia ilgai laukti eilėse. Du informantai

pasigedo ilgesnio vizito trukmės pas šeimos gydytoją. Penki informantai išreiškė norą, kad, norint apsilankyti profilaktiniam sveikatos patikrinimui, nereikėtų eiti vizito pas šeimos gydytoją: „*Gripo epidemijos būna, žmonės ateina karščiauojantys, o man reikia siuntimo pas akių gydytoją, ir turiu su tais sergančiais kartu sėdėti.*“ Vienas informantas džiaugėsi, kad būtiniosios pagalbos atveju patekti pas specialistą jokių klūčių nėra: „*Normalus prieinamumas. Nors aš retai lankausi, bet, kai ateinu, pvz. su temperatūra, labai greitai priima.*“ Trys informantai pageidavo, kad apie prevencinių programų terminus informuotų poliklinikos specialistai, nes per kelis metus pacientai praranda laiko nuojautą: „*Kai ilgai neinu, tai pamirštu, kada vėl reikia. Būtų gerai, kad prieš kokias dvi dienas kas nors primintų.*“ Du informantai norėtų pratęsti recepto galiojimo terminą be vizito pas šeimos gydytoją: „*Būtų gerai, kad nereikėtų vėl eiti pratęsti tų pačių receptų.*“, „*Labai dažnai tenka eiti raminamųjų vaistų išsirašyti, gaila laiko.*“

Siekiant įvertinti pacientų požiūrį į bendravimą su atvejo vadybininku buvo paklausta („**Ar Jums teko bendrauti su atvejo vadybininku? Kaip dažnai ir koku būdu?**“).

Apibendrinant, visi informantai patvirtino turėję kontaktą telefonu su atvejo vadybininku: „*Skambino vieną dieną.*“ Du informantai teigė, kad sulaukė skambučio po greitosios pagalbos iškvietimo: „*Taip, skambino mergaitė iš poliklinikos, nes kviečiau „greitąją“.*“, „*Taip, paskambino pirmadienį, nes savaitgalį kviečiau greitąją.*“ Keturi informantai atsakė, kad atvejo vadybininkas skambino dėl prevencinių programų. Trys informantai teigė, kad sulaukė pakartotinio skambučio: „*Taip, paskambino. Man jau ne pirmą kartą.*“

Klausimu („**Kokias paslaugas Jums pasiūlė atvejo vadybininkas? Kokią informaciją suteikė?**“) siekta išsiaiškinti pacientų požiūrį į jiems suteiktą informaciją apie poliklinikoje teikiamas paslaugas ir jų pobūdį (19 lentelė).

19 lentelė Atvejo vadybininko funkcijos pacientų požiūriu

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Atvejo vadybininko funkcijos	Registravimas vizitui pas specialistą	„ <i>Aš labai blogai jaučiausi, tai buvau užrašyta pas gydytoją.</i> “ „ <i>Pasiūlė užsirašyti pas gydytoją.</i> “
	Informavimas apie prevencines patikras	„ <i>Man pasiūlė atlikti gimdos kaklelio vėžio patikrą.</i> “ „ <i>Skambino ir kvietė pasitikrinti dėl širdies ir kraujagyslių ligų.</i> “ „ <i>Pranešė apie priešinės liaukos prevencinę programą, kad man priklausu pasitikrinti nemokamai.</i> “ „ <i>Minėjo, kad kas kelis metus priklausu prevencinės programos. Tik būtų gerai, kad kas primintų, nes per darbus pasimiršta.</i> “ „ <i>Pasiūlė nemokamai pasitikrinti dėl gimdos kaklelio vėžio.</i> “

Apibendrinimas. Du informantai teigė, kad jiems buvo pasiūlyta atvykti vizitui pas gydytoją. Keturi informantai nurodė, kad buvo informuoti apie poliklinikoje vykdomas nemokamas prevencines

programas: „Pranešė apie priešinės liaukos prevencinę programą, kad man priklausio pasitikrinti nemokamai.”, „Pasiūlė nemokamai pasitikrinti dėl gimdos kaklelio vėžio.“

Be to, pacientų buvo klausama („**Kokia Jūsų nuomonė apie sveikatos priežiūros specialistų pastangas įtraukti Jus į sveikatos problemų sprendimą, dalyvaujant ligų prevencijos programose?**“).

