

PIRMINIŲ ONKOLOGINIŲ LIGONIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS OPTIMIZAVIMO GALIMYBĖS, TAIKANT ATVEJO VADYBĄ

Samanta Savickaitė¹, Alvydas Česas²

¹*Klaipėdos universiteto Socialinių ir humanitarinių mokslų fakultetas,*

²*Klaipėdos universitetinė ligoninė*

Raktažodžiai: pirminis onkologinis ligonis, atvejo vadyba, sveikatos priežiūros optimizavimas, onkologinių ligų trajektorija.

Santrauka

Pasaulio sveikatos priežiūros sistemos ir organizacijos diegia į asmenį orientuotos priežiūros modelį, siekdamos pagerinti veiklos rezultatus. Šis klausimas ypač svarbus onkologinių ligonių sveikatos priežiūrai dėl jos specifškumo, kai sergančiųjų išgyvenamumo ilginimo ir gyvenimo kokybės gerinimo tikslai skatina įveikti procesų kompleksškumą ir chaotiškumą diagnozės nustatymo ir gydymo etapuose. Tyrimo tikslas – įvertinti pirminių onkologinių ligonių sveikatos priežiūros optimizavimo galimybes iš mokslinės ir praktinės perspektyvos, taikant atvejo vadybą. Sisteminės mokslinės literatūros, teisinių dokumentų ir klinikinės praktikos analizės duomenys atskleidė, kad nuo onkologinės ligos įtarimo iki jos stebėsenos dalyvauja labai daug skirtingų lygmenų organizacijų, todėl įgyvendinti nacionalinius paslaugų prieinamumo ir kokybės standartus fragmentiškoje aplinkoje pagal tradicinį sveikatos priežiūros modelį tampa neįmanoma. Didžiausias krūvis ir spaudimas tenka antrinio ir tretinio lygmens institucijoms, kurios pavieniui nepajėgios įveikti iššūkius. Straipsnyje pristatomas Klaipėdos universitetinėje ligoninėje sukurtas ir sėkmingai taikomas atvejo vadybos modelis pirminiems onkologiniams ligoniams, kaip priemonė, teikianti pagrindą onkologinių ligonių sveikatos priežiūros optimizavimui Lietuvoje.

Išvada – onkologijos atvejo vadybos modelio kūrimas ir diegimas – racionaliausia pirminių onkologinių ligonių problemų sprendimo alternatyva.

Įvadas

XX a. pab. - XXI a. pr. pradėta kalbėti apie sveikatos priežiūros sistemų transformacijos poreikį, tačiau tuomet tai buvo labiau idėjiniai manifestai, įtvirtinti 2001 m. Jungtinių

Amerikos Valstijų medicinos instituto ataskaitoje. Nuo tada imta deklaruoti, kad sveikatos priežiūra turi būti labiau orientuota į pacientą ir integrali, t.y. grįsta individualistine kompleksine prieiga, nes tai yra fundamentalus sveikatos priežiūros paslaugų kokybės standartas [1]. Dėl visuotinių tendencijų, tokių kaip gyventojų senėjimas, dauginės lėtinės ligos ir jų gydymo bei valdymo problematika, išlaidos sveikatos priežiūrai auga milžinišku greičiu, todėl tradicinės sveikatos priežiūros sistemos nebepajėgios įveikti joms keliamus iššūkius [2,3]. Dėl šių esminių priežasčių į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros idėjos sparčiai plėtojamos, laipsniškai integruojamos į pasaulinio ir nacionalinio lygmens strateginius dokumentus bei klinikinę praktiką, siekiant teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo ir sveikatos sistemos efektyvumo didinimo. Svarbu pabrėžti, kad pastaraisiais metais mokslininkai ir praktikai pradėjo vartoti jiems labiau priimtina „į asmenį orientuotos sveikatos priežiūros“ terminą apibrėžti.

Viena iš pokyčių įgyvendinimo prioritetinių sričių yra sergančiųjų lėtinėmis ligomis, tarp jų ir onkologinėmis, į asmenį orientuota sveikatos priežiūra. Tiek Europos, tiek Atlanto pakrančių valstybėse sergamumo ir mirštamumo nuo onkologinių ligų rodikliai yra vieni didžiausių sveikatos statistikoje [4,5]. Didžiausią iššūkį kelia ne tik šių ligų gydymo kaštai, bet ir jų keliamų kompleksinių problemų valdymas skirtingose grandyse. Viena iš probleminių sričių, ypač svarbių antrinio ir tretinio lygmens sveikatos priežiūros įstaigoms – ankstyvoji naujų onkologinės ligos atvejų diagnostika ir gydymas. Įvairiose šalyse ieškoma būdų ir priemonių, kaip optimizuoti onkologinių ligonių sveikatos priežiūrą, kad visos paslaugos nuo diagnostikos iki kontrolės etapo būtų suteiktos laiku, prieinamos, efektyvios ir integralios [6-8]. Atvejo vadyba šiuo atžvilgiu vis labiau pripažįstama kaip neišvengiamas problemos sprendimo būdas.

