

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
VIEŠOJO VALDYMO FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

LAURA MIŠKINYTĖ

**ATVEJO VADYBININKO FUNKCIJOS GERINANT
PACIENTŲ PRIEŽIŪROS KOORDINAVIMĄ
PIRMINĖJE SVEIKATOS PRIEŽIŪROJE**

Magistro baigiamasis darbas

Vadovė
prof. dr. Birutė Mockevičienė

Atliko
Laura Miškinytė
2026

Vilnius 2026

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
VIEŠOJO VALDYMO FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

**ATVEJO VADYBININKO FUNKCIJOS GERINANT
PACIENTŲ PRIEŽIŪROS KOORDINAVIMĄ
PIRMINĖJE SVEIKATOS PRIEŽIŪROJE**

Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas
Studijų programa

Vadovė
prof. dr. Birutė Mockevičienė
2026

Recenzentas

2026

Atliko
Laura Miškinytė
2026

Vilnius, 2026

TURINYS

LENTELIŲ SĄRAŠAS	6
PAGRINDINIŲ SĄVOKŲ ŽODYNAS	7
SANTRUMPŲ SĄRAŠAS	8
IVADAS	9
1. PACIENTŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖ IR KOORDINAVIMO SVARBA	13
1.1. Sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir teikimo procesai	13
1.2. Pacientų priežiūros kokybės kriterijai	17
1.3. Pacientų priežiūros koordinavimo poreikis	21
1.4. ATVEJO VADYBININKO VAIDMUO KOORDINUOJANT PACIENTŲ PRIEŽIŪRĄ	23
1.4.1. Atvejo vadybininko veiklos ir funkcijų teisinis reguliavimas	23
1.4.2. Atvejo vadybininko vaidmuo sveikatos priežiūros sistemoje	25
1.4.3. Atvejo vadybininko, kaip pacientų priežiūros koordinatoriaus, vaidmens svarba	28
2. TYRIMO METODOLOGIJA	34
2.1. Tyrimo metodologinė prieiga	35
2.2. Tyrimo instrumentas	35
2.3. Tyrimo dalyviai ir imtis	37
2.4. Duomenų rinkimo eiga	37
2.5. Tyrimo duomenų analizės metodai	38
2.6. Tyrimo etika	39
3. ATVEJO VADYBININKO FUNKCIJŲ VERTINIMO IR TAIKymo PIRMINĖJE SVEIKATOS PRIEŽIŪROJE TYRIMO REZULTATŲ ANALIZĖ	41
3.1. Tyrimo dalyvių sociodemografinė charakteristika	41
3.2. Atvejo vadybininko funkcijų taikymas pacientų priežiūros koordinavimo procese	42
3.3. Sveikatos priežiūros specialistų požiūris į atvejo vadybininko vaidmenį	46
3.4. Iššūkiai įgyvendinant atvejo vadybininko funkcijas	57
3.5. Diskusija	59
IŠVADOS	61
PASIŪLYMAI	63
LITERATŪROS SĄRAŠAS	65
ANOTACIJA	70
ANNOTATION	71
SANTRAUKA	72
SUMMARY	73
PRIEDAI	74
1 priedas. Anketa sveikatos priežiūros specialistams	74

2 priedas. Respondentų atsakymai į atviro tipo klausimą: „Nurodykite, kokias papildomas funkcijas atlieka atvejo vadybininkas Jūsų įstaigoje.“	79
---	-----------

PAVEIKSLĖLIŲ ŠARAŠAS

Paveikslas 1. Šeimos gydytojo komandos sudėtis.....	14
<i>Paveikslas 2. Sveikatos priežiūros kokybės matavimo dimensijos ir kriterijai</i>	<i>18</i>
<i>Paveikslas 3. Sveikatos priežiūros įstaigoje įgyvendinamos KVS privalumai ir kliūtys</i>	<i>20</i>
<i>Paveikslas 4. Asmenį orientuotos atvejo vadybos modelis Klaipėdos universitetinėje ligoninėje. 26</i>	<i>26</i>
<i>Paveikslas 5. Bendrojo atvejo vadybos valdymo proceso diagrama</i>	<i>29</i>
<i>Paveikslas 6. Empirinio tyrimo eigos planas</i>	<i>34</i>
<i>Paveikslas 7. Atvejo vadybos taikymas įstaigose</i>	<i>43</i>
<i>Paveikslas 8. Atvejo vadybininko funkcijų priskyrimas specialistams.....</i>	<i>43</i>
<i>Paveikslas 9. Sveikatos priežiūros specialistų nurodytos atvejo vadybininko funkcijos asmens sveikatos priežiūros įstaigoje.....</i>	<i>44</i>
<i>Paveikslas 10. Sveikatos priežiūros specialistų požiūris į atvejo vadybininko funkcijų naudą pacientui</i>	<i>46</i>
<i>Paveikslas 11. Atvejo vadybininko funkcijų naudos sveikatos priežiūros įstaigai ir personalui vertinimas.....</i>	<i>48</i>
<i>Paveikslas 12. Administracinės naštos mažėjimo vidurkių palyginimas tarp 6-10 metų ir daugiau nei 20 metų darbo stažą turinčių specialistų grupių</i>	<i>51</i>
<i>Paveikslas 13. Geresnių darbo sąlygų vidurkių palyginimas tarp iki 5 metų ir 11-20 metų darbo stažą turinčių specialistų grupių</i>	<i>52</i>
<i>Paveikslas 14. Mažesnių laiko sąnaudų vidurkių palyginimas tarp 6-10 metų ir daugiau nei 20 metų darbo stažą turinčių specialistų grupių.</i>	<i>53</i>
<i>Paveikslas 15. Atvejo vadybininko funkcijų naudos visai sveikatos sistemai vertinimas.</i>	<i>54</i>
<i>Paveikslas 16. Sumažėjusio ankstyvo mirtingumo nuo išvengiamų ligų vidurkių palyginimas tarp iki 5 metų 11-20 metų darbo stažą turinčių specialistų grupių.....</i>	<i>57</i>
<i>Paveikslas 17. Pagrindiniai iššūkiai su kuriais susiduriama įgyvendinant atvejo vadybininko funkcijas.</i>	<i>57</i>
<i>Paveikslas 18. Respondentų nuomonė apie atvejo vadybininko funkcijų plėtojimo tikslingumą. 58</i>	<i>58</i>

LENTELIŲ SĄRAŠAS

Lentelė 1. Sveikatos priežiūros procese dalyvaujančių specialistų atsakomybės.	15
Lentelė 2. Atvejo vadybininko funkcijų grupavimas pagal pobūdį.	24
Lentelė 3. Proceso eiga (remiantis prieš tai pateikta diagrama).	30
Lentelė 4. Tyrimo dalyvių sociodemografinių rodiklių pasiskirstymas.....	41
Lentelė 5. Respondentų pateiktų papildomų atvejo vadybininko funkcijų kokybinė analizė.....	45
Lentelė 6. Gydytojų ir slaugytojų teigiamo požiūrio į atvejo vadybininko veiklos naudą pacientui palyginimas.	47
Lentelė 7. Atvejo vadybininko funkcijų naudos vertinimas pacientui pagal darbo stažą.	48
Lentelė 8. Gydytojų ir slaugytojų teigiamo požiūrio į atvejo vadybininko veiklos naudą sveikatos priežiūros įstaigai ir personalui palyginimas.....	49
Lentelė 9. Atvejo vadybininko funkcijų naudos asmens sveikatos priežiūros įstaigai ir personalui vertinimo palyginimas pagal darbo stažą.	50
Lentelė 10. Darbo stažo grupių porinių palyginimų rezultatai vertinant administracinės naštos mažėjimą.	50
Lentelė 11. Darbo stažo grupių porinių palyginimų rezultatai vertinant geresnes darbo sąlygas.	51
Lentelė 12. Darbo stažo grupių porinių palyginimų rezultatai vertinant gerenį bendradarbiavimą tarp skirtingų specialistų	52
Lentelė 13. Darbo stažo grupių porinių palyginimų rezultatai vertinant mažesnes laiko sąnaudas.	53
Lentelė 14. Gydytojų ir slaugytojų teigiamo požiūrio į atvejo vadybininko veiklos naudą sveikatos sistemai palyginimas.....	54
Lentelė 15. Atvejo vadybos poveikio sveikatos priežiūros sistemai vertinimas pagal darbo stažą.	55
Lentelė 16. Darbo stažo grupių porinių palyginimų rezultatai vertinant sumažėjusios hospitalizacijos ir pakartotinės hospitalizacijos riziką.	56
Lentelė 17. Darbo stažo grupių porinių palyginimų rezultatai vertinant sumažėjusį ankstyvą mirtingumą nuo išvengiamų ligų.	56

PAGRINDINIŲ SĄVOKŲ ŽODYNAS

Atvejo vadyba – šeimos gydytojo komandos paslaugų teikimo koordinavimas, apimantis šių paslaugų planavimą ir efektyvų organizavimą, siekiant užtikrinti, kad pacientui būtų laiku suteikiamos reikiamos paslaugos (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2024).

Sveikatos priežiūros koordinavimas – procesas, kurio metu organizuojamos, paciento sveikatos priežiūros paslaugos, specialistų veiksmai, siekiant užtikrinti saugią ir veiksmingą paciento priežiūrą (Agency for Healthcare Research and Quality. 2024).

Pirminė sveikatos priežiūra - holistinis požiūris į sveikatos paslaugų organizavimą, kurio siekis užtikrinti pacientų poreikius pradedant nuo sveikatos stiprinimo ir ligų prevencijos, pabaigiant gydymu, reabilitacija ir paliatyvia sveikatos priežiūra (World Health Organization, 2018a).

SANTRUMPŲ SĄRAŠAS

ASPI – asmens sveikatos priežiūros įstaiga

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality

ES – Europos Sąjunga

ESPBI IS – elektroninė sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema

IPPP – individualus paciento priežiūros planas

IPR IS – išankstinės pacientų registracijos sistema

KVS – kokybės vadybos sistema

LR – Lietuvos Respublika

LRV – Lietuvos Respublikos Vyriausybė

OECD – Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (angl. Organisations for Economic Co-operation and Development

PAASP – pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija (angl. WHO – World Health Organisation)

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

SPP – sveikatos priežiūros paslaugos

IVADAS

Temos aktualumas. Sveikatos priežiūros kokybė, jos valdymas ir pritaikymas tampa vienu svarbiausių sveikatos politikos prioritetų tiek Lietuvoje, tiek ir kitose Europos bei pasaulio šalyse. Tą patvirtina Europos Tarybos, Europos Komisijos, Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) bei tarptautinės nevyriausybinės organizacijos bei kitų tarptautinių organizacijų skiriamas dėmesys sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimui.

Per pastaruosius penkiolika metų Europos Sąjungos (ES) sveikatos sistemos susiduria su vis didesniais iššūkiais: didėjančiomis sveikatos priežiūros išlaidomis, visuomenės senėjimu, lėtinių ligų ir poliligtotumo plitimu, lemiančiu augančią sveikatos priežiūros paslaugų paklausą, sveikatos priežiūros specialistų trūkumą ir netolygią prieigą prie sveikatos priežiūros paslaugų. Šiuos iššūkius dar labiau paaštrino pastarojo laikotarpio ekonominės aplinkybės, įskaitant 2008 m. ekonominę krizę, bei sunkumus valdant COVID-19 pandemiją, taip apribojant valstybėms narėms galimybes užtikrinti efektyvų sveikatos sistemų finansavimą (Guthmuller ir kt., 2021).

PSO pabrėžia, kad kokybė yra universalių sveikatos paslaugų pagrindas ir esminė jų dalis. Vien tik prieinamumo plėtra neužtikrina realios naudos pacientams. Prieinamumas be kokybės negali užtikrinti geresnių sveikatos rezultatų, tinkamos pacientų saugos bei pasitikėjimo ir pasitenkinimo sveikatos sistema. Be to, prasta teikiamų paslaugų kokybė didina pacientų patiriamą žalą sveikatai ir su tuo susijusių komplikacijų riziką. Reikšminga dalis su dėl prasta kokybe susijusių veiksmų yra skiriama gydymo klaidų ir komplikacijų taisymui. Tad kokybės užtikrinimas tampa svarbus ne tik pacientų saugos požiūriu bet ir ilgalaikio sveikatos sistemos efektyvumo kontekste (OECD ir kt., 2018).

Paslaugų koordinavimas yra neatsiejamas nuo sveikatos priežiūros kokybės. Hempel ir kt. (2023) pabrėžia, kad koordinavimas yra esminis veiksnys, užtikrinantis saugią ir veiksmingą pacientų priežiūrą. Koordinuota priežiūra sudaro sąlygas nuosekliam ir integruotam paslaugų teikimui, geresnei komunikacijai tarp specialistų bei racialesniam sveikatos sistemų išteklių panaudojimui. Kaip teigia V. Wang ir kt., (2017) nesuderinti sveikatos priežiūros specialistų veiksmai ar ne iki galo aiškiai apibrėžtos pareiginės atsakomybės gali lemti priežiūros fragmentaciją, nepageidaujamų įvykių riziką pacientams. Todėl koordinavimo procesų tobulinimas laikomas viena iš prioritetinių sričių, siekiant užtikrinti aukštesnę sveikatos priežiūros paslaugų kokybę dabartiniame sveikatos sistemos kontekste.

Remiantis literatūra atvejo vadyba įvardijama kaip intervencinė strategija, skirta užtikrinti nuoseklų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą bei efektyvų koordinavimą. Ši pareigybė apima ne tik paciento poreikių vertinimą, bet ir priežiūros planavimą, aktyvų paslaugų organizavimą pacientui, komunikacijos tarp specialistų palaikymą. Nurodoma, kad koordinavimo stoka, informacijos perdavimo spragos, ribotas bendradarbiavimas dažnai lemia paciento nepasitenkinimą ir prastesnius sveikatos rezultatus (Indrian, 2018). Todėl atvejo vadyba galėtų būti laikoma būtent tuo mechanizmu, kuris

sėkmingai sujungtų skirtingas sveikatos priežiūros grandis ir sudarytų sąlygas kokybiškai, nuosekliai, bei paciento poreikius atitinkančiai priežiūrai užtikrinti.

Literatūroje, atvejo vadyba dažnai siejama su koordinavimu, paslaugų tęstinumu ir jų priežiūra, tačiau sistemingo ir nuoseklaus atvejo vadybininko funkcijų apibrėžimo ir jų supratimo pasigendama. Skirtingi autoriai pabrėžia skirtingus aspektus, pradedant paslaugų planavimu bei organizavimu, pabaigiant komunikacijos palaikymu ar bendradarbiavimu. Atvejo vadybos vaidmuo skirtingose sveikatos priežiūros institucijose bei paslaugų grandyse taip pat skiriasi. Tokia įvairių interpretacijų gausa neleidžia apibrėžti kokios funkcijos yra laikomos esminėmis, ir kaip jos turėtų būti taikomos praktikoje.

Toks fragmentuotas funkcijų suvokimas rodo, kad vis dar trūksta sistemingo ir nuoseklaus atvejo vadybininko vaidmens supratimo sveikatos priežiūros sistemoje. Neapibrėžtumas dėl funkcijų ribų ir atsakomybių pasiskirstymo gali apsunkinti tinkamą koordinavimo įgyvendinimą praktikoje, bei riboti „užmojus“ gerinti paslaugų kokybę. Todėl aktualu sistemiškai išanalizuoti atvejo vadybininko funkcijas ir jų vaidmenį užtikrinant sveikatos priežiūros paslaugų koordinavimą.

Temos ištirtumas ir naujumas. Užsienio literatūroje gana plačiai nagrinėjama apie atvejo vadybos pareigybę. Dažniausiai tyrimuose analizuojamos atvejo vadybininko funkcijos bei pastarosios indėlis pacientų orientavimuisi sveikatos sistemoje, užtikrinant paslaugų tęstinumą, efektyvesnį specialistų bendradarbiavimą ir paciento poreikius atitinkančią priežiūrą. Lietuvos mokslinėje literatūroje atvejo vadyba yra nagrinėjama fragmentiškai, dažniausiai bendrame sveikatos priežiūros paslaugų kontekste. (Norkienė ir kt., 2019) analizavo atvejo vadybos modelio taikymą pirminėje sveikatos priežiūroje ir jo įtaką paslaugų organizavimui. Šamrejienė ir Česas (2021) analizavo atvejo vadybos modelio taikymo galimybes onkologinių pacientų koordinavimo procese. Nors susiję tyrimai atliekami - jie labiau orientuoti į modelio pritaikomumą atskirose sveikatos priežiūros grandyse, o atvejo vadybininko funkcijos ir vaidmuo pacientų priežiūros procese lieka nepakankamai aiškios. Kita vertus, ši specialybė Lietuvoje palyginti nauja, todėl nepaisant atliekamų tyrimų, jos praktinis įgyvendinamumas ir vieta pirminėje sveikatos priežiūroje dar nėra nuodugniai ištirtinėti.

Tyrimo objektas- atvejo vadybininko funkcijos pacientų priežiūros koordinavimo procese pirminėje sveikatos priežiūroje.

Tyrimo problema - atvejo vadybininko vaidmuo pirminėje sveikatos priežiūroje galėtų būti reikšmingas gerinant pacientų priežiūros koordinavimą, tačiau šių specialistų funkcijos yra suprantamos nevienodai. Sveikatos priežiūros specialistams, asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, taip pat ir pacientams kyla neaiškumų dėl atvejo vadybininko atliekamų užduočių. Specialistams, ypač rečiau komandoje susiduriantiems su atvejo vadybininku, kyla sunkumų suprantant, ar tai apima vaistų ir siuntimų rašymą, ar veikla labiau orientuota į pacientų konsultavimą dėl ligų prevencijos, ar

pasiruošimo tyrimams. Be to, pastebima, kad dalis atvejo vadybininko funkcijų persidengia ar dubliuojasi su kitų specialistų, pavyzdžiui, registratorių ar kitų sveikatos priežiūros darbuotojų atliekamomis funkcijomis. Tai sąlygoja poreikį atsakyti į šiuos tyrimo probleminius klausimus: Kokios yra pagrindinės atvejo vadybininko funkcijos pirminėje sveikatos priežiūroje? Kaip šios funkcijos prisideda prie pacientų priežiūros koordinavimo? Su kokiais iššūkiais susiduriama įgyvendinant atvejo vadybininko funkcijas pacientų priežiūros koordinavimo procese, sveikatos priežiūros specialistų požiūriu?

Tyrimo tikslas - įvertinti sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į atvejo vadybininko funkcijų naudą pacientams, sveikatos priežiūros įstaigoms ir sveikatos sistemai pirminėje sveikatos priežiūroje.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išnagrinėti atvejo vadybininko funkcijas pirminėje sveikatos priežiūroje.
2. Įvertinti atvejo vadybininko funkcijų taikymą pacientų priežiūros koordinavimo procese pirminėje sveikatos priežiūroje.
3. Nustatyti sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į atvejo vadybininko vaidmenį pacientų priežiūros koordinavimo procese.
4. Identifikuoti pagrindinius iššūkius, su kuriais susiduriama įgyvendinant atvejo vadybininko funkcijas pirminėje sveikatos priežiūroje.

Tyrimo hipotezės:

H1 – manoma, kad gydytojai palankiau nei slaugytojai vertina atvejo vadybininko funkcijų naudą pacientui, įstaigai, sveikatos sistemai.

H2 – manoma, kad didesnę darbo stažą turintys sveikatos priežiūros specialistai skeptiškiau vertina atvejo vadybos funkcijų naudą nei mažesnę darbo stažą turintys specialistai.

Tyrimo metodai:

- Mokslinės literatūros analizės metodas taikomas, teorinėje darbo dalyje, siekiant išanalizuoti atvejo vadybininko funkcijas pirminėje sveikatos priežiūroje.
- Teisės aktų analizės metodas taikomas, siekiant išanalizuoti atvejo vadybininko veiklą ir funkcijas reglamentuojančius teisės aktus bei dokumentus Lietuvoje.
- Anketinės apklausos metodas naudojant uždaro tipo klausimus taikomas, siekiant atskleisti sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į atvejo vadybininko funkcijų pritaikymą praktikoje;
- Statistinės duomenų analizės metodas taikomas, siekiant apdoroti ir susisteminti anketinės apklausos rezultatus.

Darbo teorinis ir praktinis reikšmingumas. Senstant populiacijai, didėjant lėtinių ligų, poliligtumo paplitimui bei sudėtingėjant sveikatos priežiūros sistemoms sveikatos priežiūros sistemoje vis didesnę reikšmę įgyja pacientų priežiūros koordinavimas pirminėje sveikatos priežiūros grandyje.

Praktiniu požiūriu baigiamojo darbo analizė gali būti naudinga sveikatos priežiūros įstaigoms ir specialistams, prižiūrintiems gaunamų paslaugų efektyvumą, mažinant pacientų laukimo eiles pas specialistus, didinant pacientų dalyvumą jų sveikatos stebėsenoje. Teoriniu požiūriu baigiamasis darbas papildoma mokslines žinias apie atvejo vadybą ir jų reikšmę pacientų priežiūros koordinavimo procese, kadangi atvejo vadybininko funkcijos mokslinėje literatūroje yra pateikiamos fragmentiškai, o šiuo baigiamuoju darbu siekiama pateikti daugialypę sisteminę analizę.

Darbo struktūra. Baigiamasis darbas yra sudarytas iš įvado, keturių pagrindinių dalių, išvadų, rekomendacijų, literatūros sąrašo ir priedų. Keturios pagrindinės baigiamojo darbo dalys išdėstytos taip: pirmoje analizuojami atvejo vadybos ir pacientų priežiūros teoriniai aspektai, analizuojamas atvejo vadybininko vaidmuo, funkcijos bei paslaugų teikimo teisinė aplinka, antroje pateikiama empirinio tyrimo metodika, o trečioje dalyje pateikiama empirinio tyrimo rezultatų analizė atskleidžianti sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į atvejo vadybininko vaidmenį pacientų priežiūros koordinavimo kontekste.

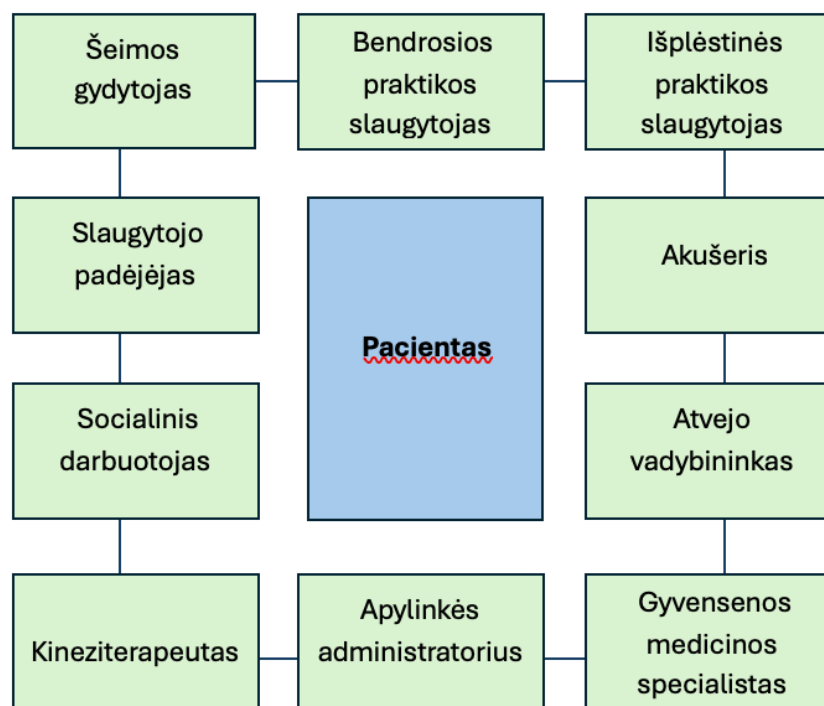
1. PACIENTŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖ IR KOORDINAVIMO SVARBA

1.1. Sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir teikimo procesai

Pirminė sveikatos priežiūra laikoma esmine sveikatos sistemos dalimi, užtikrinančia pagrindinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, organizavimą gyventojams. Ji apima ne tik tiesioginį sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, bet ir kitus aspektus, tokius kaip finansavimas, tarpsektorinė politika bei socialiniai sveikatą lemiantys veiksniai. Pagrindinis pirminės sveikatos grandies siekis yra užtikrinti paslaugų prieinamumą ir kokybę, atliepti visuomenės poreikius bei užtikrinti mokslu grįstą medicinos praktiką. Pirminė sveikatos priežiūra yra pirmas paciento kelio taškas sveikatos sistemoje, kurioje yra spendžiama didžiausia dalis sveikatos problemų, apimant ne tik gydymą, bet ir ligų prevenciją, ankstyvą diagnostiką bei lėtinių ligų valdymą, jų priežiūrą (Primary Health Care Performance Initiative, 2015).

Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas Lietuvoje yra reglamentuojamas teisės aktais, nustatančiais atsakingas institucijas ir šių paslaugų teikimo principus. Vadovaujantis Lietuvos Respublikos vietos savivaldos įstatymu, savivaldybės yra atsakingos už pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą (Lietuvos Respublikos Seimas. 1994). Pirminės sveikatos priežiūros paslaugos yra teikiamos ambulatorines paslaugas teikiančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose – poliklinikose, ambulatorijose, šeimos medicinos centruose bei šeimos gydytojų kabinetuose (Lietuvos Respublikos Seimas. 1994; Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2005b).

Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimas Lietuvoje grindžiamas šeimos gydytojo komandos principu, kuris užtikrina visapusišką ir į pacientą orientuotą priežiūrą. Šią komandą sudaro skirtingų sričių specialistai, bendradarbiaujantys tarpusavyje. Toks komandinio darbo principas leidžia efektyviau spręsti įvairias situacijas, susiklosčiusias dėl medicininių ar socialinių aplinkybių, taip pat padeda užtikrinti efektyvesnį paslaugų prieinamumą. Šeimos gydytojo komandos sudėtis pateikiama pirmame paveiksle. Svarbu paminėti, kad skirtingose PAASP komandose specialistų sudėtis gali skirtis. Tai priklauso nuo konkrečios gydymo įstaigos galimybių bei pacientų poreikių. Siekiama, kad kiekvienas komandos narys pagal savo kompetenciją prisidėtų prie visapusiškos, prieinamos ir kokybiškos paciento priežiūros (Lietuvos Respublikos Sveikatos Apsaugos Ministerija, 2026).



Paveikslas 1. Šeimos gydytojo komandos sudėtis

Šaltinis Lietuvos Respublikos Sveikatos Apsaugos Ministerija (2026)

Kaip matyti 1 paveiksle, pacientas yra asmens sveikatos priežiūros sistemos centre. Aplink jį dirba specialistų komanda, kurios tikslas yra užtikrinti pilnavertę, kokybišką sveikatos priežiūrą. Šeimos gydytojo komandos veikla yra reglamentuojama sveikatos apsaugos ministro patvirtintomis medicinos normomis, kurios ir apibrėžia specialistų veiklos lauką, jų kompetencijas, tarpusavio bendradarbiavimo principus.