Apibendrinimas. Visi šeši informantai išsakė nuomonę, kad yra patenkinti, jog sveikatos priežiūros specialistai rūpinasi jų sveikatos problemomis, kad yra informuojami apie ligų prevencines programas bei noriai dalyvauja: „*Tas labai gerai, kad pradėta rūpintis tavo sveikata, ko anksčiau tikrai nebuvo.*“, „*Labai gerai, kad yra toks rūpestis.*“ Taip pat visi informantai teigė, kad yra patenkinti galimybe pasirinkti - dalyvauti prevencinėse programose arba ne, tą jie nusprendžia patys: „*Tai yra gerai, nes ir gydytojai rūpinasi pacientų sveikata, o pacientas turi pasirinkimą – dalyvauti ar ne, turi pats nuspręsti, ar tai jam svarbu.*“

Klausimu („**Kokiomis atvejo vadybininko pasiūlytomis paslaugomis likote patenkintas? Kokiomis - ne? Ar pasinaudojote atvejo vadybininko suteikta informacija?**“)

siekta išsiaiškinti pacientų nuomonę apie atvejo vadybininko pasiūlytas paslaugas (20 lentelė).

20 lentelė Pacientų nuomonė apie atvejo vadybininko teikiamas paslaugas

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Pacientų pasitenkinimas paslaugomis	Pasiūlytos nemokamos programos	„Buvau labai patenkinta pasiūlyta nemokama programa.“ „Pasinaudojau. Atvykau kada buvau užregistruota pas ginekologą dėl gimdos kaklelio tyrimo.“ „Labai gerai, kad paskambino, nes būčiau pats ir nenuėjęs, o tuo pačiu apsilankiau ir pas kitus gydytojus.“
	Greita registracija	„Greitu užregistravimu pas gydytoją.“ „Patiko, kad iškart užregistravo.“ „Žinoma, užsiregistruavau ir iš karto nuvykau.“ „Labai nudžiugau registracija telefonu.“ „Pasinaudojau siūloma greita registracija.“ „Taip, pasitikrinau riziką susirgti.“

Apibendrinimas. Visi apklausti informantai teigė, kad liko patenkinti atvejo vadybininko pasiūlytomis paslaugomis. Keturi informantai džiaugėsi, kad neplanuotai apsilankė pas gydytojus ir pasitikrino sveikatą. Visi informantai liko patenkinti greitu užregistravimu pas specialistus.

Pacientams buvo pateiktas klausimas („**Kaip emociškai reagavote į atvejo vadybininko skambučių?**“).

Apibendrinant, visi šeši informantai teigė, kad patyrė teigiamas emocijas. Trys informantai apsidžiaugė, kad patiems nereikėjo rūpintis, paskambino ir užrašė: „*Apsidžiaugiau tuo, kad aš pati negaliu prisiskambinti, o man paskambino ir užrašė.*“ Vienas informantas teigė, kad prisiskambinti į registratūrą sunku, todėl dar maloniau, kai patys paskambina. Tris informantus atvejo vadybininko skambučiai nustebino, jie tokios paslaugos nesitikėjo: „*Aš labai nustebau, kai taip paskambino, tai*

buvo visiškai netikėta.“, „Šiek tiek nustebau, kad paskambino, kad kažkas rūpinasi mano sveikata.“, „Teigiamai. Iš tiesų labai nustebino, šiek tiek nesitikėjau, nes dažniausiai pats turi kreiptis, pats registruotis ir kad taip netikėtai paskambino – labai nudžiugau.“ Vienas išreiškė nuomonę, kad „taip ir turėtų būti.“

IŠVADOS

1. Atvejo vadyba taikoma įvairiose srityse, todėl jos taikymo modeliai pasižymi didele įvairove. Atvejo vadybos modelio taikymas priklauso nuo įstaigos veiklos ypatumų, o jo efektyvumą lemia daugelis veiksnių. VšĮ Centro poliklinikoje įdiegtas atvejo vadybos modelis yra unikalus, nes suprojektuotas remiantis dviejų modelių savybėmis – pirminės sveikatos priežiūros modeliu ir brokerio modeliu. Sveikatos priežiūros modelis skirtas sveikatos priežiūros paslaugų paklausos didinimui, prevencinės veiklos gydytojų kabinetuose plėtojimui ir paslaugų prieinamumo kliūčių mažinimui. Brokerio modelio pagrindu šiuo metu naudojamos trys funkcijos – vertinimas, planavimas ir nukreipimas gauti paslaugų.

