

## ATVEJO VADYBININKO MODELIO ANALIZĖ SVEIKATOS SISTEMOS KONTEKSTE

### Kęstutis Štaras

Vilniaus VŠĮ Centro poliklinika  
Pylimo g. 3, LT-01117, Vilnius, Lietuva  
Telefonas (8 5) 251 4016  
Elektroninis paštas: k.staras@mruni.eu, star.k@pylimas.lt

### Tomas Vedlūga

VŠĮ Centro poliklinika  
Pylimo g. 3, LT-01117, Vilnius, Lietuva  
Telefonas (8 5) 251 4087  
Elektroninis paštas: tomas.vedluga@pylimas.lt

### Santrauka

Šiame straipsnyje analizuojamos dabartinės pirminės asmens sveikatos priežiūros (toliau – PASP) organizavimo problemos ir apžvelgiami Lietuvos Respublikos Seimo patvirtinti Lietuvos sveikatos sistemos plėtros 2011–2020 m. metmenys, kuriuose, sprendžiant PASP problemas, siūloma taikyti atvejo vadybą. Užsienio šalių praktikoje tai dar nėra plačiai paplitę, o Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose tai naujas dalykas. Siekiant išbandyti ir patikrinti atvejo vadybos naudingumą, bandomasis atvejo vadybos principais paremtas projektas pradėtas įgyvendinti Vilniaus VŠĮ Centro poliklinikoje. Tikėtina, kad atliekama atvejo vadybininko vaidmens analizė leis atskleisti, ar šis modelis naudingas.

Straipsnio tikslas – apžvelgti egzistuojančius atvejo vadybos modelius ir pristatyti VŠĮ Centro poliklinikos atvejo vadybos patirties studiją, įvertinant, kiek šis modelis yra tinkamas ir efektyvus, siekiant gerinti sveikatos sistemos veiklos rezultatyvumą, jo naudą pacientams, gydytojo ir slaugytojo komandai bei įtaką asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybei.

**Reikšminiai žodžiai:** atvejo vadybininkas, sveikatos sistema, veiklos efektyvumas.

### Įvadas

Lietuvoje šeimos gydytojo institucija pradėta steigti 1995 m., įgyvendinant Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją.<sup>1</sup> Nuo 2004 m. bendrosios praktikos gydytojais tapo šeimos gydytojai, o šeimos medicina apibrėžta kaip šeimos gydytojo praktika. Lietuvoje šeimos gydytojo specialybė buvo įvesta atsižvelgiant į kitų šalių patirtį – kaip patarėjo, koordinatoriaus, padedančio orientuotis sveikatos sistemoje, konsultuojančio elementariais sveikatos klausimais, stebinčio lėtinių ligų eigą, padedančio surasti reikalingą specialistą ir besirūpinančio prie gydymo įstaigos prisirašiusių gyventojų sveikata. Jo veikla apima ne tik gydymą, bet ir sveikatos išsaugojimą bei gerinimą, ligų profilaktiką. Todėl šeimos gydytojo vadybininko vaidmuo ypač reikšmingas ne tik teikiant

1 Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios tarybos 1991 m. spalio 30 d. nutarimas Nr. I-1939 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“.

pirminę asmens sveikatos priežiūrą, bet ir visai sveikatos sistemai. Šeimos gydytojas teikia paslaugas dirbdamas kartu su PASP komanda. Įprastai šeimos gydytojui tenka vienas bendros praktikos slaugytojas (toliau – slaugytojas). Slaugytojo kompetencija apima sveikatos ugdymą, stiprinimą ir išsaugojimą, ligų ir rizikos veiksnių profilaktiką, sveikų ir sergančių asmenų fizinę, psichinę ir socialinę priežiūrą<sup>2</sup>.

## 1. Pirminės sveikatos priežiūros organizavimo problemos

Šiuo metu šeimos gydytojo veiklos sritis, teises, pareigas ir atsakomybę nustato 2006 m. įsigaliojusi ir visiems šeimos gydytojams privaloma šeimos gydytojo norma<sup>3</sup>. Tačiau atkreiptinas dėmesys, kad yra didelės darbo apimtys: konsultacijos telefonu, valstybinių prevencinių sveikatos programų vykdymas, sveikos gyvensenos propagavimas. Prisdėjo atsakomybė už šeimos gydytojo kompetencijai naujai priskirtų ligų gydymą. Be šių funkcijų, taip pat prisdėjo ir visai su medicina nesusijusių funkcijų: pažymų, reikalingų įforminti slaugą arba nustatyti specialiuosius poreikius, išdavimas, ilgalaikių nedarbingumo pažymėjimų tęsimas, laikino nedarbingumo nustatymas bei kitų socialinių klausimų sprendimas<sup>4</sup>.