Tyrimo tikslas – įvertinti pirminių onkologinių ligonių

sveikatos priežiūros optimizavimo galimybes iš mokslinės ir praktinės perspektyvos, taikant atvejo vadybą.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Teorinėje ir analitinėje darbo dalyse integruotai taikyti dokumentų studijų, aprašomasis, statistinių duomenų analizės metodai.

Tyrimo rezultatai

Strateginės onkologinių ligonių sveikatos priežiūros kokybės gerinimo kryptys. Pasaulio sveikatos organizacija 2015 m. nurodė 5 tarpusavyje susijusias strategines kryptis, taikytinas kuriant į asmenį orientuotą ir integralią sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūrą. Tai 1) žmonių įgalinimas ir įtrauktis, 2) viešojo valdymo ir atskaitomybės stiprinimas, 3) priežiūros paslaugų modelio perorientavimas (nuo tradicinio link orientuoto į asmenį), 4) paslaugų koordinavimas, 5) pokyčiams palankios aplinkos kūrimas [9, p. 20].

Norint nuosekliai ir sėkmingai įgyvendinti šias nuostatas konkrečiame kontekste, svarbu stebėti ir analizuoti kitų šalių politines tendencijas ir organizacinę praktiką. Pavyzdžiui, Australijoje, kur onkologinių ligonių išgyvenamumas yra vienas didžiausių pasaulyje, akcentuojama mokslinių tyrimų svarba, ieškant pagrįstų ir tvarių priežiūros teikimo modelių. Nacionaliniu lygmeniu pabrėžiama tarpsektorinės partnerystės ir onkologine liga sergančių asmenų priežiūros koordinavimo reikšmė, siekiant efektyviai įveikti esamus ir būsimus vėžio kontrolės iššūkius, išvengti išteklių švaistymo ir paslaugų dubliavimosi, aktyviai įtraukiant visus galimus suinteresuotus subjektus: vyriausybę, pacientų organizacijas, nevyriausybines organizacijas, bendruomenes, privačius paslaugų teikėjus, tyrimų institutus [10]. Galima stebėti, kaip šalyje intensyviai plėtojama kompleksinės pagalbos infrastruktūros sistema, ieškoma optimaliausių paslaugų teikimo būdų.

Europos tarptautiniuose strateginiuose dokumentuose taip pat labai aiškiai atsispindi į asmenį orientuotos sveikatos priežiūros nuostatos. Labai plačiai aptariami visi aktualūs aspektai nuo onkologinių ligų prevencijos iki onkologinių ligonių gyvenimo kokybės, baigus gydymą. Iš konteksto tikslinga išskirti multidisciplininės prieigos taikymo poreikį, koordinuojant skirtingų paslaugos teikėjų veiksmus ir įgalinant asmenis, sergančius onkologinėmis ligomis. Teigiama, kad viena iš svarbesnių priemonių sėkmingų pokyčių link – atvejo vadybininko įdarbinimas, jį priskiriant kiekvienam pacientui, kad būtų galima efektyviau būdu atliepti į kompleksinius sergančiojo poreikius ir optimizuoti jo trajektoriją, t.y. kelią nuo ligos įtarimo iki gydymo ir kontrolės [7, 11,12].

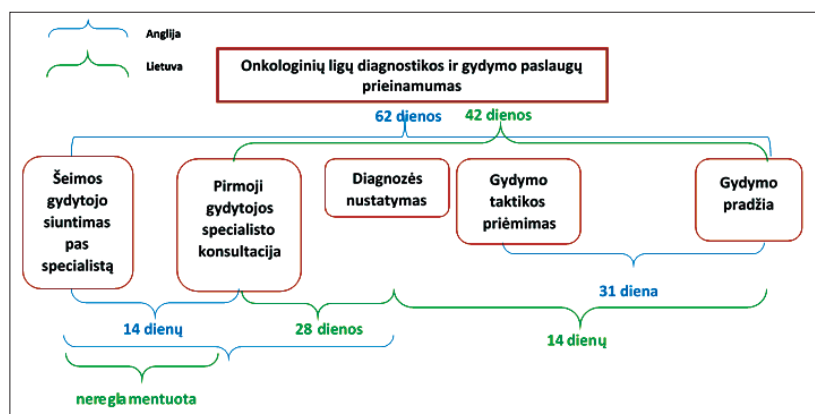
Į asmenį orientuota onkologinių ligonių sveikatos priežiūra plačiu mastu ir ambicingai kuriama Anglijoje. Ši valstybė pasižymi labai stipriu holistiniu požiūriu onkologijoje,