Pagrindinį vaidmenį atlieka šeimos gydytojas. Šeimos gydytojas turi teisę: verstis šeimos gydytojo praktika, išrašyti receptus, siuntimus, išduoti medicininius dokumentus ir pažymėjimus. Šeimos gydytojo uždavinys pagal savo kompetencijas yra diagnozuoti ir gydyti ligas, būkles bei sveikatos sutrikimus, rekomenduoti ir dalyvauti organizuojant ligų ir sveikatos sutrikimų profilaktikos priemones bei užtikrinti teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Šeimos gydytojas dirba savarankiškai, bendradarbiaudamas su sveikatos priežiūros specialistais ir kitais specialistais, teikia asmens sveikatos priežiūros paslaugas visų amžiaus grupių pacientams, tikslingai panaudodamas sveikatos priežiūros išteklius (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2005a).

Komandoje su šeimos gydytoju dirba bendrosios praktikos slaugytojas, kuris teikia bendrosios praktikos slaugos paslaugas. Jis turi teisę vykdyti gydytojo paskyrimus, išrašyti vaistinius preparatus teisės aktų nustatyta tvarka, vertinti paciento sveikatos būklę, stebėti ligos eigą. Pagrindinės bendrosios praktikos slaugytojo funkcijos apima slaugos paslaugų teikimą, medicininės dokumentacijos pildymą,

konsultavimąsi su asmens sveikatos priežiūros ir kitais specialistais, paciento, paruošimą diagnostinėms procedūroms ir laboratoriniams tyrimams, pagal kompetenciją informavimą apie pasiruošimą diagnostinėms procedūroms, laboratoriniams tyrimams, tyrimo ir procedūrų eigą bei galimas komplikacijas (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2011).

Priklausomai nuo paciento poreikių į priežiūros procesą gali būti įtraukti ir kiti specialistai. Socialinis darbuotojas sprendžia socialines problemas, konsultuoja, bendradarbiauja tarp institucijų. Kineziterapeutas taiko reabilitacijos priemones ir padeda atkurti paciento fizinę būklę. Akušeris teikia moterų sveikatos priežiūros paslaugas, konsultuoja šeimos planavimo, nėštumo klausimais. Išplėstinės praktikos slaugytojas atlieka išplėstines funkcijas, vertina paciento būklę ir prisideda prie paslaugų prieinamumo didinimo. Gyvensenos medicinos specialistas konsultuoja mitybos, fizinio aktyvumo ir sveikos gyvensenos klausimais. (Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministras, 2014; Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2016; Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2018; Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2014).

Šeimos gydytojo komandoje svarbus vaidmuo tenka ir administraciniam darbuotojams bei apylinkės administratoriui, kurie padeda organizuoti pacientų srautus ir užtikrina sklandų paslaugų teikimą. Atvejo vadybininkas koordinuoja paciento kelią, derina skirtingų specialistų veiklą, organizuoja paslaugų teikimą ir užtikrina sklandų informacijos perdavimą tarp specialistų ir paciento (Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministras, 2018; Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2024a).

Svarbu paminėti, kad pacientas sveikatos priežiūros procese nesusiduria su visais specialistais vienu metu. Jo kelias yra nuoseklus ir susideda iš kelių skirtingų etapų, kuriuose dalyvauja skirtingi sveikatos priežiūros specialistai pagal poreikį pacientui. Atsižvelgiant į tai, atsakomybių pasiskirstymas tarp specialistų gali būti analizuojamas pagal paciento priežiūros proceso etapus (žiūrėti 1 lentelę).

Lentelė 1. Sveikatos priežiūros procese dalyvaujančių specialistų atsakomybės.

Nr	Atsakomybė	Aprašymas	Atsakingas
1	Registratorius	Registratorius vykdo pirminę paciento registraciją pas šeimos gydytoją ar kitą specialistą įstaigos viduje (esant siuntimui). Jei reikiama paslauga įstaigoje nėra teikiama, pacientui gali būti pasiūlyta kita sveikatos priežiūros įstaiga.	Sveikatos priežiūros įstaigos registratūra
2	Atvejo vadybininkas	Atvejo vadybininkas perima pacientų, kuriems reikalingos kelių specialistų paslaugos, ilgalaikę priežiūrą ar nuoseklus gydymo koordinavimą, atvejus. Jis užtikrina, kad paciento poreikiai būtų suderinti viso gydymo proceso metu – nuo registracijos iki paslaugų suteikimo. Tais atvejais, kai	Paskirtas atvejo vadybininkas

		paslaugos negali būti suteiktos pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje ar per įprastus partnerius, kreipiasi į koordinatorių dėl tolimesnių sprendimų. Vadovaudamasis LR SAM 2024-12-09 įsakymu Nr. V-1259, planuoja ir koordinuoja individualaus paciento priežiūros plano (IPPP) įgyvendinimą, šeimos gydytojo nurodymu organizuoja komandos konsiliumus, stebi paciento sveikatos būklę bei užtikrina grįžtamąjį ryšį tarp paciento, šeimos gydytojo ir kitų sveikatos priežiūros specialistų.	
3	Šeimos gydytojas	Šeimos gydytojas įvertina paciento sveikatos būklę, skiria reikalingus tyrimus ir paslaugas, priima sprendimus dėl siuntimo pas gydytoją specialistą ar atvejo vadybos paslaugų poreikio, taip pat gali inicijuoti konsiliumą, kuriame aptariama paciento diagnozė ir gydymo galimybės. Jis bendradarbiauja su atvejo vadybininku bei šeimos gydytojo komanda, siekdamas užtikrinti, kad pacientui būtų suteiktos reikalingos paslaugos pirminiame sveikatos priežiūros lygmenyje ir būtų koordinuojamas tolimesnis gydymo procesas.	Paslaugas teikiančios įstaigos šeimos gydytojas
4	Gydytojas specialistas	Gydytojas specialistas teikia antrinio lygio konsultacijas pacientui pagal šeimos gydytojo siuntimą arba individualų paciento priežiūros planą, atlieka reikalingus tyrimus ir procedūras bei užtikrina jų atlikimą teisės aktuose nustatytais terminais. Jis dalyvauja tarpdisciplininuose konsiliumuose, teikia išvadas ir rekomendacijas šeimos gydytojui bei atvejo vadybininkui dėl tolesnės paciento priežiūros, o visą su paciento gydymu susijusią informaciją registruoja IPR / ESPBI IS. Bendradarbiaudamas su šeimos gydytoju, atvejo vadybininku ir sveikatos priežiūros komanda, gydytojas specialistas užtikrina paslaugų tęstinumą tarp skirtingų priežiūros lygių.	Paslaugas teikiančios įstaigos specialistas

Šaltinis: Sudaryta remiantis VšĮ Mažeikių pirminės sveikatos priežiūros centras. (2025).

Lentelėje pateiktas atsakomybių pasiskirstymas leidžia aiškiau suprasti, koks yra paciento kelias sveikatos priežiūros sistemoje, taip pat parodo kaip skirtingi specialistai įsitraukia į paciento priežiūros procesą ir kaip pasiskirsto jų vaidmenys užtikrinant nuoseklų paslaugų teikimą. Visi šie išvardinti specialistai veikia kaip viena sistema, kurios centre yra pacientas, o jų bendradarbiavimas grindžiamas konsultacijomis, informacijos apsikeitimu, ir koordinuotu sprendimų priėmimu.

1.2. Pacientų priežiūros kokybės kriterijai

Sveikatos priežiūra – viena iš sričių, nuo kurios išsivystymo lygio šalyje priklauso visuomenės gerovė ir gyvenimo kokybė. Sveikata yra vertinama kaip didžiausia asmeninė ir visuomeninė vertybė. Kiekvienas žmogus, vertindamas savo gyvenimo kokybę, pirmiausia pabrėžia savo sveikatos būklę. Užsienio šalių patirtis rodo, kad 80-90 proc. visų sveikatos problemų turėtų spręsti šeimos medicina. Tad ir Lietuvoje siekiama gerinti šių paslaugų kokybę ir prieinamumą, padėti pacientui pasveikti gydantis pas šeimos gydytoją, nepatenkant į ligoninę (World Health Organization, 2018b).

Sveikatos priežiūros kokybė yra sudėtinga ir daugialypė sąvoka, kuri neturi vieningo apibrėžimo, o mokslinėje literatūroje pateikiama daugybė šios sąvokos variacijų. Pagal dabartinės lietuvių kalbos žodyną kokybė – ypatybė, vertė, tikimo laipsnis (Lietuvių kalbos institutas, n.d.). S. Žičkienė ir I. Daševskienė (2009) kokybę apibrėžė kaip- charakteristika, kuri duotu laiko periodu santykinai tenkina vartotojo poreikius, galbūt ir pralenkia kai kurių jų lūkesčius. Lietuvių kokybės tyrinėtojas J. Ruževičius kokybę apibrėžia kaip visumą produkto savybių, kurios lemia jo tinkamumą tenkinti tiek aiškiai išreikštus, tiek numanomus vartotojų poreikius (Žičkienė & Daševskienė, 2009; Ruževičius, 2007).

Aptariant sveikatos priežiūros kokybę ne mažiau svarbi yra kokybės vadybos sąvoka, kuri užtikrina nuoseklų kokybės valdymą ir gerinimą. J. Ruževičiaus teigimu, visuotinės kokybės vadyba yra laikoma išskirtine vadybos kryptimi, akcentuojančia kokybės svarbą organizacijų veikloje. Ji apima tiek teorinius, tiek praktinius aspektus, kuriuos pasirinkusi organizacija nuolat tobulėja, įtraukdama į kokybės gerinimo procesus visus darbuotojus ir siekdama visiškai patenkinti išorės ir vidaus vartotojų poreikius bei paiso savo darbuotojų, akcininkų, klientų, visuomenės interesus (Ruževičius, 2007). Bendrai kalbant kokybės kultūra yra suprantama kaip nuolatinio tobulinimo ir teigiamų pokyčių kultūra, kuria vadovaujantis objektyviai įvertinamos sveikatos priežiūros institucijos stiprybės ir silpnybės siekiant suplanuoti tolimesnę veiklą, įstaigų raidos strategiją (Kosinskienė ir Ruževičius, 2011).

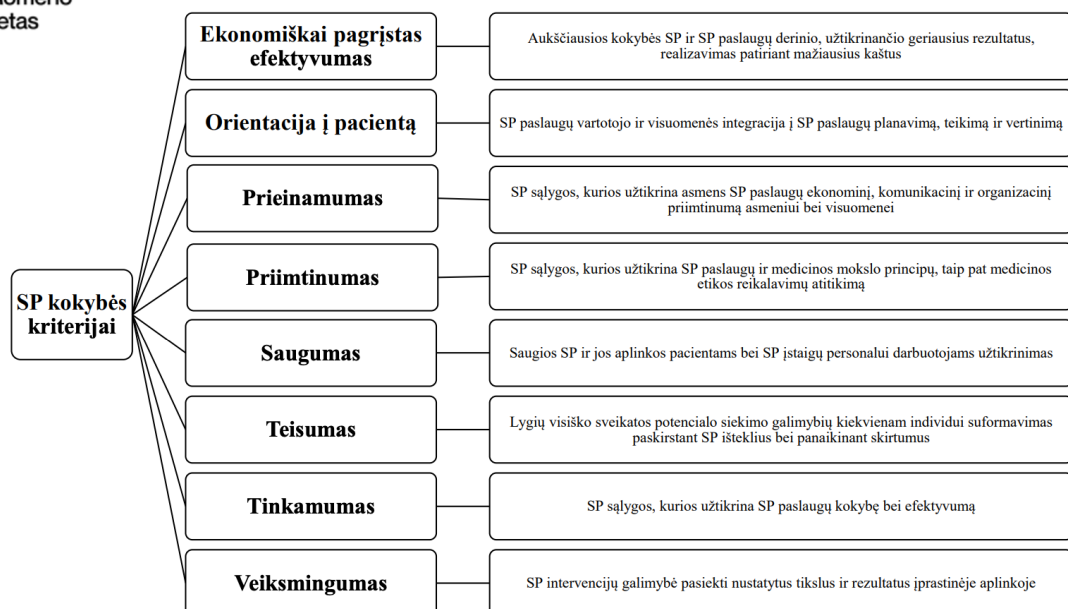
Lietuvos sveikatos sistemos reformų planavimas grindžiamas kelių tarpusavyje susijusių dokumentų visuma, tarp kurių svarbiausias yra Nacionalinis pažangos planas 2021-2030 bei sveikatos srities plėtros programos. Šiuose dokumentuose pabrėžiama, kad vienas esminių sveikatos politikos tikslų yra gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir jų prieinamumą, orientuojantis į efektyvesnį paslaugų organizavimą, pacientų poreikių tenkinimą, sveikatos sistemos veiklos efektyvumą. Siekiamas tikslas - užtikrinti kokybiškų ir saugių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą visiems Lietuvos gyventojams, nepaisant jų gyvenamosios vietos, socialinės ar ekonominės padėties, kad kokybiškos paslaugos būtų prieinamos geografiniu, komunikaciniu, organizaciniu ir ekonominiu atžvilgiu. Lietuvos (Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2023).

Lietuvos Respublikoje pagrindinis dokumentas, apibrėžiantis pacientų priežiūros kokybės principus yra Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. Šio įstatymo

(1996) 2 straipsnio 8 dalyje pateikiamas toks sveikatos priežiūros paslaugų kokybės apibrėžimas: „prieinamos, saugios, veiksmingos sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, ligonių gydymo ir slaugos paslaugos, kurias tinkamam pacientui, tinkamu laiku, tinkamoje vietoje suteikia tinkamas sveikatos priežiūros specialistas ar sveikatos priežiūros specialistų komanda pagal šiuolaikinio medicinos ir slaugos mokslo lygį ir gerą patirtį, atsižvelgdami į paslaugos teikėjo galimybes ir paciento poreikius bei lūkesčius, juos tenkindami ar viršydami“. Kitaip tariant, jame įtvirtinama, kad sveikatos priežiūros paslaugos turi būti saugios, teikiamos kokybiškai, prieinamai ir laikantis medicinos mokslo bei profesinių standartų. (Lietuvos Respublikos Seimas, 1996).

Sveikatos priežiūros kokybė apima įvairias tarpusavyje susijusias dimensijas, tokias kaip - saugumas, prieinamumas, orientacija į pacientą, informuotumas, teisingumas ir veiksmingumas. Šių kriterijų svarba pasireiškia tuo, kad jie užtikrina paciento teisių apsaugą, sudaro prielaidas kokybiškam ir etiškam gydymui bei didina pasitikėjimą sveikatos priežiūros sistema. Todėl šis įstatymas laikytinas pagrindiniu teisiniu pagrindu, reglamentuojančiu pacientų priežiūros kokybę Lietuvoje. Apie tai antrina ir prof. Jankauskienė, nurodydama, kad šie aspektai yra esminiai vertinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Išvardintų dimensijų grafinis pateikimas iliustruojamas 2 paveiksle. Jame išskiriami pagrindiniai sveikatos priežiūros kokybės matavimo kriterijai (Lietuvos Respublikos Seimas, 1996; Jankauskienė, n.d.).

Kokybės matavimo dimensijos ir kriterijai



Paveikslas 2. Sveikatos priežiūros kokybės matavimo dimensijos ir kriterijai

Šaltinis: Sudaryta pagal Jankauskienę ir SAM duomenis (Jankauskienė, n.d.).

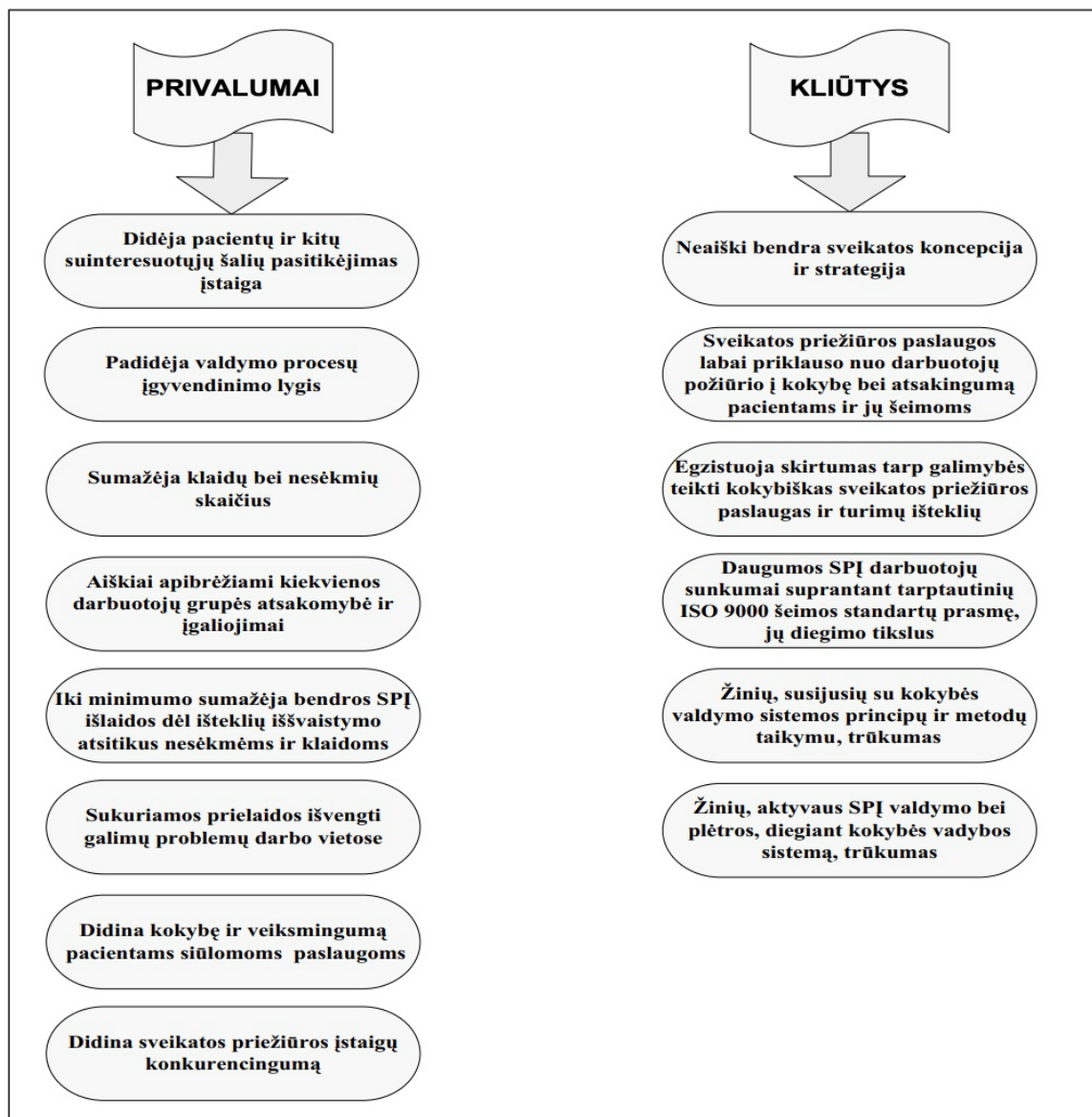
Kaip nurodoma pateiktoje schemoje, pagrindiniai sveikatos priežiūros kokybės kriterijai apima ekonominį efektyvumą, orientaciją į pacientą, prieinamumą, priimtinumą, saugumą, teisingumą, tinkamumą ir veiksmingumą. Šie kriterijai leidžia kompleksiskai vertinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę tiek sistemos, tiek paciento lygmeniu.

Sunku vertinti, kuris būtent iš pateiktų kriterijų yra pats svarbiausias užtikrinant kokybę. Kaip pažymi V. Servetkienė ir kt. (2022) „visuomenės pasitenkinimas sveikatos priežiūros sistema glaudžiai susijęs su sveikatos priežiūros paslaugų (toliau -SPP) prieinamumu pacientui“. Remiantis tuo, galima daryti prielaidą, kad svarbus kriterijus yra prieinamumas, kuris apima fizinį, organizacinį, finansinį ir informacinį paslaugų pasiekiamumą. Tačiau empiriniai duomenys atskleidė, kad praktikoje ne visi kokybės kriterijai gali būti vienodai užtikrinami - ypač išryškėjo organizacinio ir informacinio prieinamumo trūkumai, kurie buvo dar labiau išreikšti pandemijos laikotarpiu reorganizavus paslaugų teikimą. Kita vertus sveikatos priežiūros kokybė negali būti apibrėžiama vien per prieinamumo kriterijų. Kaip pažymi autoriai „pacientų patirtis yra pripažinta vienu iš svarbiausių sveikatos priežiūros plėtros kriterijų“ - tad ypač svarbi orientacija į pacientą, jo poreikių supratimą ir užtikrinimą. Sveikatos priežiūros kokybė turėtų būti vertinama kompleksiskai, užtikrinant visų kriterijų - saugumo, prieinamumo, orientacijos į pacientą, informuotumo, teisingumo ir veiksmingumo tarpusavio sąveiką. Kiekvienas kokybės kriterijus atspindi skirtingą sveikatos priežiūros sistemos aspektą, todėl kokybės užtikrinimas galimas tik integruojant šias dimensijas į vieną visumą, o ne atskirus komponentus (Servetkienė ir kt., 2022).

Pasak J. Ruževičiaus Visi sveikatos paslaugų teikėjai yra suinteresuoti gerinti teikiamų paslaugų kokybę, gerinti įstaigos įvaizdį, užtikrinti pacientų saugą, išlaikyti nuoseklų požiūrį bei numatyti veiklos procesų tobulinimo galimybes, vadovaujantis visuotinai pripažintais ir priimtinais kokybės užtikrinimo standartais. Gerinti sveikatos priežiūros kokybę vienintelio būdo nėra. Įvairių įstaigų veiklos specifika, procesai, organizacinė kultūra, darbuotojų patirtis, vadyba ir jos metodai bei kokybės gerinimo tikslai ir priemonės gali ženkliai skirtis. Todėl be visuotinai pripažintamų kokybės vadybos modelių, kurie dažniausiai taikomi išoriškai vertinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę bei ją gerinti, sveikatos priežiūros įstaigose naudojamos bei kuriamos ir kitos sveikatos kokybės vadybos sistemos, kurios kartais neturi kokybės sistemos pavadinimo ir yra įvardijamos skirtingai (Kosinskienė ir Ruževičius, 2011).

Kokybės vadybos sistema (KVS) - tai dokumentavimu paremta vadybos priemonė, nustatanti institucijos visų veiklos sričių nuolatinio tobulinimo, kontrolės ir integravimo procesams būtinas politikas, procedūras bei procesus (ir jų „šeimininkus“ ar valdytojus) ir išteklius ir taip padedanti gerinti veiklą ir užtikrinti nustatytus reikalavimus. Sveikatos priežiūros įstaigoje terminas „kokybės vadybos sistema“ gali būti suprantamas kaip dalis visos institucijos bendrosios valdymo sistemos, kuria siekiama

užtikrinti aukščiausią pacientų pasitenkinimą veiksmingiausiu būdu, pirmiausia atliekant šias funkcijas a) užtikrinant aukščiausios kokybės paslaugas pacientams; b) kuriant aplinką, kai nuolat tobulinami visų veiklos sričių procesai, ir tai darant mažiausiomis išlaidomis. (Kosinskienė ir Ruževičius, 2011). KVS taikymo sveikatos priežiūroje privalumai ir kliūtys pateikiami 3 pav.



Paveikslas 3. Sveikatos priežiūros įstaigoje įgyvendinamos KVS privalumai ir kliūtys

Šaltinis Kosinskienė ir Ruževičius (2011).

Kaip matyti iš 3 paveikslas, KVS diegimas siejamas su didesniu pasitikėjimu, aiškesniu valdymu, geresniu išteklių panaudojimu ir aukštesne paslaugų kokybe. Tačiau šiuos privalumus riboja neapibrėžta strategija, nelygios paslaugų galimybės ir darbuotojų kompetencijų stoka.

Taigi, kokybės užtikrinimas sveikatos priežiūroje iš tiesų yra daugialypis procesas, apimantis paslaugų saugą, efektyvumą, pacientų patirtį, išteklių naudojimo efektyvumą, vadybą ir kitus procesus.

Tyrimai pabrėžia, kad paslaugų koordinavimas - tarp specialistų, lygių ir sektorių - yra esminė sąlyga kokybiškai sveikatos priežiūrai. Todėl labai svarbu, kaip paslaugos yra organizuojamos ir koordinuojamos, kas ir nagrinėjama sekančiame skyriuje.

1.3. Pacientų priežiūros koordinavimo poreikis

Literatūroje minima, kad atvejo vadybos atsiradimas ir plėtra yra susijusi su socialinės ir sveikatos sistemų pokyčiais, kai XX amžiuje antroje pusėje anglosaksų šalyse prasidėjo deinstitucionalizacijos procesai, kurių metu buvo atsisakoma ilgalaikio pacientų apgyvendinimo ligoninių stacionaruose. Šių pokyčių kontekste formavosi bendruomenės priežiūros modelis (angl. Community care), orientuotas į asmens gyvenimą visuomenėje, o ne institucijoje. Tačiau paaiškėjus kad šiam modeliui trūksta kai kurių kompetencijų, tokių kaip koordinavimas - atsirado atvejo vadyba (Wendt, 2024).

Sveikatos sistemos reformų planavimo dokumentuose pabrėžiama, kad esami sveikatos priežiūros sistemos trūkumai atskleidžia koordinavimo poreikį. 2022-2030 m. Sveikatos kokybės ir efektyvumo didinimo plėtros programoje, pagal atliktą priežasčių analizę nustatyta, kad sveikatos priežiūros sistemoje egzistuoja sisteminiai kokybės, organizavimo, veiksmingumo neatitikimai. Tarp jų - neefektyvi pirminė sveikatos priežiūra, ribotas ir netolygus specializuotos pagalbos prieinamumas, nepakankamas sistemos pajėgumas reaguoti į kintančias demografines tendencijas bei ribota inovacijų plėtra. Taip pat paminėtas ir nepakankamas dėmesys paciento poreikiams, sveikatos priežiūros ir rizikų valdymo trūkumai, neracionalus vaistų vartojimas (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2023).

Pacientų priežiūros koordinavimo poreikis kyla iš sveikatos priežiūros sistemos procesų tarpusavio priklausomybės ir būtinybės užtikrinti jų nuoseklų veikimą. Kaip pažymi Buckė ir kt. (2022), organizacija suvokiama kaip tarpusavyje susijusių procesų visuma, todėl kokybės valdymas grindžiamas šių procesų integracija ir suderinimu. Be to, pabrėžiama, kad rizikos valdymas turi apimti visus organizacijos procesus, siekiant užtikrinti veiklos efektyvumą ir stabilumą (Buckė ir kt., 2022).