Jau 2006 m. Nacionaliniame sveikatos tarybos metiniame pranešime<sup>5</sup> buvo pabrėžtas koordinacijos tarp odontologijos, psichikos sveikatos ir šeimos gydytojų teikiamų paslaugų trūkumas bei bendras psichologinės tarnybos ir socialinių darbuotojų paslaugų visiems, ne tik psichikos ligomis sergantiems pacientams, trūkumas. Pažymima, kad slauga namuose teikiama epizodiškai tik pagal poreikį, dažnai nesilaikoma orientacijos į šeimą principo, neišvystyta ambulatorinė slaugos namuose paslaugos, socialinės asmens integracijos sistema. Buvo atkreiptas dėmesys į nepalankią pacientui sveikatos priežiūros sistemą: ilgos planinės gydytojo konsultacijos laukimo eilės, eilės prie gydytojo kabineto durų, pavargęs, nedėmesingas slaugytojas ir gydytojas, nepakankamas konsultacijos laikas, neaiškus siuntimų konsultuoti ar atlikti tyrimų tikslas, ilgos planinės specialisto konsultacijos ir sveikatos problemų vadybos stoka<sup>6</sup>.

Pastebima, kad gydytojas nemažai laiko skiria dokumentams pildyti, dėl to per mažai lieka laiko ligonio apžiūrai, pokalbiui. Pacientas priverstas pas gydytoją eiti kelis kartus. Taip pat dažniausiai ligoniai ateina tik tam, kad medikas pratęstų išrašytų vaistų receptą. Dar viena opi problema yra tai, kad senyvo amžiaus ligoniai dažnai į sveikatos

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

3 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“, Nr. V-1013 // „Valstybės žinios“, 2006 01 10, Nr. 3-62.

4 Slaninienė G. *Šeimos gydytojo medicinos norma: daug pareigų, mažai teisių*, Kaunas: Farmacija ir laikas, 2006.

5 Nacionalinis sveikatos tarybos metinis pranešimas, 2006 m.

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

priežiūros įstaigą ateina tik pasišnekėti. Senyvo amžiaus žmonės turi daugiau sveikatos sutrikimų, todėl ir jų poreikiai didesni, reikalaujantys daugiau medikų laiko.

Kaip atsakas į šias problemas Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 m. plėtros metmenyse<sup>7</sup> vienas iš prioritetų yra toliau plėtoti šeimos gydytojo ir slaugytojo paslaugas, didinti jų apimtį ir plėsti formas. Įgyvendinant šį prioritetą, 2012–2013 m. planuojama toliau tobulinti PASP paslaugų veiklos organizavimą, įvedant šeimos gydytojo asistento (atvejo vadybininko) bei slaugytojų padėjėjų etatus. Tikėtina, kad tai pagerins paslaugų prieinamumą ir sumažins tiesiogiai su gydymu nesusijusį darbo krūvį. Taip pat numatoma skatinti šeimos gydytojo ir slaugytojo komandos glaudų bendradarbiavimą su socialiniu darbuotoju. Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – SAM) įsitikinimu, vykstantis visuomenės senėjimas lems dar didesnius gyventojų sveikatos poreikius, todėl negalima delsti sprendžiant sveikatos paslaugų vadybos problemas.

## 2. Atvejo vadybos samprata

Atvejo vadyba (angl. *case management*) yra esminė priemonė teikiant integruotą priežiūrą, kuri tarptautiniu mastu tapo vienu priimtinausių modelių teikiant sveikatos priežiūros paslaugas žmonėms, turintiems ilgalaikių ir sudėtingų sveikatos sutrikimų bei įvairių socialinės priežiūros poreikių. Atvejo vadyba – socialinių paslaugų ir asmens sveikatos priežiūros integracija individualiu lygmeniu. Bendrąja prasme atvejo vadyba taikoma įvairiose srityse, apima daugelį disciplinų, tačiau didžiojoje dalyje mokslinių šaltinių nagrinėjama psichikos sveikatos ir socialinio darbo praktikoje. Būtent iš šių sričių kildinama atvejo vadybos koncepcija. Ilgainiui atvejo vadyba tapo išstbulinta intervencija sprendžiant deinstitucionalizacijos sukeltus paslaugų fragmentiškumo ir dalinio finansavimo sunkumus asmenims, kuriems reikalinga ilgalaikė parama ir medicininės bei socialinės paslaugos. Tai metodas, kuris akcentuoja darbo su klientu individualią ir bendruomeninę dimensijas, nes yra iškeliamos vidinės kliento ir socialinio darbuotojo galimybės bei kompetencijos ir ryšys su socialiniais tinklais.

