

LĒTINIŲ NEUŽKREČIAMŲJŲ LIGŲ VALDYMO GALIMYBĖS PIRMINĖJE ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROJE

Rita Baltušienė, Marius Buitkus, Vytautas Dringelis,
Aldona Kaltanienė, Tatjana Subočiuė-Stuliova

Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos Medicinos centras

Raktažodžiai: dauginis ligotumas, lėtinės neužkrečiamosios ligos, lėtinių ligų valdymas, atvejo vadyba, integruotos priežiūros modeliai, paciento įgalinimas.

Santrauka

Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai šiuo metu nėra pasirengę spręsti sudėtingų senėjančios visuomenės sveikatos problemų, tad daugelis pasaulio šalių, siekdamos pagerinti paslaugų prieinamumą ir kokybę, įvairiais būdais stiprina pirminės sveikatos priežiūros grandį. Tyrimo tikslas – rasti mokslu pagrįstų įrodymų apie intervencijų į pirminę sveikatos priežiūrą veiksmingumą, siekiant patenkinti pacientų, vienu metu sergančių dviem ir daugiau neužkrečiamųjų lėtinių ligų, poreikius. Tiriamasis laikotarpis 2005–2021 metai. Tyrimui naudoti Lietuvoje ir užsienio šalyse atliktų mokslinių tyrimų duomenys, atitinkantys nagrinėjamą temą ir nacionaliniai teisės aktai, kuriuose reglamentuojamas lėtinių neužkrečiamųjų ligų valdymas. Rezultatai atskleidė keturias lėtinių ligų valdymo gerinimo galimybes: 1) šeimos gydytojo komandos stiprinimas, įtraukiant į ją slaugos ir socialinių paslaugų darbuotojus ir perduodant jiems dalį funkcijų; 2) išplėstinės praktikos slaugytojo integravimas į pirminę grandį; 3) atvejo vadybos modelio taikymas; 4) paciento įgalinimas savarankiškai valdyti ligą.

Išvada – į pacientą orientuota integruota sveikatos priežiūra, atvejų vadyba ir partnerystė su pacientais, įgalinant juos sveikatai palankia elgsena savarankiškai valdyti ligą, galėtų sumažinti sergančiųjų priklausomybę nuo institucinės globos, o kartu ir sveikatos priežiūros išlaidas, išvengiant nebūtino hospitalizavimo.

Įvadas

Dauginis ligotumas, dažniausiai apibrėžiamas kaip dvi ar daugiau lėtinių ligų bei sveikatos sutrikimų, tuo pačiu metu diagnozuojamų vienam asmeniui [1], kelia daug problemų pacientui ir sveikatos priežiūros įstaigoms. Ilgėjant gyvenimo trukmei, šis reiškinys dažnėja. Keliomis ligomis serga

55–98 proc. senyvo amžiaus pacientų [2], todėl dauginis ligotumas tampa pagrindine grėsme gyventojų sveikatai ir didžiausiu iššūkiu sveikatos priežiūros sistemoms visame pasaulyje. Sergančiųjų keliomis ligomis sveikatos būklė dažniausiai yra prastesnė nei tų, kurie serga viena lėtine liga [3]. Vyresniems nei 80 metų žmonėms dažnai diagnozuojama daug lėtinių ligų bei jų sukeltų sveikatos sutrikimų, kontroliuojamų daugybės vaistų [4]. Kai yra daugiau nei dvi kartu esančios patologinės būklės, susijusios su įvairių vaistų vartojimu, galima netinkama vaistų sąveika, didėja nepageidaujimų reakcijų rizika, todėl, didėjant dauginio ligotumo atvejų, sveikatos priežiūros sistemos ieško tinkamiausio integracijos ir bendradarbiavimo principais pagrįsto lėtinių neužkrečiamųjų ligų valdymo modelio.

Tyrimo tikslas – rasti mokslu pagrįstų įrodymų apie intervencijų į pirminę sveikatos priežiūrą veiksmingumą, siekiant patenkinti pacientų, vienu metu sergančių dviem ir daugiau neužkrečiamųjų lėtinių ligų, poreikius.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Tyrimui naudoti Lietuvoje ir užsienio šalyse atliktų mokslinių tyrimų duomenys, atitinkantys nagrinėjamą temą ir nacionaliniai teisės aktai, kuriuose reglamentuojamas lėtinių neužkrečiamųjų ligų valdymas. Pasirinktas aprašomojo tyrimo metodas. Elektroninė literatūros paieška atlikta naudojantis PubMed (Medline), ScienceDirect, Cochrane Library elektroninėmis duomenų bazėmis. Nagrinėjimui atrinkti straipsniai apie dauginį ligotumą ir intervencijas, kuriomis siekta pagerinti lėtinių neužkrečiamųjų ligų valdymą pirminėje sveikatos priežiūroje, slaugytojų vaidmens svarbą šiame procese. Tiriamasis laikotarpis 2005–2021 metai.

