

PIRMINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOS VEIKLOS GERINIMAS TAIKANT ATVEJO VADYBOS MODELĮ

Sigutė Norkienė^{1,2}, Daiva Petrauskienė³, Urtė Norkutė-Macijauskė¹

¹*Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakultetas, Visuomenės sveikatos katedra,*

²*Klaipėdos jūrininkų ligoninė, ³VšĮ Centro poliklinika*

Raktažodžiai: atvejo vadybininkas, koordinatorius, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas.

Santrauka

Darbo tikslas: siekiama pagrįsti atvejo vadybos modelio taikymo būtinumą ir svarbą pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kuriose yra prisirašę mažiau nei 10 tūkstančių gyventojų.

Tyrimo medžiaga ir metodika. Kad būtų įvertintos atvejo vadybos modelio taikymo galimybės gerinant veiklos efektyvumą tų asmens sveikatos priežiūros įstaigų, kurios teikia pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir kuriose yra prisirašę mažiau nei 10 tūkst. gyventojų, pasirinktas struktūruoto interviu metodas. Buvo parengtas struktūruoto interviu instrumentas – klausimynas, susidedantis iš 11 klausimų. Kokybinio tyrimo metu buvo apklausti šeimos gydytojai, dirbantys pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose įstaigose, kuriose yra prisirašę mažiau nei 10 tūkst. gyventojų (11 moterų ir 4 vyrai).

Rezultatai ir išvados. Atvejo vadyba taikoma įvairiose srityse, todėl jos taikymo modeliai pasižymi didele įvairove. Atvejo vadybos modelio taikymas priklauso nuo įstaigos veiklos ypatumų, o jo efektyvumą lemia daugelis veiksnių. Sveikatos priežiūros modelis skirtas didinti sveikatos priežiūros paslaugų paklausą, plėtoti prevencinę veiklą gydytojų kabinetuose ir mažinti paslaugų prieinamumo kliūtis. Šeimos gydytojai nurodė šias pagrindines atvejo vadybininko (koordinatoriaus) veiklos sritis: pacientų informavimas apie vykdomas prevencines programas ir teikiamas paslaugas, jų registravimas pas gydytojus, dokumentų tvarkymas bei bendradarbiavimas su kitais asmens sveikatos priežiūros komandos nariais. Apklausti šeimos gydytojai teigiamai vertino atvejo vadybos modelį. Jų požiūriu, pagrindiniai taikomo modelio privalumai: patenkinti pacientai, geresnis paslaugų

prieinamumas, ypač prevencinių programų, mažesnis gydytojų ir slaugytojų darbo krūvis ir informatyvios ataskaitos, kurios reikalingos priimant sprendimus. Per tyrimą išryškėjo, kad šeimos gydytojai baiminasi dėl bendradarbiavimo stokos tarp atvejo vadybininko (koordinatoriaus) ir šeimos gydytojo komandos. Apklaustų šeimos gydytojų požiūriu, atvejo vadybininko (koordinatoriaus) veikla sumažintų darbo krūvį, turėtų įtaką pacientų informuotumui ir dalyvavimui prevencinėse programose bei jų pasitenkinimui teikiamomis paslaugomis. Šeimos gydytojai nurodė, kad atvejo vadybininkas (koordinatorius) galėtų perimti dalį jų atliekamų funkcijų. Kaip pagrindines kliūtis, trukdančias taikyti atvejo vadybos modelį asmens sveikatos priežiūros įstaigose, šeimos gydytojai įvardijo neigiamą administracijos požiūrį, finansavimo trūkumą, glaudaus bendradarbiavimo tarp šeimos gydytojo komandos narių ir atvejo vadybininko (koordinatoriaus) stoką bei galimą neigiamą pacientų požiūrį į atvejo vadybininką (koordinatorių). Atlikus tyrimą išryškėjo, kad norint optimizuoti laiką, kurį šeimos gydytojas skiria pacientui, taip pagerinant teikiamų paslaugų kokybę, būtina perskirstyti funkcijas, kurias atlieka šeimos gydytojai. Nemažą šeimos gydytojų laiko dalį užima pacientų informavimas apie vykdomas prevencines programas ir teikiamas paslaugas, pacientų registravimas pas gydytojus specialistus, dokumentų tvarkymas. Šių funkcijų perdavimas atvejo vadybininkui (koordinatoriui) užtikrintų didesnę šeimos gydytojų dėmesį pacientui bei teikiamų paslaugų prieinamumo padidinimą.

Įvadas

Sveikata nėra tikslas pati savaime, tačiau, netekus sveikatos, visi kiti tikslai netenka prasmės. Sveikatos sistemos misija – motyvuoti žmones sveikai gyventi, skatinti ligų prevenciją, o jiems susirgus – suteikti kokybiškas reikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, efektyviai naudojant turimus

išteklius (Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenys) [11].

Svarbiausia sveikatos priežiūros grandis, grindžiama šiais principais, visuotinai prieinama atskiriems individams ir šeimoms, jiems patiems dalyvaujant šiame procese priimtinausia forma ir mokant už paslaugas tiek, kiek bendruomenė ar šalis gali sau leisti mokėti, yra pirminė sveikatos priežiūra (toliau – PSP) (Bendrosios praktikos gydytojų privačios veiklos plėtojimo 2000–2010 metų programa) [10]. Ne mažiau kaip 80 proc. sveikatos problemų turėtų būti sprendžiama būtent PSP grandyje.

„Pirminė sveikatos priežiūra yra kiekvienos šalies sveikatos sistemos centrinė ašis, pagrindinė sveikatos priežiūros teikimo priemonė, labiausiai išplitusi sveikatos priežiūra ir atokiose šalies gyvenvietėse, ir centriniuose miestuose bei sudėtinė šalies socialinio ir ekonominio vystymosi dalis“ [2]. Valstybė, atsižvelgdama į besikeičiančius savo piliečių poreikius, nuolat reformuoja ir kuria sveikatos priežiūros sistemą. Šis procesas yra nuolatinis, nes bet kuriame sveikatos sistemos vystymosi etape iškyla naujų problemų ir uždavinių, atsiranda naujų būdų juos išspręsti [6]. Prof. D. Jankauskienės teigimu, Lietuvoje sistemingai keliami du pagrindiniai ir fundamentalūs sveikatos reformos tikslai: aktyvios visuomenės sveikatos politikos įgyvendinimas ir teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, kokybės ir efektyvumo gerinimas, restruktūrizuojant sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Ji teigia, kad aktyvi visuomenės sveikatos politika reiškia gyventojų atsakomybės už savo sveikatą ugdymą ir gyventojų dalyvavimo priimant sprendimus skatinimą [6].