Atvejo vadyba – bendradarbiavimu grindžiamas procesas, kai naudodamasis komunikacija ir turimais ištekliais atvejo vadybininkas, orientuodamasis į individualių poreikių patenkinimą, įvertina kliento galimybes, galimus pasirinkimus bei paslaugas, kurias vėliau planuoja, koordinuoja jų suteikimą, siekia kokybiškų ir ekonomiškai efektyvių rezultatų<sup>8</sup>. UNICEF leidinyje teigiama, jog įvairių sričių atvejo vadybos procesą sudaro šie etapai<sup>9</sup>:

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

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

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

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

9 *Integrated Community Case Management (iCCM)*, 2012 [interaktyvus]. Žiūrėta 2012-08-01. Prieiga per internetą: [http://www.unicef.org/health/files/iCCM\\_Joint\\_Statement\\_2012.pdf](http://www.unicef.org/health/files/iCCM_Joint_Statement_2012.pdf).

**Planavimas.** Atvejo vadybininkas ir kiti komandos nariai sukuria konkrečiam atvejui planą, kuriuo vadovaujantis bus siekiama patenkinti nustatytus kliento poreikius. **Konkreto atvejo plano įgyvendinimas.** Pagal planą priskirti asmenys ir (ar) organizacijos vykdo nustatytus veiksmus.

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

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

### 3. Atvejo vadybos modeliai

Atvejo vadyba taikoma įvairiose srityse, todėl ne tik apibrėžtis bet ir jos taikymo modeliai pasižymi labai didele įvairove. Modeliams būdingi skirtingi tikslai bei dinamika, susijusi su paslaugų teikimo aplinkybėmis. Nepaisant to, per pastaruosius dešimtmečius atsirado keletas pagrindinių atvejo vadybos modelių.

#### 3.1. Tradiciniai modeliai

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

**Jėgų modelis** (angl. *strengths model*). Pagal šį modelį atvejo vadybininkas, užuot vertinęs kliento poreikius remdamasis jo trūkumais ar problemomis, kuria paslaugų planą remdamasis kliento stipriosiomis pusėmis, užtikrindamas būtinus išteklius jam integruotis į bendruomenę ir gerinti gyvenimo kokybę. Šio modelio sėkmę lemia kliento įtraukimas į procesą ir aktyvaus kontakto su juo palaikymas.

**Reabilitacijos modelis** (angl. *the rehabilitation model*). Modelis artimas jėgų modeliui. Abieju modeliu atveju yra svarbu teikti paslaugas remiantis kliento norais ir tikslais. Tačiau pagal reabilitacijos modelį nustatomos ir kliento silpnybės, kurios taip pat įvertinamos ir į jas atsižvelgiama kuriant planą.

**Kategoriškasis bendruomenės gydymo modelis** (angl. *assertive community treatment model*). Pagal šį modelį veikia įvairių specialistų komanda (psichiatras, slaugytojas, socialinis darbuotojas ir atvejo vadybininkas), sudaryta konkrečiam asmeniui prižiūrėti. Šiame modelyje atvejo vadyba ir gydymas sudaro vieną visumą. Tyrimai rodo, kas šis modelis sumažina klientų hospitalizacijos terminus, neprasmingą ir pakartotinę hospitalizaciją, gerina klientų, ypač nuolatinių psichikos sveikatos paslaugų vartotojų, gyvenimo kokybę.

**Intensyvusis modelis** (angl. *intensive model*). Intensyvusis modelis nuo kategoriškojo skiriasi tuo, kad atvejo vadybininkas yra daugiau tarpininkas nei tiesioginis paslaugų teikėjas. Intensyvi atvejo vadyba yra tarpininkavimo paslauga, skirta padė-

ti žmonėms, sergantiems sunkiomis psichinės negalios ligomis, siekiant pagerinti jų integraciją į bendruomenę, susiejant juos su gydymo paslaugų teikėjais.

**Paprastasis modelis** (angl. *generalist model*). Pagal šį modelį atvejo vadybininkas įvertina kliento poreikius ir sudaro gydymo planą pagal tai, kaip jis vertina, kliento poreikius. Taigi planai yra sudaromi ne pagal tai, ko norėtų klientas, bet pagal tai, ko, atvejo vadybininko vertinimu, klientui reikia.

### 3.2. Asmens sveikatos priežiūros modeliai

Asmens sveikatos priežiūros sistemos atvejo vadybos modeliai taikomi sveikatos priežiūros įstaigose, kur dirba PASP tarnybos, slaugytojai, gydytojai, kurie dažniausiai ir yra atvejo vadybininkai.