Tyrimo rezultatai

Dauginis ligotumas dažniausiai apibrėžiamas kaip du ar daugiau vieno asmens lėtinių sveikatos sutrikimų. Jis susijęs su gyvenimo trukmės ilgėjimu, visuomenės populiacijos senėjimu, sergančiųjų funkcinio nuosmukio ir didesniu sveikatos priežiūros paslaugų, tarp jų ir skubiosios pagalbos,

naudojimu [5,6]. Pacientai, sergantys dviem, o ypač turintys daugiau gretutinių ligų, dažniau ir ilgiau gydomi nei sergantieji viena liga, per jauni miršta [6,7].

Grupė tyrėjų, išanalizavusi 10 metų laikotarpio klinikičius 120 480 pacientų (≥ 55 metų) duomenis, nustatė bendrą 86 proc. dauginio ligotumo rodiklį pacientams, sergantiems ≥ 1 lėtine liga, kuris svyravo nuo 70 (migrena) iki 98 proc. (širdies nepakankamumas), o 38 proc. sudarė ≥ 4 lėtinės ligos. Dauginis ligotumas buvo nustatytas 83 proc. 55–69 metų pacientų [8]. Šioje studijoje nustatyta daug reikšmingų širdies nepakankamumu sergančių pacientų ligos paplitimo santykių, svyruojančių nuo 1:2 iki 7:7, iš kurių didžiausias lėtinės obstrukcinės plaučių ligos ir širdies ritmo sutrikimo santykis. Cukriniu diabetu, demencija ar migrena sergančių pacientų santykis buvo širdies nepakankamumo-regos sutrikimo 2:1, širdies nepakankamumo-depresijos 3:9, nugaros (kaklo) - depresijos 2:1 ir kt. [9]. B. Urbšio (2020) tyrimas atskleidė dauginėmis lėtinėmis ligomis sergančių pacientų vartojamų vaistų skaičių, grupes bei dažniausiai pasitaikančias tarpusavio sąveikas. Ištyręs 150 (>65 m. 77,6%; <65 m. 22,4%) dauginėmis ligomis sergančių šeimos medicinos klinikos pacientų, tyrėjas nustatė, kad 71,33 proc. tiriamųjų pasireiškė polifarmacija, dažniau vyresniems nei 65 m. pacientams. Vidutiniškai pacientai vartojo daugiau nei 7 vaistines medžiagas, kurių kiekis didėjo, didėjant lėtinių ligų skaičiui. Daugiausia vaistų vartojo sergantieji daugiau nei 7 lėtinėmis ligomis. Visi tiriamieji vartojo bent vieną receptinį preparatą, o šiek tiek daugiau nei pusė – nereceptinius, mažiau nei dešimtadalis – žolinius, trečdalis apklaustųjų vartojo maisto papildus. Daugiausia vaistų vartojo sergantieji širdies ir kraujagyslių ligomis. Daugiau nei keturis penktadalius visų vaistų tarpusavio sąveikų sudarė vidutinės rizikos sąveikos; mažos ir didelės rizikos sąveikos sudarė beveik penktadalį visų, o didžiausios sąveikos 1,13 proc. visų sąveikų. Daugiausia vidutinės rizikos vaistų tarpusavio sąveikų nustatyta tarp biguanidų-AKF inhibitorių; tarp mažos rizikos sąveikų vyravo K vitamino antagonistų-aldosterono antagonistų bei sulfonamidų -AKF inhibitorių tarpusavio veikimas; tarp didelės rizikos buvo stebima selektyvių $\beta 1$ adrenoblokatorių-imidazolino receptorių agonistų tarpusavio sąveika, o pavojingiausia sąveika rasta kartu skiriant selektyvius $\beta 2$ adrenoreceptorių agonistus-neselektyvius betaadrenoblokatorius [10].