2. Centro poliklinikoje pagrindinės atvejo vadybininko veiklos sritys: pacientų informavimas apie vykdomas prevencines programas, teikiamas paslaugas, jų registravimas pas gydytojus ir kvietimas pas juos po greitosios medicinos pagalbos iškvietimo, o taip pat pacientų draustumo tikrinimas, jų konsultavimas privalomojo sveikatos draudimo klausimais bei bendradarbiavimas su kitais asmens sveikatos priežiūros komandos nariais.

3. Centro poliklinikos administratoriai teigiamai vertino įdiegtą atvejo vadybos modelį. Jų požiūriu pagrindiniai taikomo modelio privalumai: patenkinti pacientai, geresnis paslaugų prieinamumas, ypač prevencinių programų, mažesnis gydytojų ir slaugytojų darbo krūvis, o taip pat informatyvios ataskaitos, kurios reikalingos priimant sprendimus.

4. Šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūriu atvejo vadybininko veikla sumažino slaugytojų darbo krūvį, turėjo įtakos pacientų informuotumui ir dalyvavimui prevencinėse programose ir jų pasitenkinimui paslaugomis. Jie nurodė, kad atvejo vadybininkas galėtų perimti dalį jų atliekamų funkcijų. Tyrime išryškėjo bendradarbiavimo stoka tarp atvejo vadybininko ir šeimos gydytojo – slaugytojo komandos.

5. Pacientai įvardijo poliklinikoje teikiamų paslaugų organizacinio prieinamumo problemas: nepatogų registravimąsi, ilgas eiles pas specialistus ir trumpą vizito laiką. Pacientų požiūriu atvejo vadybininko veikla gerina gydytojų ir prevencinių programų paslaugų prieinamumą.

REKOMENDACIJOS

Sveikatos apsaugos ministerijai

- Įteisinti atvejo vadybininko pareigybę, apibrėžti jos teises, pareigas, kompetenciją ir atsakomybę pareiginiuose nuostatuose.
- Numatyti nuolatinį ir sistemingą finansavimą atvejo vadybininkų etatams.

Sveikatos priežiūros įstaigų vadovams

- Diegti atvejo vadybos modelius sveikatos priežiūros įstaigose. Šis modelis leistų sumažinti šeimos gydytojo ir slaugytojo tiesiogiai su gydymu nesusijusį darbo krūvį, ko pasekoje gerėtų teikiamų paslaugų kokybė ir prieinamumas. Bendradarbiaudamas su PASP komanda, atvejo vadybininkas galėtų koordinuoti lėtinėmis ligomis sergančių pacientų gydymą, reabilitaciją, padėtų apsispręsti ir pasirinkti reikiamas paslaugas. Šio modelio įgyvendinimas padėtų tenkinti dėl visuomenės senėjimo didėjančius gyventojų sveikatos poreikius.
 - Skirti finansavimą iš bendrų įstaigos lėšų atvejo vadybininko pareigybės įkūrimui, siekiant pagerinti prevencinių programų vykdymo rodiklius.
 - Integruoti asistentą (atvejo vadybininką) į šeimos gydytojo ir slaugytojo komandą apribojant jo aptarnaujamų pacientų kiekį, kas leistų asistentui pakartotinai kontaktuoti su tais pačiais pacientais, stebėti jų gydymo ir reabilitacijos eigą bei spręsti išskylančias socialines problemas. Bendradarbiaudamas su PASP komanda asistentas (atvejo vadybininkas) galėtų koordinuoti lėtinėmis ligomis sergančių pacientų gydymą, reabilitaciją, padėtų apsispręsti ir pasirinkti reikiamas paslaugas. Šio modelio įgyvendinimas padėtų tenkinti dėl visuomenės senėjimo didėjančius gyventojų sveikatos poreikius.
 - Papildyti atvejo vadybos modelį naujomis funkcijomis, kurios leistų sumažinti gydytojo ir slaugytojo tiesiogiai su gydymu nesusijusį darbo krūvį, ko pasekoje gerėtų teikiamų paslaugų kokybė ir prieinamumas.
 - Siekiant kuo didesnio atvejo vadybininko modelio veiklos efektyvumo, suprojektuoti jį tinkamai, atsižvelgiant į turimas sąlygas ir galimybes, kitus veiksnius.
 - Siekiant mokliškai pagrįstų atvejo vadybos taikymo PASP įstaigoje veiklos efektyvumo rezultatų, siūloma tęsti tyrimus, parinkti optimalų atvejo vadybininkų skaičių.

Čepuraitė D. Sveikatos priežiūros įstaigos veiklos efektyvumas taikant atvejo vadybos modelį / Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas. Vadovė dr. G. Petronytė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2013. 79 p.