Pasaulio praktikoje PSP grandis yra laikoma efektyviausia, visa apimančia ir galinčia išspręsti net 80 proc. visų paciento problemų. PSP – tai šalies sveikatos priežiūros sistemos pagrindas ir bendros socialinės bei ekonominės raidos dalis. Tai grandis, kuri sukuria pirminį individų, šeimų ir bendruomenės kontaktą su nacionaline sveikatos sistema, priartindama sveikatos priežiūrą prie žmonių gyvenimo ir darbo vietų; taip pat tai pirmasis nenutrūkstamo sveikatos priežiūros proceso elementas [3]. Tai grandis, kuri organizuoja ir koordinuoja paciento sveikatos priežiūrą, reguliuoja aukštesnio lygio sveikatos paslaugų prieinamumą bei tikslumą, ji orientuota į pacientą, jo sveikatos išsaugojimą, o ne ligų gydymą [12].

Naudojimasis šeimos gydytojų paslaugomis Lietuvoje aukštas – per 90 proc. visų asmenų, besinaudojančių Lietuvoje teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis, savo nuomonę apie sveikatos apsaugos sistemą susidaro būtent iš kontakto su šeimos gydytoju. Todėl kaip prioritėtinė sritis išlieka šeimos gydytojo institucijos stiprinimas, teikiant aukštos kokybės ir lengvai prieinamas paslaugas Lietuvos gyventojams [13], tačiau dėl netinkamo šeimos gydytojų

darbo organizavimo šeimos gydytojai pirminėje grandyje išsprendžia mažiau sveikatos problemų nei galėtų [6]. Šeimos gydytojas atlieka ne tik gydytojo, bet ir vadybininko vaidmenį – padeda pacientui orientuotis sveikatos sistemoje, koordinuoja ir stebi lėtinių ligų eigą, rūpinasi gydymo įstai-gose prisirašiusių gyventojų sveikata, informuodamas juos apie valstybės vykdomas nemokamas prevencines programas, kai kuriems padeda spręsti socialines problemas [6]. Besikeičiant gyventojų demografinėi padėčiai, keičiasi ir jų poreikiai. Lietuvoje visuomenė senėja, todėl šeimos gydytojo ir slaugytojo komandos efektyvumas nebetenkina vis didėjančių vyresnio amžiaus pacientų poreikių. Be to, gydytojams reikia atlikti vis daugiau su medicina nesusijusių funkcijų. Tai apsunkina paslaugų prieinamumą, mažina galimų priimti pacientų skaičių, susidaro ilgos eilės, kas sukelia pacientų nepasitenkinimą. Dar daugiau, trūksta institucijų bendradarbiavimo ir paslaugų integracijos.

Anot prof. V. Grabausko, didžioji Lietuvos sveikatos sistemos problema pereinamuoju laikotarpiu po sovietmečio buvo ne gydytojų kompetencijos stoka, bet išteklių, įrangos, finansavimo ir, svarbiausia, efektyvios vadybos stoka [4]. Taigi atvejo vadyba būtų išeitis ir prisidėtų prie iškilusių problemų sprendimo. Apžvelgus užsienio šalių gerąją sveikatos priežiūros paslaugų teikimo patirtį, sveikatos priežiūros srityje išryškėja atvejo vadybos metodo prasmė ir reikalingumas. Taikant atvejo vadybos metodą, kiekvienas pacientas šeimos gydytojo grandyje turėtų vadybininką kaip pagalbininką, organizatorių ir koordinatorių, gebantį padėti pacientui per visą jo gydymosi laikotarpį. Atvejo vadybininkas perimtų ir dalį šiuo metu dideliu krūviu dirbančių šeimos gydytojų funkcijų, o tai lemtų geresnę sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir keltų pacientų pasitenkinimą teikiamomis paslaugomis, kadangi gydytojai didesnę darbo laiko dalį galėtų skirti savo tiesioginių pareigų atlikimui.

Sveikatos priežiūros reforma pirminę sveikatos priežiūros grandį padarė prioritėtine sveikatos priežiūros sritimi. Sveikatos priežiūros specialistai vis didesnę savo darbo dalį skiria veiklai, kuri tiesiogiai nesusijusi su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu (daug laiko sugaištama formalumams ir medicinos dokumentams pildyti), todėl vis mažiau laiko skiriama pacientams, ligų prevencijai, diagnostikai ir gydymui. Padidėjęs darbo krūvis, kuris nesusijęs su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu, nepagrįstai didina sveikatos priežiūros paslaugų sąnaudas ir mažina asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – API) darbo efektyvumą.

Lietuvoje PSP paslaugų teikimo, prieinamumo, kokybės vertinimo bei kita tematika yra atlikta nemažai mokslinių tyrimų, tačiau tarp jų nedaug tokių, kurie tyrinėja šeimos gydytojų požiūrį į atvejo vadybos modelio taikymą, gerinant PSP grandies teikiamų paslaugų prieinamumą ir kokybę.

Norint ištirti efektyvaus atvejo vadybos modelio taikymo PSP įstaigose poreikį ir pagrindines problemas, buvo pasirinktas interviu metodas, apklausti šeimos gydytojai ir tokiu būdu sužinotos bei žymiai detaliau išsiaiškintos pagrindinės atvejo vadybos modelio taikymo kliūtys.

Įgyvendinant 2011–2020 m. Lietuvos sveikatos sistemos plėtros metmenyse numatytus tikslus, siekiama toliau plėtoti šeimos gydytojo ir slaugytojo paslaugas, didinti jų apimtį, tobulinti pirminių ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų (toliau – PAASP) veiklos organizavimą, įsteigiant šeimos gydytojo atvejo vadybininko (koordinatoriaus) bei slaugytojo padėjėjo etatus. K. Štaras ir T. Vedlūga teigia, kad tai pagerins paslaugų prieinamumą ir sumažins tiesiogiai su gydymu nesusijusį darbo krūvį. Taip pat numatoma skatinti šeimos gydytojo ir slaugytojo komandos glaudų bendradarbiavimą su socialiniu darbuotoju. Sveikatos apsaugos ministerijos įsitikinimu, besitęsiantis visuomenės senėjimas lems dar didesnius gyventojų sveikatos poreikius, todėl negalima delsti, sprendžiant sveikatos paslaugų vadybos problemas [9].