Šeimos medicinos paslaugos kol kas labiau orientuotos į sveikatos problemų sprendimą, o ne į sveikatos stiprinimą ar išsaugojimą [11], todėl pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai dar nėra pasirengę spręsti sudėtingų senėjančios visuomenės sveikatos problemų [12], o daugelis pasaulio šalių, siekdamas pagerinti paslaugų prieinamumą ir kokybę, įvairiais būdais stiprina pirminės sveikatos priežiūros grandį [13]. Lietuvoje suformuotas lėtinių neužkre-

čiamųjų ligų valdymo ir integruotų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo teisinis pagrindas. Nuo 2006 m. gyventojams sudarytos galimybės naudotis penkiomis iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo finansuojamomis ligų prevencijos programomis [14], parengti teisės aktai, reglamentuojantys integruotų slaugos ir socialinių paslaugų teikimą namuose [15], 2008 m. patvirtinta Valstybinė lėtinių neinfekcinių ligų profilaktikos programa, orientuota į labiausiai paplitusių ligų prevenciją ir gyventojų atsakomybės už savo sveikatą didinimą [16]. Ilgalaikį pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, sveikatos būklės stebėjimą reglamentuoja LR sveikatos apsaugos ministro 2014 m. vasario 28 d. įsakymas Nr. V-288 Dėl ilgalaikio pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, sveikatos būklės stebėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo [17]. Reguliarus paciento sveikatos būklės stebėjimas skiriamas po aktyvaus gydymo. Stebėjimą nustatytu periodiškumu vykdo gydytojas specialistas, kuris pagal poreikį skiria pacientui tyrimus, gydymą ir teikia išvadą bei rekomendacijas šeimos gydytojui dėl tolesnės paciento sveikatos priežiūros (1 pav.). Priežiūros tęstinumą pacientams, turintiems sudėtingų poreikių (dažnai lankosi įstaigoje, dažnai kreipiasi dėl skubiosios pagalbos, serga keliomis ligomis ir pan.) užtikrina šeimos gydytojo komanda [18].