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe vertinamas VŠĮ Centro poliklinikos veiklos efektyvumas taikant atvejo vadybos modelį. Pirmojoje dalyje analizuojama pirminės sveikatos priežiūros organizavimas Lietuvoje, pateikiama atvejo vadybos samprata, aprašomi atvejo vadybos modeliai ir jų taikymas sveikatos priežiūros sektoriuje, o taip pat pristatomas atvejo vadybos modelis įdiegtas VŠĮ Centro poliklinikoje ir atlikti jo vertinimai, analizuojamos atvejo vadybininko veiklos sritys. Antrojoje darbo dalyje vertinami administratorių, šeimos gydytojų ir slaugytojų bei pacientų požiūriai į atvejo vadybos modelio taikymą VŠĮ Centro poliklinikoje.

Pagrindiniai raktiniai žodžiai: atvejo vadyba, atvejo vadybos modelis, atvejo vadybininkas.

Čepuraitė D. The effectiveness of the activity of a health care institution applying the model of case management / health policy and management postgraduate's final paper. Supervisor Dc. Petronytė – Vilnius: Mykolas Romeris University, Policy and Management Faculty, 2013. 79 p.

ANNOTATION

The postgraduate's final paper gives the estimation of the effectiveness of the public office Center clinic applying the case management model. The first part deals with the analysis of the initial health care organisation in Lithuania, the notion of the case management, describes case management models and their application in health care sectors, as well as the model applied in the public office Center clinic and its estimation, analyses the spheres of the case manager's activity. The second part deals with the administrators, family doctors, nurses and patients attitude to the application of the case management model in Center clinic.

Main key words: case management, case management model, case manager.

Čepuraitė D. Sveikatos priežiūros įstaigos veiklos efektyvumas taikant atvejo vadybos modelį / sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas. Vadovė dr. G. Petronytė. –Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2013. 79 p.

SANTRAUKA

Igyvendinant Lietuvos sveikatos priežiūros reformą ypatingas dėmesys skiriamas PSP įstaigų vadybos gerinimui. Tuo tikslu PASP įstaigoje pradėtas taikyti atvejo vadybos modelis. Kiek šis modelis tinkamas ir efektyvus, kaip jį toliau plėtoti, atskleidžia atlikta atvejo vadybininko veiklos analizė.

Tyrimo objektas – atvejo vadybos modelis, taikomas VŠĮ Centro poliklinikoje.

Tyrimo dalykas – atvejo vadybos modelio, taikomo VŠĮ Centro poliklinikoje, vertinimas.

Darbo tikslas – įvertinti atvejo vadybos modelio taikymą, didinant VŠĮ Centro poliklinikos veiklos efektyvumą.

Darbo uždaviniai: Išanalizuoti atvejo vadybos modelius ir jų taikymą pirminėje sveikatos priežiūros grandyje. Išanalizuoti atvejo vadybininko veiklos sritis VŠĮ Centro poliklinikoje. Išanalizuoti administratorių požiūrį į atvejo vadybos modelio taikymą VŠĮ Centro poliklinikoje. Išanalizuoti šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūrį atvejo vadybininko vaidmenį jų komandos veikloje. Išanalizuoti pacientų požiūrį į atvejo vadybininko veiklą, gerinant pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą.

Darbo metodai: mokslinės literatūros, teisės aktų ir įstaigos vidinių dokumentų analizė, trys sociologiniai tyrimai – kokybiniai administratorių, šeimos gydytojų ir slaugytojų bei pacientų požiūrio tyrimai, taikant pusiau struktūruotą interviu metodą.

Rezultatai. Atvejo vadyba taikoma įvairiose srityse, todėl jos taikymo modeliai pasižymi didele įvairove. Atvejo vadybos modelio taikymas priklauso nuo įstaigos veiklos ypatumų, o jo efektyvumą lemia daugelis veiksnių. Centro poliklinikos administratorių požiūriu pagrindiniai taikomo modelio privalumai: patenkinti pacientai, geresnis paslaugų prieinamumas, ypač prevencinių programų, ir mažesnis gydytojų ir slaugytojų darbo krūvis. Šeimos gydytojų ir slaugytojų požiūriu atvejo vadybininko veikla turėjo įtakos pacientų informuotumui ir dalyvavimui prevencinėse programose ir jų pasitenkinimui paslaugomis, tačiau sumažino tik slaugytojų darbo krūvį. Jie nurodė, kad atvejo vadybininkas galėtų perimti dalį jų atliekamų funkcijų. Pacientų požiūriu atvejo vadybininko veikla gerina gydytojų ir prevencinių programų paslaugų prieinamumą.