**Slaugytojo modelis** (angl. *nurse model*). Išskiriamos trys slaugytojo atvejo vadybos kategorijos: konkrečios ligos, asmeninis / individualus ir kaimo bendruomenės, taip pat keturi atvejo vadybos komponentai, būdingi kiekvienai iš šių kategorijų: funkcijos, būdai ir technologija, procesas ir paslaugos. Slaugytojo atvejo vadybos veikla apima visus tris prevencijos lygius, kuriais vadovaujantis atvejo vadybininkas realizuoja priežiūros planą. Sudarant planą, svarbu orientuotis į šešis laukiamus rezultatus: finansinį, klinikinį, funkcinę gerovę, kokybę ir humaniškumą.

**Gydytojo praktikos modelis** (angl. *physician practice model*). Gydytojui nustatčius didelės rizikos pacientą, atvejo vadybininkas atlieka gydymo namuose įvertinimą. Pacientui priskiriamas jo individualus atvejo vadybininkas, kuris yra tarpininkas tarp gydytojo ir paciento. Atvejo vadybininkas prižiūri pacientą, stebi jo būklę, tikrina, ar tinkamai vartojami vaistai, ar teisingai vykdomi gydytojo nurodymai.

**Pirminės priežiūros modelis** (angl. *primary care model*). Šis modelis skirtas PASP paklausai padidinti, prevencinei veiklai gydytojų kabinetuose plėtoti, siekiant sumažinti hospitalizaciją ir skubių iškvietimų skaičių, taip pat paslaugų prieinamumo barjerams šalinti, keičiant siuntimo pas gydytoją tvarką.

### 3.3. Socialinio darbo modeliai

Šių modelių atvejo vadybininkai nėra sveikatos priežiūros teikėjai.

**Brokerio / tarpininkavimo** (angl. *brokerage model*). Atvejo vadybininkas sieja klientą su įvairiomis tarnybomis, paslaugomis ar kitais jam reikalingais resursais. Išskiriamos penkios brokerio modelio atvejo vadybininko funkcijos: 1) vertinimas; 2) planavimas; 3) siuntimas gauti paslaugų; 4) stebėseną; 5) atstovavimas. Pirmiausiai vadybininkas siūlo klientui, kaip gauti reikiamas paslaugas. Jis derasi su institucijomis, derina veiksmų planą, yra atsakingas už siuntimą pas specialistus ir pagrindinės bylos vedimą. Pagrindinis atvejo vadybininko tikslas šiame modelyje – padidinti tikimybę, kad klientas gaus tinkamas paslaugas, tinkama tvarka ir laiku.

**Klinikinis modelis** (angl. *clinical model*). Klinikinė atvejo vadyba apima keturias plačias paslaugų sritis: 1) pradinį etapą (įsitraukimas, vertinimas, planavimas); 2) išorinę intervenciją (sujungimas su bendruomenės resursais, konsultacija su šeima ir ki-

tais slaugančiais asmenimis, socialinių tinklų plėtra, bendradarbiavimas su gydytoju ir sveikatos priežiūros įstaiga, advokatavimas); 3) paciento lygio intervencijas (nenutrūkstama individuali psichoterapija, įgūdžių nepriklausomai gyventi ugdymas, paciento psichoedukacija); 4) išorines paciento lygio intervencijas (krizės intervencija, stebėseną).

**Socialinis-medicininis modelis** (angl. *socio-medical model*). Pagal šį modelį asmens sveikatos priežiūros paslaugų tiesiogiai neteikiantis atvejo vadybininkas veikia kaip tarpininkas tarp paslaugų teikėjų ir kliento. Jis atsakingas už visapusišką paslaugų paketo koordinavimą. Nors šiame modelyje akcentuojamas dėmesys į visapusišką visų reikiamų paslaugų teikimą, daroma prielaida, jog ten, kur įmanoma, bus teikiamos pigiausios ir kokybiškiausios paslaugos.

**Paciento palaikymo modelis** (angl. *patient advocacy model*). Šio modelio esmė – koordinuoti platų paslaugų asortimentą, siekiant pagerinti priežiūros kokybę. Pabrėžiama, kad priimant sprendimą dėl priežiūros plano svarbu atsižvelgti į visas pacientui svarbias aplinkybes. Priežiūros planas nustatomas ne tik remiantis medicininiais paciento poreikiais, bet ir socialiniais, psichologiniais bei esama kliento finansine padėtimi.

**Jungtinis modelis** (angl. *Consolidated model*). Šis modelis sujungia svarbesnių įgaliojimų patikrinimo ir paciento palaikymo modelius. Taigi dirba tarpdisciplininė komanda. Komanda nustato besikeičiančius kliento poreikius ir suteikia paslaugas. Keli paslaugų teikėjai sudaro komandą, kuri svarsto, ar pacientui reikia papildomų, alternatyvių paslaugų. Toks priežiūros planas yra komandinio sprendimo rezultatas.