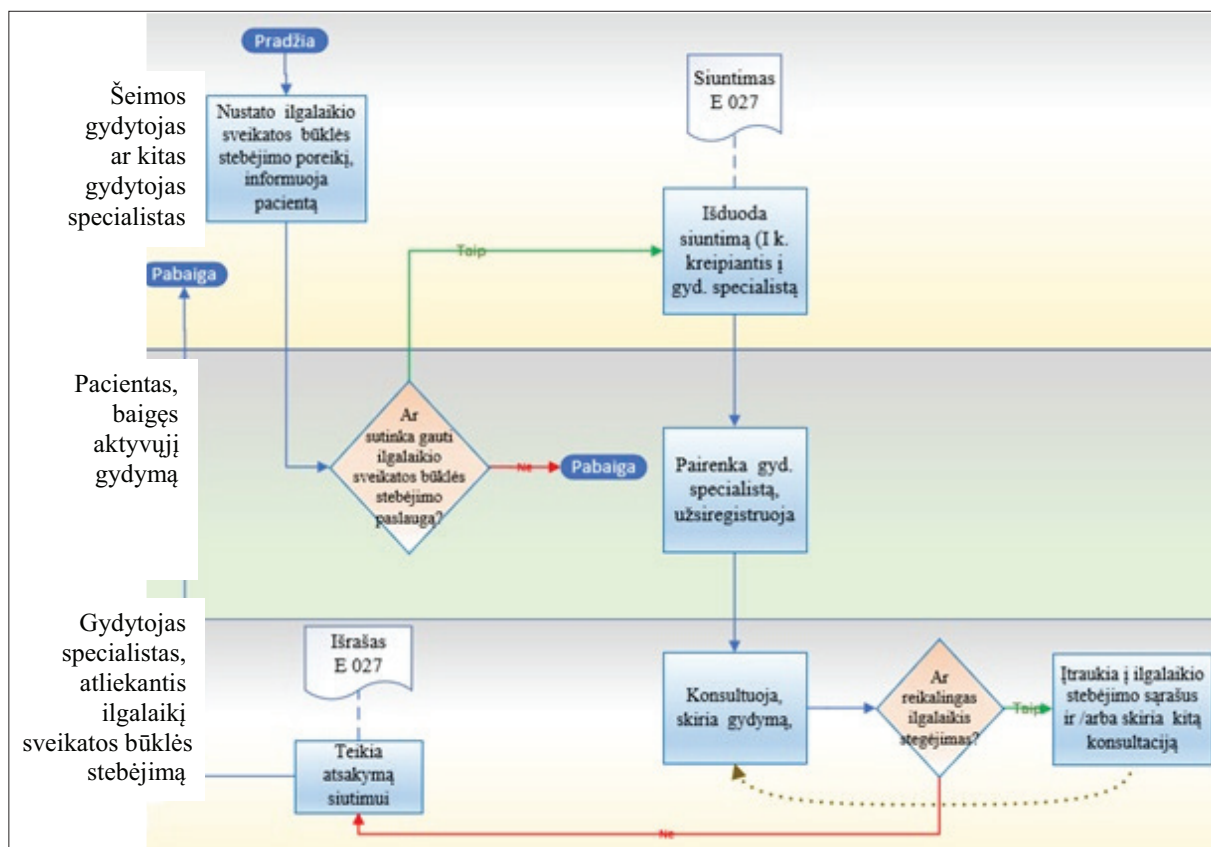
Problemos sprendimą sunkina tai, kad lėtinės neužkrečiamosios ligos ilgai kliniškai nepasireiškia, ypač nesant fizinės ir (ar) psichinės įtampos, tačiau lėtai progresuodamos sutrikdo asmens biopsichosocialines funkcijas ir buvęs tarsi sveikas žmogus, staiga tapęs neįgaliu (infarktas, insultas), labai sunkiai adaptuojasi fiziškai ir psichologiškai. Tradicinis sveikatos priežiūros modelis tokiais atvejais yra nepakankamas, nes neapėmia visų tokiems ligoniams reikalingos pagalbos sričių [19], tačiau pripažįstama, kad prevencines intervencijas geriausiai pasirengę vykdyti pirminės sveikatos priežiūros gydytojai [20], jie teikia apie 68 proc. visos pacientų priežiūros [21]. Pastebima, kad pirminė sveikatos priežiūra klinikinėje praktikoje nepakankamai taiko mokslo rekomendacijas ir prevencines priemones [22], nes, panašu, jai tenka neįmanoma užduotis. Kone prieš dvidešimtmetį buvo apskaičiuota, kad norint įvykdyti visas rekomendacijas, pirminės sveikatos priežiūros specialistams lėtinėms ligoms valdyti prireiktų 11 valandų per parą [23] ir dar 7 valandų prevencinėms paslaugoms [24]. Nuo to laiko rekomendacijų tik daugėjo. Nuo 1984 iki 2008 m. kardiologijos rekomendacijų skaičius išaugo 48 procentais [25]. Panašiu laikotarpiu PubMed paskelbtų rekomendacijų skaičius padidėjo nuo 73 iki 7508 [26]. Radosi tyrėjų, teigiančių, kad biomedicininio modelio (kai pirmenybė teikiama ligų gydymui) įsigalėjimas trukdo pirminės sveikatos priežiūros, ligų prevencijos ir sveikatos ugdymo įgyvendinimui [27].

J. Černiauskaitė (2014), tyrusi LSMU Kauno klinikų

šeimos medicinos klinikoje dirbančių šeimos gydytojų ir pacientų požiūrį į medicininės konsultacijos tikslus bei pacientui skirto laiko panaudojimo veiksmingumą, atskleidė, kad gydytojų konsultacijų laiko panaudojimo kliuvinių yra ne tik gydytojo ir paciento sąveikoje, bet ir netobuloje sveikatos priežiūros sistemoje [28]. I. Jakubynaitė ir S. Kaselienė (2016), ištyrusios Alytaus apskrities poliklinikose ambulatorines paslaugas teikiančių gydytojų specialistų požiūrį į šeimos gydytojų išduodamų siuntimų pagrįstumą, padarė prielaidą, kad šeimos gydytojai tinkamai neatlieka visų jiems šeimos gydytojo medicinos normoje priskirtų funkcijų ir netinkamai užpildo siuntimus, sunkindami gydytojų specialistų darbą. Šeimos gydytojai, nepanaudoję visų kompetencijų ligonio ištyrimo ir ligos diagnozavimo srityje, daugelį pacientų į specialistų konsultacijas siunčia nepagrįstai, konsultacijos trunka ilgiau ar paskiriami keli apsilankymai, nes gydytojams specialistams tenka iš naujo rinkti informaciją, dubliuoti tyrimus, kurių rezultatai šeimos gydytojams jau žinomi [29]. E. Peičiaus ir A. Kučinskaitės (2014) tyrimas išryškino lėtinėmis neužkrečiamosiomis ligomis sergančio paciento atsakomybės už savo sveikatą supratimo, sveikatos