Išvados. VŠĮ Centro poliklinikoje įdiegtas Atvejo vadybos modelis prisideda prie įstaigos veiklos efektyvumo didinimo, paslaugų prieinamumo gerinimo ir pacientų pasitenkinimo. Aktualia

veiklos sritymi tampa bendradarbiavimo didinimas tarp atvejo vadybininko ir šeimos gydytojo – slaugytojo komandos.

Darbo struktūra. Darbą sudaro dvi pagrindinės dalys. Pirmojoje dalyje analizuojama pirminės sveikatos priežiūros organizavimas Lietuvoje, pateikiama atvejo vadybos samprata, aprašomi atvejo vadybos modeliai ir jų taikymas sveikatos priežiūros sektoriuje, o taip pat pristatomas atvejo vadybos modelis įdiegtas VšĮ Centro poliklinikoje ir atlikti jo vertinimai, analizuojamos atvejo vadybininko veiklos sritys. Antrojoje darbo dalyje vertinami administratorių, šeimos gydytojų ir slaugytojų bei pacientų požiūriai į atvejo vadybos modelio taikymą VšĮ Centro poliklinikoje.

Čepuraitė D. The effectiveness of the activity of a health care institution applying the model of case management / health policy and management postgraduate's final paper. Supervisor Dc. Petronytė – Vilnius: Mykolas Romeris University, Policy and Management Faculty, 2013. 79 p.

SUMMARY

Health Care Reform in Lithuania pays special attention to the development of management in initial health care institutions. For this purpose case management model has been started to be applied in an initial health care institution. The accomplished analysis of the case manager's activity reveals relevance, efficiency and further development of the model.

The object of the research – case management model, applied in the public office Center clinic.

The subject of the research – the estimation of the case management model, applied in the public office Center clinic.

The goal of the research – to estimate the application of the case management model trying to increase the effectiveness of the activity of the public office Cener clinic.

The objectives of the research: To analyse the areas of the case manager's activities in Center clinic. To analyse the attitude of the administrators to the application of the case management model in Center clinic. To analyse the attitude of family doctors and nurses to the case manager's role and the accessibility of their health care services.

Methods of the research: The analysis of scientific literature, law acts and interior documents of the institution, three sociological surveys – qualitative investigations of the attitude of the administrators, family doctors and nurses and patients using the method of a semi-structured interview.

Results. Case management is applied in many fields, that is why its application models are very different. The application of the model depends on the peculiarities of the activity of the institution and its effectiveness is influenced by a lot of factors. The administrators of the Center clinic point out the following advantages of the applied method: satisfied patients, the better accessibility of services, especially prevention programs, less work loads for doctors and nurses. In the view of family doctors and nurses the case manager's activity influenced the awareness and participation of the patients in preventing programs and their satisfaction with services, but reduced only the nurses' work load. They pointed out that the case manager could take part of their responsibilities. In the patients' view the case manager's work improves the accessibility of health services and preventing programs.

Conclusions. The case management model applied in Center clinic adds to the growth of the effectiveness of the activity of the institution, the improvement of the accessibility of services and satisfaction of patients. The increase of the cooperation between the case manager and family doctor – nurse team becomes very actual.

The structure of the paper. The paper consists of two main parts. The first part deals with the analysis of the initial health care organisation in Lithuania, the notion of the case management, describes case management models and their application in health care sectors, as well as the model applied in the public office Center clinic and its estimation, analyses the spheres of the case manager's activity. The second part deals with the administrators, family doctors, nurses and patients attitude to the application of the case management model in Center clinic.

PRIEDAI

1 PRIEDAS

ADMINISTRACIJOS INTERVIU KLAUSIMAI

1. Kokios pagrindinės priežastys paskatino įstaigoje įdiegti atvejo vadybos modelį?
2. Kokie esamo atvejo vadybos modelio privalumai? Kokie trūkumai?
3. Įvardinkite pagrindines rizikas, kurios Jūsų nuomone kyla, diegiant atvejo vadybos modelį?
4. Jūsų nuomone, kokią naudą atvejo vadybininkas teikia įstaigoje? Kokius pokyčius pastebėjote, įdiegus atvejo vadybos modelį?
5. Kokias funkcijas atvejo vadybininkas galėtų atlikti? Siūlymai.
6. Kokios, Jūsų nuomone, atvejo vadybininko veiklos perspektyvos įstaigoje?
7. Ką patartumėte kitoms įstaigoms, diegiant atvejo vadybos modelį?