Apibendrinant galima teigti, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybę nulemia ne tik išteklių, techninės įstaigų galimybės (teikiamų paslaugų įvairovė, medicinos technologijų lygis, medicinos įrangos galimybės), bet ir lankstus šiuolaikinės vadybos principų taikymas organizuojant sveikatos priežiūros įstaigų darbą. Į šeimos gydytojo komandą integruotas atvejo vadybininkas (koordinatorius) puikiai atitiktų šiuos poreikius.

Vykdamas integruotą priežiūrą, atvejo vadyba (angl. case management) yra esminė priemonė, kuri tarptautiniu mastu tapo vienu priimtinausių modelių teikiant sveikatos priežiūros paslaugas žmonėms, turintiems ilgalaikių ir sudėtingų sveikatos sutrikimų bei įvairių socialinės priežiūros poreikių [9]. Literatūroje lietuvių ir anglų kalbomis randami įvairūs atvejo vadybos apibrėžimai. Atvejo vadyba – tai paslaugų teikimo būdas, užtikrinantis, kad sudėtingų problemų turintis klientas laiku ir tinkamai gautų visas reikiamas paslaugas [8]. Taip pat atvejo vadyba apibrėžiama kaip socialinių paslaugų ir asmens sveikatos priežiūros integracija individualiu lygmeniu. Bendrąja prasme atvejo vadyba taikoma įvairiose srityse, apima daugelį disciplinų, tačiau didžiojoje dalyje mokslinių šaltinių ji nagrinėjama kaip psichikos sveikatos ir socialinio darbo praktikos dalis. Būtent iš šių sričių kildinama atvejo vadybos koncepcija [9]. Ilgainiui atvejo vadyba tapo ištobulinta intervencija, sprendžiant deinstytucionalizacijos 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, ryšys su socialiniais tinklais.

Atvejo vadyba turi dvi pagrindines funkcijas – palaikyti ryšį su negalia turinčiais asmenimis ir užtikrinti, kad paslaugos jiems būtų pagrįstos kokybės standartais ir padėtų grįžti į visavertį gyvenimą [5].

Darbo tikslas: pagrįsti atvejo vadybos modelio taikymo būtinumą ir svarbą pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kuriose yra prisirašę mažiau nei 10 tūkstančių gyventojų.

Tyrimo medžiaga ir metodika

Kadangi siekta įvertinti atvejo vadybos modelio taikymo galimybes gerinant veiklos efektyvumą tų asmens sveikatos priežiūros įstaigų, kurios teikia pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir kuriose yra prisirašę mažiau nei 10 tūkst. gyventojų, pasirinktas struktūruoto interviu metodas. Buvo parengtas struktūruoto interviu instrumentas – klausimynas, sudarytas iš 11 klausimų. Kokybinio tyrimo metu buvo apklausti šeimos gydytojai (11 moterų ir 4 vyrai), dirbantys pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje įstaigoje, kurioje yra prisirašę mažiau nei 10 tūkst. gyventojų.

Šio interviu tipo stimulo atsakymo prigimtis lemia greičiau racionalius nei emocionalių atsakymus. Kokybinis tyrimo metodas labiausiai tinka įvertinti šeimos gydytojų, dirbančių asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kuriose yra prisirašę mažiau nei 10 tūkst. gyventojų ir kurios teikia pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, požiūrį į atvejo vadybos modelio taikymą, kadangi struktūruoto interviu metodas pasižymi lankstumu, jam netaikomi griežti imties apribojimai, jis orientuotas į interpretaciją, o ne į matavimus, be to, yra atliekamas natūralioje aplinkoje, neturint išankstinio nusistatymo [1]. Kokybinių tyrimų metodai yra lankstūs dėl interpretacijos galimybės, orientuoti į procesą, priešingai nei kiekybinio tyrimo metodai, kuriems svarbiausia išvada. Taip pat kokybinių tyrimų metodai „atkreipia dėmesį į situacijos ir elgesio ryšį, kuris daro didžiausią įtaką patirties formavimui“ [7].

Rengiant struktūruoto interviu instrumentą – klausimus informantams – buvo laikomasi atitinkamų reikalavimų. Pirmiausia, ruošiant klausimus ir siekiant gauti reikiamą informaciją, klausimai buvo formuluojami remiantis darbo uždaviniais, kurie analizuojami magistro darbo teorinėje dalyje ir orientuoti į tyrimo tikslą – įvertinti atvejo vadybos modelio taikymo galimybes, gerinant veiklos efektyvumą tų asmens sveikatos priežiūros įstaigų, kurios teikia pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir kuriose yra prisirašę mažiau nei 10 tūkst. gyventojų. Klausimai skirti išsiaiškinti šeimos gydytojų požiūrį į atvejo vadybos modelio taikymo galimybes ASPĮ, kurioje jie dirba. Šie gydytojai dirba asmens sveikatos priežiūros įstaigose, teikian-

čiose pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir turinčiose mažiau nei 10 tūkst. jose prisirašiusių gyventojų. Tirta gydytojų nuomonė apie galimybes perduoti dalį savo funkcijų, kad būtų galima labiau orientuotis į sveikatos priežiūros paslaugų teikimą pacientams, o ne dokumentų pildymą ar informacijos tikrinimą, siekta įvertinti atvejo vadybos modelio privalumus ir trūkumus.

Norint išsiaiškinti atvejo vadybos modelio taikymo poreikį asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kurios teikia pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir kuriose yra prisirašę mažiau nei 10 tūkst. gyventojų, informantams buvo užduoti trys klausimai: 1. Kaip manote ar Jūsų įstaigoje būtų reikalingas atvejo vadybininkas (koordinadorius)? 2. Jūsų nuomonė kokią naudą atvejo vadybininkas (koordinadorius) galėtų duoti Jūsų įstaigai? 3. Įvardinkite pagrindines priežastis, kurios paskatintų įdiegti atvejo vadybos modelį Jūsų įstaigoje?

Siekiant išnagrinėti kliūtis dėl atvejo vadybos modelio taikymo galimybių asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kurios teikia pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir kuriose yra prisirašę mažiau nei 10 tūkst. gyventojų, informantams buvo užduoti kiti trys klausimai: 1. Įvardinkite pagrindines rizikas, kurios, Jūsų nuomone,

kiltų diegiant atvejo vadybos modelį Jūsų įstaigoje? 2. Kokie, Jūsų manymu, yra atvejo vadybos modelio privalumai? 3. Kokie, Jūsų manymu, yra atvejo vadybos modelio trūkumai?