### 3.4. Atvejo vadybos modelių apibendrinimas

Kiekvienas modelis taikomas konkrečioje aplinkoje su specifine organizacine struktūra, paslaugų teikimo sistema, o atvejo vadybininkas atlieka skirtingą įvairiapusių vaidmenį, todėl perimti šį modelį ir pritaikyti kitoje aplinkoje yra netikslinga ir neefektyvu. Tačiau kiekvienas modelis turi privalumų, atsižvelgiant į juos ir į aplinką, kurioje norima diegti modelį, galima tikėtis gerų rezultatų. Taikomo modelio naudą ir efektyvumą užtikrina daugelis faktorių<sup>10</sup>: pasirinkta tikslinė grupė, aiškus tikslas, palanki organizacinė struktūra, finansų kontrolė, santykiai su kitomis organizacijomis paslaugų teikimo sistemoje, įvairaus spektro paslaugų prieinamumas.

Atvejo vadyba padės užtikrinti geresnę pacientų priežiūrą ir įgalins sutaupyti lėšų tik tuo atveju, jei modelis bus gerai suprojektuotas, dirbs tinkamai ir profesionaliai apmokyti atvejo vadybininkai ir komanda, kurie funkcionuos platesnėje paslaugų teikimo sistemoje, kurioje integruota ir koordinuota priežiūra yra skatinama ir vertinama<sup>11</sup>. Bet tai neišvengiamai padidins paslaugų kainą.

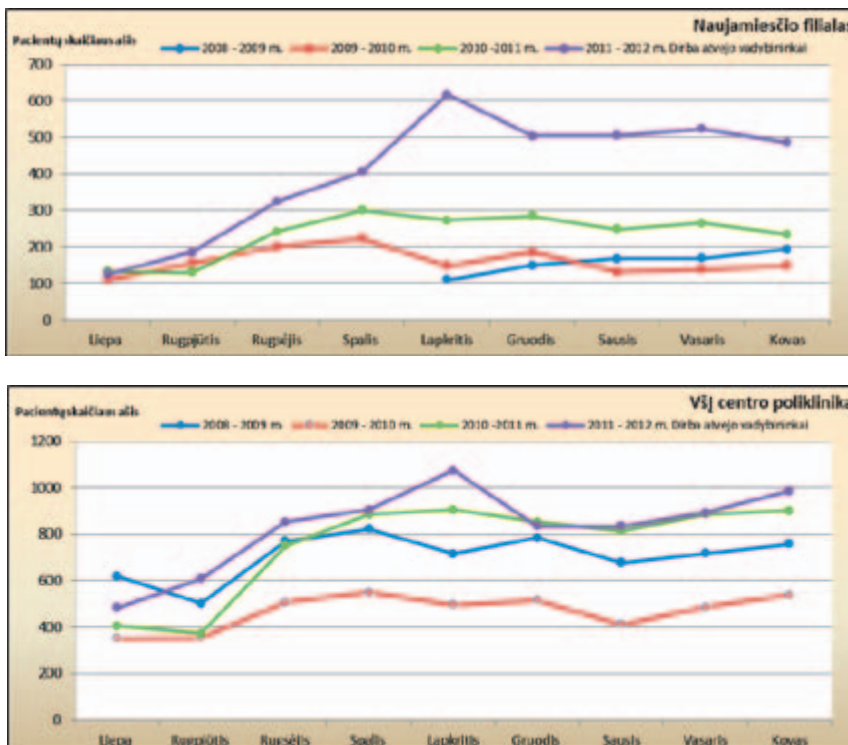
10 Banks P. *Chapter 6 Case management, Integrated services for older people a resource book for managers*, Dublin: EHMA, 2004 ISBN 90-5957-283-1.

11 Editorial *Reviewing the evidence on case management: lessons for successful implementation*, International Journal of Integrated Care – Volume 11, URN:NBN:NL:UI:10-1-101754.