2 PRIEDAS

GYDYTOJŲ IR SLAUGYTOJŲ INTERVIU KLAUSIMAI

1. Apibūdinkite bendradarbiavimą su atvejo vadybininku? Kaip dažnai bendradarbiaujate?
2. Kokias funkcijas atlieka atvejo vadybininkas?
3. Kokias funkcijas norėtumėte perduoti atvejo vadybininkui?
4. Įvardinkite komandinio darbo pokyčius, įdiegus atvejo vadybininko pareigybę.
5. Kokie įdiegto atvejo vadybos modelio privalumai? Kokie trūkumai?
6. Kaip bendrai vertinate atvejo vadybininko veiklą? Ką siūlote patobulinti? Kokios atvejo vadybininko perspektyvos?

3 PRIEDAS

PACIENTŲ INTERVIU KLAUSIMAI

1. Kokia Jūsų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą Centro poliklinikoje? Ką siūlytumėte tobulinti?
2. Kokia Jūsų nuomonė apie sveikatos priežiūros specialistų pastangas įtraukti Jus į sveikatos problemų sprendimą, dalyvaujant ligų prevencijos programose?
3. Ar Jums teko bendrauti su atvejo vadybininku? Kaip dažnai ir koku būdu?
4. Kokias paslaugas Jums pasiūlė atvejo vadybininkas? Kokią informaciją suteikė?
5. Kokiomis atvejo vadybininko pasiūlytomis paslaugomis likote patenkintas? Kokiomis - ne? Ar pasinaudojote atvejo vadybininko suteikta informacija?
6. Kaip emociškai reagavote į atvejo vadybininko skambutį?

LITERATŪRA

Teisės aktai

1. Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011-2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“ Nr. XI-1430 // „Valstybės žinios“, 2011-06-16, Nr. 73-3498.
2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 8 d. Įsakymas „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28-2011“Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“patvirtinimo“ Nr. V-591 //“Valstybės žinios“, 2011-06-14, Nr. 72-3490.
3. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas 1994 m. liepos 19 d. Nr.1-552, Vilnius, Valstybės žinios, 1994-08-17, Nr. 63-1231
4. Lietuvos Respublikos Konstitucija 92 straipsnis
5. Lietuvos Respublikos Konstitucija, priimta Lietuvos Respublikos piliečių 1992 m. spalio 25 d. referendume, 53 str.
6. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. V-642 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programos patvirtinimo.“ // Valstybės žinios. 2004-09-28, Nr. 144-5268.
7. Sveikatos apsaugos ministerija. Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“2005m. gruodžio d. Nr.V-1013
8. Sveikatos apsaugos ministerija. „Socialinės informacijos centras“ ir UAB „Europos tyrimai“ „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų apklausos atlikimas ir analizė 2012 01 30.
9. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 1320 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. gruodžio 7 d. nutarimo Nr. 1654 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo“ pakeitimo“ (Žin., 2010, Nr. 113-5763)
10. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos patvirtinimo“ 2007 m. Rugsėjo 5 d. Nr. V-717 Vilnius
11. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas 1994 m. liepos 19 d. Nr.1-552, Vilnius, Valstybės žinios, 1994-08-17, Nr. 63-1231
12. Viešosios įstaigos Centro poliklinikos vidaus tvarkos taisyklės, patvirtinta VšĮ Centro poliklinikos direktoriaus 2010 -05-07 įsakymu Nr. V-73
13. VšĮ Centro poliklinikos asistento pareigybės aprašymas direktoriaus 2011 m. lapkričio 9 d. įsakymu Nr. V - 129