būklės rimtumo nesuvokimo problemą. Pacientai dažnai ne tik neįvertina savo ligos sudėtingumo, bet ją ignoruoja, todėl dažnas, vos pajutęs sveikatos pagerėjimą, nustoja vartoti vaistus ar juos vartoja nereguliariai, todėl dėl savo nesupratimo gali paskatinti rimtas komplikacijas ir paūmėjimus. Pacientų per mažas dėmesys savipriežiūrai ir savikontrolei, nereguliarus vaistų vartojimas, gydytojo nurodymų nevykdymas, atvirumo trūkumas, nesveikas gyvenimo būdas ir per trumpa konsultacijos trukmė – tai priežastys, kurių šalinimas galėtų gerinti sveikatos priežiūros rezultatus [30].

Šeimos gydytojo komandos papildymas. Sklandžiam darbui užtikrinti būtina suformuoti visą šeimos gydytojo komandą, įtraukiant į ją slaugos ir socialinių paslaugų darbuotojus ir perduoti jiems dalį funkcijų [31]. Analogiška rekomendacija pateikiama Valstybinėje audito ataskaitoje, kurioje sakoma, kad kai kurias šeimos gydytojų funkcijas, tiesiogiai nesusijusias su ligų diagnostika ir gydymu, verta pavesti kitiems darbuotojams, pavyzdžiui, vadybininkams, administratoriams, kad šeimos gydytojai daugiau laiko skirtų darbui pagal kompetenciją, dirbtų efektyviau, daugiau laiko skirtų gydomajam profilaktiniam darbui [32].



1 pav. Sergančiųjų lėtinėmis ligomis sveikatos būklės stebėsenos schema

Šaltinis: pagal <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/asmens-sveikatos-prieziura/pirmine-ambulatorine-asmens-sveikatos-prieziura/seimos-gydytojo-komandos-paslaugos>

Išplėstinės praktikos slaugytojo integravimas. Spręsdamos sveikatos priežiūros organizavimo problemas kaimo vietovėse ar mažuose miesteliuose, kur labiau jaučiamas šeimos gydytojų stygius, ar būtina sumažinti per didelį jų darbo krūvį ir pagerinti paslaugų prieinamumą, daugelis šalių rekomenduoja į pirminės asmens sveikatos priežiūros grandį integruoti išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybę [33]. M. Laurant su bendraautorais (2018) paskelbė straipsnį, kuriame išanalizavo 18 atsitiktinių imčių tyrimus, vertinusių išplėstinės praktikos slaugytojų, įgalintų perimti dalį gydytojų darbų, kuriems nebūtina gydytojo kompetencija, įtaką sveikatos priežiūros procesams ar gydymo rezultatams. Tyrėjai nustatė, kad įgalinti savarankiškai dirbti išplėstinės praktikos slaugytojai, prižiūrėdami sergančiuosius širdies ligomis, diabetu, reumatu ir turinčius aukštą kraujospūdį, pasiekė panašių sveikatos rezultatų, kaip ir šeimos gydytojai: sumažėjo gydytojų darbo krūvis, gydymo išlaidos, pagerėjo informacijos pacientui teikimas ir paslaugų prieinamumas, padidinęs pacientų pasitikėjimą sveikatos priežiūros įstaiga ir pasitenkinimą paslaugomis [34].

Lietuvoje išplėstinės praktikos slaugytojo medicinos norma MN 160:2017 patvirtinta 2017 metais [35], todėl radosi mokslinių tyrimų, vertinančių praktines šių specialistų integravimo galimybes į pirminės sveikatos priežiūros sistemą. A. Dubicka ir kt. (2021) tyrė veiksnius, kurie gali trukdyti arba padėti integruoti išplėstinės praktikos slaugytoją į pirminę sveikatos priežiūros įstaigą. Grupė tyrėjų atliko mokslinių straipsnių šia tema analizę, kuri parodė, kad daugelyje šalių gydytojų pakeitimas išplėstinės praktikos slaugos specialistais tapo įprastinis dėl gydytojų trūkumo, pagerinęs sveikatos priežiūros prieinamumą, ypač sergančiųjų lėtinėmis ligomis. Tyrimas atskleidė, kad gydytojams sunku perduoti pacientų priežiūrą išplėstinės praktikos slaugytojams, nes abejoja jų kompetencija, tačiau gydytojai, jau dirbantys komandoje su išplėstinės praktikos slaugytojais, pripažino, jog integravus šiuos specialistus į pirminės sveikatos priežiūros grandį, sumažėja gydytojų darbo krūvis, yra daugiau laiko ūminių būklių konsultacijoms, pagerėja gydymo tęstinumas [36], tad sveikatos priežiūros sistemoje turi būti integruota organizacinė struktūra, stiprinanti gydytojų ir slaugytojų darbo santykius [37].