Stengiantis išanalizuoti požiūrį į atvejo vadybos modelio taikymo galimybes tų šeimos gydytojų, kurie dirba asmens sveikatos priežiūros įstaigose, teikiančiose pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir turinčiose mažiau nei 10 tūkst. prisirašiusių gyventojų, buvo užduodami šie klausimai: 1. Kaip Jūs manote, kokios yra atvejo vadybininko perspektyvos Jūsų įstaigoje? 2. Įvardinkite, kokie, Jūsų nuomone, būtų komandinio darbo pokyčiai Jūsų įstaigoje, atsiradus atvejo vadybininkui (koordinatoriui)? 3. Kaip manote, kokius pokyčius pastebėtų pacientai, jei Jūsų įstaigoje būtų įdiegtas atvejo vadybos modelis? 4. Kaip manote, ar atvejo vadybininko (koordinadoriaus) veiklą Jūsų įstaigoje pacientai įvertintų teigiamai?

Siekiant atskleisti šeimos gydytojo konsultacijai skirto laiko optimizavimo galimybes, informantams buvo užduotas šis klausimas: Kokias Jūsų atliekamas funkcijas galėtų perimti atvejo vadybininkas (koordinadorius)?

Informantai ir jų charakteristika

Kokybinio tyrimo metu buvo apklausta 15 šeimos gydytojų (11 moterų ir 4 vyrai), dirbančių pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje įstaigoje, kurioje yra prisirašę mažiau nei 10 tūkst. gyventojų. Tyrime dalyvavusių asmenų charakteristika pateikta 1 lentelėje.

Tyrimo rezultatai ir jų aptarimas

Šiame darbe analizuojamos galimybės pagerinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir turinčių mažiau nei 10 tūkst. prisirašiusių gyventojų, veiklos efektyvumą, pritaikant atvejo vadybos modelį. Reformuojant Lietuvos sveikatos sistemą, pagrindinis dėmesys teikiamas pirminei sveikatos sistemos grandžiai, taigi kartu ir šeimos gydytojui. Šiuo metu šeimos

1 lentelė. Informantų charakteristika.

Saltinis: sudaryta autoriaus, remiantis atliktu interviu.

	Amžius	Lytis	Pareigos	Praktikinio darbo patirtis (metai)	Prisirašiusių įstaigoje gyventojų skaičius
Informantas Nr. 1	29	Vyras	Gydytojas rezidentas	2	~ 6750
Informantas Nr. 2	43	Moteris	Šeimos gydytojas, įstaigos vadovas	13	~ 8000
Informantas Nr. 3	57	Moteris	Šeimos gydytojas, padalinio vadovas	28	~ 9500
Informantas Nr. 4	34	Moteris	Šeimos gydytojas	7	~ 4500
Informantas Nr. 5	31	Moteris	Šeimos gydytojas	4	~ 6750
Informantas Nr. 6	48	Vyras	Šeimos gydytojas	19	~ 9500
Informantas Nr. 7	45	Moteris	Šeimos gydytojas	15	~ 4550
Informantas Nr. 8	33	Vyras	Šeimos gydytojas	6	~ 6700
Informantas Nr. 9	29	Moteris	Gydytojas rezidentas	2	~ 8900
Informantas Nr. 10	39	Moteris	Šeimos gydytojas, skyriaus vedėjas	10	~ 9500
Informantas Nr. 11	38	Moteris	Šeimos gydytojas, įstaigos vadovas	10	~ 3500
Informantas Nr. 12	41	Vyras	Šeimos gydytojas, direktoriaus pavaduotojas	13	~ 9999
Informantas Nr. 13	27	Moteris	Gydytojas rezidentas	2	~ 5750
Informantas Nr. 14	44	Moteris	Šeimos gydytojas	16	~ 8900
Informantas Nr. 15	31	Moteris	Šeimos gydytojas	5	~ 3500

gydytojui priskiriamos užduotys, kurias gali atlikti ir kiti pirminės sveikatos sistemos grandies asmenys, juolab kad suteikiant vis daugiau funkcijų šeimos gydytojui, jis turi vis mažiau laiko bendravimui su pacientu ir jo apžiūrai.

Gydytojai taip pat turi savitą požiūrį į tai, ką jie turi padaryti konsultacijos metu ir kaip reikia suteikti pacientui kokybiškas paslaugas, tačiau, vykdant Lietuvos sveikatos sistemos reformą, gydytojai yra priversti keisti savo požiūrį į konsultacijos laiko panaudojimą. Siekta išsiaiškinti, kaip šeimos gydytojai, dirbantys pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje įstaigoje, kurioje yra prisiregistravę mažiau nei 10 tūkst. gyventojų (toliau – šeimos gydytojai), vertintų galimybę įstaigoje, kurioje jie dirba, įdarbinti atvejo vadybininką (koordinatorių). Šiuo tikslu buvo analizuojami atsakymai į šiuos klausimus: „Kaip manote, ar Jūsų įstaigoje būtų reikalingas atvejo vadybininkas (koordinatorius)?“, „Kaip Jūs manote, kokią naudą atvejo vadybininkas (koordinatorius) galėtų duoti Jūsų įstaigai?“, „Įvardinkite pagrindines priežastis, kurios paskatintų įdiegti atvejo vadybos modelį Jūsų įstaigoje?“

Daugumos informantų nuomone, atvejo vadybininkas (koordinatorius) asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje įstaigoje, kurioje yra prisiregistravę mažiau nei 10 tūkst. gyventojų, būtų naudingas. Apklausti šeimos gydytojai mano, kad toks žmogus galėtų atlikti daugelį daug laiko reikalaujančių funkcijų taip pagerėtų teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir kokybė.

Nors dauguma informantų nurodė, kad atvejo vadybininkas (koordinatorius) būtų reikalingas jų įstaigoje, tačiau keli apklaustieji, atsakydami į minėtus klausimus, teigė, kad „<...> [atvejo vadybininkai] yra nereikalingi. Jie tik bus dar viena papildoma grandis tarp paciento ir gydytojo <...>“; „<...> nelabai suprantu, kuo jie galėtų pasitarnauti mūsų įstaigoje <...>“; „<...> labiau reikia socialinio darbuotojo nei atvejo vadybininko <...>“. Darytina prielaida, kad dalis šeimos gydytojų baiminasi dėl glaudesnio bendradarbiavimo stokos, taip pat dėl nepakankamos informacijos apie pacientą gavimo.

Apibendrinant galima teigti, kad šeimos gydytojams yra priskirta nemažai funkcijų, kurios trukdo tinkamai teikti paslaugas, todėl šie, siekdami užtikrinti tinkamą teikiamų paslaugų kokybę ir prieinamumą, nori, kad jų įstaigoje atsirastų asmuo, kuris galėtų perimti dalies funkcijų vykdymą. Galima teigti, kad efektyviai panaudoti gydytojo konsultacijas labiausiai kliudo pacientų informuotumo stoka, dėl kurios pacientai linkę konsultacijos metu išsakyti daug savo sveikatos problemų.