Sveikatos priežiūros sistema pasižymi kompleksiskumu ir tų organizavimo procesų yra daug. Ši sistema susideda iš daugybės sudėtingų sąveikų tarp sveikatos priežiūros specialistų, pacientų, skirtingų institucijų (World Health Organization, 2011). Pagal pasaulio sveikatos organizaciją (2011), sveikatos priežiūros sistema laikoma sudėtinga dėl kelių pagrindinių veiksmų:

- paslaugų, atliekamų teikiant pacientų priežiūrą įvairovės;
- sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų tarpusavio priklausomybės;
- pacientų, gydytojų ir kito personalo įvairovės;

- didelio ryšių tarp pacientų, slaugytojų, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, pagalbinių personalo, administratorių, šeimos narių ir bendruomenės narių skaičiaus;
- pacientų pažeidžiamumo (pavyzdžiui dėl sveikatos būklės ir informacijos stokos);
- skirtingos sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūros;
- nepakankamai aiškaus ir nuoseklaus sveikatos priežiūros reguliavimo;
- naujų technologijų taikymo sveikatos priežiūroje;
- pacientų priežiūros kelių ir dalyvaujančių organizacijų įvairovės;
- dėl didėjančios specialistų veiklos siaurėjimo, didėjantis pacientų priežiūros fragmentiškumas.

Nepaisant to, kad sveikatos priežiūros specialistai kasdien susiduria su įvairiais iššūkiais ir situacijomis darbo aplinkoje ir supranta daugelį sistemos elementų, jiems gali stigti gebėjimo taikyti sisteminių požiūrį. Tai gali būti siejama su darbo praktikoje nepakankamai ugdomais minėtais įgūdžiais, teorijos stoka. Dėl tokios didelės jau anksčiau minėtų veiksnių tarpusavio sąveikos didėja klaidų tikimybė bei sudėtingėja paslaugų teikimas (World Health Organization, 2011).

Pacientų priežiūros koordinavimo poreikis, ypač vertinant paslaugų tęstinumą, prieinamumą, skirtingų sveikatos grandžių sąveiką, atsiskleidžia analizuojant Vaida Servetkienė ir kt. straipsnį apie pacientų patirtis sveikatos priežiūros sistemoje. Nors dalis tyrimo respondentų bendrą sistemą vertino palankiai, tyrimo rezultatai atskleidė esminius koordinavimo trūkumus. Vienas svarbiausių - ribotas pateikimas pas gydytojus. Net 99 proc. sunkumų patyrusių respondentų paminėjo problemą: „sunku patekti pas gydytojus specialistus“, taip pat paminėta, kad „dažniausiai respondentai nurodė, kad sudėtinga patekti pas pirminio lygio gydytojus<...> didelės eilės“. Dar vienas tyrime nerimą keliantis veiksnys kaip nurodo autoriai: pacientai „patys atlieka tuos veiksmus, kurie galėtų būti atlikti bendradarbiavimo tarp įstaigų būdu, t. y. pacientai patys registruojasi į kitą sveikatos priežiūros įstaigą, patys pasirūpina reikiama tyrimais, pateikia išrašus apie sveikatos būklę, nesitikėdami paslaugos iš sveikatos priežiūros įstaigos. Turbūt todėl šioje srityje problemos nesuvokiamos ir neįvardijamos.“ Atsižvelgiant į šiuos aspektus, galima daryti prielaidą apie nepakankamai gerai išvystytą pacientų srautų valdymą, koordinavimo stoką, ypač tarp pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros grandies (Servetkienė ir kt., 2022).

Tokios problemos pagrindžia būtinybę ieškoti efektyvesnių koordinavimo modelių, kurie užtikrintų nuoseklią ir integruotą paciento priežiūrą visais jo „kelionės“ etapais. Vienas iš tokių sprendimų galėtų būti atvejo vadybos (case management) modelio taikymas, leidžiantis sistemingai koordinuoti paslaugas, stiprinti specialistų bendradarbiavimą ir sumažinti koordinavimo našą pačiam pacientui.

1.4. ATVEJO VADYBININKO VAIDMUO KOORDINUOJANT PACIENTŲ PRIEŽIŪRĄ

1.4.1. Atvejo vadybininko veiklos ir funkcijų teisinis reguliavimas

Atvejo vadybininko veiklos ir funkcijų teisinis reglamentavimas asmens sveikatos priežiūros įstaigose Lietuvoje įgalinamas per įvairius teisės aktus, reglamentuojančius asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą, kokybę, prieinamumą. Vykdydamas veiklą, atvejo vadybininkas vadovaujasi Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymu, Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymu, Sveikatos draudimo įstatymu, Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymu, Asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymu, Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymu, Korupcijos prevencijos įstatymu, Viešųjų įstaigų įstatymu, Darbuotojų saugos ir sveikatos įstatymu, kitais Lietuvos Respublikos teisės aktais. Taip pat LR SAM 2024 m. gruodžio 9 d. įsakymu Nr. V-1259, LR SAM 2008 m. birželio 28 d. įsakymu Nr. V-636, LR SAM ministro 2012 m. rugsėjo 17 d. įsakymu Nr. V-861, LR SAM 2016 m. balandžio 28 d. įsakymu Nr. V-552 bei įstaigos įstatais, vidaus darbo tvarkos taisyklėmis bei šiuo pareigybės aprašu (VŠĮ Mažeikių pirminės sveikatos priežiūros centras, 2025).

Vienas svarbiausių dokumentų, detalizuojančių šios pareigybės įgyvendinimą yra „Dėl atvejo vadybos asmens sveikatos priežiūros įstaigose bendrųjų reikalavimų aprašo patvirtinimo“. Jame atvejo vadyba yra apibrėžiama kaip integrali asmens sveikatos priežiūros paslaugos dalis, kurios tikslas - užtikrinti nuoseklų ir efektyvų asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikimą konkrečiam asmeniui. Pagal tokį apibrėžimą, galima susidaryti įspūdį, kad atvejo vadybos pagrindinė funkcija yra ne gydymas, bet paciento priežiūros proceso koordinavimas, užtikrinant sklandų bendradarbiavimą tiek paciento - gydytojo kontakte, tiek skirtingų sveikatos priežiūros grandžių bendradarbiavimo kontekste (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2025).

Minėtame dokumente nustatomas ne tik atvejo vadybininko darbo veiklos laukas bet ir kompetenciniai gebėjimai. Pabrėžiamas gebėjimas dokumentuoti, analizuoti informaciją, koordinuoti paslaugas, laikytis profesinės etikos. Atvejo vadybininkas privalo turėti aukštąjį ar jam prilygintą išsilavinimą, sveikatos mokslų arba socialinių mokslų studijų kryptyje, arba ne trumpesnę kaip 1 metų darbo patirtį vykdant funkcijas, kurios iš esmės atitinka atvejo vadybininko funkcijas. Taip pat privaloma turėti atitinkamų žinių apie sveikatos priežiūros, socialinių paslaugų, vaiko teisių, neįgaliųjų, poliligotų pacientų priežiūros reglamentavimą (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2025).

Atvejo vadybininko funkcijos yra nustatytos V-1034 Dėl Atvejo Vadybos Asmens Sveikatos Priežiūros Įstaigose Bendrųjų Reikalavimų Aprašo Patvirtinimo III skyriuje. Šiame teisės akte pateikiamas funkcijų sąrašas atskleidžia atvejo vadybininko veiklos lauką ir apima skirtingo pobūdžio

veiklas susijusias su koordinavimu, komunikavimu, administracine veikla, valdymo ir kitomis funkcijomis. Siekiant aiškiau atskleisti šių funkcijų struktūrą, sudaryta lentelė (žr. 2 lentelę).

Lentelė 2. Atvejo vadybininko funkcijų grupavimas pagal pobūdį.

Funkcijų grupė	Punktas	Funkcija
Koordinacinės funkcijos	7.1	Užtikrinti gydytojo sudaryto paciento ištyrimo ir gydymo plano įgyvendinimą
	7.3	Koordinuoti paciento dalyvavimą ligų prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos programose, stebėti jų vykdymą
	7.5	Organizuoti, koordinuoti ir prižiūrėti sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, užtikrinti jų prieinamumą, tęstinumą ir kokybę
	7.6	Organizuoti daugiadalykės specialistų komandos darbą, pacientų atvejų aptarimus ir konsiliumus
Komunikacinės funkcijos	7.2	Bendradarbiauti su pacientu, jo artimaisiais, institucijomis, padaliniais ir specialistais, skatinti pacientą laikytis gydytojo nurodymų
	7.4	Informuoti ir konsultuoti pacientą dėl pasirengimo diagnostiniams tyrimams, gydymo procedūroms ir kitais klausimais
Administracinės funkcijos	7.7	Vesti duomenis į informacines sistemas, rengti ataskaitas ir teikti jas nustatyta tvarka
Valdymo funkcijos	7.8	Koordinuoti ir valdyti išteklius, teikti rekomendacijas, priimti sprendimus dėl paslaugų teikimo efektyvumo
Kitos funkcijos	7.9	Vykdyti kitas pavestas administracines funkcijas, susijusias su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu

Šaltinis: Sudaryta autorės remiantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu (2025)

Lentelėje pateiktas atvejo vadybininko funkcijų suskirstymas atspindi jau minėtame teisės akte įtvirtintas nuostatas ir leidžia supaprastintai ir struktūruotai išdėstyti funkcijas pagal jų pobūdį. Pažymėtina, kad teisės akte funkcijos pateikiamos kaip vientisas sąrašas, nedetalizuojant jų pagal veiklos sritis, todėl pastarųjų turinys gali būti mažiau aiškiai apibrėžtas. Atsižvelgiant į tai, lentelėje pateiktas suskirstymas į kategorijas leidžia lengviau atskirti funkcijų pobūdį ar jų taikymo kryptis.

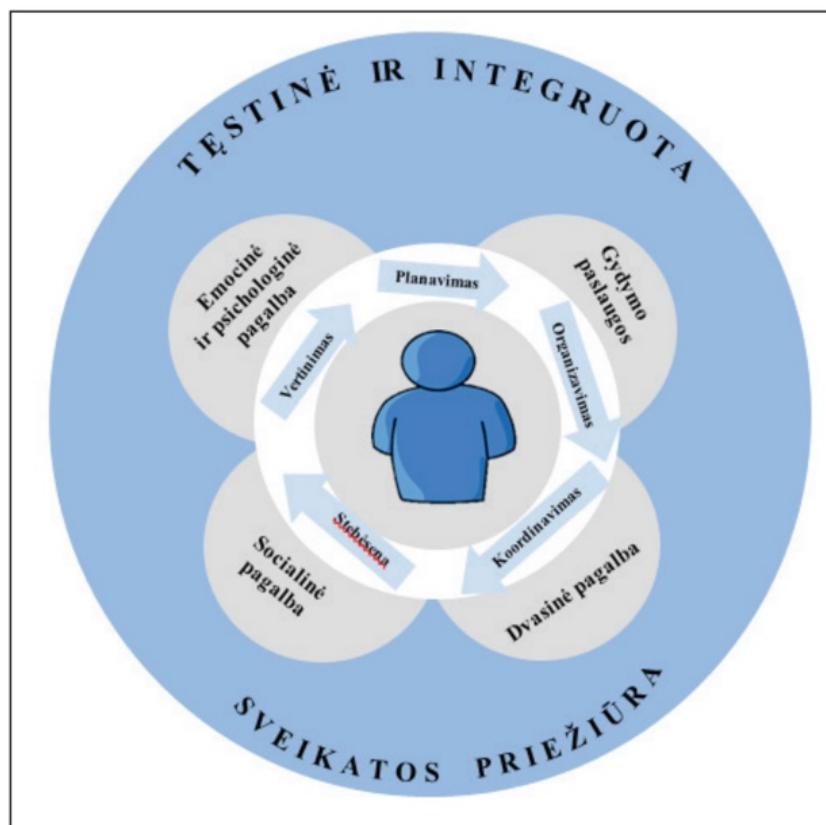
Svarbu atvejo vadybos dalis atskleidžiant funkcijas yra individualaus paciento priežiūros plano (toliau IPPP) sudarymas ir įgyvendinimas. Jis, kaip viena iš svarbiausių atvejo vadybos įgyvendinimo priemonių, įtvirtinamas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2024 m. gruodžio 9 d. įsakymu Nr. V-1259 patvirtintame atvejo vadybos paslaugų teikimo šeimos gydytojo komandoje reikalavimų apraše. Teisės akte nustatyta, kad IPPP sudaromas šeimos gydytojo komandos sprendimu, aktyviai įtraukiant patį pacientą. Jo turinys apima išsamų paciento socialinės situacijos, sveikatos būklės įvertinimą, individualius paciento poreikius, gydytojo rekomendacijas bei lūkesčius laikantis plano bei

motyvaciją laikytis paskirtų gydymo ir priežiūros rekomendacijų. Be to, IPPP numatomas papildomų tyrimų ir sveikatos priežiūros paslaugų poreikis, nustatomi konkretūs paciento sveikatos būklės stebėsenos rodikliai, jų vertinimo periodiškumas bei savikontrolės būdai, taip pat apibrėžiami siektini gydymo rezultatai ir priemonės šiems tikslams pasiekti. Svarbi IPPP dalis yra ir jo įgyvendinimo bei stebėsenos organizavimas - teisės akte numatyta, kad atvejo vadybininkas vykdo plano įgyvendinimo stebėseną, nuolat vertina paciento būklės pokyčius, juos atnaušina, užtikrina informacijos perdavimą tarp paciento ir sveikatos priežiūros komandos narių bei, esant poreikiui, inicijuoja plano koregavimą. Taip pat akcentuojamas nuolatinis bendradarbiavimas su šeimos gydytoju ir kitais specialistais, siekiant užtikrinti, kad IPPP numatytos priemonės būtų įgyvendinamos laiku ir efektyviai. Tokiu būdu IPPP teisės aktuose įtvirtinamas ne tik kaip formalus dokumentas, bet kaip kompleksinė atvejo vadybos priemonė, integruojanti paciento priežiūros planavimą, organizavimą, įgyvendinimą ir kontrolę. Svarbu paminėti, kad IPPP yra taikomas tik poliligotiems pacientams – t.y. tiems, kurie turi dvi ar daugiau lėtinių neinfekcinių ligų – apimančių įvairias cukrinio diabeto formas, širdies ir kraujagyslių sistemos ligas, lėtines obstrukcines plaučių ligas ir astmą, Parkinsono ligą ir epilepsiją bei reumatoidinį artritą - planavimo ir koordinavimo procese. Tad IPPP teisės aktuose įtvirtinamas kaip esminė atvejo vadybos priemonė, padedanti pacientui nusimesti „naštą“ vykdant savo sveikatos stebėseną, organizuojant įvairius gydymo ir logistinius registravimosi procesus. (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2024b).

1.4.2. Atvejo vadybininko vaidmuo sveikatos priežiūros sistemoje

Remiantis Nina Wang ir kt. (2022) „The effectiveness of case management for cancer patients: an umbrella review“, atvejo vadyba yra siejama su onkologinių pacientų geresniu simptomų valdymu, geresniu gydymo režimo laikymusi, mažesniu pakartotinių hospitalizacijų skaičiumi ir savalaikiu paslaugų suteikimu. Tačiau nustatyta, kad atvejo vadyba neturi reikšmingo poveikio pacientų gyvenimo kokybei ar pacientų pasitenkinimui (N. Wang ir kt., 2022).

Remiantis Savickaitė ir Česas (2019) „Atvejo vadybos taikymas Klaipėdos universitetinėje ligoninėje kuriant personalizuotą onkologinių ligonių sveikatos priežiūrą“, atvejo vadybininkas sveikatos priežiūros sistemoje suvokiamas kaip pagalbos koordinatorius bei informacijos tarpininkas, dirbantis individualiai su pacientu. Atvejo vadyba apibrėžiama kaip kompleksinė intervencija, integruojanti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas asmenims, turintiems ilgalaikių ir sudėtingų sveikatos problemų (Savickaitė ir Česas, 2019).



Paveikslas 4. Asmenį orientuotos atvejo vadybos modelis Klaipėdos universitetinėje ligoninėje

Šaltinis: Savickaitė ir Česas, 2019

Šiame straipsnyje pavaizduotas atvejo vadybos modelis, kuriame pacientas yra centre (žr. paveikslas nr 3), o aplink jį vaizduojamas paslaugų teikimas orientuotas į – planavimą, organizavimą, koordinavimą, stebėseną, vertinimą. Atliekant analizę galima išvelgti šią tokią panašumą su jau anksčiau pavaizduotu paveikslėliu nr 4 „Šeimos gydytojo komandos sudėtis“. Jame pacientas irgi yra vaizduojamas kaip centrinė figūra, o aplink jį išdėstyta šeimos gydytojo komanda, apimanti skirtingus specialistus. Taigi, abu paveikslai atskleidžia tą pačią mintį, kad pacientas yra sveikatos priežiūros sistemos centre, o paciento priežiūra vykdoma orientuojantis į jo poreikius, tiek atvejo vadyboje, tiek specialistų komandoje (Savickaitė ir Česas, 2019).

Pateiktame tekste atvejo vadybininko vaidmuo apibrėžiamas kaip esminė inovatyvių pacientų priežiūros modelių sudedamoji dalis, tiesiogiai susijusi su priežiūros efektyvumu, koordinavimu ir individualizavimu. Akcentuojama, kad didžiausią pridėtinę vertę pacientų priežiūrai sukūrė visapusiškai įgalintas atvejo vadybininko vaidmuo, kuris išskiriamas greta kitų inovatyvių sprendimų. Minima, kad remiantis gerosios praktikos pavyzdžiais, rekomenduojama kiekvienam pacientui priskirti atvejo vadybininką (Savickaitė ir Česas, 2019).

SAM 2025 ataskaitoje „Sveikatos priežiūros kokybės ir prieinamumo gerinimas tikslinems gyventojų grupėms įgyvendinant inovatyvius ir efektyvius sveikatos priežiūros Modelius“ rezultatų

vertinimas, labai išsamiai vertinamas atvejo vadybininko vaidmuo praktikoje. Atvejo vadybininkas ataskaitoje įvardijamas kaip pagrindinis paciento kontaktinis asmuo, atsakingas už sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą, informacijos valdymą ir Modelio įgyvendinimo stebėseną, taip pat veikė kaip tarpininkas ir koordinatorius tarp paciento ir kitų specialistų, užtikrindamas, kad paciento priežiūra būtų nuosekli, koordinuota ir efektyvi. Jo funkcijos apėmė pacientų vizitų koordinavimą, informacijos teikimą, individualizuotų planų vykdymo užtikrinimą, periodinį ryšio palaikymą su pacientu ir jo šeima, būklės stebėseną bei reagavimo inicijavimą. Atvejo vadybininko darbas užtikrina, kad pacientas ir jo šeima būtų visapusiškai informuoti ir įtraukti į gydymo procesą – tai skatina pacientų pasitikėjimą sveikatos priežiūros sistema ir gerina gydymo rezultatų kokybę (Lietuvos Respublikos finansų ministerija, 2025).

Tarptautinių modelių (pvz., „CHRODIS+, SELFIE ir POTKU“) patirtys rodo, kad glaudus paciento ir atvejo vadybininko ryšys leidžia greičiau įvertinti paciento poreikius ir reaguoti į juos, taip užtikrinant individualizuotą priežiūrą. Paslaugų prieinamumas su atvejo vadybininko pagalba didinamas padedant pacientui orientuotis sveikatos priežiūros sistemoje, sumažinant perteklinius siuntimus pas skirtingus sveikatos priežiūros specialistus ir sutrumpinant laukimo laiką. INCA Modelyje atvejo vadybininkai ypač svarbūs socialiai pažeidžiamiems pacientams, kuriems dažnai kyla sunkumų pasiekti kompleksines sveikatos ir socialines paslaugas numatytą laiką. INCA Modelyje atvejo vadybininkai ypač svarbūs socialiai pažeidžiamiems pacientams, kuriems dažnai kyla sunkumų pasiekti kompleksines sveika (Lietuvos Respublikos finansų ministerija, 2025).

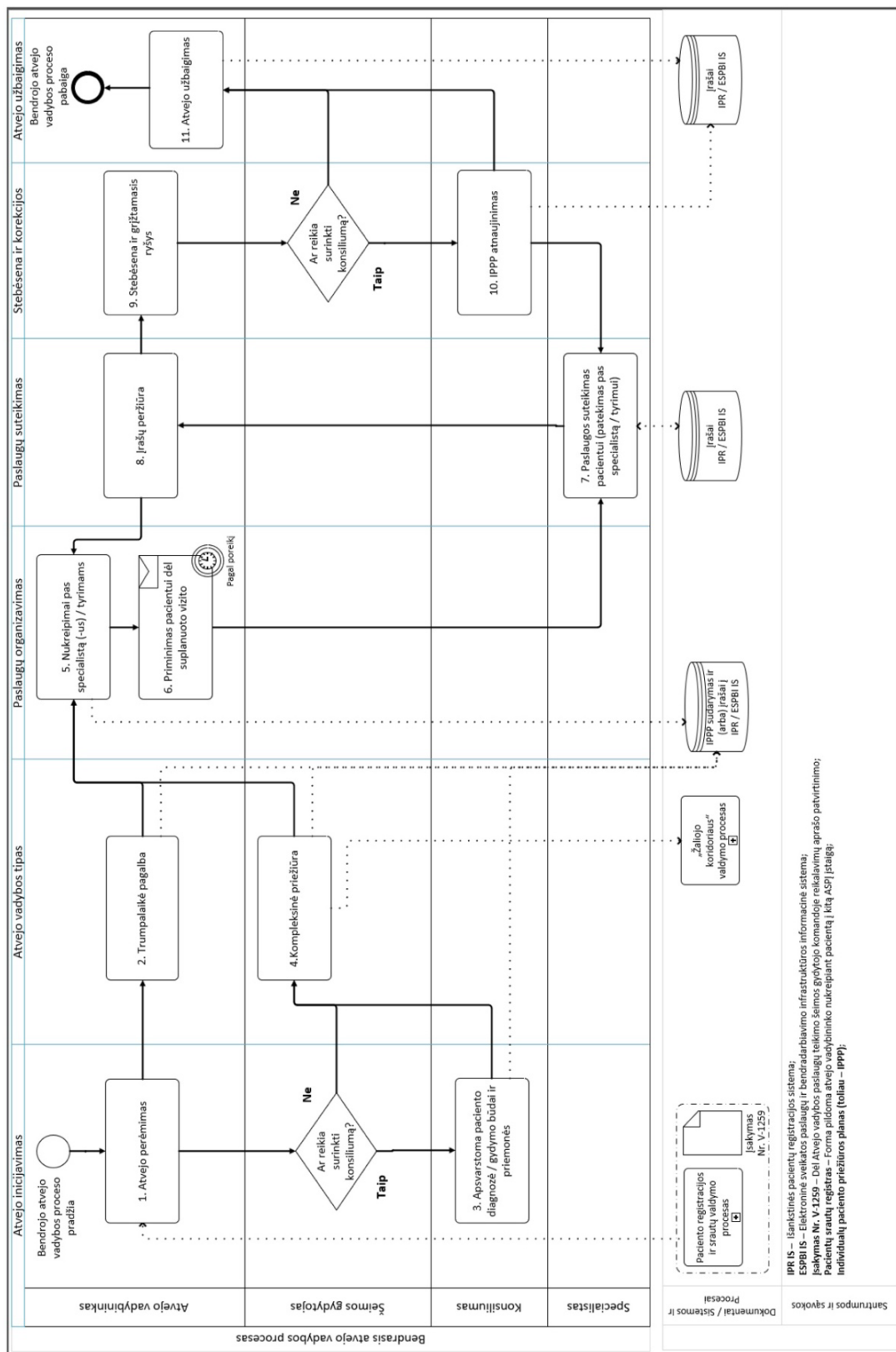
Pagal ataskaitoje minėto interviu metu gautą informaciją padarytos išvados kad atvejo vadyba matoma ne tik kaip pagrindinė pacientų priežiūros komponentė, bet ir kaip didžiausią potencialą teigiamiems pacientų sveikatos priežiūros rezultatams pasiekti turinti sritis. Pacientų atvejo vadyba užsiimančiam specialistui, be organizacinių ir vadybinių gebėjimų, būtinos medicininės žinios, patirtis ir geri komunikacijos įgūdžiai bei psichologijos pagrindai (Lietuvos Respublikos finansų ministerija, 2025).

Taip pat, svarbu paminėti gerosios praktikos pavydžius atvejo vadybos kontekste. VŠĮ Antakalnio poliklinikos modelyje atvejo vadybininko vaidmuo pasireiškė per aiškų funkcijų integravimą į daugiadalykės komandos darbą, kai buvo „užtikrintas sklandus daugiadalykės komandos darbas, aiškiai integruojant atvejo vadybininko ir gyvensenos specialisto funkcijas“, o tai sudarė sąlygas efektyviai koordinuoti paciento priežiūrą ir pasiekti itin mažą hospitalizacijų ir lovodienių skaičių. Dar vienas paminėtas gerosios praktikos pavyzdys pateiktas UAB „InMedica“ modelyje. Čia atvejo vadybininko veikla buvo glaudžiai susieta su technologinių sprendimų taikymu. Išskirtas „technologijų panaudojimas atliekant atvejo vadybininko funkcijas“, „pažangi nuotolinio pacientų stebėjimo sistema“ bei „inovatyvios programėlės panaudojimas holistiškai tiriant pacientą“, leido efektyviau vykdyti

priežiūros koordinavimą ir stebėseną. Abiem atvejais atvejo vadyba buvo siejama su pacientų aktyviu įtraukimu ir dalyvavimu savo sveikatos stebėsenoje, nes modeliuose akcentuojamas aktyvus pacientų skatinimas dalyvauti priimant sprendimus dėl savo gydymo. Taigi, šie pavyzdžiai rodo, kad geroji atvejo vadybos praktika apima efektyvų priežiūros koordinavimą, technologijų taikymą ir aktyvų paciento skatinimą būti įtrauktam į sveikatos priežiūros procesą (Lietuvos Respublikos finansų ministerija, 2025).

1.4.3. Atvejo vadybininko, kaip pacientų priežiūros koordinatoriaus, vaidmens svarba

Siekiant dar detaliau išanalizuoti atvejo vadybininko vaidmenį pacientų priežiūros koordinavimo procese, pateikiama atvejo vadybos proceso schema (žr. 5 pav.). Ši schema detaliai vizualizuoja atvejo vadybininko, kaip pacientų priežiūros koordinatoriaus, vaidmenį ir svarbą pirminėje sveikatos priežiūroje. Bendrasis atvejo vadybos valdymo procesas ir ši diagrama – apibendrina poliligotų pacientų, t.y kurie serga lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis priežiūros koordinavimo procesą.