Atvejo vadybos modelio taikymas. Atvejo vadybą sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemose Amerikos atvejo vadybos asociacija (angl. American Case Management Association) apibrėžia kaip integralų bendradarbiavimo pagrindą sukurtą praktinį modelį, kai atvejo vadybininkas, naudodamasis komunikacijos priemonėmis ir turimais ištekliais, orientuodamasis į individualius asmens ir šeimos poreikius, įvertina paciento galimybes pasirinkti jam reikiamas paslaugas, kurias vėliau planuoja, koordinuoja jų vykdymą

ir vertina efektyvumą, siekdamas saugių, kokybiškų ir ekonomiškai efektyvių rezultatų. Tai veikla, pagrįsta tarpdiscipliniškumu ir skirtingų sričių specialistų bendradarbiavimu, kadangi dirbti su pacientu įtraukiami įvairūs subjektai: slaugytojai, gydytojai, pacientas, socialinis darbuotojas ir kiti specialistai, bendruomenė [38]. S. Smith ir kt. (2012) aprašė 10 atsitiktinių imčių kontroliuojamų tyrimų, aprėpusių 3407 pirminės priežiūros pacientus, vienu metu turinčius dvi ar daugiau ligų bei sveikatos sutrikimų. Buvo tiriamos įvairios kompleksinės intervencijos. Dviejuose tyrimuose aprašytos intervencijos pacientams, turintiems specifinių gretutinių ligų. Aštuoni tyrimai buvo skirti dauginiam vyresnio amžiaus pacientų ligotumui nagrinėti. Visi tyrimai apėmė sudėtingas intervencijas su keliais komponentais. Šešiuose iš 10 tyrimų vyraujantis komponentas buvo priežiūros paslaugų teikimo organizavimo pakeitimas, dažniausiai taikant atvejo vadybą arba sustiprinant daugiadisciplininį komandinį darbą. Keturių tyrimų intervencijos komponentai daugiausia buvo orientuoti į pacientą. Rezultatai parodė, kad sunku pagerinti šios populiacijos rezultatus, tačiau intervencijos, nukreiptos į tam tikrus gretutines ligas sukeliančius rizikos veiksnius arba su dauginiu ligotumu susijusius funkcinis sunkumus, gali būti veiksmingesnės [3].

Lietuvos sveikatos sistemos 2011-2020 m. metmenyse priimtos sveikatos priežiūros vadybos gerinimo nuostatos paskatino įstaigas sukurti ir išbandyti pirminės sveikatos priežiūros veiklos integracijos atvejo vadybos modelį [39]. Tai buvo naujas dalykas Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigoms. Netrukus K. Štaras ir T. Vedlūga (2012) paskelbė straipsnį, kuriame pristatė atvejo vadybos sampratą, išnagrinėjo taikomus atvejo vadybos modelius ir pateikė VŠĮ Centro poliklinikos atvejo vadybos patirties studiją, įvertindami šio praktikoje išbandyto modelio tinkamumą ir efektyvumą, jo naudą pacientams, gydytojo ir slaugytojo komandai bei įtaką asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybei. Autoriai priėjo prie išvados, kad atvejo vadybos principas taikomas pagal skirtingus modelius, todėl, siekiant modelio efektyvumo, svarbu jį tinkamai suprojektuoti, atsižvelgiant į finansines galimybes, teisinę aplinką, konkrečias sąlygas ir tinkamus veiksnius [40].

S. Norkienė ir kt. (2019) tyrė šeimos gydytojų požiūrį į atvejo vadybos modelio taikymą, gerinant pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę. Išnagrinėję sveikatos priežiūros paslaugų teikimo patirtį užsienio šalyse, tyrėjai pažymėjo atvejo vadybos metodo prasmę ir reikalingumą. Tyrimo rezultatai parodė, kad pirminės sveikatos priežiūros specialistai daug darbo laiko skiria veiklai, tiesiogiai nesusijusiai su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu, todėl mažiau jo tenka pacientams, ligų prevencijai, diagnostikai ir gydymui. Taikant atvejo vadybos metodą, kiekvienas pa-

cientas šeimos gydytojo grandyje turėtų vadybininką kaip pagalbininką, organizatorių ir koordinatorių, gebantį padėti pacientui 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 vykdymui [41].