Siekiant atskleisti atvejo vadybininko modelio privalumus ir trūkumus, remiantis šeimos gydytojų požiūriu, buvo analizuojami šeimos gydytojų atsakymai į tokius klausimus:

„Kokie, Jūsų nuomone, yra siekiamo įdiegti atvejo vadybos modelio privalumai?“, „Kokie, Jūsų nuomone, yra atvejo vadybos modelio trūkumai?“

Informantai nurodė nemažai atvejo vadybininko (koordinatoriaus) privalumų. Pagrindinė sritis, kuri, pasak apklaustų šeimos gydytojų, pagerėtų, yra pacientų pasitenkinimas teikiamomis paslaugomis. Septyni informantai pripažino, kad atvejo vadybos modelio įdiegimas įstaigoje, kurioje jie dirba, būtų naudingas. Tačiau tam, kad tai būtų įgyvendinta, reikėtų suformuoti teisinę bazę ir skirti finansavimą: „<...> aš manyčiau, kad turėtų būti surišta su finansavimu ir, jeigu tu turi tokią pareigybę, tai tu įkaini už prisirašiusį gyventoją gauni didesnę <...>“; „<...> reikėtų tobulinti dabar egzistuojantį modelį, kai kiekviena įstaiga arba šeimos gydytojo komanda kas ketvirtį gauna papildomą finansavimą už gerus darbo rodiklius. Kai gauni papildomą finansavimą, gali įsteigti pareigybę, reikėtų tinkamo motyvavimo, kad įstaigoje tai veiktų <...>“; „<...> vertinant tai, kad prisikvietus daugiau pacientų prevencinėms programoms, kurios yra apmokamos iš PSD lėšų, įstaiga gautų daugiau lėšų <...>“ ir pan. Penki informantai nurodė atvejo vadybininko modelio privalumą, susijusį su laiko panaudojimo pokyčiais: „visi puikiai žinome, kiek laiko gydytojas skiria pacientui, o atsiradus tokiam žmogui, laikas, kurį gydytojas gali skirti pacientui, pailgėtų <...>“; „<...> šeimos gydytojas per 15 min. priėmimą negali suteikti visos reikiamos informacijos pacientui, tai manau, tokio specialisto buvimas palengvintų mums darbą <...>“ ir pan. Informantai teigė nežinantys, kaip reikės realizuoti atvejo vadybos modelį ir visi pripažino, kad, jų nuomone, kitose įstaigose, kuriose jis taikomas, šis vadybos modelis yra dar neišbaigtas, nėra galutinai išdiferencijuotos funkcijos. Tik veiklos metu turėtų išryškėti modelio privalumai bei tobulintinos kryptys. Dėl didelio gydytojams tenkančio darbo krūvio – tiek gausaus pacientų skaičiaus, tiek dokumentacijos pildymo, tiek kitų veiklų – gydytojui tenka skubėti, o per įprastą skubėjimą, kuris jau tampa rutina, gydytojai pamiršta žiūrėti į pacientą kaip į žmogų, į asmenybę, užmiršta tarpusavio santykių kūrimo svarbą gydymo procese ir tampa tiesiog mašinomis, ne visada kokybiškai aptarnaujančiomis didelių pacientų srautus, o pacientai dėl tokio gydytojų elgesio jaučiasi jiems neįdomūs, neišgirsti bei neišklausyti.

Apklausti informantai nenurodė daug atvejo vadybininko (koordinatoriaus) trūkumų. Iš pateiktų atsakymų galima išskirti tik tris pagrindines trūkumų sritis – kompetencijos stoką, pacientų neigiamą požiūrį ir glaudaus bendradarbiavimo stoką. Septyni informantai nurodė, kad atvejo vadybos modelio vienas iš trūkumų yra glaudesnio bendradarbiavimo stoka: „<...> abejoju, ar gydytojas gaus pakankamai informacijos apie pacientą, kai grandyje tarp paciento ir gydytojo bus dar vienas papildomas žmogus <...>“; „<...>

kad būtų labiau tiesioginis bendravimas su gydytoju negu per centrų vadovus, nes vadovai skirti tam, kad koordinuotų visą tą veiklą <...>“ ir pan. Septyni informantai nurodė, kad atvejo vadybos modelio trūkumas galėtų būti atvejo vadybininko (koordinatoriaus) kompetencijos stoka: „<...> o kas užtikrins, kad jais dirbs atitinkamos kvalifikacijos specialistai, juk reikalavimai jiems nėra nustatyti ministro įsakymu <...>“; „<...> manau, kad atvejo vadybininkai privalo turėti medicinos bei vadybos žinių <...>“; „<...> nėra jokių saugiklių, kurie užtikrintų, kad atvejo vadybininkas būtų bent jau medicininį išsilavinimą turintis asmuo, kuris suprastų darbo esmę <...>“ ir pan. Penki informantai nurodė, kad atvejo vadybininkas (koordinatorius) gali sukelti neigiamą pacientų požiūrį: „<...> sprendžiu pagal save, nes man nepatinka įvairūs skambintojai ir paslaugų siūlytojai <...>“; „<...> žmonės yra labai skirtingi ir ne visi mėgsta gauti skambučius ir žinutes iš prekybos centrų ir reklamuotojų <...>“ ir pan. Vienas informantas atvejo vadybos modelio trūkumų neįžvelgė.

Apibendrinant informantų įvardijamus atvejo vadybos modelio trūkumus, galima teigti, kad efektyviausiai konsultacijos laiką panaudoti kliudo nepakankamas įstaigos sveikatos priežiūros specialistų tarpusavio bendravimas, kuris lemia informacijos stoką dėl nuodugnaus tyrimų atlikimo, pacientų mokymo. Taip pat trukdo neigiamas pacientų požiūris ir kompetencijų stoka, kuri susijusi su specifinėmis veiklomis. Kompetencijų stoka gali iš šeimos gydytojo atimti dar daugiau laiko bei apsunkinti bendravimą su pacientu.

Užduodant kitą klausimą („Įvardinkite pagrindines rizikas, kurios, Jūsų nuomone, kiltų diegiant atvejo vadybos modelį Jūsų įstaigoje?“), siekta išsiaiškinti šeimos gydytojų požiūrį į pagrindines rizikas, kurios, jų nuomone, kiltų atvejo vadybininko modelio diegimo metu.