#### 4. Atvejo vadybos studija

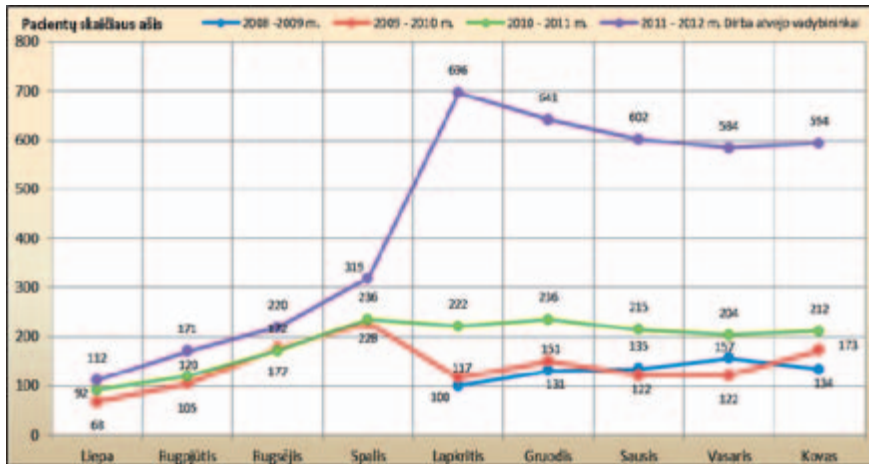
Šiuo metu Centro poliklinikoje dirba 3 šeimos gydytojo ir slaugytojo asistentai (toliau – atvejo vadybininkai arba asistentai). Pagrindinės atvejo vadybininkų funkcijos yra šios: informuoti pacientus apie vykdomas valstybines prevencines programas, teikiamas paslaugas ir įkainius, registruoti pacientus pas gydytojus, tikrinti, pildyti paciento kontaktinius duomenis, analizuoti greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) ataskaitas ir kviešti pacientus pas gydytoją po GMP vizitų, tikrinti pacientų draustumą, konsultuoti privalomojo sveikatos draudimo klausimais bei bendradarbiauti su kitais asmens sveikatos priežiūros komandos nariais. Centro poliklinikos modelis daugiausiai panašumų turi su pirminės priežiūros modeliu (angl. *primary care model*), kuris nėra intensyvus, priešingai – daugiau bendro pobūdžio, universalus.

Informavimo paslaugų lyginamajai analizei atlikti pasirinkti keturi laikotarpiai: 2011–2012 m. liepos–kovo mėn. – laikotarpis nuo atvejo vadybininko pareigybės atsiradimo, ir 2008–2009 m., 2009–2010 m., 2010–2011 m. – ankstesnių metų tų pačių mėnesių laikotarpiai, prieš pareigybei atsirandant. Kadangi asistentės dirba tik su Naujamiesčio filialo pacientais, pastebimas būtent šio padalinio pacientų informuotumo padidėjimas. Gimdos kaklelio programos informatyvumo dinamika padidėjo ~2,5 karto (1 pav.).



1 pav. Gimdos kaklelio vėžio programos informuotumo dinamika Naujamiesčio filiale ir visoje poliklinikoje

Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių programos vykdomos nuo 2004 m. Galima daryti prielaidą, kad padidėjęs informuotumas turėjo daugiausiai įtakos ir patikrai. Ankstesniais metais pasitikrinimų skaičius buvo panašus, o 2011–2012 m. stipriai šoktelėjo į viršų. Vidutiniškai per 2012 m. pasitikrinimų padidėjo 3 kartus Naujamiesčio filiale. Palyginti su kitais filialais, jis taip pat didesnis.



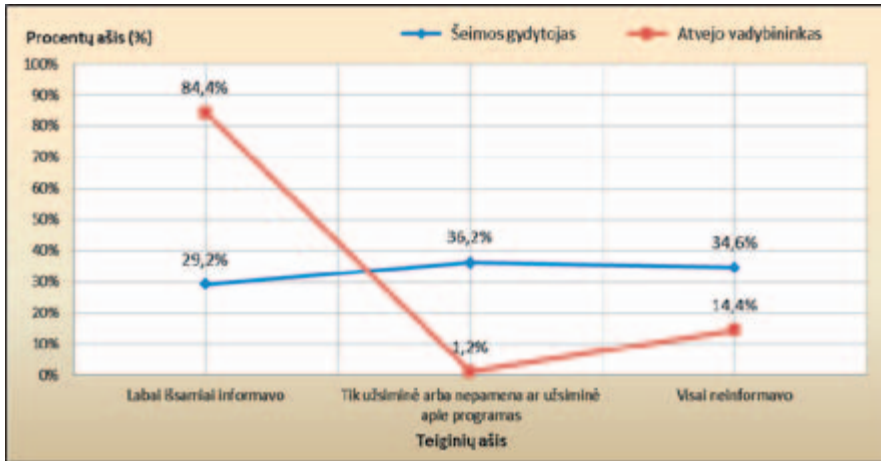
2 pav. Gimdos kaklelio vėžio programos patikros dinamika Naujamiesčio filiale

#### 4.1. Atvejo vadybininko darbo analizė

Tyrimė dalyvavo 243 poliklinikos pacientai, iš jų 210 moterų ir 33 vyrai. Respondentų amžius 25–70 metų, vidurkis – 39 metai. Tyrimė moterų pasiskirstymą lėmė tai, kad didžioji dalis prevencinių programų skirta būtent joms.