Paveikslas 5. Bendrojo atvejo vadymos valdymo proceso diagrama

Šaltinis VšĮ Mažeikių pirminės sveikatos priežiūros centras (2025)

Pateikta diagrama rodo, kad atvejo vadybos procesas yra sudėtingas, sudarytas iš kelių tarpusavyje susijusių bei nuoseklių etapų. Pagal šią schemą atvejo vadyba prisideda prie pagalbos pacientui koordinuojant profilaktikos, prevencines ar reabilitacijos programas, užtikrinant tyrimų ir paslaugų gavimą nustatytais terminais (VšĮ Mažeikių pirminės sveikatos priežiūros centras, 2025).

Atsižvelgiant į diagramos kompleksiskumą, toliau diagrama analizuojama išskaidant procesus į skirtingas kategorijas ir pagal tai sudarant lentelę nr 3. Tokiu būdu galima paprasčiau suvokti kiekvieno etapo turinį, bei jų tarpusavio sąsajas su atvejo vadybininko atliekamomis funkcijomis ir jų svarba pacientų koordinavimo procese.

Lentelė 3. Proceso eiga (remiantis prieš tai pateikta diagrama).

Nr.	Procesas	Atsakingas
1.	Atvejo perėmimas Atvejo vadybininkas, gavęs informaciją iš šeimos gydytojo, perima paciento atvejį ir užtikrina tolesnį jo koordinavimą. Galimi atvejų tipai: 1. trumpalaikės pagalbos atvejis (pvz., paciento registravimas į profilaktinę programą ar tyrimą); 2. „žaliojo koridoriaus“ atvejis, kai reikalinga kompleksinė priežiūra (taikant IPPP, o prireikus organizuojamas specialistų konsiliumas). Dokumentai, sistemos ir procesai: informacija gaunama iš „Paciento registracijos ir srautų valdymo“ proceso, o atvejo vadyba vykdoma vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-1259.	Atvejo vadybininkas
2.	Trumpalaikė pagalba Jeigu pacientui pakanka vienkartinės pagalbos (pvz., registracijos į tyrimą ar profilaktinę programą), atvejo vadybininkas organizuoja šį veiksmą, o individualus paciento priežiūros planas (IPPP) nėra sudaromas.	Atvejo vadybininkas

	Dokumentai, sistemos ir procesai: duomenys fiksuojami IPR ir ESPBI IS sistemose.	
3. Apsvarstoma paciento diagnozė / gydymo būdai ir priemonės	Jeigu šeimos gydytojas priima sprendimą, organizuojamas specialistų konsiliumas, kurio metu įvertinama paciento būklė, nustatoma diagnozė ir suplanuojamos tolesnės priežiūros priemonės. Dokumentai, sistemos ir procesai: sudaromas ir taikomas IPPP.	Konsiliumas
4. Kompleksinė priežiūra	Jeigu pacientui reikalinga tęstinė priežiūra, sudaromas individualus paciento priežiūros planas (IPPP). Konsiliumas organizuojamas tik šeimos gydytojui nusprendus, o kitais atvejais IPPP rengiamas atvejo vadybininko bendradarbiaujant su šeimos gydytoju. Dokumentai, sistemos ir procesai: IPPP.	Šeimos gydytojas
5. Nukreipimai pas specialistą (-us) /tyrimams (pagal poreikį įtraukiamas Koordinatorius)	Vadovaujantis šeimos gydytojo sprendimu arba IPPP numatytu planu, pacientas nukreipiamas atlikti tyrimus ar konsultacijai pas specialistą. Jei reikiamos paslaugos įstaigoje nėra teikiamos, atvejo vadybininkas organizuoja paciento nukreipimą į kitą įstaigą, sveikatos centrą ar ASPI. Dokumentai, sistemos ir procesai: duomenys registruojami IPR ir ESPBI IS, o koordinavimas vykdomas per „Paciento registracijos ir srautų valdymo“ procesą.	Atvejo vadybininkas
6. Priminimas pacientui dėl suplanuoto vizito	Atsižvelgiant į paciento poreikius arba vadovaujantis įstaigos vidaus tvarkos taisyklėmis, pacientui primenama apie numatytą vizitą, tyrimą ar kitą suplanuotą paslaugą.	Atvejo vadybininkas

7.	Paslaugos suteikimas pacientui (patekimas pas specialistą / tyrimui)	Specialistas suteikia numatytą paslaugą (pvz., atlieka tyrimą, konsultaciją ar skiria reabilitaciją) ir savo išvadas bei rekomendacijas suveda į sistemą. Dokumentai, sistemos ir procesai: įrašai atliekami IPR ir ESPBI IS sistemose.	Specialistas
8.	Įrašų peržiūra	Atvejo vadybininkas reguliariai tikrina vizitų įrašus, siekdamas įvertinti, ar pacientas dalyvavo suplanuotuose vizituose. Pacientui neatvykus, vadovaujantis įstaigos vidaus tvarkos taisyklėmis, su juo susisiekiama, išsiaiškinamos neatvykimo priežastys, prireikus informuojamas šeimos gydytojas ir sprendžiama dėl pakartotinio registravimo arba atvejo vadybos nutraukimo (esant poreikiui, grįžtama į 5 žingsnį). Dokumentai, sistemos ir procesai: įrašų peržiūra IPR ir ESPBI IS sistemose.	Atvejo vadybininkas
9.	Stebėseną ir grįžtamasis ryšys	Atvejo vadybininkas užtikrina paciento priežiūros stebėseną (arba IPPP įgyvendinimo kontrolę, jei planas sudarytas) ir, esant poreikiui, konsultuojasi su šeimos gydytoju.	Atvejo vadybininkas
10.	IPPP atnaujinimas	Pasikeitus paciento būklei ar poreikiams, individualus paciento priežiūros planas (IPPP) yra atnaujinamas. Esant poreikiui, sprendimams priimti organizuojamas konsiliumas. Dokumentai, sistemos ir procesai: IPPP atnaujinimas, įrašų peržiūra ir pildymas IPR bei ESPBI IS sistemose.	Konsiliumas
11.	Atvejo užbaigimas	Kai visos suplanuotos paslaugos yra suteiktos, tyrimai atlikti, o gydymo ar reabilitacijos procesas užbaigtas, atvejis laikomas uždarytu. Atsiradus	Atvejo vadybininkas

naujiems paciento poreikiams, atvejis gali būti atnaujinamas.
Dokumentai, sistemos ir procesai: įrašų peržiūra IPR ir ESPBI IS sistemose.

Šaltinis VšĮ Mažeikių pirminės sveikatos priežiūros centras (2025)

Lentelėje pateiktas atvejo vadybos procesas parodo nuoseklų ir tarpusavyje susijusių žingsnių seką, pradedant nuo atvejo iniciavimo/perėmimo iki jo užbaigimo. Lentelėje aiškiai pabrėžiamas šios pareigybės koordinatoriaus vaidmuo, kurios uždavinys yra užtikrinti informacijos perdavimą, paslaugų organizavimą, bei bendradarbiavimą tarp skirtingų sveikatos priežiūros specialistų. Taip pat lentelė bei diagrama parodo, kad atvejo vadybos procesas nėra linijinis. Esant poreikiui jis pasižymi ciklišku, tęstinumu atsižvelgiant į paciento lūkesčius.

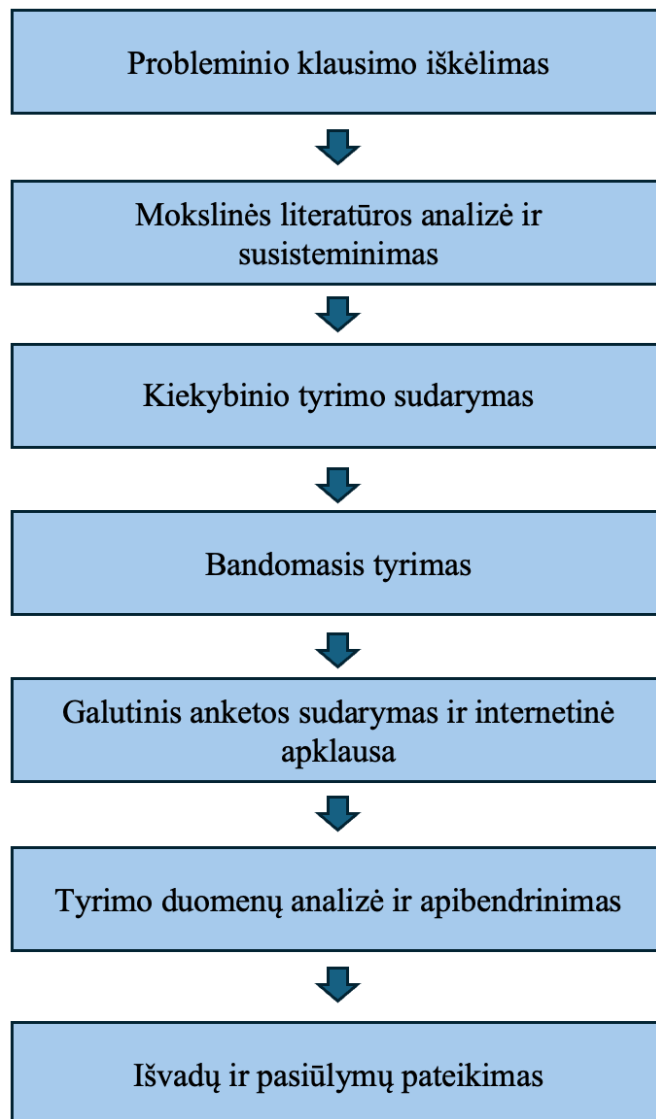
Bendrai analizuojant atvejo vadybos proceso struktūrą, galima daryti prielaidą, kad nuosekli veiklų seka yra itin svarbi užtikrinant kokybišką sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Apibrėžti etapai leidžia išvengti teikiamų paslaugų dubliavimosi tarp skirtingų sveikatos priežiūros specialistų, mažinant pastarųjų darbo krūvį.

Be to, tokia struktūra sudaro optimalias sąlygas vykdyti pacientų koordinavimą. Atvejo vadybininkas turi galimybę, planuoti, organizuoti paslaugas ne tik įstaigų viduje bet ir kitose ASPĮ, parenkant tiek atitinkamoje situacijoje reikalingą gydytoją specialistą pagal atitinkamą specializaciją, tiek paskirtus diagnostinius tyrimus. Taip pat užtikrinamas operatyvus paciento vizitų kelio stebėjimas, peržiūrint ar tikrai pacientas laikosi gydytojo paskirto gydymo/ priežiūros rekomendacijų. Esant poreikiui organizuojami pakartotiniai vizitai pas gydytojus specialistus, ar išsiaiškinamos neatvykimo priežastys. Taip pat sudaroma galimybė atvejo vadybininkui dalyvauti su pasikeitusiomis sveikatos būklėmis susijusių pacientų sveikatos priežiūroje, atitinkamai informuojant šeimos gydytoją ar kitą šeimos gydytojo komandos sudėtyje esantį sveikatos priežiūros specialistą pagal situacijos poreikį. Tokiu būdu užtikrinamas grįžtamasis ryšys tarp atvejo vadybininko – paciento, puoselėjamas kontaktinis bendravimas ir bendradarbiavimas, skiriamas papildomas dėmesys pacientui taip nuimant papildomą naštą nuo šeimos gydytojų/ slaugytojų darbo krūvio.

Taigi, atsižvelgiant į atvejo vadybos proceso struktūrą, galima teigti, kad pacientų priežiūra yra vykdoma pagal nuoseklią tarpusavyje susijusių veiklų seką. Tai išryškina atvejo vadybos svarbą, kaip esminę sąlygą, užtikrinant koordinuotą, visapusišką ir kokybišką pacientų priežiūrą.

2. TYRIMO METODOLOGIJA

Šiuo tyrimu siekiama įvertinti atvejo vadybininko funkcijų įgyvendinimą ir jų reikšmę pacientų priežiūros koordinavimo grandyje pirminėje sveikatos priežiūroje. Prieš atliekant empirinį tyrimą iškėlus probleminį klausimą – *kaip ir kokią reikšmę atvejo vadybininko funkcijos turi pacientų koordinavimo procese*, atsakymų pirmiausiai ieškota analizuojant užsienio ir lietuvių autorių mokslinius šaltinius. Toliau pagal mokslinėje literatūroje apibrėžtas teorines prielaidas pasirinkta atlikti empirinį kiekybinį tyrimą, siekiant išsiaiškinti pirminės sveikatos priežiūros specialistų požiūrį ir praktinę patirtį. Sudarytas tyrimo instrumentas – klausimynas, patikrintas klausimyno validumas ir atliktas tyrimas. Empirinio tyrimo „Atvejo vadybininko funkcijų įgyvendinimas pirminėje sveikatos priežiūroje“ eiga suskirstyta į etapus, kaip tai pavaizduota 6 pav.



Paveikslas 6. Empirinio tyrimo eigos planas

Šaltinis: parengta autorės

2.1. Tyrimo metodologinė prieiga

Siekiant įvertinti atvejo vadybininko funkcijas gerinant pacientų priežiūros koordinavimą pirminėje sveikatos priežiūroje numatyta taikyti kiekybinę empirinio tyrimo strategiją, taikant žemiau nurodytus tyrimo metodus:

- Mokslinės literatūros analizė, siekiant išsiaiškinti ir atskleisti teorinius tiriamojo dalyko pagrindus, išgryninti probleminius taškus ir suformuoti tyrimo uždavinius. Mokslinės literatūros analizės taikymas be kita ko grindžiamas siekiu suformuluoti tyrimo anketą, kadangi remiantis mokslinės literatūros bei kitų informacijos šaltinių (teisės aktų, dokumentų ir kt.) analizės rezultatais, formuluojami tyrimo dalyviams skirti klausimai.

- Anketinės apklausos metodas taikomas, siekiant įvertinti atvejo vadybininko funkcijų įgyvendinimą praktikoje, bei pastarųjų reikšmę pacientų priežiūros koordinavimo procesui pirminėje sveikatos priežiūroje apklausiant pirminėje grandyje dirbančius sveikatos priežiūros specialistus. Tyrimo metodo pasirinkimas grindžiamas Creswell ir Creswell (2017) argumentais, kad anketinės apklausos metodas leidžia apibendrinti iš imties gautus duomenis ir pritaikyti išvadas platesnei populiacijai apie jų požiūrį, vertinimus, praktinę patirtį. Anketinė apklausa yra tinkama apklausti pirminės sveikatos priežiūros specialistus, nes leidžia sistemingai vertinti jų profesinę patirtį ir požiūrį į atvejo vadybos reikšmę pacientų priežiūros koordinavimo procese. Be to, anketinę apklausą pildyti paprasta ir galima per sąlyginai trumpą laikotarpį apklausti didelį skaičių paslaugų gavėjų ir tokios apklausos pagrindu formuoti išvadas apie bendras tendencijas, palyginti rezultatus pagal skirtingas pasirinktas asmens sveikatos priežiūros įstaigas (ASPI) ir specialistus.

- Statistinės duomenų analizės metodas taikomas, siekiant apdoroti ir susisteminti anketinės apklausos rezultatus. Atliekant statistinę duomenų analizę naudojama: Project R statistical computing, IBM SPSS kompiuterinė programinė įranga, bei Microsoft Excel programa.

2.2. Tyrimo instrumentas

Atliekamas tyrimas yra kiekybinis, pasirinktas apklausos metodas – anoniminė anketa. Pasirinktas toks tyrimo metodas, kadangi apklausa atlikta keliose skirtingose sveikatos priežiūros įstaigose. Šio metodo privalumas toks, kad galima atlikti specialistų nuomonės apklausą, sunaudojant, palyginti su kokybiniu tyrimu, mažiau laiko, užtikrinant visišką anonimiškumą. Internetinė apklausa dar patogi ir tuo, kad anketą respondentas gali užpildyti jam patogiu metu, taigi tyrimo duomenų rinkimas neapribojamas specialistų ir (ar) tyrėjo darbo laiku (Gaižauskaitė ir Minėnė, 2014). Ekspertinio tyrimo

metodas atmetas, dėl sudėtingo duomenų surinkimo - skirtingų specialistų darbo grafikų, krūvių, didelių laiko sąnaudų ir kt. priežasčių.

Remiantis atlikta mokslinės literatūros analize ir teorinėje dalyje aprašytais veiksniais, darbo autorės savarankiškai parengta anketa. Anketa peržiūrėjo ir padėjo sudaryti baigiamojo darbo vadovė. Siekiant įvertinti parengto klausimyno tinkamumą ir galimas klaidas, atsitiktinai pasirinkti 10 respondentų, kuriems buvo išdalintos popierinės bandomosios anketos. Bandomojo tyrimo metu vertinta ar anketos klausimai ir formuluotės yra aiškios, suprantamos respondentams, ar nėra pasikartojančių, dviprasmiškų klausimų, taip pat kiek laiko vidutiniškai užtrunka atsakyti į anketoje pateiktus klausimus. Respondentai prie pirmo klausimo apie lytį rekomendavo įtraukti trečią pasirinkimo variantą „nenoriu atskleisti“, kadangi pirminiame variante buvo parinkti tik „vyras“, „moteris“. Prie antro klausimo respondentai pažymėjo, jog reikėtų įtraukti grupę asmenų „iki 20 m“, pirminiame variante to nebuvo. Tokiu atveju apklausą galėtų atlikti praktiką darbo įstaigose atliekantys studentai arba darbuotojai (pvz., registratoriai), kuriems nereikalingas medicininis išsilavinimas, siekiant užtikrinti apklausos vykdymą pirminės sveikatos priežiūros kontekste.

Sudaryta galutinė anketa iš 17 klausimų (žr. 1 priedą). Anketa sudaro tarpusavyje susijusių klausimų kategorijas, o vidutinė pildymo trukmė apie 10 minučių. Tyrimo klausimai anketoje suformuluoti pagal svarbiausius probleminius aspektus, kurie buvo analizuojami teorinėje darbo dalyje. Respondentų buvo prašyta nurodyti socialinius-demografinius duomenis, nurodant lytį, amžių, išsilavinimą, darbo stažą, pareigas. Anketoje pateikti tiek atviro, tiek uždaro tipo klausimai. Uždaro tipo klausimuose buvo galima pasirinkti vieną arba keletą (prie klausimų nurodoma galimybė pasirinkti daugiau nei vieną) atsakymo variantų.

Sudarant klausimus naudotos kelios klausimyno skalės. Nominalinio tipo skalė naudota klausimuose (1, 3, 4, 5, 7, 8, 9,15, 17), Pora klausimų parengti pagal ranginę skalę (2, 6). Taikant Likerto skalę klausimuose pateikti variantai nuo 5 – visiškai sutinku, 1 – visiškai nesutinku klausimuose (11, 12, 13). Taip pat pateikiami ir atviro tipo klausimai (10,14,16) siekiant išsamiau atskleisti tyrimo dalyvių požiūrį nagrinėjama tema.

Klausimynas buvo struktūruotas pagal teminius aspektus ir sudarytas iš keturių dalių:

- Pirmoje grupėje socialinės ir demografinės charakteristikos (klausimai 1-6).
- Antroje, klausimai susiję su atvejo vadybininko praktiškai taikomomis funkcijomis įstaigose (klausimai (7-10).
- Trečią sudaro klausimai, kurių siekis įvertinti specialistų požiūrį į atvejo vadybos naudą koordinavimo procese (klausimai 11-14).
- Ketvirtą – siekiama atskleisti iššūkius atvejo vadyboje ir tobulinimo galimybes (klausimai 15-17).

Anketos pildytos per interneto svetainę <https://apklausa.lt> (nuoroda <https://apklausa.lt/f/btxscda.f>)

PAASP administracijos darbuotojams el. paštu buvo išsiųstas baigiamojo darbo anketos klausimynas su prašymu pasidalinti anketa įstaigų intranetuose arba el. paštu. Pasirinktų PAASP administracijos darbuotojai iš anksto informavo darbo autorę apie sutikimą dalyvauti arba nedalyvauti tyrime. Administracijos darbuotojams buvo suteikta galimybė, dėl susijusių klausimų ar anketos pildymo, individualiai kreiptis į darbo autorę. Respondentams tokia galimybė nebuvo suteikta siekiant užtikrinti tyrimo anonimiškumą.

2.3. Tyrimo dalyviai ir imtis

Tyrimo imtis - netikimybinė tikslinė atranka. Tyrimui pasirinkta tikslinė grupė - pirminės sveikatos priežiūros specialistai, administracinis personalas bei kiti sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys darbuotojai. Pasirinkimas grindžiamas tuo, kad šie specialistai tiesiogiai dalyvauja pacientų priežiūros procese, taip pat bendradarbiauja bei bendrauja su atvejo vadybininkais praktikoje, todėl gali objektyviai įvertinti atvejo vadybos teikiamą naudą.

Į tyrimą buvo įtraukti gydytojai, slaugytojai, kineziterapeutai, šeimos gydytojo komandoje dirbantys specialistai, socialiniai darbuotojai bei kiti specialistai, dalyvaujantys organizuojant pacientų sveikatos priežiūrą. Tyrimo imtis formuota atsižvelgiant į specialistų darbo pobūdį ir jų sąsajas su atvejų vadybos procesu. Į tyrimą nebuvo įtraukti įstaigose dirbantys aplinkos priežiūros, ASPN, techninės bei kitos su pacientų priežiūros koordinavimu nesusijusias funkcijas vykdančios darbuotojai.

Tyrimas atliktas keliose pirminės sveikatos priežiūros įstaigose, siekiant gauti platesnį požiūrį į atvejo vadybos funkcijų taikymo praktiką skirtingose ASPĮ. Tokiu būdu siekta užtikrinti, kad surinkti duomenys atspindėtų realią atvejo vadybininko funkcijų taikymo situaciją pirminėje sveikatos priežiūros grandyje.

Kadangi tikslaus pirminės sveikatos priežiūros specialistų skaičiaus nustatyti nepavyko, tyrime taikyta netikimybinė tikslinė atranka. Apklausos nuoroda buvo platinama elektroniniu būdu - siunčiant ją sveikatos priežiūros įstaigoms bei dalijantis profesiniuose forumuose ir socialinių tinklų grupėse („Facebook“). 8 pirminės asmens sveikatos įstaigos atsakė, kad sutinka dalyvauti apklausoje ir išplatinti apklausą savo darbuotojų aplinkoje. Dėl anonimiškumo ne visų respondentų atstovaujamos įstaigos galėjo būti identifikuotos. Atsakymai buvo renkami savanoriškumo principu.

2.4. Duomenų rinkimo eiga

Tyrimo vieta. Tyrimui naudojamas klausimynas buvo sudarytas Apklausa.lt programoje. Elektroninis klausimynas buvo išsiųstas į pasirinktas pirminio lygio ASPĮ. Įstaigos, sutikusios

pasidalinti klausimynu, tyrėją informavo elektroniniu paštu, o anketa su specialistais dalinosi įstaigos elektroniniu paštu ar įstaigų intranete. Iš viso tyrimo metu buvo užpildytos 293 anketos,

Tyrimo laikas. Bandomasis tyrimas atliktas 2026 m. kovo 02-03 d. Empirinio tyrimo duomenų rinkimas vyko nuo 2026 m. kovo 04 d. iki 2026 m. balandžio 15 d.

2.5. Tyrimo duomenų analizės metodai

Sociodemografiniai respondentų duomenys buvo analizuojami naudojant aprašomąją statistiką, skaičiuojant absoliučius dažnius (n) ir procentines išraiškas (proc.), o rezultatai pateikti lentelėse. Klausime apie respondentų profesiją buvo pateikti keturi pasirinkimo variantai: „Šeimos gydytojas“, „Slaugytojas“, „Socialinis darbuotojas“ ir „Kitas specialistas (įrašyti)“. Pasirinkus paskutinį variantą, respondentai galėjo laisva forma įrašyti savo pareigas. Dėl šios priežasties atsakymai buvo labai įvairūs, buvo pateiktos tiek bendrinės profesijų grupės, tiek konkrečios specializacijos. Siekiant užtikrinti kokybišką duomenų analizę, atsakymai buvo susisteminti ir pergrupuoti į tris apibendrintas kategorijas: gydytojus, slaugytojus ir kitus specialistus. Gydytojų grupei buvo priskirti šeimos gydytojai, gydytojai specialistai bei kiti respondentai, turintys gydytojo kvalifikaciją ir licenciją. Slaugytojų grupei priskirti bendrosios ir išplėstinės praktikos slaugytojai bei akušeriai. Visi kiti respondentų nurodyti specialistai, tokie kaip kineziterapeutai, psichologai, visuomenės sveikatos specialistai, administracijos darbuotojai, vadybininkai ir kiti, buvo priskirti „kitų“ specialistų kategorijai. Kadangi tyrimo tikslas buvo išsiaiškinti specialistų požiūrį, daugiau dėmesio buvo kreipiama į gydytojų ir slaugytojų tikslines grupes.

10 klausimu siekiant papildyti kiekybinio tyrimo rezultatus ir atskleisti platesnį atvejo vadybininko funkcijų spektrą, respondentams suteikta galimybė atsakyti į atviro tipo klausimą „Jeigu 9 klausime nenurodytos atvejo vadybininko funkcijos, kurias šis specialistas atlieka, įstaigoje, kurioje Jūs dirbate, įrašykite jas:<...>“. Į šį klausimą buvo gauta pakankama respondentų atsakymų gausa, leidusi atlikti kokybinę turinio analizę ir išskirti temines kategorijas ir subkategorijas. Tokiu būdu buvo sisteminami respondentų pateikti atsakymai ir siekiama atskleisti dažniausiai minimus papildomus atvejo vadybininko veiklos aspektus.

Siekiant atsakyti į pirmąją hipotezę: ar skiriasi gydytojų ir slaugytojų požiūris į atvejo vadybininko funkcijų naudą pacientui, įstaigai ir sveikatos sistemai, buvo taikytas Pearsono chi kvadrato (χ^2) kriterijus. Šis statistinis pasirinktas, nes leidžia nustatyti, ar egzistuoja statistiškai reikšmingas ryšys tarp dviejų kategorinių kintamųjų, šiuo atveju – profesijos (gydytojai, slaugytojai) ir respondentų požiūrio. Analizuojant Likerto skalės klausimų duomenis, vidurinė atsakymų kategorija („nei sutinku, nei nesutinku“) iš analizės buvo „išmesta“, manant, kad respondentai neturi susidarę stiprios nuomonės. Likusios atsakymų kategorijos buvo sugrupuotos į dvi apibendrintas grupes: „sutinku“ (apjungiant atsakymus „sutinku“ ir „visiškai sutinku“) ir „nesutinku“ (apjungiant atsakymus „nesutinku“ ir „visiškai

nesutinku“). Toks duomenų sugrupavimas leido pritaikyti chi kvadrato kriterijų ir įvertinti skirtumus tarp lyginamų grupių. Didesnė chi kvadrato reikšmė rodė didesnį skirtumą tarp lyginamų grupių. Jei gauta reikšmė mažesnė nei $p < 0,05$, laikoma, kad skirtumas tarp grupių yra statistiškai reikšmingas. Tais atvejais, kai tikėtinos reikšmės buvo mažesnės nei 5, papildomai pritaikytas Fišerio tikslusis kriterijus, kuris - tinkamesnis mažoms imtims (lentelėse išskirtas * simboliu).