S. Savickaitė ir A. Česas (2020) pažymėjo, kad pasaulinė praktika ir tyrimai rodo atvejo vadybos vertę ir naudą, siekiant geriau spręsti onkologinių ligonių sveikatos priežiūros problemas. Tyrėjai aprašė Klaipėdos universitetinėje ligoninėje sukurta, išbandyta ir praktikoje pasiteisinusį itin sėkmingą strateginį sveikatos priežiūros sprendimą – pirminių onkologinių ligonių atvejo vadybos modelį. Šio modelio taikymas prisideda prie pacientų išgyvenamumo ir pasitenkinimo teikiama priežiūra didinimo, specialistų darbo kokybės gerinimo, o kartu ir prie antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros grandžių krūvio mažinimo [42].

Sveikatos priežiūros organizacijose atvejo vadybos modelis vis dažniau taikomas kaip kompleksinių poreikių turinčių asmenų sveikatos priežiūros kokybės gerinimo priemonė [42]. Atvejų vadyba unikaliai prisideda prie sveikatos priežiūros, socialinių paslaugų ir kitų sektorių paslaugų integravimo ir teikia paramą žmonėms, turintiems sudėtingų sveikatos būklių [43], tačiau taikant atvejo vadybą per mažai dėmesio skiriama paciento įgalinimui savarankiškai veikti [44].

Paciento įgalinimas. Įgalinimo terminas sveikatos priežiūroje suvokiamas kaip procesas, kurio metu sveikatos specialistai keičia paciento elgesį, padėdami jam suprasti ligos prognozę, riziką, išaiškindami gydymo galimybes, skatindami savisaugą, savirūpą, mokydami laikytis gydymo ir mitybos bei fizinio aktyvumo rekomendacijų, stiprinti sveikatą ir jaustis už ją atsakingu. Paciento įgalinimo standartai turi būti pritaikyti prie kiekvieno padalinio veiklos sričių [45]. Vienas iš pirmųjų didesnės apimties paciento įgalinimo tyrimų Europos Komisijos iniciatyva atliktas 2012 m. penkiolikoje Europos Sąjungos šalių narių (Belgijoje, Čekijoje, Suomijoje, Prancūzijoje, Vokietijoje, Graikijoje, Vengrijoje, Italijoje, Latvijoje, Lenkijoje, Rumunijoje, Slovakijoje, Ispanijoje, Jungtinėje Karalystėje, Austrijoje). Tyrimas kokybinis, skirtas iširti sveikatos priežiūros specialistų ir pacientų patirtį bei nuomonę dėl pacientų įgalinimo dalyvauti savo sveikatos priežiūroje. Tyrime dalyvavo po penkis kiekvienos šalies sveikatos priežiūros specialistus ir po dešimt pacientų. Rezultatai atskleidė, kad terminas „pacientų įgalinimas“ yra neapibrėžtas, sunkiai suprantamas ir gydytojams, ir pacientams. Neapibrėžta ir pacientų įgalinimo nauda sveikatos priežiūros sistemai, tačiau nustatyta, kad pacientai, norėdami būti informuoti apie susirgimą ir suprasti su gydymu

susijusius sprendimus, juos patiki profesionalams [46].

Šeimos gydytojai pripažįsta, kad sergantiems lėtinėmis ligomis pacientams svarbu dalyvauti sprendimų priėmimo, nes tai skatina geresnius gydymosi rezultatus, tačiau pacientai dažniausiai nerodo noro bendradarbiauti ir pasyviai laukia gydytojų nurodymų, aiškindami, kad neturi pakankamai medicinos žinių ir kompetencijos dalyvauti priimančiais sprendimais [30].

Grupė Lietuvos tyrėjų atliko tiriamąją apžvalgą, siekdami išsiaiškinti mokslinį slaugytojo vaidmenį ir veiksmų, įgalinančių melanoma sergančius pacientus kontroliuoti savo ligą, pagrįstumą. Analizė atskleidė bendruosius slaugytojų vaidmenį bruožus: kokybiška priežiūra, psichologinė pagalba, pacientų konsultavimas, reikalingos informacijos teikimas, tikslingas paciento ir jo artimųjų mokymas, ligos priežiūros koordinavimas, formuojant įvairias ligos valdymo strategijas. Pacientų įgalinimą valdyti savo ligą įvairių šalių autoriai nurodo kaip neatsiejamą sveikatos priežiūros dalį, už kurią labiausiai atsakingi slaugytojai [47]. Z. Daruwalla ir kt. (2019) pristatė gaires, kaip tolesniam pacientų įgalinimui, jų šeimų galimybių stiprinimui ir sveikatos priežiūros sistemų orientavimui į pacientą gali būti naudojamos sveikatos technologijos [48].