Mokslo darbai, pranešimai, ataskaitos, straipsniai

14. Buivydas R. Lietuvos sveikatos sistema. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje. Vilnius: UAB Sveikatos ekonomikos centras, 2010.
15. Commission of the European Communities. White Paper. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013. COM(2007) 630 final. Brussels.
16. Čaplinskas S. ŽIV ir AIDS atvejo valdymo modelio diegimas Lietuvoje: teorija ir praktika – Vilnius: Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras, 2009, p. 44-47.
17. Filipavičiūtė R., Gaigalienė B., Čeremnych J., Butkienė B., Jurgelėnas A., Alekna V. Ilgaamžių žmonių sergamumas lėtinėmis ligomis // Gerontologija 2010, 11(1).
18. Grabauskas V. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje, Vilnius, 2010, P. 371
19. Jankauskienė D. Sveikatos politikos ir valdymo raida bei pagrindiniai dabarties iššūkiai. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje. Vilnius: UAB Sveikatos ekonomikos centras, 2010.
20. Jankauskienė D. Skirtingų sveikatos sistemos valdymo sričių problemos ir iššūkiai. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje. Vilnius: UAB Sveikatos ekonomikos centras, 2010.
21. Kairys J. Sveikatos priežiūros paslaugos Lietuvoje gyventojų ir medikų akimis. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje. Vilnius: UAB Sveikatos ekonomikos centras, 2010.
22. Kairys J., Žėbienė E., Rutkys B. A., Zokas I. Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose. MEDICINA (2004) 40 tomas, Nr.2
23. Kodner D. L. Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications--a discussion paper. Int J.Integr. Care 2002; 2:e12.
24. Kumpienė J, Sužiedėlytė O. Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos restruktūrizavimas. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje. Vilnius: UAB Sveikatos ekonomikos centras, 2010.
25. Long, M. L. (2002). Case management model or case management type? That is the question. // HealthCare Manager, 2002, 20: p. 53-65.
26. Nolte E., McKee M., Knai C. Managing chronic conditions: An introduction to the experience in eight countries. In: Nolte. E, McKee M., Knai C., editors. Managing chronic conditions. Experience in eight countries. EU: European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.
27. Patridge S. Examining case management models for community sentences - Home office online report 17/04, 2004, p. 11 – ISBN 1 84473 246 0
28. Pivorienė P. Atvejo vadyba socialinio darbo metodikoje // Socialinis darbas 2007, 6 (1).
29. Ross S., Curry N., Goodwin N. Case management what it is and how it can best be implemented – The kings fund, 2011, 9-10 p. – ISBN 978-85717-630-8

30. Štaras K. Informacinių technologijų įtaka sveikatos priežiūros įstaigos veiklos efektyvumui: analizė, vertinimas, veiksmingumas. Daktaro disertacija. 2011 m. p. 16.
31. Štaras K., Vedlūga T. Atvejo vadybininko modelio analizė sveikatos sistemos kontekste, Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai, Vilnius, 2012 1(4).
32. Texas department of state health services Texas HIV Case Management Project, 2009, Nr.13-13144.
33. Thornicroft G., Tansella M., What are the arguments for community-based mental health care? // WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network, 2003.
34. Ulianskienė R., Vitkūnienė O., Hitaitė L. Integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikis ir plėtra// Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. – Vilnius: VĮ Seimo leidykla „Valstybės žinios“, 2006.
35. Valius L. Pirminės sveikatos priežiūros problemos. Šeimos gydytojo institucija: jos vaidmuo pirminėje sveikatos priežiūros grandyje // Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. -Vilnius: VĮ Seimo leidykla „Valstybės žinios“, 2006.

Knygos

36. Bitinas B., Rupšienė L., Žydžiūnaitė V., Kokybinių tyrimų metodologija, 2008.
37. Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. - Kaunas: Judex, 2002. – ISBN 9986-948-65-7
38. Valius L. Pirminė sveikatos priežiūra ir šeimos medicina. Šeimos medicinos pagrindai: vadovėlis. – Kaunas: Vitae litera, 2003, p. 8. – ISBN 9955-9596-1-4.

Interneto puslapiai

39. Best practice in long – term care case management: How excellent case managers do their jobs. [žiūrėta 13-03-02]. Prieiga per internetą: <http://www.dhs.wisconsin.gov/wipartnership/pdf-wpp/Best%20Practice%20In%20LTC....pdf>
40. Brent C. James. Quality management for health care delivery. [žiūrėta 13-12-18]. Prieiga per internetą]: http://intermountainhealthcare.org/qualityandresearch/institute/Documents/articles_qmmp.pdf
41. Cost-Effectiveness of Diabetes Case Management for Low-Income Populations. 2007. [žiūrėta 12-10-17]. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2254564/>