Antra hipoteze, buvo siekiama atsakyti, kad mažesnę darbo stažą turintys specialistai palankiau vertina atvejo vadybininko funkcijų naudą. Respondentų vertinimai buvo vertinti pagal darbo stažo grupes - iki 5 metų, 6–10 metų, 11–20 metų ir daugiau nei 20 metų. Skirtumams tarp nepriklausomų darbo stažo grupių nustatyti taikytas Kruskal–Wallis kriterijus, kuris naudojamas vertinant skirtumus tarp kelių nepriklausomų imčių, kai duomenys neatitinka normaliojo skirstinio arba yra ranginiai. Analizei naudoti Likerto skalės duomenys (ranginiai), todėl rezultatai pateikiami medianomis (Md). Vertinimai buvo atliekami pagal penkiabalę Likerto skalę (1 – visiškai nesutinku, 5 – visiškai sutinku).

Tie teiginiai, kuriems pagal darbo stažo grupes nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai, poriniams palyginimams atlikti taikytas Wilcoxon rangų sumų testas su Bonferroni korekcija. Wilcoxon rangų sumų testas taikytas, su tikslu nustatyti, tarp kurių darbo stažo grupių nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai. Bonferroni korekcija apskaičiuota statistinio reikšmingumo lygmenį ($\alpha = 0,05$) padalijus iš atliktų porinių palyginimų skaičiaus. Kadangi buvo atliekami 6 poriniai palyginimai, statistiškai reikšmingu laikytas rezultatas, kai $p < 0,008$. Siekiant atsakyti į iškeltą hipotezę, kad didesnę darbo stažą turintys specialistai atvejo vadybininko funkcijų naudą vertina skeptiškiau, statistiškai reikšmingiems porinių Wilcoxon rangų sumų testo rezultatams papildomai buvo apskaičiuoti Likerto skalės teiginių vertinimų vidurkiai.

2.6. Tyrimo etika

V. Žydzūnaitė ir S. Sabaliauskas (2017) pabrėžė tyrimų etikos užtikrinimo svarbą atliekant empirinius tyrimus. Atsižvelgiant į autorių minimus tyrimų etikos principus, kurių tikslinga laikytis, atliekant tyrimą buvo užtikrinami šie tyrimų etikos principai:

- Pagarbos asmens privatumui principas užtikrintas sudarant tyrimo dalyviams sąlygas laisvai apsispręsti dėl dalyvavimo tyrime bei bet kuriuo tyrimo atlikimo metu (išskyrus po atsakymų pateikimo) pakeisti savo apsisprendimą.
- Konfidencialumo ir anonimiškumo principas užtikrintas tyrime neatskleidžiant tyrimo dalyvių tapatybės, t. y. asmeninių duomenų, tokių, kurie galėtų būti panaudojami identifikuoti konkrečius asmenis.

- Geranoriškumo ir nusiteikimo nekenkti tiriamam asmeniui principas užtikrintas nekenkiant tyrimo dalyviams, nedarant jiems spaudimo, korektiškai užduodant klausimus, atsakant į tyrimo dalyviams į kylančius klausimus.

- Teisingumo ir informuotumo principas užtikrintas tyrimo dalyviams pateikiant teisingą ir tikslią informaciją apie atliekamą tyrimą, surinktų duomenų panaudojimą bei sudaromos lygios galimybės visiems tyrimo dalyviams pasisakyti, atskleisti savo požiūrį, nuostatas.

3. ATVEJO VADYBININKO FUNKCIJŲ VERTINIMO IR TAIKymo PIRMINĖJE SVEIKATOS PRIEŽIŪROJE TYRIMO REZULTATŲ ANALIZĖ

3.1. Tyrimo dalyvių sociodemografinė charakteristika

Siekiant apibūdinti tyrimo dalyvių sociodemografines charakteristikas, buvo analizuotas respondentų pasiskirstymas pagal lytį, amžių, profesinę grupę, darbo stažą, darbovietės vietą bei įstaigos tipą.

Lentelė 4. Tyrimo dalyvių sociodemografinių rodiklių pasiskirstymas.

Rodiklis	Kategorija	n	Proc.
Lytis			
	Moterys	261	89,1
	Vyrai	25	8,5
	Nenorėjo atskleisti	7	2,4
Amžius			
	Iki 20	1	0,3
	21-30	42	14,3
	31-40	79	27,0
	41-50	88	30,0
	51-60	62	21,2
	61-65	19	6,5
	66 ir daugiau	2	0,7
Profesija			
	Gydytojai	72	24,6
	Slaugytojai	155	52,9
	Socialinis darbuotojas	30	10,2
	Kiti	36	12,3
Darbo stažas			
	Iki 5 m.	66	22,5
	6-10 m	67	22,9
	11-20 m	74	25,3
	21+ m	84	28,7
	Neatsakė	2	0,7
Darbo vieta			
	Didmiestis	188	64,2
	Miestas	91	31,1
	Miestelis/kaimas	14	4,8
Įstaigos tipas			
	Privati	41	14,0
	Valstybinė	229	78,2
	Abi	23	7,8
Iš viso		293	100,0

Tyrimė dalyvavo 293 respondentai, iš kurių didžioji dalis buvo moterys (89 proc.), vyrai sudarė 9 proc., o 2 proc. respondentų lyties nenurodė. Vertinant amžiaus pasiskirstymą nustatyta, kad daugiausia respondentų buvo 41–50 metų (30 proc.), 31–40 metų (27 proc.), bei 51–60 metų (21,2 proc.) amžiaus grupių kategorijose, tuo tarpu jaunesnių ir vyresnių amžiaus grupių atstovų dalis buvo nedidelė.

Pagal gyvenamąją vietą nustatyta, kad dauguma respondentų gyvena didmiesčiuose (64,2 proc.), mažesnė dalis – miestuose (31,1 proc.), o miesteliuose ar kaimuose – tik 4,8 proc. Pagal darbovietės tipą didžioji dalis respondentų dirba valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose (78,2 proc.), 14 proc. – privačiose, o 7,8 proc. dirba abiejų tipų įstaigose.

Vertinant profesinę sudėtį nustatyta, kad didžiausią respondentų dalį sudarė slaugytojai (52,9 proc.), gydytojai – 24,6 proc., kiti specialistai – 12,3 proc., o socialiniai darbuotojai – 10,2 proc. Svarbu paminėti, kad klausime nurodant profesiją buvo galima pasirinkti keturis pasirinkimo variantus: „Šeimos gydytojas“, „Slaugytojas“, „Socialinis darbuotojas“, „Kitas specialistas (įrašyti)“. Ketvirtame pasirinkime nurodant profesiją buvo galima įrašyti laisva forma. Dėl šios priežasties respondentų atsakymuose buvo pateiktos tiek bendros pareigybės, tiek konkrečios specializacijos ar administracinės funkcijos. Atliekant analizę duomenys buvo pergrupuoti į tris apibendrintas kategorijas – gydytojus, slaugytojus ir kitus specialistus. Gydytojų grupei buvo priskirti šeimos gydytojai, gydytojai specialistai bei kiti gydytojo kvalifikaciją bei gydytojo licenziją turintys respondentai, slaugytojų grupei – bendrosios, išplėstinės praktikos slaugytojai ir akušeriai, o visos kitos respondentų nurodytos specialybės, tokios kaip kineziterapeutai, psichologai, visuomenės sveikatos specialistai, administracijos darbuotojai, vadybininkai ir kiti, buvo priskirti kitų specialistų kategorijai.

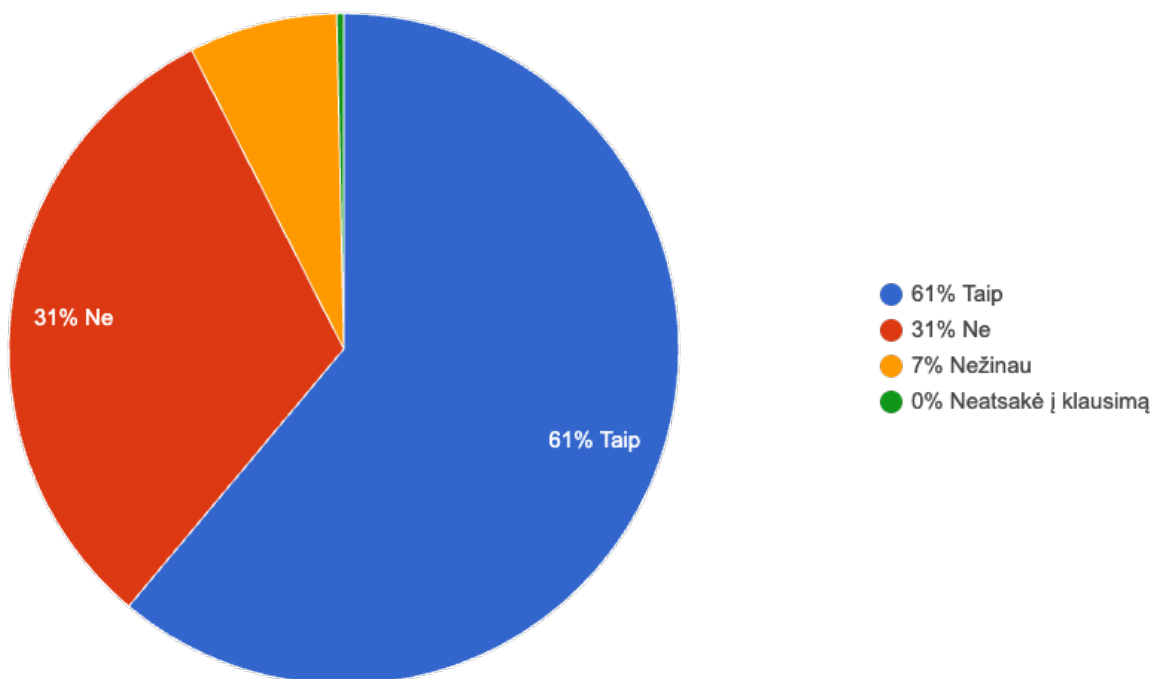
Analizuojant darbo stažą nustatyta, kad didžiausia respondentų dalis turi daugiau nei 20 metų darbo patirtį (28,7 proc.), taip pat reikšmingą dalį sudaro 11–20 metų (25,3 proc.), 6–10 metų (22,9 proc.) ir iki 5 metų (22,5 proc.) darbo stažą turintys respondentai.

Apibendrinant galima teigti, kad tyrimo imtį daugiausia sudaro vidutinio amžiaus, didmiesčiuose dirbančios moterys, dirbančios valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose, dažniausiai slaugos srityje – todėl galima daryti prielaidą, kad gauti rezultatai labiausiai atspindi būtent šios grupės požiūrį.

3.2. Atvejo vadybininko funkcijų taikymas pacientų priežiūros koordinavimo procese

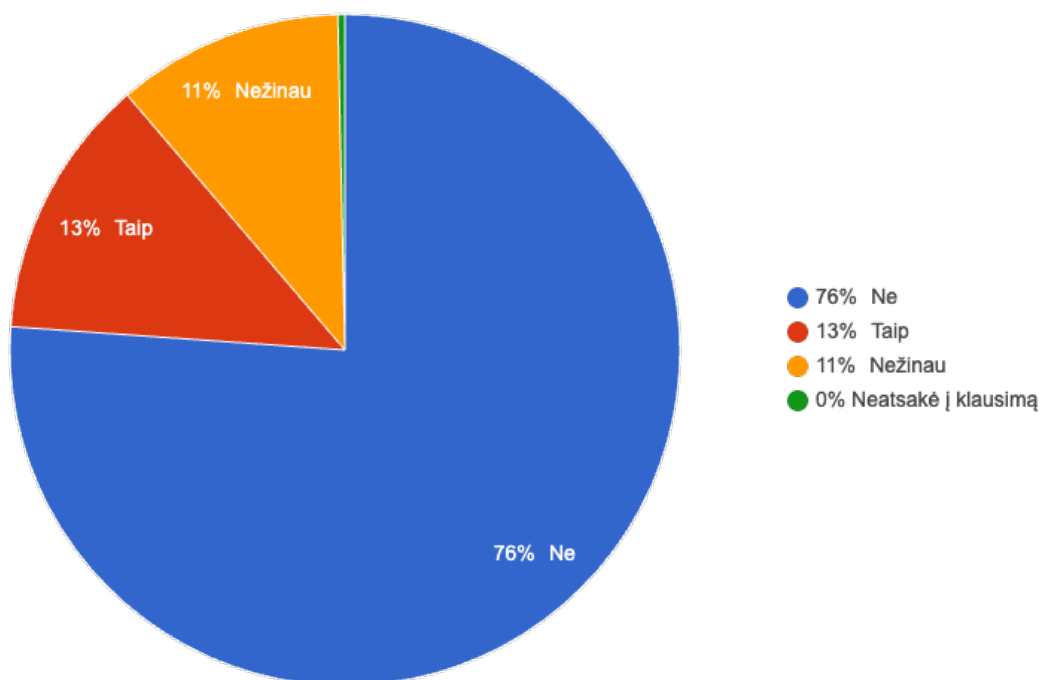
Analizuojant respondentų atsakymus apie atvejo vadybos taikymą PAASP įstaigose nustatyta, kad didžioji dalis respondentų (61 proc.) nurodė, jog jų įstaigoje yra taikoma atvejo vadyba. Tuo tarpu

31 proc. respondentų teigė, kad atvejo vadyba jų įstaigose nėra taikoma, o 7 proc. nurodė nežinantys.



Paveikslas 7. Atvejo vadybos taikymas įstaigose

Vertinant, ar sveikatos priežiūros specialistams yra priskirtos atvejo vadybininko funkcijos, nustatyta, kad didžioji dalis respondentų (76 proc.) nurodė, jog tokios funkcijos jiems nėra priskirtos. Tik 13 proc. respondentų atsakė, kad jiems yra priskirtos atvejo vadybininko funkcijos, o 11 proc. respondentų nurodė nežinantys.



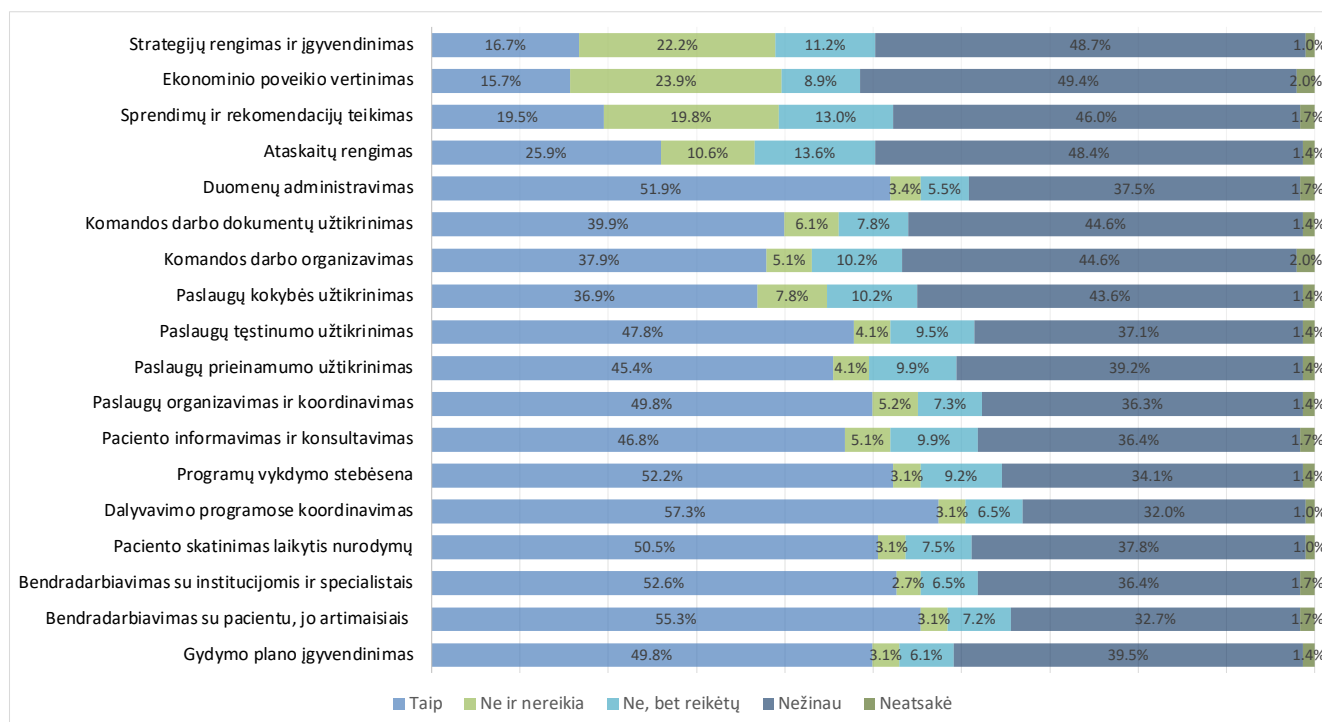
Paveikslas 8. Atvejo vadybininko funkcijų priskyrimas specialistams

9 paveiksle pateikiamas sveikatos priežiūros specialistų požiūris į atvejo vadybininkui pavestas funkcijas asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Siekiant užtikrinti paprastesnę duomenų vizualinę pateikimą, grafike naudojami sutrumpinti funkcijų pavadinimai, o jų pilnos formulės pateikiamos 1 priedo - klausimyno 9 klausime.

Analizuojant duomenis nustatyta, kad didžiausia respondentų dalis atvejo vadybininkui priskiria funkcijas, susijusias su pacientų priežiūros koordinavimu ir bendradarbiavimu. Dažniausiai nurodytos funkcijos yra dalyvavimo ligų prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos programose koordinavimas (57,3 proc.), bendradarbiavimas su pacientu ir jo artimaisiais (55,3 proc.), bendradarbiavimas su institucijomis ir specialistais (52,6 proc.) bei programų vykdymo stebėseną (52,2 proc.). Taip pat reikšminga respondentų dalis nurodė paciento skatinimą laikytis gydytojo nurodymų (50,5 proc.) ir gydymo plano įgyvendinimą (49,8 proc.).

Šiek tiek mažesnė respondentų dalis atvejo vadybininkui priskyrė tokias funkcijas kaip paslaugų organizavimas ir koordinavimas (49,8 proc.), pacientų informavimas ir konsultavimas (46,8 proc.), paslaugų prieinamumo užtikrinimas (45,4 proc.), paslaugų tęstinumo užtikrinimas (47,8 proc.) bei paslaugų kokybės užtikrinimas (36,9 proc.).

Mažiausia respondentų dalis atvejo vadybininkui priskyrė strateginio ir analitinio pobūdžio funkcijas, tokias kaip strategijų rengimas ir įgyvendinimas (16,7 proc.), ekonominio poveikio vertinimas (15,7 proc.) bei sprendimų ir rekomendacijų teikimas (19,5 proc.). Šiose srityse nustatyta didesnė atsakymų „nežinau“ dalis (atitinkamai 48,7 proc., 49,4 proc. ir 46,0 proc.).



Paveikslas 9. Sveikatos priežiūros specialistų nurodytos atvejo vadybininko funkcijos asmens sveikatos priežiūros įstaigoje

Siekiant papildyti kiekybinio tyrimo rezultatus ir atskleisti platesnį atvejo vadybininko funkcijų spektrą, respondentams buvo pateiktas atviro tipo klausimas, kuriuo buvo prašoma nurodyti papildomas funkcijas atliekamas įstaigoje, kurioje dirba respondentas, jeigu šios buvo nepaminėtos. Taikant kokybinės turinio analizės metodą, respondentų pateikti atsakymai buvo suskirstyti į temines kategorijas ir subkategorijas. Analizės rezultatai pateikiami 5 lentelėje.

Lentelė 5. Respondentų pateiktų papildomų atvejo vadybininko funkcijų kokybinė analizė.

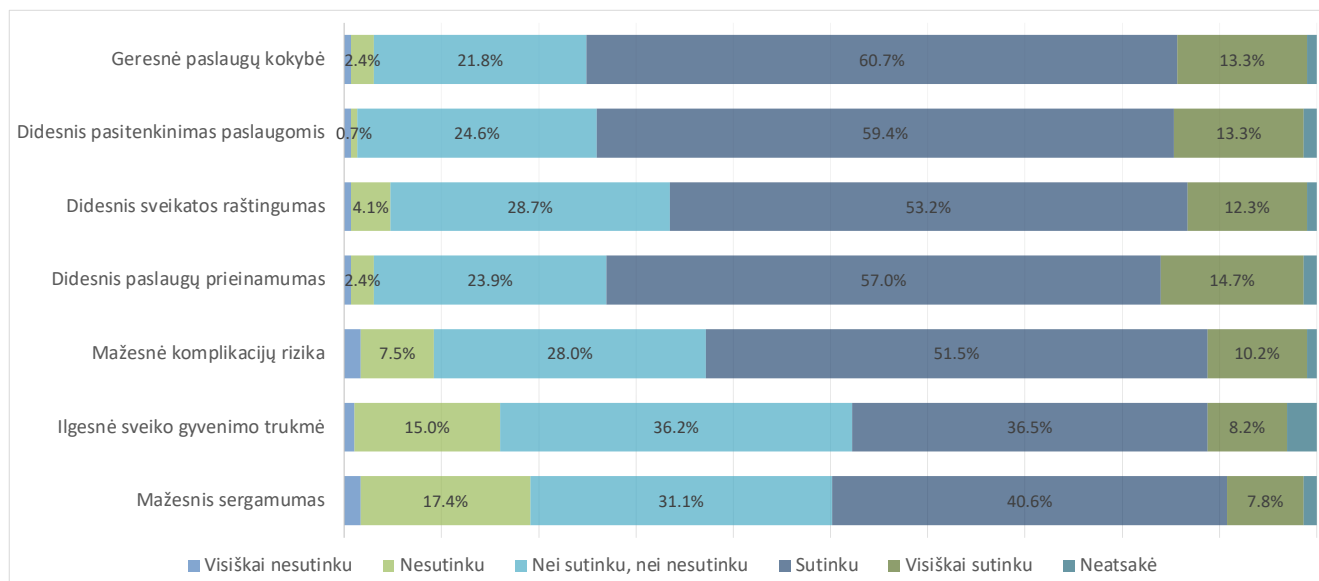
Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantys teiginiai
Atvejo vadybininko funkcijų papildymas	Administracinės funkcijos	<i>„Kviečia, registruoja prevencinėms programoms ir tyrimams, paaiškina apie pasiruošimą, registruoja specialistų konsultacijoms, atlieka išrašų kopijas“</i>
	Koordinavimo ir bendradarbiavimo funkcijos	<i>„Bendradarbiauja su pacientu ir artimaisiais, koordinuoja dalyvavimą prevencinėse programose“</i>
	Komandinio darbo funkcijos	<i>„Dirba komandoje su gydytoju, socialiniu darbuotoju, slaugytoju ir psichologu, koordinuoja kompleksines paslaugas“</i>
	Pagalbinės / bendro pobūdžio funkcijos	<i>„Kai reikia padeda įvairiose situacijose“/ „Susisieikia su naujai prisirašiusiu pacientu, suderina pirmą vizitą“</i>
	Atsakymų neapibrėžtumas	<i>„Nežinau“, „Neturiu nuomonės“, „Viskas nurodyta“</i>

Analizuojant 5 lentelėje pateiktus atviro klausimo rezultatus nustatyta, kad respondentai papildomai įvardijo kelias atvejo vadybininko funkcijų grupes. Dažniausiai buvo minimos administracinės funkcijos, susijusios su pacientų registravimu, vizitų organizavimu ir informacijos teikimu, taip pat išryškėjo koordinavimo ir bendradarbiavimo veiklos, apimančios bendravimą su pacientais bei jų dalyvavimo prevencinėse programose organizavimą. Dalis respondentų pabrėžė komandinio darbo svarbą ir kompleksinių paslaugų koordinavimą, tuo tarpu kiti atskleidė kritinį požiūrį į funkcijų paskirstymą ar jų ribotą taikymą praktikoje. Taip pat pastebėta, kad dalis respondentų nepateikė konkrečių atsakymų arba netiksliai interpretuoja atvejo vadybininko vaidmenį, kas leidžia

teigti, jog šio specialisto funkcijų turinys praktikoje suvokiamas nevienareikšmiškai. Išsamūs respondentų atsakymai pateikiami 2 priede.

3.3. Sveikatos priežiūros specialistų požiūris į atvejo vadybininko vaidmenį

Siekiant įvertinti sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į atvejo vadybininko funkcijų naudą pacientui, respondentų buvo prašoma įvertinti įvairius galimus šios veiklos aspektus, susijusius su pacientų sveikatos būkle, paslaugų prieinamumu bei jų kokybe. Vertinimas atliktas naudojant penkių balų Likerto skalę, kurioje 1 reiškia „visiškai nesutinku“, o 5 – „visiškai sutinku“. Tyrimo rezultatai pateikiami 10 paveiksle.



Paveikslas 10. Sveikatos priežiūros specialistų požiūris į atvejo vadybininko funkcijų naudą pacientui

10 paveiksle pateikiamas respondentų atsakymų pasiskirstymas, vertinant atvejo vadybininko funkcijų naudą pacientui. Matyti, kad visose vertintose srityse vyrauja teigiami atsakymai, dažniausiai pasirenkant „sutinku“ ir „visiškai sutinku“ variantus. Labiausiai teigiamai įvertinti paslaugų kokybės, pacientų pasitenkinimo bei paslaugų prieinamumo aspektai. Tuo tarpu vertinant ilgesnę sveiko gyvenimo trukmę, mažesnę sergamumą ir komplikacijų riziką dažniau buvo pasirenkamas neutralus atsakymas, o atsakymų „nesutinku“ dalis šiose srityse taip pat yra didesnė, palyginti su kitais vertintais aspektais.

Atliekant tyrimą, buvo siekiama atsakyti į hipotezę, ar skiriasi gydytojų ir slaugytojų požiūris į atvejo vadybininko naudą pacientui. Respondentų atsakymai sugrupuoti į dvi kategorijas: teigiamą ir neigiamą požiūrį. Neutralūs atsakymai „nei taip, nei ne“ į analizę įtraukti nebuvo, darant prielaidą, kad respondentai buvo nesusidarę tvirtos nuomonės, todėl ji nebuvo „pritempiama“ prie nei vienos grupės. Duomenų palyginimui tarp grupių panaudotas Pearsono chi kvadrato χ^2 kriterijus. Tais atvejais, kai

tikėtinos reikšmės – mažesnės už 5 – taikomas Fišerio testas (lentelėje išskirta * ženklu). Lentelėje pateikiamas gydytojų ir slaugytojų teigiamų atsakymų („sutinku“ ir „visiškai sutinku“) pasiskirstymo palyginimas. Rezultatai pateikti 6 lentelėje.