yra pasiekusi ženklų pažangą, lyginant su kitomis Europos valstybėmis, todėl kai kuriais atžvilgiais laikytina gerosios praktikos pavydžiu. Nacionalinėje onkologinių ligonių sveikatos priežiūros politikoje įtvirtintos bazinės principinės nuostatos, tokios kaip priežiūros individualizacija ir personalizacija, koprodukcija [13] įpareigojo perprojektuoti buvusių paslaugų infrastruktūrą, steigti agentūras bei vykdyti daugelį kitų pokyčių. Didžiausios pasaulinio garso labdaros organizacijos „Macmillan Cancer Support“ atliktoje studijoje nustatyta nemažai problemų, kurios sunkina strateginių idėjų praktinį įgyvendinimą šalyje. Kaip vienos iš svarbiausių, aktualios daugeliui valstybių, išskirtos: neaiškus atsakomybės padalijimas tarp skirtingų institucijų, vietinio ir nacionalinio lygmens prioritetų neatitiktis, lyderystės vykdyti pokyčius stoka, finansavimo trūkumas vietiniu lygmeniu, darbo jėgos trūkumas, kuris ypač neigiamai atsiliepia diagnostikos, pagalbos prieinamumo ir koordinavimo procesams [14].

Įvairios studijos rodo, kad sudarant ilgalaikius onkologinių ligonių sveikatos priežiūros planus, būtinas realistinis požiūris – suvokimas, kad perspektyvoje žmonių, sergančių onkologine ir gretutinėmis ligomis skaičius augs, todėl jiems bus būtinos kompleksinės paslaugos ir į asmenį orientuota prieinama paslaugų infrastruktūra. Atitinkamai būtina suteikti pirmenybę efektyviai gydymo ir socialinės priežiūros paslaugų integracijai ir koordinavimui, klinikinių slaugytojų skaičiaus didinimui, paciento patirčių ir gyvenimo kokybės gerinimui [15].

Atvejo vadyba kaip strateginis onkologinių ligonių sveikatos priežiūros sprendimas. Sveikatos priežiūra – labai sudėtingas įvairių paslaugos teikėjų tinklas, sudarytas iš pirminio, antrinio, tretinio lygmens institucijų, nevyriausybinių organizacijų, privačių įstaigų ir kitų suinteresuotųjų subjektų. Nereikėtų nuvertinti šio painaus tinklo elementų bendradarbiavimo problematikos. Iš pažiūros gali atrodyti, kad įvairių specialistų, institucijų bendradarbiavimas yra savaime suprantamas dalykas, vis dėlto šių procesų koordinavimas dar nesulaukia reikiamo dėmesio. Tam, kad skirtingi šį tinklą sudarantys subjektai judėtų bendra strategine kryptimi, būtina suderinti jų skirtingas darbotvarkes. Efektyvus sveikatos priežiūros organizacijų ir kitų suinteresuotųjų subjektų grandinės valdymas yra būtinas įveikti kompleksines problemas bei sukurti palankią bendradarbiavimo aplinką [16]. Ypač tai aktualu kuriant į asmenį orientuotą sveikatos priežiūrą, kurioje svarbus tarspektorinis bendradarbiavimas ir paslaugų integralumas [17].

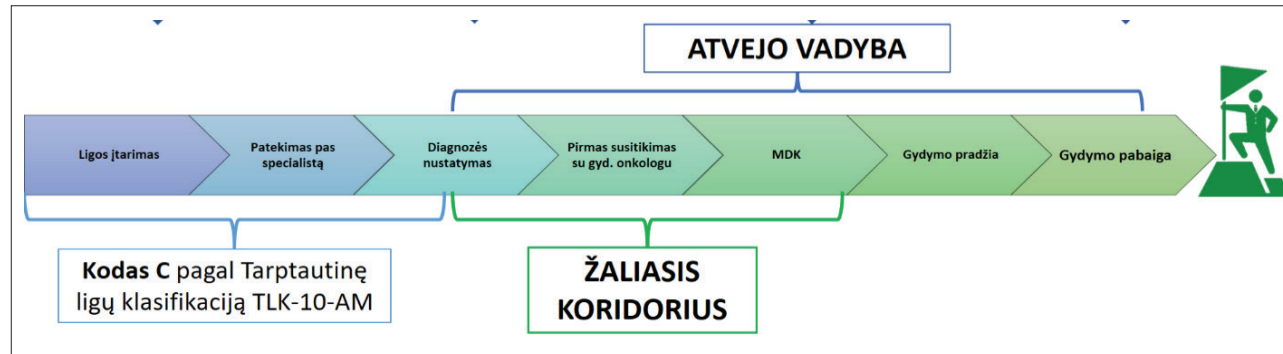
Praktinio lygmens paslaugų integralumo ir koordinavimo siekiai įgyvendinami taikant atvejo vadybos modelį. Jo sėkmė įvairiose klinikinėse srityse suteikė racionalų pagrindą šios prieigos adaptacijai onkologijoje. Teigiama, kad onkologinės ligos atvejo vadyba specialistams ir pacientams yra labai svarbi tarpinė grandis, jungianti skirtingų specialistų



1 pav. Onkologinių ligų diagnostikos ir gydymo paslaugų prieinamumo standartai Anglijoje ir Lietuvoje
Sudaryta darbo autorių.