42. Editorial Reviewing the evidence on case management: lessons for successful implementation, International Journal of Integrated Care – Volume 11, URN:NBN:NL:UI:10-1-101754. [žiūrėta 2013.02.15]. Prieiga per internetą: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/viewFile/825/1510>
43. Encyclopedia of mental health Case management [interaktyvus], [žiūrėta 2013-01-19]. Prieiga per internetą: <http://www.minddisorders.com/Br-Del/Case-management.html#b>
44. Exploring the differences between adaptive case management and business process management. 2011. [žiūrėta 13-02-20]. Prieiga per internetą: <http://www.processmakerblog.com/acm/exploring-the-differences-between-adaptive-case-management-acm-and-business-process-management-bpm/>
45. Hanson M, Burton K. The costs and benefits of active case management and rehabilitation for musculoskeletal disorders. 2006. [žiūrėta 13-12-03]. Prieiga per internetą: <http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr493.pdf>
46. HIV prevention case management, Atlanta, 1997 [interaktyvus], [žiūrėta 2012-09-22]. Prieiga per internetą: http://www.cdc.gov/hiv/topics/prev_prog/crcs/resources/PCML/pdf/HIVPCML.PDF
47. Innovative Models and Best Practices in Case Management and Support Coordination. 2008. [žiūrėta 12-10-17]. Prieiga per internetą: <http://ici.umn.edu/products/prb/191/>
48. Lietuvos sveikatos informacijos centras. [žiūrėta 13-01-22]. Prieiga per internetą: <http://www.lsic.lt>
49. Marchetti P., Voltz R., Rubio C., Mayeur D., Kopf A. Provision of palliative care and pain **management** services for oncology patients. 2013. [žiūrėta 13-01-19]. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23520182>
50. Medpraktika.lt, „Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros finansavimas“ [interaktyvus], [žiūrėta 2012-12-02]. Prieiga per internetą: http://www.medpraktika.lt/medicinos_teise/text/4/Pirminis-ambulatorinis-asmens-sveikatos-prieziuros-finansavimas
51. Missouri Foundation for Health, 2003. [žiūrėta 13-01-20]. Prieiga per internetą: <http://www.mffh.org/mm/files/2003MFHAnnual.pdf>
52. Mūsų šeima. „Pirminės sveikatos priežiūros paslaugos“, 2009 [interaktyvus], [žiūrėta 2012-12-17]. Prieiga per internetą: http://www.mususeima.lt/lt/straipsniai/paslaugos_seimai/sveikatos_prieziuros_paslaugos/pirmines_sveikatos_prieziuros_paslaugos/
53. Netting F. Ellen, Williams Frank G. Case manager-physician collaboration: Implications for Professional Identity, Roles, and Relationships. [žiūrėta 12-10-24]. Prieiga per internetą: <http://hsw.oxfordjournals.org/content/21/3/216.short>
54. Sharon A. Watts. Diabetes Nurse Case Management Training Program: Enhancing Care Consistent With the Chronic Care and Patient-Centered Medical Home Models. [žiūrėta 13-02-24]. Prieiga per internetą: <http://clinical.diabetesjournals.org/content/29/1/25.extract>

55. Skills Brokerage: A New Model for Business Start-ups in the Networked Economy. 2005. [žiūrėta 13-01-19]. Prieiga per internetą: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0263237305000782>
56. Standards of Practice for Case Management, Revised 2010 [interaktyvus]. Žiūrėta 2012-08-02. Prieiga per internetą: <http://www.cmsa.org/portals/0/pdf/memberonly/StandardsOfPractice.pdf>.
57. Technical Notes Case management for the RRRI process [interaktyvus], [žiūrėta 2012-10-20]. Prieiga per internetą: http://www.saievac.info/editor_uploads/File/UNICEF%20DOCS/06a_%20RRRI%20Case%20Management%20Notes.pdf
58. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Prevencijos programos, 2011 m. [žiūrėta 13-03-20]. Prieiga per internetą: <http://www.vlk.lt/resources/files/2012/veikla/PPJusuGalimybeIssitirti.pdf>
59. Veidas.lt. Eilės Lietuvos poliklinikose - prastos vadybos padarinys, 2011 gruodžio 13 d. [interaktyvus], [žiūrėta 2012-11-12]. Prieiga per internetą [http://www.veidas.lt/eiles-lietuvos-poliklinikose %E2%80%93prastos-vadybos-padarinys](http://www.veidas.lt/eiles-lietuvos-poliklinikose%E2%80%93prastos-vadybos-padarinys)

Laikraščiai, žurnalai

60. Germanavičius A., Čiurinskas D. Atvejų vadybos metodas. Kas tai? // Sveikata, Nr.8, 2002.
61. Juozulynas A., Jurgelėnas A., Filipavičiūtė R. et al. Gyvenimo kokybės prognozavimo galimybė senstančioje visuomenėje. Gerontologija 2010; 11(3).
62. Slaninienė G. Šeimos gydytojo medicinos norma: daug pareigų, mažai teisių. // Farmacija ir laikas. 2006, 2(5).