Lentelė 6. Gydytojų ir slaugytojų teigiamo požiūrio į atvejo vadybininko veiklos naudą pacientui palyginimas.

Rodiklis	Gydytojai (n, proc.)	Slaugytojai (n, proc.)	Chi- kvadrato statistika	p
Geresnė paslaugų kokybė	55 (94,8)	114 (96,6)	0,32	0,686*
Didesnis pasitenkinimas paslaugomis	58 (98,3)	103 (98,1)	0,01	0,923
Didesnis sveikatos raštingumas	56 (98,2)	89 (89,0)	4,40	0,057*
Didesnis paslaugų prieinamumas	56 (96,6)	105 (94,6)	0,32	0,569
Mažesnė komplikacijų rizika	53 (88,3)	87 (85,3)	0,30	0,586
Ilgesnė sveiko gyvenimo trukmė	37 (75,5)	61 (69,3)	0,59	0,441
Mažesnis sergamumas	42 (79,2)	66 (66,0)	2,93	0,087

* kai tikėtinos reikšmės <5 - taikytas Fisher tikslusis kriterijus

Kaip matyti iš 6 lentelėje pateiktų duomenų, tiek gydytojai, tiek slaugytojai daugeliu vertintų aspektų atvejo vadybininko veiklos naudą pacientui vertina teigiamai. Visais analizuotais rodikliais didžioji dalis respondentų pasirinko teigiamą vertinimą. Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp gydytojų ir slaugytojų vertinimų nenustatyta ($p > 0,05$), išskyrus sveikatos raštingumo vertinimą, kur stebima artima reikšmingumui tendencija taikant Fišerio tikslųjį testą ($p = 0,057$). Nors gydytojai kai kuriuos aspektus vertino šiek tiek palankiau nei slaugytojai, šie skirtumai statistiškai nereikšmingi.

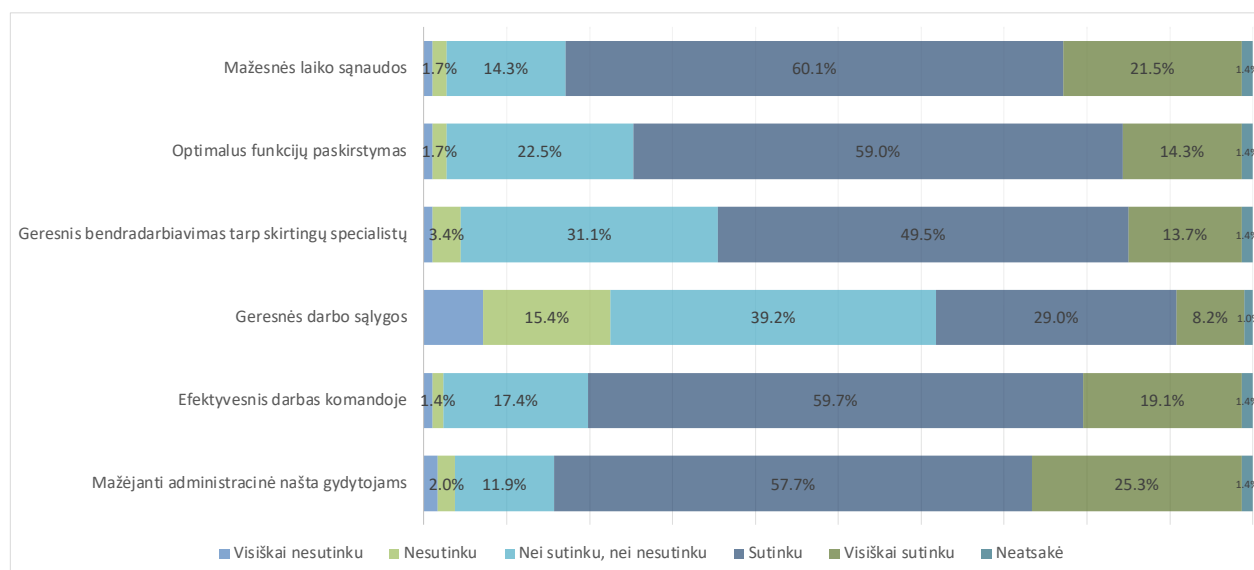
Siekiant patikrinti hipotezę, kad didesnę darbo stažą turintys sveikatos priežiūros specialistai skeptiškiau vertina atvejo vadybininko funkcijų naudą, buvo analizuoti respondentų vertinimai pagal darbo stažo grupes (7 lentelė). Skirtumams tarp darbo stažo grupių nustatyti taikytas Kruskal–Wallis kriterijus.

Lentelė 7. Atvejo vadybininko funkcijų naudos vertinimas pacientui pagal darbo stažą.

Rodiklis	Iki 5 m. (Md)	6–10 m. (Md)	11–20 m. (Md)	>20 m. (Md)	H	p reikšmė
Mažesnis sergamumas	3	4	3	4	5,02	0,285
Ilgesnė sveiko gyvenimo trukmė	3	3	3	3	8,41	0,077
Mažesnė komplikacijų rizika	4	4	4	4	1,16	0,884
Didesnis paslaugų prieinamumas	4	4	4	4	5,79	0,216
Didesnis sveikatos raštingumas	4	4	4	4	4,94	0,294
Pasitenkinimas paslaugomis	4	4	4	4	6,90	0,141
Paslaugų kokybė	4	4	4	4	2,27	0,686

Pastaba: pateikiamos medianos (Md); vertinimai atlikti pagal penkiabalę Likerto skalę (1 – visiškai nesutinku, 5 – visiškai sutinku); H – Kruskal–Wallis kriterijaus reikšmė.

Atlikta analizė parodė, kad statistiškai reikšmingų skirtumų tarp darbo stažo grupių nenustatyta ($p > 0,05$). Nors vertinimai yra teigiami (Md = 4), jie yra panašūs visose grupėse, todėl hipotezė nepasitvirtino.



Paveikslas 11. Atvejo vadybininko funkcijų naudos sveikatos priežiūros įstaigai ir personalui vertinimas

11 paveiksle pateikiamas respondentų atsakymų pasiskirstymas, vertinant atvejo vadybininko funkcijų naudą sveikatos priežiūros įstaigai ir personalui. Matyti, kad daugumoje vertintų sričių vyrauja teigiami atsakymai, dažniausiai pasirenkant „sutinku“ ir „visiškai sutinku“ variantus. Labiausiai išsiskiria mažėjančių laiko sąnaudų, efektyvesnio darbo komandoje bei administracinės naštos mažinimo vertinimai, kuriuose dominuoja teigiami atsakymai. Tuo tarpu geresnių darbo sąlygų vertinimai pasižymi išsiskiriančiu pasiskirstymu – dažniau pasirinktas neutralus atsakymas, o neigiamų atsakymų dalis šioje srityje yra didesnė, palyginti su kitais vertintais aspektais.

Lentelė 8. Gydytojų ir slaugytojų teigiamo požiūrio į atvejo vadybininko veiklos naudą sveikatos priežiūros įstaigai ir personalui palyginimas.

Rodiklis	Gydytojai (n, proc.)	Slaugytojai (n, proc.)	Chi- kvadrato statistika	p reikšmė
Mažėjanti administracinė našta gydytojams	60 (95,2)	135 (97,1)	0,46	0,680*
Efektyvesnis darbas komandoje	59 (98,3)	122 (99,2)	0,27	0,550*
Geresnės darbo sąlygos	26 (66,7)	47 (51,6)	2,50	0,114
Geresnis bendradarbiavimas tarp skirtingų specialistų	47 (95,9)	92 (94,8)	0,08	1,000*
Optimalus funkcijų paskirstymas	57 (98,3)	110 (97,3)	0,07	1,000*
Mažesnės laiko sąnaudos	57 (96,6)	135 (98,5)	0,77	0,585*

* – taikytas Fisher tikslusis kriterijus

Nors buvo kelta prielaida, kad gydytojai palankiau vertina atvejo vadybininko veiklos naudą asmens sveikatos priežiūros įstaigai bei personalui (8 lentelė), tyrimo rezultatai šios hipotezės nepatvirtino. Nenustatyta statistiškai reikšmingų skirtumų tarp gydytojų ir slaugytojų vertinimų ($p > 0,05$).

Siekiant patikrinti hipotezę, kad didesnę darbo stažą turintys sveikatos priežiūros specialistai atvejo vadybininko funkcijų naudą vertina skeptiškiau, buvo analizuojami respondentų vertinimai apie atvejo vadybininko funkcijų naudą asmens sveikatos priežiūros įstaigai ir personalui pagal darbo stažą (9 lentelė).

Lentelė 9. Atvejo vadybininko funkcijų naudos asmens sveikatos priežiūros įstaigai ir personalui vertinimo palyginimas pagal darbo stažą.

Rodiklis	Iki 5 m. (Md)	6–10 m. (Md)	11–20 m. (Md)	>20 m. (Md)	H	p
Mažėjanti administracinė našta gydytojams	4	4	4	4	14,98	0,005
Efektyvesnis darbas komandoje	4	4	4	4	9,24	0,055
Geresnės darbo sąlygos	4	3	3	3	12,84	0,012
Geresnis bendradarbiavimas tarp skirtingų specialistų	4	4	4	4	9,85	0,043
Optimalus funkcijų paskirstymas	4	4	4	4	9,27	0,055
Mažesnės laiko sąnaudos	4	4	4	4	12,79	0,012

Pastaba: pateikiamos medianos (Md); vertinimai atlikti pagal penkiabalę Likerto skalę (1 – visiškai nesutinku, 5 – visiškai sutinku); H – Kruskal–Wallis kriterijaus reikšmė.

Rezultatai parodė, kad beveik visose darbo stažo grupėse vyrauja teigiami vertinimai (Md = 4). Statistiškai reikšmingi skirtumai nustatyti administracinės naštos funkcijų (p = 0,005), darbo sąlygų (p = 0,012), bendradarbiavimo tarp specialistų (p = 0,043) ir laiko sąnaudų (p = 0,012) vertinime.

Kadangi tyrimo metu buvo keliama hipotezė, kad didesnį darbo stažą turintys specialistai atvejo vadybininko funkcijų naudą vertina skeptiškiau nei mažesnį darbo stažą turintys specialistai - po Kruskal–Wallis testo atlikti poriniai Wilcoxon rangų sumų testo palyginimai tarp darbo stažo grupių. Atlikti 6 poriniai palyginimai, todėl taikyta Bonferroni korekcija, o statistiškai reikšmingu laikytas skirtumas, kai $p < 0,008$. Porinių palyginimų rezultatai pateikiami 10 lentelėje.

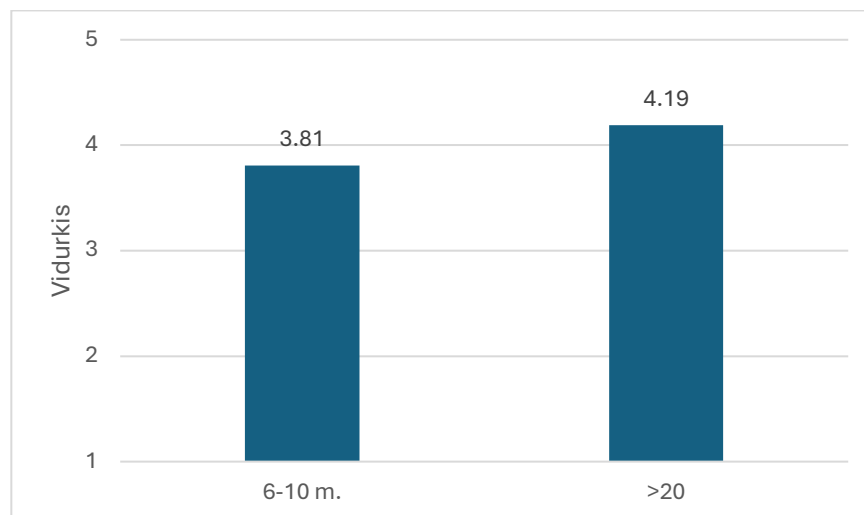
Lentelė 10. Darbo stažo grupių porinių palyginimų rezultatai vertinant administracinės naštos mažėjimą.

Darbo stažo grupių palyginimas	W reikšmė	p reikšmė	Statistiškai reikšmingas skirtumas (p < 0,008)
Iki 5 m. ir 6–10 m.	2279,5	0,617	Ne
Iki 5 m. ir 11–20 m.	2091,0	0,103	Ne
Iki 5 m. ir daugiau nei 20 m.	2189,5	0,033	Ne

6–10 m. ir 11–20 m.	1949,0	0,019	Ne
6–10 m. ir daugiau nei 20 m.	2023,0	0,004	Taip
11–20 m. ir daugiau nei 20 m.	2866,5	0,578	Ne

W - Wilcoxon rangų sumų testo statistika

Analizuojant administracinės naštos mažėjimo vertinimą pagal darbo stažą nustatyta, kad statistiškai reikšmingas skirtumas buvo tarp 6-10 metų ir daugiau nei 20 metų darbo stažo grupių ($p = 0,004$).



Paveikslas 12. Administracinės naštos mažėjimo vidurkių palyginimas tarp 6-10 metų ir daugiau nei 20 metų darbo stažą turinčių specialistų grupių

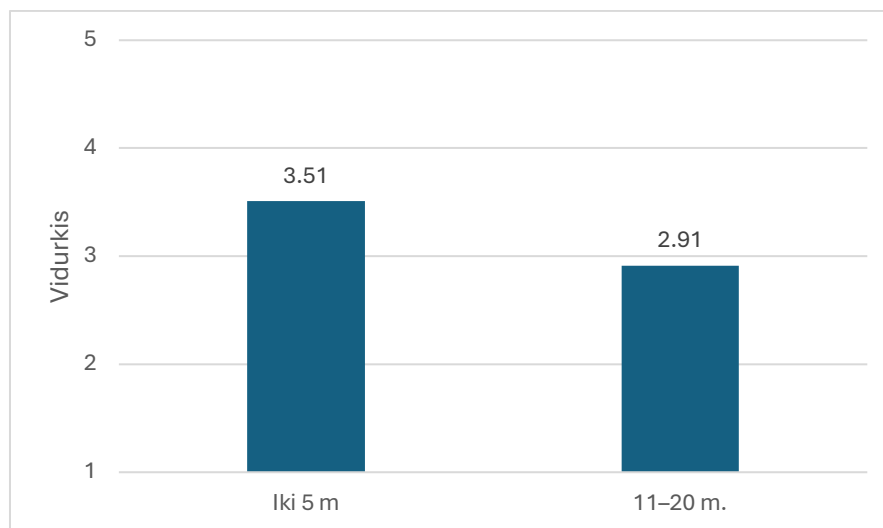
Rezultatai parodė, kad didesnę nei 20 metų darbo stažą turintys specialistai atvejo vadybininko funkcijų naudą mažinant administracinę naudą asmens sveikatos priežiūros įstaigose vertina palankiau nei 6-10 m. darbo stažą turintys specialistai (12 paveikslas). Todėl hipotezės teiginys, kad didesnę darbo stažą turintys specialistai vertina skeptiškiau - nepasitvirtino.

Lentelė 11. Darbo stažo grupių porinių palyginimų rezultatai vertinant geresnes darbo sąlygas.

Darbo stažo grupių palyginimas	W reikšmė	p reikšmė	Statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,008$)
Iki 5 m. ir 6–10 m.	2627,5	0,033	Ne
Iki 5 m. ir 11–20 m.	3206,0	0,001	Taip
Iki 5 m. ir daugiau nei 20 m.	3296,5	0,017	Ne
6–10 m. ir 11–20 m.	2709,5	0,238	Ne
6–10 m. ir daugiau nei 20 m.	2735,5	0,907	Ne
11–20 m. ir daugiau nei 20 m.	2735,5	0,262	Ne

W - Wilcoxon rangų sumų testo statistika

Analizuojant geresnių darbo sąlygų vertinimą pagal darbo stažą (11 lentelė) nustatyta, kad statistiškai reikšmingas skirtumas buvo tarp iki 5 metų ir 11-20 metų darbo stažo grupių ($p = 0,001$).



Paveikslas 13. Geresnių darbo sąlygų vidurkių palyginimas tarp iki 5 metų ir 11-20 metų darbo stažą turinčių specialistų grupių

Rezultatai parodė, kad mažesnę darbo stažą turintys specialistai atvejo vadybininko funkcijų naudą darbo sąlygoms vertina palankiau nei didesnę darbo stažą turintys specialistai (13 paveikslas). Todėl laikoma, kad hipotezė, jog didesnę darbo stažą turintys specialistai šią naudą vertina skeptiškiau, pasitvirtino.

Lentelė 12. Darbo stažo grupių porinių palyginimų rezultatai vertinant geresnį bendradarbiavimą tarp skirtingų specialistų

Darbo stažo grupių palyginimas	W reikšmė	p reikšmė	Statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,008$)
Iki 5 m. ir 6–10 m.	2555,0	0,214	Ne
Iki 5 m. ir 11–20 m.	2799,0	0,073	Ne
Iki 5 m. ir daugiau nei 20 m.	2768,0	0,663	Ne
6–10 m. ir 11–20 m.	2584,5	0,515	Ne
6–10 m. ir daugiau nei 20 m.	2486,0	0,346	Ne
11–20 m. ir daugiau nei 20 m.	2607,5	0,096	Ne

W - Wilcoxon rangų sumų testo statistika

Nors Kruskal–Wallis testas parodė statistiškai reikšmingus skirtumus tarp darbo stažo grupių vertinant bendradarbiavimo gerėjimą, atlikus porinius Wilcoxon rangų sumų testo palyginimus ir

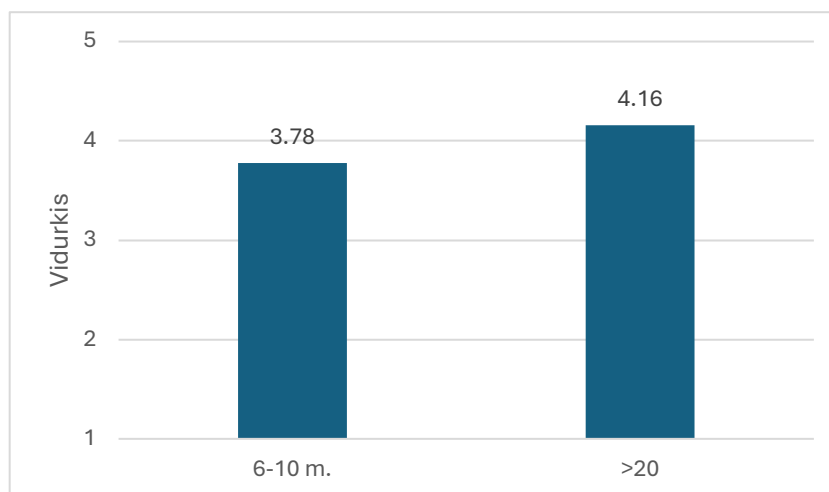
pritaikius Bonferroni korekciją statistiškai reikšmingų skirtumų tarp atskirų grupių nenustatyta ($p > 0,008$) (12 lentelė). Tokie rezultatai galėjo būti gauti dėl taikytos griežtesnės statistinio reikšmingumo ribos ar dėl nedidelių skirtumų tarp atskirų darbo stažo grupių.

Lentelė 13. Darbo stažo grupių porinių palyginimų rezultatai vertinant mažesnes laiko sąnaudas.

Darbo stažo grupių palyginimas	W reikšmė	p reikšmė	Statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,008$)
Iki 5 m. ir 6–10 m.	2345,0	0,309	Ne
Iki 5 m. ir 11–20 m.	2369,0	0,733	Ne
Iki 5 m. ir daugiau nei 20 m.	2344,5	0,108	Ne
6–10 m. ir 11–20 m.	2099,0	0,139	Ne
6–10 m. ir daugiau nei 20 m.	2039,5	0,004	Taip
11–20 m. ir daugiau nei 20 m.	2694,0	0,147	Ne

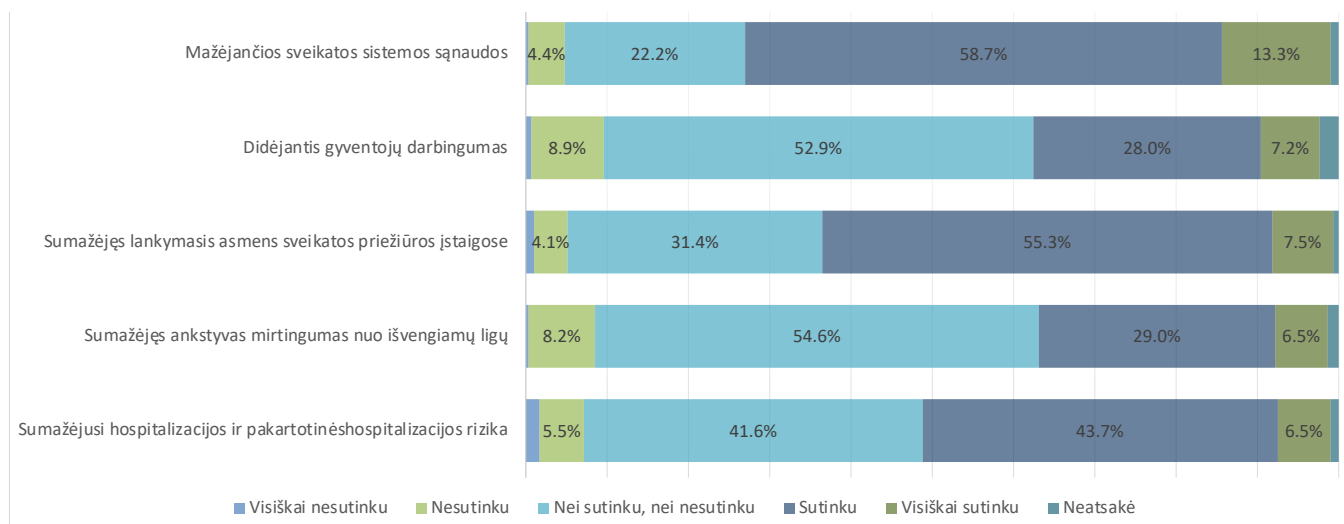
W - Wilcoxon rangų sumų testo statistika

Analizuojant mažesnių laiko sąnaudų vertinimą pagal darbo stažą nustatyta (13 lentelė), kad statistiškai reikšmingas skirtumas buvo tarp 6–10 metų ir daugiau nei 20 metų darbo stažo grupių ($p = 0,004$).



Paveikslas 14. Mažesnių laiko sąnaudų vidurkių palyginimas tarp 6-10 metų ir daugiau nei 20 metų darbo stažą turinčių specialistų grupių.

Rezultatai parodė, kad didesnę darbo stažą turintys specialistai atvejo vadybininko funkcijų naudą mažinant laiko sąnaudas vertino palankiau nei mažesnę darbo stažą turintys specialistai (14 paveikslas). Hipotezės teiginys, kad didesnę darbo stažą turintys specialistai vertina atvejo vadybą vertina skeptiškiau nepasitvirtino.



Paveikslas 15. Atvejo vadybininko funkcijų naudos visai sveikatos sistemai vertinimas.

12 paveiksle pateikiamas respondentų atsakymų pasiskirstymas, vertinant atvejo vadybos naudą visai sveikatos sistemai. Matyti, kad visose vertintose srityse vyrauja teigiami atsakymai, dažniausiai pasirenkant „sutinku“ ir „visiškai sutinku“ variantus. Labiausiai teigiamai įvertinta mažėjančių sveikatos sistemos sąnaudų, bei apsilankymų asmens sveikatos priežiūros įstaigose mažėjimo vertinimai. Tuo tarpu gyventojų darbingumo didėjimo, ankstyvo mirtingumo nuo išvengiamų ligų bei hospitalizacijų ir pakartotinių hospitalizacijų rizikos mažėjimo vertinimai pasižymi labiau išsiskiriančiu pasiskirstymu – dažniau pasirenkamas neutralus atsakymas, o teigiamų atsakymų dalis šiose srityse yra mažesnė.

Lentelė 14. Gydytojų ir slaugytojų teigiamo požiūrio į atvejo vadybininko veiklos naudą sveikatos sistemai palyginimas.

Rodiklis	Gydytojai (n, proc.)	Slaugytojai (n, proc.)	Chi- kvadrato statistika	p reikšmė
Sumažėjusi hospitalizacijos ir pakartotinės hospitalizacijos rizika	39 (86,7)	67 (82,7)	0,34	0,561
Sumažėjęs ankstyvas mirtingumas nuo išvengiamų ligų	25 (80,6)	44 (73,3)	0,60	0,440
Sumažėjęs lankymasis asmens sveikatos priežiūros įstaigose	50 (92,6)	97 (91,5)	0,06	1,000*
Didėjantis gyventojų darbingumas	28 (77,8)	44 (74,6)	0,12	0,723

Mažėjančios sveikatos sistemos sąnaudos	55 (91,7)	117 (95,9)	1,39	0,302*
---	-----------	------------	------	--------

* kai tikėtinios reikšmės < 5 – taikytas Fisher tikslusis kriterijus

Kelta hipotezė, kad gydytojai palankiau nei slaugytojai vertina atvejo vadybininko veiklos naudą sveikatos sistemai, tyrimo duomenimis nepasitvirtino (8 lentelė). Nors gydytojai kai kuriose vertinimo srityse nurodė šiek tiek didesnę teigiamų atsakymų dalį, nustatyti skirtumai nėra statistiškai reikšmingi ($p > 0,05$). Todėl teigiama, kad gydytojų ir slaugytojų požiūris į atvejo vadybininko veiklos naudą sveikatos sistemai statistiškai reikšmingai nesiskiria.

Kadangi tyrime buvo tikrinama hipotezė, kad didesnį darbo stažą turintys specialistai skeptiškiau vertina atvejo vadybą, buvo palyginti skirtingų darbo stažo grupių atsakymai. Analizei naudotas Kruskal–Wallis testas, o rezultatai pateikiami medianomis (Md).

Lentelė 15. Atvejo vadybos poveikio sveikatos priežiūros sistemai vertinimas pagal darbo stažą.

Rodiklis	Iki 5 m. (Md)	6–10 m. (Md)	11–20 m. (Md)	>20 m. (Md)	H	p
Sumažėjęs lankymasis asmens sveikatos priežiūros įstaigose	4	4	4	4	0,63	0,959
Didėjantis gyventojų darbingumas	3	3	3	3	5,07	0,280
Sumažėjusi hospitalizacijos ir pakartotinės hospitalizacijos rizika	4	4	3	4	11,06	0,026
Sumažėjęs ankstyvas mirtingumas nuo išvengiamų ligų	4	3	3	3	12,96	0,012
Mažėjančios sveikatos sistemos sąnaudos	4	4	4	4	2,67	0,615

Pastaba: pateikiamos medianos (Md); vertinimai atlikti pagal penkiabalę Likerto skalę (1 – visiškai nesutinku, 5 – visiškai sutinku); H – Kruskal–Wallis kriterijaus reikšmė.