2 pav. Efektyvaus onkologinių ligonių trajektorijos valdymo dedamosios
Šaltinis: [25].



3 pav. Klaipėdos universitetinės ligoninės „Žaliojo koridoriaus“ registravimosi sistema
Šaltinis: Sudaryta darbo autorių.

teikiama pagalba į darnų planą [18]. Mokslinėje literatūroje išskiriama ganėtinai daug atvejo vadybos modelių, kurie skirstomi į įvairiausias kategorijas ir tipus. Visi modeliai turi tam tikrų panašumų ir skirtumų, priklausomų nuo organizacinio konteksto, kuriame konkretus modelis yra kuriamas, ypatumų [19]. Pačia bendriausia prasme atvejo vadyba suprantama kaip sveikatos priežiūros specialisto (atvejo vadybininko) vykdoma aktyvi paciento, turinčio kompleksinių poreikių, stebėseną, apimančią pacientui būtinas pagalbos paslaugų plano sudarymą ir jo įgyvendinimą tarp skirtingų paslaugos teikėjų koordinavimo procesus [20]. Ši veikla aprėpia tarpdisciplininės komandos formavimą ir jos narių bendradarbiavimo plėtrą, paslaugų koordinavimą, individualias intervencijas, tokias kaip paciento palaikymas, informavimas ir švietimas. Visi šie baziniai procesai siejami su onkologinių ligonių trajektorijos optimizavimu [21], kuris turėtų būti suprantamas plačiaja prasme, kai liečiami paslaugų prieinamumo, savalaikiškumo, tikslingumo ir integralumo aspektai.

Atvejo vadybos taikymas, optimizuojant pirminių onkologinių ligonių trajektoriją. Onkologinių ligonių sveikatos

priežiūra yra probleminė dėl jos specifiškumo. Kalbama ne tik apie pažangiausių gydymo metodų nuolatines paieškas, siekiant pailginti sergančiųjų išgyvenamumą ar palaikyti jų gyvenimo kokybės gerinimo siekį, bet ir apie procesų kompleksiskumą ir chaotiškumą, trukdantį kuo operatyviau nustatyti ligos diagnozę ir pradėti gydymą. Pastarasis aspektas ypač aktualus specializuotoms antrinio ir tretinio lygmens institucijoms, kurių atžvilgiu keliami ganėtinai aukšti sveikatos politikos reikalavimai. Nuo ligos įtarimo iki stebėsenos dalyvauja labai daug skirtingo lygmens organizacijų [22], todėl galimybė įgyvendinti nacionalinius standartus fragmentiškoje aplinkoje pagal tradicinį sveikatos priežiūros modelį tampa utopinė [23].

Pavyzdžiui, Anglijoje numatytas 62 kalendorinių dienų terminas nuo diagnozės įtarimo iki pirmojo gydymo pradžios. Per šį laikotarpį turi būti įvykdyti 3 reikalavimai: esant ligos įtarimui, pacientas šeimos gydytojo siuntimu per 14 dienų turi patekti specialisto ištyrimui (1); ne vėliau kaip per 2 savaites pacientui turi būti nustatyta tiksli diagnozė (2); per 31 dieną turi būti pradėtas gydymas (3) [24,25]. Akivaizdu, kad

Anglijoje didžiulis spaudimas tenka diagnostikos paslaugas teikiančioms institucijoms. Skirtingai nei Anglijoje, Lietuvos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. įsakyme V-156 „Dėl onkologinių ligų diagnostikos ir gydymo paslaugų prieinamumo ir kokybės rodiklių ir jų stebėsenos tvarkos aprašo patvirtinimo“ [26] dėmesys skiriamas laikotarpiui nuo patekimo pas gydytoją specialistą iki diagnozės nustatymo (iki 28 kalendorinių dienų) ir nuo diagnozės nustatymo iki gydymo pradžios (iki 14 kalendorinių dienų). Nors dokumente apibrėžtas 42 kalendorinių dienų intervalas, tačiau jame neatsispindi laiko reikalavimas, per kurį pacientas su šeimos gydytojo siuntimu turi patekti specialisto konsultacijai, o tai svarbus visos trajektorijos momentas (1 pav.).