Dauguma informantų didelių galimų atvejo vadybininko modelio pritaikymo jų įstaigoje rizikų neįžvelgia, trys iš jų kaip galimą riziką įvardijo asmens duomenų saugumą: „<...> asmens duomenų saugumas visų pirma ir bene vienintelis rizikos veiksnys, kuris galėjo kilti šiame darbe <...>“; „<...> žmogus turi būti patikimas, nes bus dirbama su asmens duomenimis <...>“; „<...> man kilo klausimas, o kaip bus su asmens duomenų saugumu? Norint tai užtikrinti, būtina priimti tik patikimą asmenį <...>“.

Apibendrinant informantų įvardijamas, su atvejo vadybininko (koordinatoriaus) darbo organizavimu siejamas rizikas, galima teigti, kad gydymo įstaigos personalas privalo turėti pakankamai medicinos žinių, kas leistų tinkamai teikti informaciją tiek pacientams, tiek šeimos gydytojo komandos nariams. Atvejo vadybininko kompetencija ir charakterio savybės taip pat yra viena iš įmanomų rizikų, galinčių trukdyti efektyviai išnaudoti atvejo vadybininko pareigybę ir

efektyviau praleisti gydytojo konsultacijos laiką. Dėl didelio pacientų skaičiaus stokojama laiko išklausti pacientą ir nuodugnai jį iširti, apsunkinantis bendravimas su pacientu taip pat gali lemti gydytojo nuovargį bei nepasitenkinimą darbu.

Siekta išsiaiškinti atvejo vadybininko teikiamą naudą įstaigai ir galimus įstaigos veiklos pokyčius, įdiegus atvejo vadybos modelį, todėl informantų buvo klausiamas: „Įvardinkite, kokie, Jūsų nuomone, būtų komandinio darbo pokyčiai Jūsų įstaigoje, atsiradus atvejo vadybininkui (koordinatoriui)?“; „Kaip manote, kokius pokyčius pastebėtų pacientai, jei Jūsų įstaigoje būtų įdiegtas atvejo vadybos modelis?“

Aštuoni informantai nurodė, kad atvejo vadybininko nauda įstaigai būtų dėl specialistų laiko šnaudų sumažėjimo, dokumentų tvarkymo ir informatyvių ataskaitų. Informantai, kurie mano, kad atvejo vadybininkas (koordinatorius) padėtų sutrumpinti specialistų darbo laiką, teigė: „Nereikės šeimos gydytojams patiems ieškoti, domėtis, registruoti, taip ir pacientams sutaupo laiko.“; „<...> kai dabar pridodama mums visokių funkcijų, kad nesusitvarkome su savo darbu, tai manau, kad reikia, galbūt sumažėtų darbo krūviai ir jie atliktų dalį mūsų funkcijų <...>“; „<...> reikia žmogaus, kuris perimtų dalį darbo, kad būtų galima sumažinti darbo krūvius šeimos gydytojams, nes laiko jau niekam nebelieka <...>“ ir pan. Keturi informantai teigiamą atvejo vadybininko atsiradimo įstaigoje bruožą mato tame, kad bus sumažintas šeimos gydytojų krūvis, tenkantis dokumentų tvarkymui: „<...> didelės dalies dokumentų, išrašų, ataskaitų pildymu galėtų užsiimti atvejo vadybininkas, o tai būtų labai didelė pagalba <...>“; „<...> darbo tikrai yra daug, nes pas mus yra beveik 10 tūkstančių pacientų, ir vyresnio amžiaus žmonių yra daug, ir prevencinių programų daugėja <...>“ ir pan.

Apibendrinant informantų įvardijamą, su atvejo vadybininko (koordinatoriaus) darbo atsiradimu įstaigoje siejamą naudą, galima teigti, kad šeimos gydytojai tikrai turi daug funkcijų, kurios tiesiogiai nėra susijusios su pacientų gydymu, ir papildomų funkcijų tvarkymas užima gana daug laiko. Šeimos gydytojas yra suinteresuotas kuo daugiau pacientui skirti laiko, per kurį galėtų suteikti kokybišką asmens sveikatos priežiūros paslaugą. Galimybė atvejo vadybininkui perduoti su gydymu nesusijusias funkcijas (dokumentų pildymą, registraciją, ataskaitų rašymą ir pan.) yra viena iš sąlygų, padedančių efektyviau išnaudoti gydytojo konsultacijos laiką.

Visi informantai teigė, kad pokyčiai ir nauda, įstaigai įdiegus atvejo vadybos modelį, yra pastebima. Labiausiai pokyčiai būtų matomi per patenkintus pacientus, kurie „<...> ne tik gaus geresnę informaciją apie įstaigos teikiamas paslaugas <...>“; „<...> jam bus suteikiama savalaikė vienokia ar kitokia medicininė paslauga <...>“; „<...> būtų informuojami apie įstaigoje vykdomas prevencines programas, taip

pat gautų savalaikę asmens sveikatos priežiūros paslaugą <...>“; „<...> daugiau pacientų pradės rinktis įstaigą, kurioje šeimos gydytojas gali skirti daugiau nei septynias minutes laiko <...>“.

Beveik visi informantai nurodė, kad įstaigoje pradėjus taikyti atvejo vadybos modelį labiausiai pokyčiai pasijus per prevencinių programų vykdymą. Du informantai nurodė, kad „<...> pagalba būtų – įvykdyta daugiau prevencinių programų, o tai yra pakankamas indėlis į patį prevencinių programų tikslą – užtikrinti, kad kaip įmanoma anksčiau būtų nustatyta liga <...>“; „<...> užtikrini tinkamą prevencinių programų funkcionavimą <...>“; „<...> galimybė daugiau pacientų patikrinti prevencinių programų metu <...>“; „<...> kad būtų didesnis dėmesys prevencinių programų vykdymui <...>“.

Siekiant išsiaiškinti šeimos gydytojų nuomonę apie funkcijų perdavimą atvejo vadybininkui, šeimos gydytojai buvo klausiami – „Kokias Jūsų atliekamas funkcijas galėtumėte perimti atvejo vadybininkas (koordinadorius)?“

Apibendrinant galima teigti, kad apklaustų šeimos gydytojų nuomone, atvejo vadybininkas (koordinadorius) galėtų iš jų perimti nemažai funkcijų, tokių kaip informavimas apie prevencines programas, dokumentų tvarkymas, receptų rašymas, paciento konsultavimas.