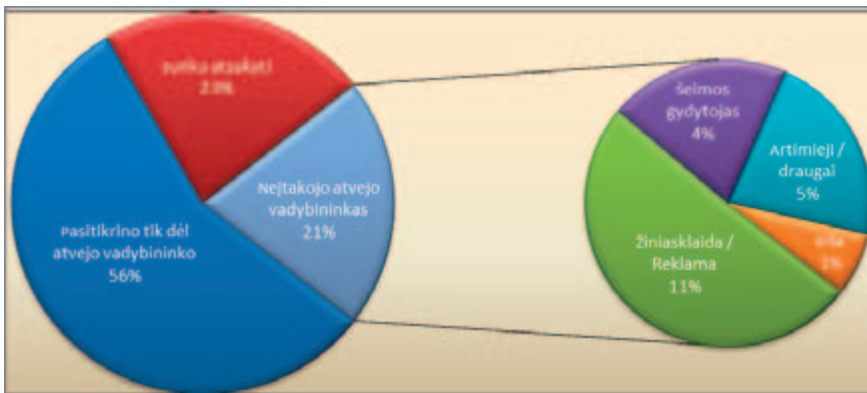
Buvo tiriama, kiek šeimos gydytojas ir slaugytojas gyventojus informuoja apie jų amžiaus kategorijai ir lyčiai skirtas prevencines programas. 71 proc. respondentų atsakė, jog apie prevencines programas yra neinformuojami arba jiems yra tik užsimenama (3 pav.). Tai rodo, kad dėl laiko stokos ar kitų priežasčių (pvz., pacientas nesilanko poliklinikoje) šeimos gydytojai ir slaugytojai neskiria pakankamai dėmesio informavimui apie prevencines programas ir didžiąją dalį savo pacientų šiuo klausimu palieka nežinioje. Neturėdami išsamios ir konkrečios informacijos apie privalomas sveikatos patikras, pacientai nėra linkę tikrintis profilaktiškai. Kitas labai svarbus rodiklis, kad dauguma tyrimė dalyvavusių respondentų pripažino, jog juos informavo asistentas. Taip teigė daugiau kaip 80 proc. respondentų. Galima daryti prielaidą, kad informuotumas padidėjo apie 20 proc.





3 pav. Šeimos gydytojo ir slaugytojo pacientų informavimo apie prevencines programas lygis

Iš visų pacientų, kuriems buvo skambinta, 56,1 proc. tvirtina, jog nebūtų atvykę pasitikrinti, jei ne asistento skambutis, o 21,2 proc. atvykusių pasitikrinti mano, jog būtų atvykę pasitikrinti, net jei asistentas nebūtų informavęs apie jiems skirtą prevencinę programą. Likusi dalis pabrėžė negalintys atsakyti, kaip būtų buvę. Apklausa atskleidė, kad tik 4 proc. respondentų pasitikrino pagal prevencines programas dėl šeimos gydytojo įtakos. Netgi reklama ir žiniasklaida daro didesnę efektą – 11 proc. (4 pav.).



4 pav. Atvykusių respondentų dalyvavimas prevencinėje programoje asistentui neinformavus

## Išvados

1. Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 m. metmenyse skatinama, gerinant pirminės sveikatos priežiūros vadybą, sukurti pirminės asmens sveikatos priežiūros veiklos integracijos bandomąjį modelį, naudojant atvejo vadybos principą. Tai turėtų būti vienas iš ASPĮ dabartinių tikslų.

2. Atvejo vadyba pasižymi ypač didele praktinių požiūrių įvairove. Atvejo vadybos principas taikomas pagal skirtingus modelius, tačiau jo efektyvumas priklauso nuo konkrečių aplinkybių taikymo srityje. Todėl siekiant modelio efektyvumo, svarbu jį tinkamai suprojektuoti, atsižvelgiant į finansines galimybes, teisinę aplinką bei kitas sąlygas ir veiksnius.

3. VšĮ Centro poliklinikos šeimos gydytojo ir slaugytojo asistentas yra siauro profilio atvejo vadybininkas, kadangi jis iki galo nesprendžia pacientų, kuriems reikia ilgalaikės priežiūros, problemų ir nekoordinuoja asmens sveikatos paslaugų teikimo įvykdymo, tačiau jis puikiai atitinka pirminės asmens sveikatos priežiūros ir brokerio modelių derinį ir pateisina pacientų lūkesčius. Didesnis moterų dalyvavimas gimdos kaklelio prevencinėje programoje, didesnis pacientų informuotumas įrodo atvejo vadybininko naudingumą. Bendraudami su pacientais ir PASP komanda (slaugytojais, gydytojais), asistentai gerina paslaugų prieinamumą, tęstinumą, taip pat prisideda išsaugant gyventojų sveikatą.