Ką valstybei reiškia neapibrėžtas laiko intervalas, per kurį pacientas, turintis šeimos gydytojo, įtarusio onkologinį susirgimą, siuntimą, patektų pas gydytoją specialistą? Tikėtina, kad pacientas atvyks planine tvarka. Pasitvirtinus diagnozei, galima spėti apie jo nepasitenkinimą dėl laukimo eilių ir sistemos nepalankumo sergantiesiems. Neretai patirtas chaosas, nerimas, pyktis ir kiti negatyvūs dalykai pasiekia specializuotas gydymo įstaigas, kuriose gydymo pradžia priklauso nuo turimų duomenų, jau atlikto ištirtumo. Formuojasi trikdžių ir iššūkių grandinė, stipriai veikianti sveikatos priežiūros įvaidį ir kokybę, tad norint užtikrinti prieinamą ir savalaikę pagalbą

onkologiniams ligoniams, būtina priimti sprendimus, susijusius su naujų pacientų (t.y. pirminių onkologinių ligonių) trajektorijos optimizavimu. Apskritai vertinant onkologinę sveikatos priežiūros paslaugų sistemą, tyrimai rodo diagnostikos ir gydymo etapų svarbą visame onkologinės ligos trajektorijos kontekste [27].

Įvairiose studijose nustatyta, kad siekiant spręsti šią problemą ir užtikrinti greitesnę onkologinės ligos gydymo pradžią, organizacijose svarbu užtikrinti tam tikrųjų dedamųjų egzistavimą (2 pav.). Kartu būtinas tikslingas ir išsamus pacientų informavimas apie vykstančius procesus, optimaliausio paslaugų teikimo modelio paieškos, organizacijos aprūpinimas reikiama is štekliais [28].

Diagnostikos ir gydymo etapų efektyvumą gali padidinti inovatyvi vadyba, keičiant požiūrį į paslaugų valdymo priegą [25], todėl randasi atvejo vadybininko, kaip sveikatos priežiūros specialisto, poreikis. Jo veikla organizacijai teikia strateginį pranašumą, įgalina operatyviai ir sklandžiai vykdyti numatytas užduotis, sudaro lemiamas sąlygas į asmenį orientuotos sveikatos priežiūros kūrimui praktiniu lygmeniu. Deja, žmogiškųjų išteklių problema visame pasaulyje iškeliamą kaip prioritetinę sritį, ypač kalbant apie tokius specialistus kaip atvejo vadybininkai [27,29].

„Žaliojo koridoriaus“ atvejo vadyba Klaipėdos universitetinėje ligoninėje.

2019 m. sausio 2 d. Klaipėdos universitetinėje ligoninėje savanorystės pagrindu pradėtas vykdyti bandomasis projektas, kurio metu, remiantis moksliniais tyrimais ir gerosios praktikos pavyzdžiais, buvo kuriama onkologijos atvejo vadybininko pareigybė darbu su naujais (t.y. pirminiais) onkologiniais ligoniais, į įstaigą užsiregistravusiais „Žaliojo koridoriaus“ sistemoje (3 pav.). Vyriausiojo gydytojo įsakymu patvirtinta vyresniojo specialisto (onkologijos atvejo vadybininko) pareiginė instrukcija [30] ir Kompleksinės pagalbos paslaugų onkologiniams pacientams teikimo tvarkos aprašas [31], kurių pagrindu ligoninėje plėtojama onkologijos paslaugų vadyba. 2019 m. rugpjūčio mėn. vidine tvarka įsteigta onkologijos atvejo vadybininko pareigybė darbu 0,5 etatu, kuris 2020 m. pavasarį padidintas iki 1,0 etato. Per tą laikotarpį koordinuota daugiau nei 300 pacientų, 250 iš jų buvo reikalingas išsamus ištyrimas prieš planuojamą gydymą. 204 pacientams suteiktos išsamios psichosocialinio pobūdžio konsultacijos [32].

Tolesnė onkologijos atvejo vadyba plėtojama A. Donabedian sveikatos priežiūros kokybės vertinimo modelio pagrindu [33, 34], į kurią orientuotasi kuriant Klaipėdos universitetinės ligoninės onkologinių ligonių atvejo vadybos struktūrą, procesus ir siekiamus rezultatus (4 pav.).