Beveik pusė informantų interviu metu nurodė, kad viena iš daugiausia laiko atimančių funkcijų yra dokumentų pildymas. Šeši informantai nurodė, kad šią funkciją galima perduoti atvejo vadybininkui (koordinadoriui): „<...> dokumentų tvarkymas, prevencinių programų organizavimas <...>“; „<...> funkcijas, susijusias su dokumentų tvarkymu, ataskaitų rašymu <...>“; „<...> didelės dalies dokumentų, išrašų, ataskaitų pildymu galėtų užsiimti atvejo vadybininkas <...>“.

Vienas iš šeimos gydytojo atliekamų veiksmy, kuris atima nemažai laiko, yra receptų rašymas. Informantai nurodė, kad atvejo vadybininkas šią funkciją galėtų perimti iš šeimos gydytojo: „<...> funkcijų, tokių kaip receptų išrašymas, nes gydytojas paskiria ir kažkur eina kortelės, turėtų būti sistemoj pažymėta skirti tokį vaistą ir t. t., nes gydytojui tikrai labai daug laiko užima receptų rašymas <...>“.

Pacientų informavimas apie prevencines programas, sveiką gyvenseną, sveiką mitybą ir kitomis temomis šeimos gydytojams atima nemažai darbo laiko, kurį jie galėtų panaudoti racionaliau.

Siekiant išsiaiškinti kliūtis, trukdančias taikyti atvejo vadybos modelį asmens sveikatos priežiūros įstaigose, informantai buvo klausiami – „Kokie, Jūsų nuomone, yra atvejo vadybos modelio trūkumai?“, „Įvardinkite pagrindines rizikas, kurios, Jūsų nuomone, kiltų diegiant atvejo vadybos modelį Jūsų įstaigoje?“

Dauguma informantų nurodė, kad pagrindinės kliūtys, trukdančios taikyti atvejo vadybos modelį asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kuriose yra prisirašę mažiau nei 10 tūkst. gyventojų, yra galimas neigiamas administracijos požiūris į atvejo vadybininkus (koordinadorius), finansavimo trūkumas, glaudaus bendradarbiavimo tarp šeimos gydytojo komandos narių ir atvejo vadybininko (koordinatoriaus) stoka ir galimas neigiamas pacientų požiūris į atvejo vadybininką (koordinadorių): „<...> pagrindinė rizika – administracijos požiūris į atvejo vadybininko funkcijas ir nukreipimas jų ne ta linkme, bet taip, kad gali papulti blogi darbuotojai <...>“; „<...> administracijos požiūris į tokią pareigybę ir pareigų, ne tų, kurias turėtų iš tikrųjų atlikti atvejo vadybininkas, paskyrimas <...>“.

Taip pat informantai nurodė, kad viena iš kliūčių, trukdančių įdiegti atvejo vadybos modelį asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, turinčioje mažiau nei 10 tūkst. prisirašiusių gyventojų, yra finansavimo trūkumas: „<...> pagrindinis trūkumas – finansavimas. Mano nuomone, reikėtų tobulinti dabar egzistuojantį modelį, kai kiekviena įstaiga arba šeimos gydytojo komanda kas ketvirtį gauna papildomą finansavimą už gerus darbo rodiklius. Kai gauni papildomą finansavimą, gali įsteigti pareigybę, reikėtų tinkamo motyvavimo, kad įstaigoje tai veiktų <...>“; „<...> finansinė rizika įstaigai – atvejo vadybininkui negali būti sumokama iš vidinių rezervų, jo etatui būtina skirti pinigų iš PSDF <...>“.

Informantai mano, kad didžiausia kliūtis asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, turinčioje mažiau nei 10 tūkst. prisirašiusių gyventojų, gali būti ir neigiamas pacientų požiūris į atvejo vadybininką (koordinadorių): „<...> pagrindinis trūkumas gali būti pacientų nepasitikėjimas <...>“ ir pan.

Atvejo vadybininkas (koordinadorius), dirbantis pirminėje ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje (toliau – PAASPI), kurioje yra prisirašę daugiau nei 10 tūkst. gyventojų, pagal Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymu Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ nuostatas, yra atsakingas už prevencinių programų įgyvendinimo, profilaktinių patikrinimų atlikimo ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sergantiesiems lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis koordinavimą, prirašytųjų gyventojų informavimą apie PSDF biudžeto lėšomis teikiamas šiame punkte nurodytas asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir kitų įstaigos vadovo jam priskirtų funkcijų atlikimą. Šių funkcijų atlikimas suponuoja į tai, kad šeimos gydytojo komanda, dirbanti asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, kurioje

yra prisirašę daugiau nei 10 tūkst. gyventojų, gali daugiau dėmesio skirti pacientams. Siekiant išsiaiškinti informantų nuomonę apie darbo krūvio optimizavimo galimybes, įsteigus atvejo vadybininko (koordinatoriaus) pareigybę PA-ASPI, kurioje prisirašusių gyventojų skaičius yra mažesnis nei 9 tūkst., buvo analizuojami informantų atsakymai į šiuos klausimus: „Kaip Jūs manote, kokią naudą atvejo vadybininkas (koordinatorius) galėtų duoti Jūsų įstaigai?“; „Įvardinkite pagrindines priežastis, kurios paskatintų įdiegti atvejo vadybos modelį Jūsų įstaigoje.“; „Kaip Jūs manote, kokios yra atvejo vadybininko perspektyvos Jūsų įstaigoje?“; „Kaip manote, kokius pokyčius pastebėtų pacientai, jei Jūsų įstaigoje būtų įdiegtas atvejo vadybos modelis?“; „Kokias Jūsų atliekamas funkcijas galėtų perimti atvejo vadybininkas (koordinatorius)?“

Beveik visi informantai nurodė, kad įdarbinus atvejo vadybininkus (koordinatorius) įstaigoje atsirastų galimybė optimizuoti darbo krūvius. Dauguma informantų nurodė, kad jiems yra priskirta funkcijų, kurias puikiai atliktų kitas, būtent tam darbui paskirtas asmuo. Daugiau nei pusė informantų nurodė, kad sumažinus dalį jiems priskirtų funkcijų jie galėtų daugiau dėmesio skirti pacientui: „<...> *laiko taupymas, didesnis dėmesys pacientui, geresnis ir efektyvesnis paciento sveikatos būklės stebėjimas, o tai jau lems geresnę Lietuvos gyventojų sveikatą* <...>“.

Dauguma informantų nurodė, kad perdavus dalį jų atliekamų funkcijų sumažėtų jų darbo krūvis ir tai užtikrintų kokybiškesnių ir geresnių paslaugų teikimą, pvz., „<...> *Sumažėjus krūviui, gydytojai daugiau laiko skirtų pacientui. Darbo tikrai daug, nes pas mus yra daug vyresnio amžiaus žmonių ir prevencinių programų daugėja, todėl, mano nuomone, reikia žmogaus, kuris galėtų, lėtinių ligų atveju, pratęsti receptus ar pakviesti pacientus į prevencines programas* <...>“.