Analizuojant atvejo vadybos poveikio sveikatos sistemai vertinimą pagal darbo stažą nustatyta, kad daugumoje rodiklių statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta ($p > 0,05$), o medianos visose grupėse yra panašios (dažniausiai 3–4), todėl galima teigti, kad specialistų požiūris iš esmės nepriklauso nuo darbo patirties. Tačiau statistiškai reikšmingi skirtumai nustatyti vertinant rodiklį dėl sumažėjusios hospitalizacijos ($p = 0,026$) ir ankstyvo mirtingumo ($p = 0,012$).

Po Kruskal–Wallis testo atlikti poriniai Wilcoxon rangų sumų testo palyginimai tarp darbo stažo grupių. Taikyta Bonferroni korekcija. Statistiškai reikšmingu laikytas skirtumas, kai $p < 0,008$. Porinių palyginimų rezultatai pateikiami 16 lentelėje.

Lentelė 16. Darbo stažo grupių porinių palyginimų rezultatai vertinant sumažėjusios hospitalizacijos ir pakartotinės hospitalizacijos riziką.

Darbo stažo grupių palyginimas	W reikšmė	p reikšmė	Statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,008$)
Iki 5 m. ir 6–10 m.	2157,0	0,921	Ne
Iki 5 m. ir 11–20 m.	2737,5	0,088	Ne
Iki 5 m. ir daugiau nei 20 m.	2799,0	0,572	Ne
6–10 m. ir 11–20 m.	2884,0	0,043	Ne
6–10 m. ir daugiau nei 20 m.	2919,0	0,469	Ne
11–20 m. ir daugiau nei 20 m.	2648,5	0,173	Ne

W - Wilcoxon rangų sumų testo statistika

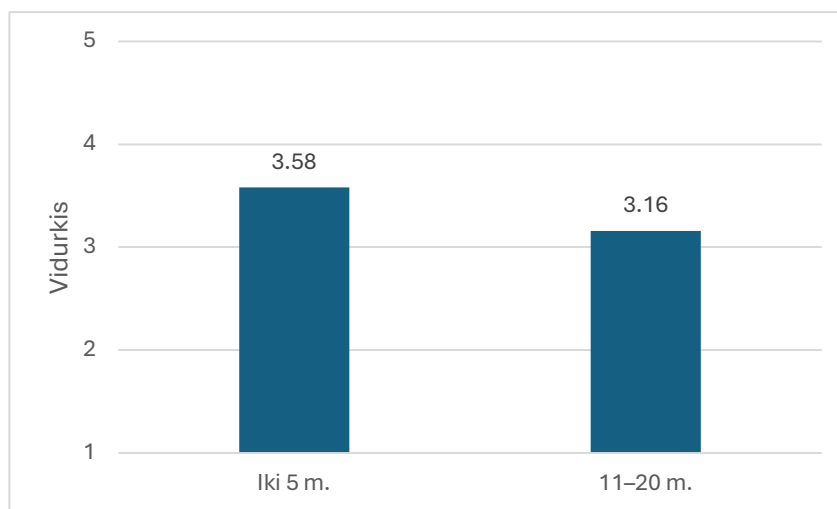
Atlikus porinius Wilcoxon rangų sumų testo palyginimus (16 lentelė) ir pritaikius Bonferroni korekciją statistiškai reikšmingų skirtumų tarp darbo stažo grupių vertinant mažesnę hospitalizacijų skaičių nenustatyta ($p > 0,008$). Rezultatai parodė, kad respondentų požiūris į atvejo vadybininko funkcijų naudą mažinant hospitalizacijų skaičių tarp skirtingų darbo stažo grupių reikšmingai nesiskyrė.

Lentelė 17. Darbo stažo grupių porinių palyginimų rezultatai vertinant sumažėjusį ankstyvą mirtingumą nuo išvengiamų ligų.

Darbo stažo grupių palyginimas	W reikšmė	p reikšmė	Statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,008$)
Iki 5 m. ir 6–10 m.	2457,0	0,120	Ne
Iki 5 m. ir 11–20 m.	3096,0	0,001	Taip
Iki 5 m. ir daugiau nei 20 m.	3281,0	0,009	Ne
6–10 m. ir 11–20 m.	2799,0	0,088	Ne
6–10 m. ir daugiau nei 20 m.	2937,0	0,317	Ne
11–20 m. ir daugiau nei 20 m.	2842,0	0,430	Ne

W - Wilcoxon rangų sumų testo statistika

Atlikus porinius Wilcoxon rangų sumų testo palyginimus ir pritaikius Bonferroni korekciją statistiškai reikšmingas skirtumas nustatytas tarp iki 5 metų ir 11–20 metų darbo stažo grupių ($p = 0,001$). Tarp iki 5 metų ir daugiau nei 20 metų darbo stažo grupių nustatyta p reikšmė buvo artima statistinio reikšmingumo ribai ($p = 0,009$), tačiau statistiškai reikšmingo skirtumo nepasiekė (17 lentelė).

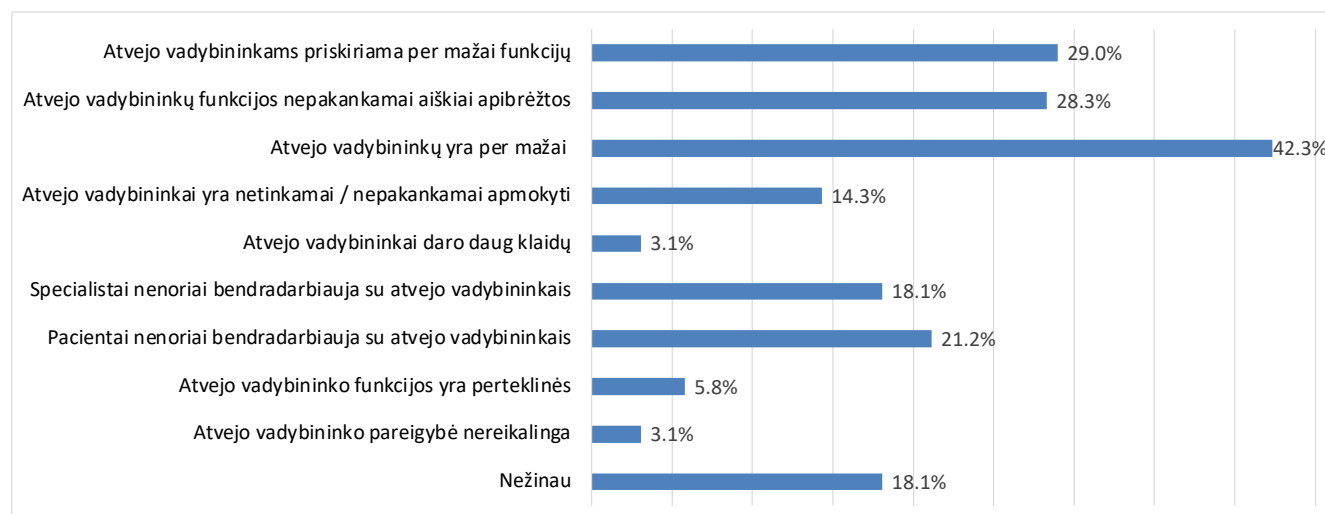


Paveikslas 16. Sumažėjusio ankstyvo mirtingumo nuo išvengiamų ligų vidurkių palyginimas tarp iki 5 metų 11-20 metų darbo stažą turinčių specialistų grupių

Gauti rezultatai leidžia teigti, kad didesnę darbo stažą turintys specialistai buvo linkę skeptiškiau vertinti atvejo vadybininko funkcijų naudą mažinant ankstyvą mirtingumą, todėl šis hipotezės teiginys pasitvirtino (16 paveikslas).

3.4. Iššūkiai įgyvendinant atvejo vadybininko funkcijas

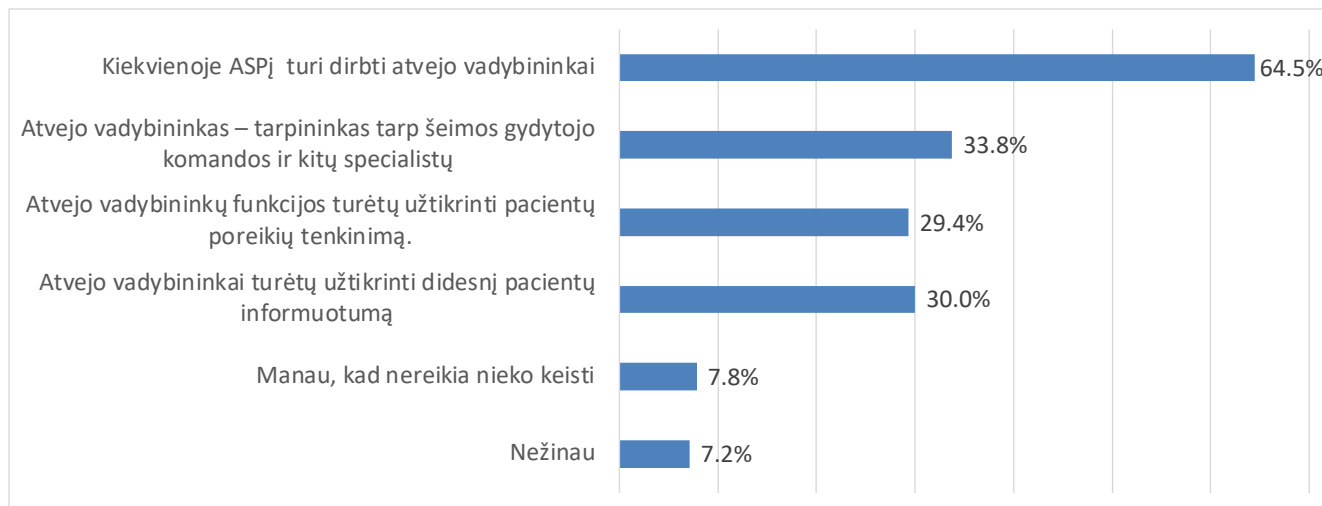
Tyrimo dalyvavusių respondentų be kita ko buvo prašoma ir atskleisti, su kokius pagrindinius iššūkius, įgyvendinant atvejo vadybininko funkcijas pirminėje sveikatos priežiūroje, jie įžvelgia.



Paveikslas 17. Pagrindiniai iššūkiai su kuriais susiduriama įgyvendinant atvejo vadybininko funkcijas.

Respondentai (17 pav.) galėjo rinktis kelis atsakymų variantus. Dažniausias respondentų pasirinktas variantas yra atvejo vadybininkų trūkumas (42,3 proc.). Reikšminga dalis respondentų nurodė, kad atvejo vadybininkams priskiriama per mažai funkcijų (29,0 proc.) bei kad jų funkcijos nėra pakankamai aiškiai apibrėžtos (28,3 proc.). Rečiau buvo minimas pacientų nenoras bendradarbiauti (21,2 proc.) bei specialistų nenoras bendradarbiauti (18,1 proc.). Svarbu paminėti, kad net 18,1 proc. respondentų pasirinko atsakymo variantą „nežinau“. Mažiausiai respondentų nurodė, kad atvejo vadybininkai daro daug klaidų (3,1 proc.) ar kad ši pareigybė yra nereikalinga (3,1 proc.), o 5,8 proc. respondentų funkcijas vertino kaip perteklines.

Papildomai respondentams buvo suteikta galimybė pateikti atvirus atsakymus, kurie buvo apibendrinti pagal turinį. Nustatyta, kad dalis respondentų akcentavo prisitaikymo prie naujo veiklos modelio sunkumus pavyzdžiui: „*naujas dalykas, reikia priprasti prie naujo modelio, daug sumaišties, bet tai natūralu*“. Taip pat išryškėjo atvejo vadybininkų trūkumo problema sveikatos priežiūros įstaigose („*nesamdo įstaigos atvejo vadybininkų*“) bei funkcijų neapibrėžtumas, pasireiškiantis jų persidengimu su kitų specialistų veiklomis („*atvejo vadybininko funkcijos persipina su pirminės sveikatos priežiūros specialisto slaugytojo funkcijomis, tad nėra aiškumo*“). Pavieniai respondentai nurodė atsakomybės vengimo aspektus („*atvejo vadybininkai stengiasi išvengti savo pareigų*“). Tuo tarpu dalis respondentų išskyrė ir teigiamus atvejo vadybos aspektus, susijusius su komandinio darbo stiprinimu („*labai naudinga funkcija, padeda darbui komandoje*“).



Paveikslas 18. Respondentų nuomonė apie atvejo vadybininko funkcijų plėtojimo tikslingumą.

Respondentai (18 pav.) galėjo rinktis kelis atsakymų variantus. Didžiausia dalis respondentų mano, kad kiekvienoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje turėtų dirbti atvejo vadybininkai (64,5 proc.). Trečdalis respondentų pažymėjo, kad atvejo vadybininkas turėtų veikti kaip tarpininkas tarp šeimos gydytojo komandos ir kitų specialistų (33,8 proc.), užtikrinti didesnę pacientų informuotumą

(30,0 proc.) bei pacientų poreikių tenkinimą (29,4 proc.). Mažiausia dalis respondentų nurodė, kad nereikia nieko keisti (7,8 proc.) arba pasirinko atsakymo variantą „nežinau“ (7,2 proc.).

3.5. Diskusija

Atlikus empirinį tyrimą bei išanalizavus atvejo vadybininko funkcijų taikymą pirminėje sveikatos priežiūroje, galima teigti, kad atvejo vadybos plėtra Lietuvoje yra ne tik svarbi, bet ir reikšminga pacientų priežiūros kokybės, sveikatos priežiūros organizavimo bei išteklių valdymo požiūriais. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad dauguma sveikatos priežiūros specialistų pozityviai vertina atvejo vadybininko funkcijų teikiamą naudą, ypač mažinant administracinę naštą, gerinant komunikaciją tarp skirtingų specialistų, užtikrinant pacientų priežiūros koordinavimą. Panašūs teiginiai pateikiami ir SAM (2025) ataskaitoje, kurioje teigiama, kad atvejo vadybininkas sveikatos priežiūros sistemoje veikia kaip tarpininkas ir koordinatorius tarp paciento ir kitų specialistų, užtikrindamas, kad paciento priežiūra būtų nuosekli, koordinuota ir efektyvi. Tad, galima pastebėti panašumą tarp specialistų požiūrio šiame tyrime ir SAM ataskaitoje pateiktų įžvalgų.

Tyrimo metu nustatytas teigiamas atvejo vadybininko funkcijų vertinimas galėtų būti siejamas ir su vis dar išliekančiais pacientų priežiūros koordinavimo sunkumais sveikatos priežiūros sistemoje. Vaida Servetkienė ir kt. (2022) išskyrė tokias pagrindines problemas kaip ribotas patekimas pas gydytojus, ypač pirminės sveikatos priežiūros grandyje. Autoriai pažymėjo, kad pacientai dažnai patys registruojasi į kitas sveikatos priežiūros įstaigas, savarankiškai rūpinasi reikalingais tyrimais bei pateikia informaciją apie savo sveikatos būklę, nesitikėdami koordinuotos pagalbos iš sveikatos priežiūros įstaigos. Sunku vertinti, kiek kompetencijos tą daryti savarankiškai turi pacientas, ypač imant į kontekstą senyvo amžiaus, vienišus ir poliligitus pacientus, kuriems dažnai išvis yra sunku orientuotis sveikatos priežiūros sistemoje.

Analizuojant tyrimo duomenis buvo nustatyta, kad didžiausia respondentų dalis atvejo vadybininkui priskiria funkcijas, susijusias su pacientų priežiūros koordinavimu ir bendradarbiavimu. Tai leidžia daryti prielaidą, kad sveikatos priežiūros specialistai atvejo vadybos vaidmenį sieja su pagalba užtikrinant optimalų, pagal medicininę situaciją būdingą pacientų priežiūrą. Iš kitos pusės būtų galima įžvelgti ir sveikatos priežiūros išteklių tausojimo aspektus, kuomet pacientas iškart pagal poreikį nukreipiamas tinkamoms specialistų konsultacijoms, išvengiama pakartotinių siuntimų rašymo gydytojams, tuo tarpu jeigu pacientas nesugeba pasirinkti reikiamo specialisto. Taip pat taupomas šeimos gydytojų laikas, užtikrinant tyrimų ir gydytojų specialistų vizitų atsekamumą bei išvengiant perteklinių konsultacijų tais atvejais, kai reikalingi tyrimai dar nėra atlikti, kadangi pacientų koordinavimas ir vizitų eigos stebėjimas užtikrinamas per atvejo vadybininką. Tą pačią mintį plėtojo ir užsienio autoriai V. Wang ir kt., su teiginiu, kad koordinuota priežiūra (tyrime šią funkciją atlieka atvejo vadybininkas)

sudaro sąlygas nuosekliam ir integruotam paslaugų teikimui, bei racialesniam sveikatos sistemų išteklių panaudojimui.

Nors analizuojant tyrimo duomenis kai kurių ilgalaikių rezultatų vertinimas išliko mažiau apibrėžtas, SAM (2025) ataskaitoje pateikiama, kad atvejo vadyba matoma ne tik kaip pagrindinė pacientų priežiūros komponentė, bet ir kaip didžiausią potencialą teigiamiems pacientų sveikatos priežiūros rezultatams pasiekti turinti sritis. Ataskaitoje taip pat pabrėžiama, kad atvejo vadybininko darbas galėtų prisidėti prie didesnio pacientų pasitikėjimo sveikatos priežiūros sistema.

Nagrinėtoje Lietuvos mokslinėje literatūroje atvejo vadybininko funkcijos apibrėžiamos gana užtikrintai ir nuosekliai. Norkienė ir kiti (2019) analizavo atvejo vadybos modelio taikymą pirminėje sveikatos priežiūroje ir jo įtaką paslaugų organizavimui, o Šamreijenė ir Česas (2021) nagrinėjo atvejo vadybos modelio taikymo galimybes onkologinių pacientų koordinavimo procese tretinio lygio sveikatos priežiūroje. Lietuvos mokslinėje literatūroje daugiausia dėmesio skiriama atvejo vadybos modelio pritaikomumui skirtingose sveikatos priežiūros grandyse, o autoriai funkcijų ar vaidmens suvokimo skirtumų praktiškai neaptaria, tarsi šios pareigybės funkcijos būtų aiškiai suprantamos ir vienodai taikomos praktikoje. Vis dėlto šio tyrimo rezultatai atskleidė, kad praktikoje vis dar susiduriama su nepakankamai aiškiai apibrėžtomis pareigybės funkcijomis bei nevienodu atvejo vadybininko vaidmens suvokimu tarp asmens sveikatos priežiūros įstaigų. Specialistai įvardija, kad funkcijos dubliuojasi su kitų specialistų darbu. Taip pat pastebėta, kad dalis respondentų nepateikė konkrečių atsakymų arba netiksliai interpretuoja atvejo vadybininko vaidmenį, kas leidžia teigti, jog šio specialisto funkcijų turinys praktikoje yra suvokiamas nevienareikšmiškai.

IŠVADOS

1. Išnagrinėjus atvejo vadybininko funkcijas pirminėje sveikatos priežiūroje, galima teigti, kad jos pirmiausia yra orientuotos į pacientų priežiūros koordinavimo užtikrinimą. Atvejo vadybininko pareigybė siekia užtikrinti efektyvų koordinavimą tiek tarp pacientų, tiek tarp gydytojų specialistų. Pagrindiniai uždaviniai apima nuoseklų koordinavimą, efektyvų informacijos perdavimą, tarpusavio bendradarbiavimą, paslaugų prieinamumo didinimą pacientui. Atvejo vadybininkas planuoja ir organizuoja paslaugas tiek įstaigos viduje, tiek kitose asmens sveikatos priežiūros įstaigose, parinkdamas reikiamus gydytojus specialistus ir diagnostinius tyrimus pagal paciento būklę. Taip pat užtikrinamas paciento vizitų stebėjimas, vertinamas paskirto gydymo laikymasis, organizuojami pakartotiniai vizitai bei analizuojamos neatvykimo priežastys. Be to, sudaromos prielaidos atvejo vadybininkui aktyviai dalyvauti pacientų priežiūros procese esant sveikatos būklės pokyčiams, užtikrinant informacijos perdavimą šeimos gydytojui ar kitiems komandos nariams. Tokiu būdu užtikrinamas grįžtamas ryšys tarp atvejo vadybininko ir paciento, stiprinamas bendradarbiavimas bei skiriamas papildomas dėmesys pacientui, kartu mažinant šeimos gydytojų ir slaugytojų darbo krūvį.

2. Išanalizavus atvejo vadybininko funkcijų taikymą pacientų priežiūros koordinavimo procese pirminėje sveikatos priežiūroje, galima teigti, kad atvejo vadyba dalyje asmens sveikatos priežiūros įstaigų yra taikoma, tačiau jos įgyvendinimas nėra vienodas. Dalis respondentų nurodė, kad jų įstaigose ši veikla yra vykdoma, kiti pažymėjo kad veikla netaikoma ir apie ją neturi pakankamai informacijos. Analizuojant nurodytas funkcijas, dažniausiai įstaigose taikytos veiklos susijusios su pacientų priežiūros koordinavimu, bendradarbiavimu su pacientais ar jų artimaisiais, pacientų informavimu, gydymo plano įgyvendinimo stebėsena. Rečiau minėtos strateginio ar analitinio pobūdžio funkcijos.

3. Išanalizavus sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į atvejo vadybininko vaidmenį pacientų priežiūros koordinavimo procese nustatyta, kad tiek gydytojai, tiek slaugytojai atvejo vadybininko funkcijų naudą pacientui vertina palankiai. Vertinant skirtingus veiklos aspektus matyti, kad vyrauja teigiami atsakymai, ypač išskiriant paslaugų kokybės gerinimą, pacientų pasitenkinimo bei paslaugų prieinamumo gerinimą. Tuo tarpu vertinant tokius aspektus kaip ilgesnė gyvenimo trukmė, mažesnis sergamumas ar komplikacijų rizikos mažėjimas, dažniau pasitaikė neutralūs vertinimai, kas gali rodyti atsargesnį šių rezultatų vertinimą. Lyginant gydytojų ir slaugytojų požiūrį nustatyta, kad statistškai reikšmingų skirtumų tarp grupių nėra, nors kai kuriais atvejais gydytojai atvejo vadybininko vaidmenį vertino kiek palankiau. Sveikatos priežiūros specialistai pripažino atvejo vadybininko svarbą pacientų priežiūros koordinavimo procese, tačiau kai kurių ilgalaikių rezultatų vertinimas išliko mažiau apibrėžtas. Tyrimo metu iškelta hipotezė, kad gydytojai atvejo vadybininko funkcijų naudą vertina palankiau nei slaugytojai, nepasitvirtino. Antroji hipotezė, kad didesnę darbo stažą turintys sveikatos

61

priežiūros specialistai atvejo vadybininko funkcijų naudą vertina skeptiškiau, pasitvirtino iš dalies. Nustatyta, kad didesnę darbo stažą turintys specialistai skeptiškiau vertino atvejo vadybininko funkcijų naudą dėl geresnių darbo sąlygų bei dėl sumažėjusio ankstyvo mirtingumo nuo išvengiamų ligų. Tuo tarpu administracinės naštos mažinimo ir mažesnių laiko sąnaudų vertinimai tarp ilgesnį darbo stažą turinčių specialistų buvo palankesni, nei mažesnę darbo stažą turinčių specialistų grupėse.

4. Išnagrinėjus tyrimo duomenis apie iššūkius įgyvendinant atvejo vadybininko funkcijas pirminėje sveikatos priežiūroje, nustatyta, kad dažniausiai kyla problemų dėl per mažo atvejo vadybininkų skaičiaus ir neaiškiai apibrėžtų jų funkcijų. Atvejo vadybininko veiklos dažnai persidengia su kitų specialistų darbu, todėl nėra aišku, kas už ką atsakingas. Tyrimas parodė, kad kyla sunkumų bendradarbiaujant - tiek su pacientais, tiek tarp pačių specialistų, kas apsunkina pacientų priežiūros koordinavimą. Be to, specialistams nėra lengva prisitaikyti prie naujo veiklos modelio dėl pasikeitusio darbo organizavimo ir reikalingų kompetencijų trūkumo. Taip pat išryškėjo, kad praktikoje vis dar trūksta aiškumo dėl atvejo vadybininko vaidmens ir atsakomybių.

PASIŪLYMAI

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai (LR SAM):

Aiškiau apibrėžti atvejo vadybininko funkcijas, nes šiuo metu jos nėra pakankamai aiškios ir darbo praktikoje dažnai dubliuojasi su kitų specialistų darbu.

Didinti atvejo vadybininkų skaičių sveikatos priežiūros įstaigose, atsižvelgiant į nustatytą šių specialistų trūkumą praktikoje.

Sukurti vieningą atvejo vadybos tvarką visoje Lietuvoje, kad visose įstaigose būtų dirbama taikant panašų darbo modelį.

Rengti nacionalines gaires ir mokymų programas, skirtas atvejo vadybos įgyvendinimui, siekiant vienodinti specialistų kompetencijas.

Savivaldybėms:

Užtikrinti, kad atvejo vadybos paslaugos būtų prieinamos ne tik didmiesčiuose, bet ir mažesniuose miesteliuose.

Skatinti atvejo vadybininkų bendradarbiavimą ir gerosios praktikos pavyzdžių dalijimąsi tarp sveikatos priežiūros įstaigų, socialinių paslaugų ir visuomenės sveikatos biurų.

Skirti pakankamus žmogiškuosius ir finansinius išteklius atvejo vadybos funkcijų įgyvendinimui.

Užtikrinti efektyvų atvejo vadybos organizavimą savivaldybės lygmeniu, stiprinant tarpsektorinį bendradarbiavimą.

Sveikatos priežiūros įstaigoms:

Aiškiai apibrėžti atvejo vadybininko vaidmenį komandoje ir jo atsakomybių ribas, užtikrinant, kad visi įstaigos darbuotojai (gydytojai, registratūros darbuotojai ir kt.) būtų tinkamai informuoti apie jo funkcijas, siekiant išvengti neaiškumų dėl paslaugų teikimo.

Stiprinti bendradarbiavimą tarp specialistų, kad būtų galima užtikrinti efektyvią ir kokybišką pacientų priežiūrą.

Gerinti pacientų informavimą apie atvejo vadybininko teikiamą pagalbą ir jo vaidmenį, pasitelkiant įvairias informavimo priemones, tokias kaip lankstinukai, informaciniai stendai, vaizdinė medžiaga laukiamuosiuose bei skaitmeniniai kanalai (pvz., įstaigos interneto svetainė ar registracijos sistema).