Pas atvejo vadybininką pirminiai onkologiniai ligoniniai patenka užsiregistruodami „Žaliojo koridoriaus“

Struktūra	Procesai	Siekiami rezultatai
Onkologijos atvejo vadybininko įdarbinimas	Paciento informavimas, veiksmų koordinavimas	Paslaugų prieinamumo ir savalaikiškumo didinimas
Patvirtinta onkologijos vadybininko veiklos tvarka	Kompleksinės pagalbos planavimas ir organizavimas	Į asmenį orientuotos priežiūros kūrimas
Atskira „Žaliojo koridoriaus“ registracijos sistema	Psichosocialinis konsultavimas, distreso vertinimas	Pagerėjusi paslaugų kokybė
Fizinė infrastruktūra onkologijos vadybininkui (atskiras nuolatinis kabinetas, telefono linija, el. paštas)	Bendradarbiavimo su tarpdisciplininės komandos specialistais plėtra	Padidėjęs pacientų pasitenkinimas paslaugomis
Vidinių „hide“ talonų sistemos plėtra	Priežiūros integravimas	Priežiūros integralumas
Suburta ir plėtojama gydytojų specialistų komanda	Bendradarbiavimo plėtojimas su suinteresuotomis institucijomis (NVO, savivaldybė ir kt.)	Tikslingas išteklių panaudojimas
Sudaromos sąlygos stažuotėms, vykdoma mokslinė veikla	Nuolatinis vykdomų procesų vertinimas ir tobulinimas	Organizacijos veiklos rodiklių ir įvaidžio gerinimas
Suburta psichosocialinės pagalbos specialistų komanda		

4 pav. Onkologijos atvejo vadybos Klaipėdos universitetinėje ligoninėje sistema

Šaltinis: sudaryta darbo autorių.

sistemoje arba atsiųsti gydytojo onkologo chemoterapeuto. Atvejo vadybininko veiklą sudaro kontaktinės ir nekontaktinės darbo valandos. Kontaktinio darbo metu su pacientais bendraujama telefonu, el.ryšių priemonėmis bei tiesioginės konsultacijos metu. Pirminė, tiesioginė onkologijos atvejo vadybininko konsultacija pacientui paskiriama po pirmo vizito pas gydytoją onkologą chemoterapeutą ir (ar) radioterapeutą. Vidutinė konsultacijos trukmė apie 60 min., kurios metu su pacientu aptariama tolesnė tyrimų ir (ar) gydymo eiga, suteikiama aktuali informacija dėl pasiruošimo numatytoms procedūroms. Po to – išsamus psichosocialinis konsultavimas, apimantis ir paciento patiriamo distreso vertinimą. Atsižvelgiant į konsultacijos metu aptartus dalykus, prioritetine tvarka onkologijos atvejo vadybininkas kartu su pacientu sudaro kompleksinės pagalbos planą, kuriame įtraukiamos ir psichosocialinės pagalbos specialistų konsultacijos (dažniausiai klinikinio psichologo, gydytojo dietologo, rečiau – dvasininko, socialinio darbuotojo), pacientui perduodama aktuali dalomoji informacinė medžiaga. Vidutiniškai per dieną onkologijos atvejo vadybininkas teikia 3-4 tiesiogines pirmines konsultacijas visiškai naujiems pacientams, tačiau šis skaičius kinta ir gali išaugti iki 8 konsultacijų per dieną, priklausomai nuo pacientų srauto [30-32].

Nekontaktinio darbo metu atliekamos įvairios funkcijos ir užduotys: koordinuojami pirminių pacientų srautai (vykdoma pacientų atranka: vertinama pateikta paciento ligos istorijos dokumentacija pagal numatytus algoritmus), atliekama registracija diagnostiniams tyrimams ir specialistų konsultacijoms, stebimi ir koordinuojami su pacientų diagnostika ir gydymu susiję procesai, renkami pacientui atliktų diagnostinių tyrimų rezultatai, kurie suvedami į multidisciplininės komandos konsiliumų sistemą nustatyti gydymo taktiką. Jei reikia, atvejo vadybininkas renka pacientui aktualią informaciją gyvenimo ir kitais klausimais, domisi pagalbos galimybėmis kitose įstaigose, plėtoja bendradarbiavimą su suinteresuotomis institucijomis dėl pacientų gyvenimo kokybės gerinimo [30,31].

Onkologijos atvejo vadybininkui tenka atsakomybė reguliariai tikrinti pacientų registravimosi „Žaliajame koridoriuje“ tikslingumą, analizuoti „Žaliojo koridoriaus“ paslaugų teikimo kokybinius ir kiekybinius rodiklius, pirminiams pacientams reikalingų diagnostinių tyrimų ir konsultacijų mastą bei pokyčius, skatinti pacientų švietimą ir aktyvų dalyvavimą onkologinės ligos gydymo procesuose. Klaipėdos universitetinėje ligoninėje siekiama, kad kiekvienas pirminis onkologinis ligonis gautų visapusišką palaikymą, operatyvią ir kokybišką pagalbą. Dedamos pastangos, kad nuo pirmo kreipimosi į gydymo įstaigą pacientas pas reikalingą specialistą petektų ne vėliau, kaip per 5 darbo dienas. Jei reikalingas papildomas diagnostinis ištyrimas (KT, MRT, scintigrafija

ir pan.), ilgiausia vidutinė šių tyrimų laukimo trukmė yra 10 darbo dienų. Atlikus tyrimus ir gavus visus atsakymus, paciento atvejis pristatomas artimiausiam kassavaitiniam multidisciplininės komandos aptarimui [30,32].