Išvados

1. Apklaustų šeimos gydytojų požiūriu, atvejo vadybininko veikla sumažintų darbo krūvį, turėtų įtakos pacientų informuotumui ir dalyvavimui prevencinėse programose bei jų pasitenkinimui teikiamomis paslaugomis. Informantai nurodė, kad atvejo vadybininkas galėtų perimti dalį jų atliekamų funkcijų, tarp kurių pacientų informavimas apie vykdomas prevencines programas ir teikiamas paslaugas, jų registracija pas gydytojus, dokumentų tvarkymas bei bendradarbiavimas su kitais asmens sveikatos priežiūros komandos nariais.

2. Tyrimo metu išryškėjo, kad šeimos gydytojai baiminasi dėl bendradarbiavimo stokos tarp atvejo vadybininko ir šeimos gydytojo komandos. Kaip pagrindines kliūtis, trukdančias taikyti atvejo vadybos modelį asmens sveika-

tos priežiūros įstaigose, šeimos gydytojai įvardijo neigiamą administracijos požiūrį, finansavimo trūkumą, glaudaus bendradarbiavimo tarp šeimos gydytojo komandos narių ir atvejo vadybininko (koordinatoriaus) stoką bei galimą neigiamą pacientų požiūrį į atvejo vadybininką (koordinatorių).

3. Apklausti šeimos gydytojai teigiamai vertino atvejo vadybos modelį. Jų požiūriu, pagrindiniai taikomo modelio privalumai yra šie: patenkinti pacientai, geresnis paslaugų prieinamumas, ypač prevencinių programų, mažesnis gydytojų ir slaugytojų darbo krūvis, taip pat informatyvios ataskaitos, kurios reikalingos priimant sprendimus.

4. Atlikus tyrimą paaiškėjo, kad optimizuojant laiką, kurį šeimos gydytojas skiria pacientui, ir taip pagerinant teikiamų paslaugų kokybę, būtina perskirstyti funkcijas, kurias atlieka šeimos gydytojai. Nemažą šeimos gydytojų laiko dalį užima pacientų informavimas apie vykdomas prevencines programas ir teikiamas paslaugas, pacientų registravimas pas gydytojus specialistus, dokumentų tvarkymas. Šių funkcijų perdavimas atvejo vadybininkui (koordinatoriui) užtikrintų didesnio šeimos gydytojų dėmesio pacientui skyrimą bei teikiamų paslaugų prieinamumo padidinimą.

Literatūra

1. Bitinas B., Rupšienė L., Žydzūnaitė V. Kokybinių tyrimų metodologija. Marketingas: vadovėlis. Socialinių mokslų kolegija, Vilnius, 2008;304.
2. Buivydas R., Černiauskas G., Černiauskas N., Grabauskas V. J., Jankauskienė D., Kairys J., Kairys I., Kalėdienė R., Kumpienė J., Panovas I., Sužiedelytė O. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje. Sveikatos ekonomikos centras, Vilnius, 2010;143-145.
3. Dūdonis M., Veryga A., Subata E., Valius L. Pirminės sveikatos priežiūros specialistų vaidmuo mažinant alkoholinius gėrimus vartojančiųjų skaičių (metodikos santrauka). Vitae litera, 2010;14(7):512-524.
4. Grabauskas V. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje. Sveikatos ekonomikos centras, Vilnius, 2010;371.
5. Innovative models and best practices in case management and support coordination. 2008 [žiūrėta 2018 m. kovo 15 d.]. Prieiga per internetą: <http://ici.umn.edu/products/prb/191/>.
6. Jankauskienė D. Sveikatos politikos ir valdymo raida bei pagrindiniai dabarties iššūkiai. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje, Sveikatos ekonomikos centras, Vilnius, 2010;104-117.
7. Kardelis, K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai, Kaunas, 2002;142.
8. Pivorienė P. Atvejo vadyba socialinio darbo metodikoje. Socialinis darbas, 2007;6(1).
9. Štara K., Vedlūga T. Atvejo vadybininko modelio analizė sveikatos sistemos kontekste. Sveikatos politika ir valdymas, Vilnius, 2012;1(4):116-126.
10. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m.

lapkričio 2 d. įsakymas Nr. 593 „Dėl bendrosios praktikos gydytojų privačios veiklos plėtojimo programos 2000–2010 m. patvirtinimo.“

11. Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo.“
12. Sveikata visiems XXI amžiuje: pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos principai Europos regione (oficialus vertimas). Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 1999.

IMPROVEMENT OF PERFORMANCE OF PRIMARY HEALTH CARE INSTITUTION APPLYING MODEL OF CASE MANAGEMENT

S.Norkienė, D.Petrauskienė, U.Norkutė-Macijauskė

Keywords: case manager, coordinator, access to healthcare.

Summary

The main aim of the paper is to substantiate the necessity and relevance of the case management model applying it in primary outpatient health care institutions which serve less than 10 000 patients.

Methodology. The research method of structured interview was used in order to assess the application of the case management model by improving the efficiency of individual health care institutions which provide personal primary outpatient health care services and serve less than 10 000 residents. The structured interview tool has been prepared, i.e. a questionnaire of 11 questions. In the qualitative research, 15 family practitioners working in primary outpatient institutions providing personal health care services to less than 10 000 people were interviewed (11 women and 4 men).

Conclusions. Case management is applied in a wide range of

fields, and therefore its application models are characterised by great variability. A particular application of the case management model depends on a special nature of institution's activity and its effectiveness is impacted by many factors. Family doctors pointed out the following main areas of the case manager's activity: the communication with patients about preventive health programs and the services provided, their registration with doctors, medical record management and cooperation with other members of personal health care team. Family doctors appreciated the case management model. The following main benefits of the case management model were mentioned: patient satisfaction, improved accessibility of services and in particular preventive programs, reduced workload for doctors and nurses as well as informational reports that are needed for decision making. The study revealed that family doctors feared for a lack of cooperation between a case manager and a family practitioner's team. The interviewed family doctors mentioned that the case manager would reduce workload, affect patient awareness and participation in preventive health programs and services provided. The respondents indicated that the case manager could take over a part of their functions. Family doctors identified the lack of funding and absence of close cooperation between the family doctor's team and the case manager (coordinator) as the main obstacles to the application of the case management model in personal health care institutions as well as the possible negative attitude of patients to the case manager (coordinator).

Correspondence to: dpddaiva@gmail.com

Gauta 2019-07-31