4. Apklausa atskleidė, kad pacientai asistentų darbą vertina teigiamai ir yra patenkinti jų darbo kokybe bei pritaria pareigybės įsteigimui, tikėdamiesi, jog asistentai pagerins bendravimą su šeimos gydytoju. Gyventojai nori gauti aktualią informaciją apie ligas ne tik vizito pas gydytoją metu. Pacientai asistentų darbą vertina teigiamai ir yra patenkinti jų darbo kokybe. Atsižvelgiant į šias išvadas, galima tvirtinti, kad VšĮ Centro poliklinikos šeimos gydytojo ir slaugytojo asistentas gerina poliklinikos medicininės veiklos rezultatus.

## Rekomendacijos

1. Tinkamai apibrėžti atvejo vadybininko teises, pareigas, kompetenciją ir atsakomybės ribas pareiginiuose nuostatuose.

2. Siekiant pagreitinti atvejo vadybos principo plėtrą Lietuvos ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose, tikslinga papildyti šeimos gydytojo ir slaugytojo medicinos normas reglamentuojančias teises nuostatas, numatant komandinį darbą su atvejo vadybininku.

## Literatūra

1. Jankauskienė D., Ališauskienė R., Navickienė R., Vaitkevičienė R. Pacientų dalyvavimo sveikatos apsaugos sistemos procese įvertinimas // Visuomenės sveikata, 2008, Nr. 3(42).
2. LR sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 8 d. įsakymas „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo.“ Nr. V-591 // „Valstybės žinios“, 2011-06-14, Nr. 72-3490.
3. LR sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ Nr. V-1013 // „Valstybės žinios“, 2006 01 10, Nr. 3-62).
4. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas // „Valstybės žinios“, 1994-06-19, Nr. 63-1231.
5. Filipavičiūtė R., Gaigalienė B., Čeremnych J., Butkienė B., Jurgelėnas A., Alekna V. Ilgaamžių žmonių sergamumas lėtinėmis ligomis // Gerontologija, 2010, 11(1): p. 14.
6. Pivorienė P. Atvejo vadyba socialinio darbo metodikoje // Socialinis darbas, 2007, 6 (1).

7. LR Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimas Nr. XI-1430 „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo // „Valstybės žinios“, 2011-06-16, Nr. 73-3498.
8. Germanavičius A., Čiurinskas D. Atvejų vadyba – kas tai? // Sveikata, 2002, 8.
9. Thornicroft G., Tansella M., What are the arguments for community-based mental health care? // WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network, 2003.
10. Banks P. Chapter 6 Case management, Integrated services for older people a resource book for managers – Dublin: EHMA, 2004 – p. 101, 103-105 – ISBN 90-5957-283-1.
11. Encyclopedia of mental health Case management [interaktyvus], [žiūrėta 2012-07-25]. Prieiga per internetą: <http://www.minddisorders.com/Br-Del/Case-management.html#b>.
12. Europos komisijos tinklalapis, Pagrindinės ir lėtinės ligos [interaktyvus], [žiūrėta 2012-04-08]. Prieiga: [http://ec.europa.eu/health/major\\_chronic\\_diseases/diseases/index\\_lt.htm](http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/diseases/index_lt.htm).

## Case management model analysis of the health system context

**Kęstutis Štaras**

Centro Out-patient clinic, Mykolas Romeris University, Lithuania

**Tomas Vedlūga**

Centro Out-patient clinic, Lithuania

### Summary

*The aim of the article is to highlight and assess the case manager's role in improving performance of health system, the benefits of patients, doctors and nurse, and the influence on quality of services.*

*Analysiss existing organization of primary health care problems and an overview of the Lithuanian health system development framework for 2011-2020, approved by Lithuanian Parliament Seimas, in which problems in the PSP is proposed for case management. In practice, this is still not widespread, and the health institutions care is a novelty. The aim was to try and check usefulness, so case manager project was launched in the Centro Out-patient clinic Performed analysis of the role of case manager will disclose whether it is good, useful and effective.*

**Keywords:** Case Manager, health system, performance efficiency.

**Kęstutis Štaras**, Socialinių mokslų daktaras, Vilniaus Universiteto Medicinos fakulteto Vaikų ligų klinikos asistentas, MRU Socialinės politikos katedros docentas, Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos Kolegijos ir E. Sveikatos plėtros koordinacinės tarybos narys bei Viešosios įstaigos Centro poliklinikos direktorius.

**Tomas Vedlūga**, Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto Vadybos katedros lektorius.

**Kęstutis Štaras**, Doctor of Social Sciences, Assistant of Children's Diseases clinic, Faculty of Medicine, Vilnius University, Doctor at the Department of Social Political Sciences, Mykolas Romeris University and, Lithuanian Ministry of Health Colleges and E. Health Development Coordination member of the Council, Direktor of Centro out-patient Clinic.

**Tomas Vedlūga**, Lecturer at the Department of Management Sciences, Mykolas Romeris University.