Onkologijos atvejo vadybininko veikla aprėpia platų onkologinių ligų profilį, tačiau yra bandomojo pobūdžio visos šalies mastu. Nesant vieningos ir išmanios informacinės sistemos, darosi problematiška kaupti ir sisteminti įvairialypę informaciją, kurios pagrindu būtų galima plėtoti šią veiklą ir dar labiau optimizuoti procesus,

Atvejo vadybos modelis vis dažniau pradedamas taikyti sveikatos priežiūros organizacijose kaip kompleksinius poreikius turinčių asmenų sveikatos priežiūros kokybės gerinimo priemonė. Onkologijos atvejo vadybininko veikla prisideda prie strategiškai pozityvių pokyčių, susijusių su pacientų pasitenkinimu teikiama sveikatos priežiūra, įstaigoje vykstančių procesų optimizacija, specialistų darbo kokybe.

Išvados

1. Sveikatos priežiūros sektorius yra smarkiai veikiamas pasaulinių strateginių tendencijų dėl į asmenį orientuotos prieigos taikymo. Holistinis požiūris, paslaugų integralumas traktuojami kaip kertiniai principai, kurių pagrindu turi būti vykdomi transformaciniai pokyčiai ir klinikinėje onkologijos praktikoje.

2. Išskirtinai problemine sritimi visoje onkologinių ligų trajektorijoje įvardijama diagnostika ir gydymas, todėl antrinė ir tretinė sveikatos priežiūros grandys patiria kone didžiausią krūvį ir spaudimą.

3. Pasaulinė praktika ir tyrimai rodo atvejo vadybos vertę ir naudą, siekiant geriau spręsti onkologinių ligonių sveikatos priežiūros problemas.

4. Klaipėdos universitetinėje ligoninėje sukurtas ir pradėtas taikyti bandomasis atvejo vadybos modelis pirminiams onkologiniams ligoniams laikytinas itin sėkminga ir pasiteisinusia priemone, turinčia pagrindą tolesnei plėtrai, sprendžiant onkologinių ligonių sveikatos priežiūros optimizavimo problemas Lietuvoje.

Literatūra

1. Baker A. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. *BMJ* 2001;323(7322):1192. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7322.1192>
2. Ebel T, Katy G, Larsen E, Shah K, Ungerman D. Building new strengths in the healthcare supply chain: pharmaceuticals and medical products operations. *McKinsey & Co* 2013.
3. Kumar R, Chattu V. What is in the name? understanding terminologies of patient-centered, person-centered, and patient-directed care! *Journal of Family Medicine and Primary Care* 2018;7(3):487-488.