Periodiškai vertinti atvejo vadybos veiklą, analizuojant jos efektyvumą ir rezultatus, bei ieškoti būdų ją tobulinti, siekiant užtikrinti kokybiškesnį pacientų priežiūros koordinavimą.

Numatyti privalomas atvejo vadybos kvalifikacijos tobulinimo valandas, panašiai kaip slaugos specialistams, siekiant užtikrinti nuolatinį darbuotojų kompetencijų tobulinimą.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

- Agency for Healthcare Research and Quality. 2024. *AHRQ-Funded Patient Safety Project Highlights: Improving Patient Safety by Enhancing Care Coordination* [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <https://psnet.ahrq.gov/issue/ahrq-funded-patient-safety-project-highlights-improving-patient-safety-enhancing-care> [žiūrėta 2026-03-21].
- Buckè, V., Ruželė, D., Ruževičius, J., & Buckus, R. (2022). The Link Between The Application Of Quality Management Principles And Risk Management In Healthcare. *12th International Scientific Conference „Business and Management 2022“*. <https://doi.org/10.3846/bm.2022.746>
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. 2017. *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). Sage Publications.
- Guthmuller, S., Paruolo, P., & Verzillo, S. 2021. Positive externalities of EU actions on sustainability of health systems. In B. H. Baltagi & F. Moscone (Eds.), *The sustainability of health care systems in Europe* (Vol. 295). Emerald Publishing Limited. <https://doi.org/10.1108/S0573-855520210000295006>
- Hempel, S., Ganz, D., Saluja, S., Bolshakova, M., Kim, T., Turvey, C., Cordasco, K., Basu, A., Page, T., Mahmood, R., Motala, A., Barnard, J., Wong, M., Fu, N., & Miake-Lye, I. M. 2023. Care coordination across healthcare systems: Development of a research agenda, implications for practice, and recommendations for policy based on a modified Delphi panel. *BMJ Open*, 13(5), e060232. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060232>
- Indrian, R. 2018. Implementation of Case Management in Improving Quality of Service in Islamic Hospital Purwokerto (Case Study Patient DM Type II). *Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit*, 7. <https://doi.org/10.18196/jmmr.7267>
- Jankauskienė, D. (n.d.). *Sveikatos priežiūros kokybės matavimo koncepcijos ir praktikos* [interaktyvus]. Prieiga per internetą: [https://sam.lrv.lt/public/canonical/1748936859/27774/Sveikatos%20prie%C5%BEi%C5%ABros%20kokyb%C4%97s%20matavimo%20koncepcijos%20ir%20praktikos%20\(D.%20Jankauskien%C4%97\).pdf](https://sam.lrv.lt/public/canonical/1748936859/27774/Sveikatos%20prie%C5%BEi%C5%ABros%20kokyb%C4%97s%20matavimo%20koncepcijos%20ir%20praktikos%20(D.%20Jankauskien%C4%97).pdf)
- Kosinskienė, A., & Ruževičius, J. (2011). Kokybės vadybos priemonių poveikis sveikatos priežiūros įstaigų veiklos veiksmingumui. *Visuomenės sveikata*, 1(52), 13-29.
- Lietuvių kalbos institutas. (n.d.). *Kokybė. Dabartinės lietuvių kalbos žodynas*. <https://ekalba.lt/dabartines-lietuviu-kalbos-zodynas/kokyb%C4%97>
- Lietuvos Respublikos finansų ministerija. 2025. *SAM modelių vertinimas: galutinė ataskaita* [interaktyvus]. Prieiga per internetą:

- https://finmin.lrv.lt/public/canonical/1756727587/25478/5_SAM%20Modeliu%20vertinimas%20Galutine%20ataskaita.pdf [žiūrėta 2026 04 04].
- Lietuvos Respublikos Seimas. 1994. *Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas*, 1996-07-07, Nr. I-533. [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.D0CD0966D67F/asr?csrt=16783653015386790458> [žiūrėta 2026-03-22].
- Lietuvos Respublikos Seimas. 1996. *Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas*, 1996-10-03, Nr. I-1562. [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/ae5fec90335c11e881f2ba995b003ed2/asr?csrt=11604068407638004478> [žiūrėta 2026-03-22].
- Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministras. (2018). *Dėl atvejo vadybos tvarkos aprašo patvirtinimo*. Įsakymas, 2018-03-27, Nr. A1-141 [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/ae5fec90335c11e881f2ba995b003ed2/asr?csrt=11604068407638004478> [žiūrėta 2026-03-21].
- Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministras. 2014. *Dėl socialinių paslaugų srities darbuotojų pareigybių ir atliekamų funkcijų sąrašo patvirtinimo*. Įsakymas, 2014-10-13, Nr. A1-487 [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/ae5fec90335c11e881f2ba995b003ed2/asr?csrt=11604068407638004478> [žiūrėta 2026-03-21].
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. (2023). *Sveikatos sistemos reformų apžvalga* [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Sveikatos%20sistemos%20reform%C5%B3%20ap%C5%BEvalga.pdf> [žiūrėta 2026 03 22].
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. (2026). *Pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra*. <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/asmens-sveikatos-prieziura/pirmine-ambulatorine-asmens-sveikatos-prieziura/>
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. (2005a). *Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2019 „Šeimos gydytojas“ patvirtinimo*. Įsakymas 2005-12-22 Nr. V-1013 [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.C4E4FA59E3C5/asr?csrt=4504037612807143779> [žiūrėta 2026 03 23].
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. (2005b). *Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos*

- aprašo tvirtinimo*. Įsakymas 2005-12-03 Nr. V-943 [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/6f887bc6b64c11ef88c08519262548c4> [žiūrėta 2026 03 23].
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. (2011). *Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2025 „Bendrosios praktikos slaugytojas“ patvirtinimo*. Įsakymas 2011-06-08 Nr. V-591 [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/en/legalAct/0fb64a402cf311e88ea9fc46d2024961> [žiūrėta 2026 03 21].
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. (2014). *Dėl Lietuvos medicinos normos MN 40:2021 „Akušeris“ patvirtinimo*. Įsakymas 2014-11-25 Nr. V-1220 [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/1bdf86b076cb11e49710918558376243/asr?csrt=549896704185931949> [žiūrėta 2026 03 21].
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. (2016). *Dėl Lietuvos medicinos normos MN 124:2023 „Kineziterapeutas“ patvirtinimo*. Įsakymas 2016-02-05 Nr. V-184 [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/74aed040cf3811e583a295d9366c7ab3/asr?csrt=549896704185931949> [žiūrėta 2026 03 21].
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. (2018). *Dėl Gyvensenos medicinos specialisto veiklos reikalavimų tvirtinimo*. Įsakymas 2018-03-19 Nr. V-308 [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/en/legalAct/0fb64a402cf311e88ea9fc46d2024961> [žiūrėta 2026 03 21].
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. (2024a). *Dėl apylinkės administratoriaus paslaugų šeimos gydytojo komandoje teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo*. Įsakymas 2024-12-09 Nr. V-1258 [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/be3c1b24b64a11ef88c08519262548c4> [žiūrėta 2026 03 21].
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. (2024b). *Dėl atvejo vadybos paslaugų teikimo šeimos gydytojo komandoje reikalavimų aprašo patvirtinimo*. Įsakymas 2024-12-09 Nr. V-1259 [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/6f887bc6b64c11ef88c08519262548c4> [žiūrėta 2026 03 21].
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. (2025). *Dėl Atvejo vadybos asmens sveikatos priežiūros įstaigose bendrųjų reikalavimų aprašo patvirtinimo*. Įsakymas 2025-11-19 Nr. V-1034 [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/83ce9710c50811f0bf10920ce8b0026c/asr> [žiūrėta 2026 03 21].

- Norkienė, S., Petrauskienė, D., & Norkutė-Macijauskė, U. (2019). Pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos veiklos gerinimas taikant atvejo vadybos modelį. *Health Sciences*, 29(5), 81–89. <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2019.086>
- OECD, World Health Organization, & World Bank Group. (2018). *Delivering Quality Health Services: A Global Imperative*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264300309-en>
- Primary Health Care Performance Initiative. (2015). *PHCPI Technical Definition of Primary Health Care*. <https://www.improvingphc.org/sites/default/files/PHCPI%20Technical%20Definition%20of%20Primary%20Health%20Care.pdf>
- Ruževičius, J. (2007). *Kokybės vadybos metodai ir modeliai*. Vilnius: Vilniaus universitetas. Prieiga per internetą: <http://www.kv.ef.vu.lt/wp-content/uploads/2010/10/KNYGA-2-JR.pdf>
- Savickaitė, S., & Česas, A. (2019). Atvejo vadybos taikymas Klaipėdos universitetinėje ligoninėje kuriant personalizuotą onkologinių ligonių sveikatos priežiūrą. *Visuomenės sveikata*, 28(7), 115–120. <https://doi.org/10.5200/sm-hs.2018.102>
- Servetkienė, V., Mockevičienė, B., Černovas, A., & Jankauskienė, D. (2022). Lietuvos gyventojų patirtis, naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis. *Visuomenės sveikata*, 1(96), 40-53.
- Šamreijenė, S., & Česas, A. (2021). Optimizing primary cancer patients' health care by the application of case management. *Health Sciences*, 30, 97–103. <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2020.184>
- VšĮ Mažeikių pirminės sveikatos priežiūros centras. (2025). *Pacientų atvejo vadybos ir žaliojo koridoriaus procesų aprašas* [interaktyvus]. https://www.esinvesticijos.lt/media/force_download/?hash=7141d353e620e305bc9c427459154cee6bd6710871bf74ac148955b8dc7ca13f
- Wang, N., Chen, J., Chen, W., Shi, Z., Yang, H., Liu, P., Wei, X., Dong, X., Wang, C., Mao, L., & Li, X. (2022). The effectiveness of case management for cancer patients: An umbrella review. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1247. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08610-1>
- Wang, V., Diamantidis, C. J., Wylie, J., & Greer, R. C. (2017). Minding the gap and overlap: A literature review of fragmentation of primary care for chronic dialysis patients. *BMC Nephrology*, 18, 274. <https://doi.org/10.1186/s12882-017-0689-0>
- Wendt, W. R. (2024). *Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen: Eine Einführung*. Lambertus-Verlag.
- World Health Organization. (2011). Course03_handout_systems-and-the-effect-of-complexity-on-patient-care. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/curriculum-guide/resources/ps-curr-handouts/course03_handout_systems-and-the-effect-of-complexity-on-patient-care.pdf?sfvrsn=87957996_11&download=true

- World Health Organization. (2018a). *Primary health care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- World Health Organization. (2018b). *Quality in primary health care*. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/quality.pdf>
- Žičkienė, S., & Daševskienė, I. (2009). Implementation of quality management systems: Changes in personnel management. *Socialiniai Tyrimai*, (3), 143–151.
- Žydžiūnaitė, V., & Sabaliauskas, S. (2017). *Kokybiniai tyrimai: Principai ir metodai: vadovėlis socialinių mokslų studijų programų studentams*. Vilnius: Vaga. <https://hdl.handle.net/20.500.12259/57984>

Miškinytė L. Atvejo vadybininko funkcijos gerinant pacientų priežiūros koordinavimą pirminėje sveikatos priežiūroje/ Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas. Vadovė Prof. dr. B. Mockevičienė. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Viešojo valdymo ir verslo fakultetas, Vadybos ir politikos mokslų institutas, 2026, 80 p.

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe nagrinėjamas atvejo vadybininko vaidmuo pirminėje sveikatos priežiūroje. Pirmoje dalyje analizuojami pirminės sveikatos priežiūros organizavimo teikiant pacientų priežiūrą ir atvejo vadybos pritaikymo teoriniai aspektai, analizuojamas atvejo vadybininko vaidmuo, funkcijos bei paslaugų teikimo teisinė aplinka. Antroje pateikiama empirinio tyrimo metodika, o trečioje dalyje pateikiama empirinio tyrimo rezultatų analizė atskleidžianti sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į atvejo vadybininko vaidmenį pacientų priežiūros koordinavimo kontekste. Darbo pabaigoje pateikiamos išvados bei praktinės rekomendacijos, skirtos atvejo vadybos procesams ir kokybei gerinti.

Raktiniai žodžiai: sveikatos priežiūros paslaugos, sveikatos politika, pirminė sveikatos priežiūra, atvejo vadyba, pacientų koordinavimas.

Miškinytė, L. The Role of the Case Manager in Improving the Coordination of Patient Care in Primary Health Care / Master's Thesis in Health Policy and Management. Supervisor of. Prof. Dr. B. Mockevičienė. Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Public Governance and Business,, Institute of Management and Political Sciences, 2026, 80 p.

ANNOTATION

This master's thesis examines the role of the case manager in primary health care. The first part analyzes the theoretical aspects of organizing primary healthcare in the context of patient care and the application of case management, as well as the role, functions, and legal framework for service provision of the case manager. The second part presents the methodology of the empirical study, while the third part presents an analysis of the empirical study results revealing healthcare professionals views on the role of the case manager in the context of coordinating patient care. The conclusion of the paper presents findings and practical recommendations aimed at improving case management processes and quality.

Keywords: healthcare services, health policy, primary healthcare, case management, patient coordination.

Miškinytė L. Atvejo vadybininko funkcijos gerinant pacientų priežiūros koordinavimą pirminėje sveikatos priežiūroje/ Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas. Vadovė Prof. dr. B. Mockevičienė. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Viešojo valdymo ir verslo fakultetas, Vadybos ir politikos mokslų institutas, 2026, 80 p.

SANTRAUKA

Šiame magistro darbe analizuojamas atvejo vadybininko vaidmuo koordinuojant pacientų priežiūrą pirminėje sveikatos priežiūroje. Darbo tikslas – įvertinti sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į atvejo vadybininko funkcijų naudą pacientams, sveikatos priežiūros įstaigoms ir sveikatos sistemai pirminėje sveikatos priežiūroje. Tyrimui atlikti taikytas kiekybinis tyrimo metodas – anketinė apklausa, vykdyta naudojant „Apklausa.lt“ platformą. Tyrime dalyvavo sveikatos priežiūros specialistai, dirbantys pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose, taikyta netikimybinė tikslinė atranka. Iš viso apklausta 293 respondentų.

Tyrimo rezultatai parodė, kad dauguma respondentų teigiamai vertina atvejo vadybininko funkcijas, ypač pabrėžiant pacientų priežiūros koordinavimo gerinimą, paslaugų prieinamumo didinimą bei darbo organizavimo efektyvumą. Taip pat nustatyta, kad atvejo vadyba prisideda prie geresnio komandinio darbo ir pacientų poreikių atitikimo, tačiau kai kuriose srityse, tokiose kaip darbo sąlygų gerėjimas, respondentų vertinimai išlieka labiau neutralūs. Apibendrinant galima teigti, kad atvejo vadybininko vaidmuo yra pakankamai svarbus užtikrinant efektyvų pacientų priežiūros koordinavimą pirminėje sveikatos priežiūroje.

Raktiniai žodžiai: sveikatos priežiūros paslaugos, sveikatos politika, pirminė sveikatos priežiūra, atvejo vadyba, pacientų koordinavimas.

Miškinytė, L. The Role of the Case Manager in Improving the Coordination of Patient Care in Primary Health Care / Master's Thesis in Health Policy and Management. Supervisor: Prof. Dr. B. Mockevičienė. Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Public Administration and Business, Institute of Management and Political Sciences, 2026, 80 p.

SUMMARY

This master's thesis analyzes the role of the case manager in coordinating patient care in primary health care. The aim of the study is to assess the views of health care professionals on the benefits of the case manager's functions for patients, health care institutions, and the health care system in primary health care. A quantitative research method was used for the study—a questionnaire survey conducted using the “Apklausa.lt” platform. Healthcare professionals working in primary care institutions participated in the study, and non-probability purposive sampling was applied. A total of 293 respondents were surveyed.

The study results showed that most of the respondents view the role of the case manager positively, particularly highlighting improvements in the coordination of patient care, increased accessibility of services, and the efficiency of work organization. It was also found that case management contributes to better teamwork and meeting patient needs; however, in some areas, such as improvements in working conditions, respondents' evaluations remain more neutral. In summary, it can be stated that the role of the case manager is sufficiently important in ensuring effective coordination of patient care in primary healthcare.

PRIEDAI

1 priedas. Anketa sveikatos priežiūros specialistams

Gerb. Respondente,

Esu Mykolo Romerio universiteto studentė, rengiu magistro baigiamąjį darbą tema „Atvejo vadybininko funkcijos gerinant pacientų priežiūros koordinavimą pirminėje sveikatos priežiūroje, šio tyrimo tikslas - išanalizuoti atvejo vadybininko funkcijas pirminėje sveikatos priežiūroje. Kviečiu Jus dalyvauti apklausoje, kadangi Jūsų nuomonė labai svarbi, siekiant įvertinti atvejo vadybininko funkcijų įgyvendinimą praktikoje, bei pastarųjų reikšmę pacientų priežiūros koordinavimo procesui pirminėje sveikatos priežiūroje. Ši apklausa yra anoniminė, tyrime nebus atskleidžiami Jūsų asmeniniai duomenys, rezultatai bus pateikiami apibendrinti, bus užtikrintas Jūsų konfidencialumas. Rezultatai bus naudojami tik baigiamajame darbe.

DEMOGRAFINIAI KLAUSIMAI

1. Jūsų lytis:

- ☐ Vyras
- ☐ Moteris
- ☐ Nenoriu atskleisti

2. Jūsų amžius:

- ☐ Iki 20 m. (imtinai)
- ☐ 21 – 30 m.
- ☐ 31 – 40 m.
- ☐ 41 – 50 m.
- ☐ 51 – 60 m.
- ☐ 61 – 65 m.
- ☐ 66 ir daugiau

3. Kokioje vietovėje yra Jūsų sveikatos priežiūros įstaiga?

- ☐ Didmiestis (Vilnius, Kaunas, Klaipėda ir Šiauliai)
- ☐ Miestas (Panevėžys, Alytus, Utena, Ukmergė ir kt.)
- ☐ Miestelis ir (ar) kaimas (pvz. Akademija, Rumšiškės ir kt.)

4. Kokioje įstaigoje Jūs dirbate?

- ☐ Valstybinėje įstaigoje
- ☐ Privačioje
- ☐ Dirbu ir privačioje ir valstybinėje

5. Jūsų pareigos:

- ☐ Šeimos gydytojas
- ☐ Slaugytojas
- ☐ Socialinis darbuotojas
- ☐ Kitas specialistas (įrašyti)

6. Darbo stažas sveikatos priežiūros srityje

- ☐ Iki 5 m.
- ☐ 6-10 metų
- ☐ 11-20 metų
- ☐ Daugiau nei 20 metų

KLAUSIMAI, APIE ATVEJO VADYBININKO FUNKCIJAS

Šioje dalyje pateikiami klausimai apie asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, kurioje Jūs dirbate, dirbančių atvejo vadybininkų funkcijas.

7. Ar jūsų įstaigoje yra taikoma atvejo vadyba?

- ☐ Taip
- ☐ Ne
- ☐ Nežinau

8. Ar Jums, kaip specialistui priskirtos atvejo vadybininko funkcijos?

- ☐ Taip
- ☐ Ne
- ☐ Nežinau

9. Nurodykite, kokios funkcijos pavestos atvejo vadybininkui, asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, kurioje dirbate?

	Taip	Ne ir nereikia	Ne, bet reikėtų priskirti atvejo vadybininkui	Nežinau
Gydytojui sudarius paciento ištyrimo ir gydymo planą, užtikrinti jo įgyvendinimą				
Bendradarbiauti su pacientu, jo artimaisiais				
Bendradarbiauti su atitinkamomis institucijomis, padaliniais ir specialistais				
Aktyviai skatinti pacientą laikytis gydytojo nurodymų ir numatytų priemonių				
Koordinuoti asmens dalyvavimą ligų prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos programose				

Stebėti ligų prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos programose nustatyto paciento kelio vykdymą				
Informuoti ir konsultuoti pacientą bendraisiais pasirengimo diagnostiniams tyrimams, gydymo procedūroms, psichosocialinės pagalbos gavimo ir kt. klausimais				
Organizuoti, koordinuoti ir prižiūrėti asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikimą				
Užtikrinti asmens sveikatos priežiūros paslaugos prieinamumą				
Užtikrinti asmens sveikatos priežiūros paslaugos tęstinumą				
Užtikrinti asmens sveikatos priežiūros paslaugos kokybę				
Gydančio gydytojo pavedimu organizuoti daugiadalykės gydytojų specialistų komandos paciento atvejo aptarimą ir (ar) gydytojų konsiliumą				
Užtikrinti, kad būtų pateikti daugiadalykės gydytojų specialistų komandos paciento atvejo aptarimui ar konsiliumui reikalingi paciento dokumentai				
Įvesti duomenis į informacines sistemas				
Rengti ataskaitas ir teikti jas asmens sveikatos priežiūros įstaigos (ASPI) padaliniais ir kitoms institucijoms pagal ASPI vadovo nustatytą tvarką				
Koordinuoti ir valdyti asmens sveikatos paslaugai teikti reikalingus išteklius				
Teikti rekomendacijas ir priimti sprendimus, užtikrinančius optimalų išteklių naudojimą				
Vertinti paslaugos teikimo ekonominį poveikį				
Rengti ir įgyvendinti strategijas, skirtas ekonomiškai efektyviam asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikimui užtikrinti				

10. Jeigu 9 klausime nenurodytos atvejo vadybininko funkcijos, kurias šis specialistas atlieka, įstaigoje, kurioje Jūs dirbate, įrašykite jas: _____

KLAUSIMAI, APIE ATVEJO VADYBININKO VEIKLOS NAUDĄ

11. Įvertinkite atvejo vadybininko funkcijų naudą pacientui:

	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Sutinku	Visiškai sutinku
Mažesnis sergamumas					
Ilgesnė sveiko gyvenimo trukmė					
Mažesnė komplikacijų rizika					

Didesnis paslaugų prieinamumas					
Didesnis sveikatos raštingumas					
Didesnis pasitenkinimas paslaugomis					
Geresnė paslaugų kokybė					

12. Įvertinkite atvejo vadybininko funkcijų naudą įstaigai ir personalui:

	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Sutinku	Visiškai sutinku
Mažėjanti administracinė našta gydytojams					
Efektyvesnis darbas komandoje					
Geresnės darbo sąlygos					
Geresnis bendradarbiavimas tarp skirtingų specialistų					
Optimalus funkcijų paskirstymas					
Mažesnės laiko sąnaudos					

13. Įvertinkite atvejo vadybininko funkcijų naudą visai sveikatos sistemai:

	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Sutinku	Visiškai sutinku
Sumažėjusi hospitalizacijos ir pakartotinės hospitalizacijos rizika					
Sumažėjęs ankstyvas mirtingumas nuo išvengiamų ligų					
Sumažėjęs lankymasis asmens sveikatos priežiūros įstaigose					
Didėjantis gyventojų darbingumas					
Mažėjančios sveikatos sistemos sąnaudos					

14. Jei 11-13 klausimuose nepaminėta nauda, kurią Jūs išvelgiate, dirbant atvejo vadybininkui, parašykite tai čia _____

KLAUSIMAI, APIE ATVEJO VADYBININKO FUNKCIJŲ TOBULINIMĄ

15. Nurodykite pagrindinius iššūkius, su kuriais susiduriama įgyvendinant atvejo vadybininko funkcijas pirminėje sveikatos priežiūroje? (galite pasirinkti kelis atsakymo variantus)

- ☐ Atvejo vadybininkams priskiriama per mažai funkcijų
- ☐ Atvejo vadybininkų funkcijos nepakankamai aiškiai apibrėžtos, todėl kyla nesusipratimų
- ☐ Atvejo vadybininkų yra per mažai

- ☐ Atvejo vadybininkai yra netinkamai / nepakankamai apmokyti
- ☐ Atvejo vadybininkai daro daug klaidų
- ☐ Specialistai nenoriai bendradarbiauja su atvejo vadybininkais
- ☐ Pacientai nenoriai bendradarbiauja su atvejo vadybininkais
- ☐ Atvejo vadybininko funkcijos yra perteklinės
- ☐ Atvejo vadybininko pareigybė nereikalinga, įneša daugiau sumaišties nei naudos
- ☐ Nežinau
- ☐ Kita (įrašykite)_____

16. Jeigu 9 klausime nenurodytos atvejo vadybininko funkcijos, kurias reikėtų priskirti šiam specialistui, įrašykite čia, kokios tos funkcijos turėtų būti:_____

17. Kaip manote, būtų tikslinga plėtoti atvejo vadybininko funkcijas asmens sveikatos priežiūros įstaigose? (galite pasirinkti kelis atsakymo variantus)

- ☐ Manau, kad kiekvienoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje turi dirbti atvejo vadybininkai
- ☐ Manau, kad atvejo vadybininkams tikslinga priskirti tokias funkcijas, kad jis būtų kaip tarpininkas tarp šeimos gydytojo komandos ir kitų specialistų
- ☐ Manau, kad atvejo vadybininkams tikslinga priskirti tokias funkcijas, kad jis užtikrintų kuo geresnį pacientų poreikių tenkinimą
- ☐ Manau, kad atvejo vadybininkams tikslinga priskirti tokias funkcijas, kad jis užtikrintų didesnę pacientų informuotumą
- ☐ Manau, kad nereikia nieko keisti
- ☐ Nežinau
- ☐ Kita (įrašykite)_____

AČIŪ UŽ ATSAKYMUS

2 priedas. Respondentų atsakymai į atviro tipo klausimą: „Nurodykite, kokias papildomas funkcijas atlieka atvejo vadybininkas Jūsų įstaigoje.“

1	Socialinis darbuotojas
2	Neturiu nuomonės
3	Kviečia, registruoja prevencinėms programoms ir kitiems reikalingiems tyrimams, paaiškina apie pasiruošimą, registruoja specialistų konsultacijoms, atlieka išrašų kopijas ir pan., tačiau galėtų tikrai atlikti ir daugiau funkcijų
4	Nežinau
5	Viskas nurodyta
6	Kai reikia padeda įvairiose situacijose
7	Šiuo metu jos įstaigoje niekinės
8	Dirbu tik su psichikos sutrikimus patiriančiais asmenimis psichikos sveikatos centre. Psichikos sveikatos atvejo vadybininkas dirba komandoje su gydytoju psichiatru, socialiniu darbuotoju, psichikos sveikatos slaugytoju ir psichologu. Komanda teikia kompleksines psichikos sveikatos paslaugas pacientui, kurias koordinuoja atvejo vadybininkas
9	Bendradarbiauja su pacientu ir artimaisiais, koordinuoja asmens dalyvavimą prevencinėse programose
10	Ekonomikos klausimus gal geriau palikti ekonomistams, o ne atvejo vadybininkams
11	Susisieikia su naujai prisirašiusiu pacientu įstaigoje, suderina pirmą vizitą pas šeimos gydytoją
12	Atvejo vadybininko funkcijos visos nurodytos