- https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_61_18
4. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2019. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 2019;69(1):7-34.
<https://doi.org/10.3322/caac.21551>
 5. World Health Organisation. Cancer: key facts.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
 6. European Kommission. Europe's beating cancer plan roadmap.
<https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/12154-Europe-s-Beating-Cancer-Plan>.
 7. Albrecht T, Kiasuwa T, Bulcke MV. European guide on quality improvement in comprehensive cancer control. *El. book - Ljubljana: National Institute of Public Health; Brussels: Scientific Institute of Public Health* 2017.
 8. Mcavoy B. Optimising cancer care in Australia. *Aust Fam Physician* 2003;32(5):369.
 9. World Health Organization. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. WHO 2015:1-50.
 10. Cancer Australia, Australian government. Cancer Australia strategic plan 2014-2019.
 11. European Commission. Europe's beating cancer plan: roadmap. 2020. <https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/12154-Europe-s-Beating-Cancer-Plan>.
 12. Nolte E, Knai C, Saltman RB, editors. Assessing chronic disease management in European health systems: concepts and approaches. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies 2014.
 13. Achieving world-class cancer outcomes. A strategy for England 2015-2020. NHS 2015.
 14. Macmillan Cancer Support. Warning signs challenges to delivering the cancer strategy for England by 2020. Macmillan Cancer Support 2017.
 15. Macmillan Cancer Support. One size does not fit all: why we need to make cancer care in the NHS more personal. 2020.
https://www.macmillan.org.uk/_images/one-size-doesnt-fit-all-report-web_tcm9-341625.pdf
 16. Marques L, Martins M, Araújo C. The healthcare supply network: current state of the literature and research opportunities. *Production planning & control* 2020;31(7):590-609.
<https://doi.org/10.1080/09537287.2019.1663451>
 17. Meijboom B, Schmidt-Bakx S, Westert G. Supply chain management practices for improving patient-oriented care. *Supply Chain Management: An International Journal* 2011;16(3):166-175.
<https://doi.org/10.1108/13598541111127155>
 18. Pei-Yi L, Chang T. Application of integrative information system improves the quality and effectiveness of cancer case management. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 2015;8:287-290.
<https://doi.org/10.2147/JMDH.S77714>
 19. Huber DL. The diversity of case management models. *Lippincotts Case Manag* 2002;7(6):212-220.
<https://doi.org/10.1097/00129234-200211000-00002>
 20. Krumholz HM, Currie PM, Riegel B, et al. A taxonomy for disease management: a scientific statement from the American Heart Association disease management taxonomy writing group. *Circulation* 2006;114(13):1432.
<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.177322>
 21. Wulff CN, Thygesen M, Søndergaard J, Vedsted P. Case management used to optimize cancer care pathways: a systematic review. *BMC Health Services Research* 2008;8:227.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-227>
 22. Payne HA, Farnham C, Kirby M, Troup J. Advanced prostate cancer - optimising and integrating care. *Trends in Urology & Men's Health* 2013;4(1):36-40.
<https://doi.org/10.1002/tre.314>
 23. Santana MJ, Manalili K, Jolley RJ, Zelinsky S, Quan H, Lu M. How to practice person-centred care: a conceptual framework. *Health Expectations* 2018;21(2):429-440.
<https://doi.org/10.1111/hex.12640>
 24. NHS England. National cancer waiting times monitoring dataset guidance V.11.0. 2020. <https://www.england.nhs.uk/statistics/wp-content/uploads/sites/2/2020/09/national-cancer-waiting-times-monitoring-dataset-guidance-v11-sep2020.pdf>
 25. NHS. Sustaining cancer waiting times through effective pathway management, 2017. <https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/publication/sustaining-cancer-waiting-times-through-effective-pathway-management/>
 26. LR sveikatos apsaugos ministro 2017 m. vasario 17 d. įsakymas Nr. V-156 Dėl onkologinių ligų diagnostikos ir gydymo paslaugų prieinamumo ir kokybės rodiklių ir jų stebėsenos tvarkos aprašo patvirtinimo. TAR, 2017-02-20 Nr. 2017-02787.
 27. NHS. Health education England. Strategic framework for cancer workforce. Interim working paper July 2018, not official or final HEE position.
 28. NHS England. Implementing a timed lung cancer diagnostic pathway 2018.
 29. NHS England and NHS improvement. Rapid diagnostic centres vision and 2019/20 implementation specification. 2019.
 30. VšĮ Klaipėdos universitetinės ligoninės vyresniojo specialisto (onkologijos atvejo vadybininko) pareiginė instrukcija, 2019.
 31. VšĮ Klaipėdos universitetinės ligoninės vyriausiojo gydytojo 2019 m. įsakymas Nr. 248 Dėl kompleksinės pagalbos paslaugų onkologiniams pacientams teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo.
 32. VšĮ Klaipėdos universitetinės ligoninės onkologijos atvejo vadybininko 2019 m. rugpjūčio - 2020 m. rugsėjo veiklos ataskaita.
 33. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q* 2005;83(4):691-729.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
 34. NHS Improvement. Model for measuring quality care (structure, process, outcome and balancing measures). 2018.

OPTIMIZING PRIMARY CANCER PATIENTS' HEALTH CARE BY THE APPLICATION OF CASE MANAGEMENT

S. Savickaitė, A. Česas

Keywords: primary cancer patient, case management, health care optimization, cancer pathway.

Summary

Globally, health care systems and organizations are looking to improve their performance through the implementation of a person-centred care model. This issue is particularly important for cancer care due to its specificity, as its agenda intertwines not only the goals of prolonging the survival rates, improving patient's quality of life, but also overcoming the complexity and chaos of processes in the diagnosis and treatment stages. Moreover, as a wide range of organizations at different levels are involved in the cancer pathway from disease suspicion to surveillance, it becomes almost impossible to implement national standards for accessible

and comprehensive cancer care in an old-fashioned and fragmented environment that is based on the traditional health care model. Unfortunately, the greatest pressure falls on secondary and tertiary institutions, which alone are unable to meet the challenges. In regards to this, by the application of person-centred approach in organizational practice, the development of cancer case management model is playing an increasingly important role as the most rational solution.

The aim of the study: through scientific and practical lenses, to evaluate the possibilities of optimizing primary cancer patients' health care by applying the case management.

Correspondence to: samantasavickaite@yahoo.com

Gauta 2020-11-26