Išvados

1. Nepaisant dauginio ligotumo paplitimo, jo poveikio pacientams ir sveikatos priežiūros sistemoms, mokslu pagrįsti įrodymai apie sergančiųjų dviem ar daugiau lėtinėmis ligų valdymą kol kas riboti.

2. Iki šiol vykdytų priemonių poveikis nebuvo viena-reikšmiškai patvirtintas. Tikimasi, kad jos būtų veiksmingesnės, nukreiptos į rizikos veiksnius ar specifinius funkcinis sunkumus.

3. Į pacientą orientuota integruota praktinė priežiūra, atvejų vadyba ir pacientų įgalinimas galėtų sumažinti sergančiųjų priklausomybę nuo institucinės globos, o kartu ir išlaidas, išvengiant nebūtino hospitalizavimo.

4. Pažangi kryptis – stiprinti šeimos gydytojo komandą ir partnerystę su pacientais, įgalinant juos sveikatai palankia elgsena savarankiškai valdyti ligą.

Literatūra

- Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Ann Fam Med* 2005;3:223-8. <https://doi.org/10.1370/afm.272>
- Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, Lewis C, Fahey T, Smith SM. Managing patients with multimorbidity in primary care. *BMJ* 2015;350:h176. <https://doi.org/10.1136/bmj.h176>

3. Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. *BMJ* 2012;345:e5205.
<https://doi.org/10.1136/bmj.e5205>
4. O'Connor SJ. Healthcare delivery. *J Healthc Manag* 2011; 56(6):355-56.
<https://doi.org/10.1097/00115514-201111000-00001>
5. Taylor AW, Price K, Gill TK, Adams R, Pilkington R, Carrangis N, et al. Multimorbidity not just an older person's issue. *BMC Public Health* 2010;10:718.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-718>
6. Vogeli C, Shields AE, Lee TA, Gibson TB, Marder WD, Weiss KB, et al. Multiple chronic conditions: prevalence, health consequences, and implications for quality, care management, and costs. *J Gen Intern Med* 2007;22(suppl 3):391-5.
<https://doi.org/10.1007/s11606-007-0322-1>
7. Menotti A, Mulder I, Nissinen A, Giampaoli S, Feskens EJ, Kromhout D. Prevalence of morbidity and multimorbidity in elderly male populations and their impact on 10-year all-cause mortality: the FINE study (Finland, Italy, Netherlands, Elderly). *J Clin Epidemiol* 2001;54:680-6.
[https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(00\)00368-1](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(00)00368-1)
8. Sinnige J, Korevaar JC, Westert GP, Spreeuwenberg P, Schellevis FG, Braspenning JC. Multimorbidity patterns in a primary care population aged 55 years and over. *Fam Pract* 2015; 32(5): 505-513.
<https://doi.org/10.1093/fampra/cm037>
9. Sinnige J, Korevaar JC, Westert GP, Spreeuwenberg P, Schellevis FG, Braspenning JC. Multimorbidity patterns in a primary care population aged 55 years and over. *Fam Pract* 2015; 32(5): 505-513.
<https://doi.org/10.1093/fampra/cm037>
10. Urbšys B. Dauginėmis ligomis sergančių pacientų polifar­macijos ypatumai. Magistro darbas. LSMU, 2020:44. <https://hdl.handle.net/20.500.12512/107344>
11. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. rugsėjo 26 d. įsakymas Nr. V-1104 Dėl Šeimos medicinos plėtros 2016-2025 metų veiksmų plano patvirtinimo. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/0b0610d183f211e6a0f68fd135e6f40c?jfwid=f4nne6w5>
12. Korownyk C, McCormack J, Kolber MR, et al. Competing demands and opportunities in primary care. *Can Fam Physician*. 2017;63(9):664-668.
13. Maier CL, Aiken LH, Busse R. Nurses in advanced roles in primary care: policy levers for implementation. OECD Publishing, Paris 2017;98
14. Valstybinės ligonių kasos prie sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2006 m. kovo 29 d. įsakymas Nr. 1K-43 Dėl ligų prevencijos programų vykdymo stebėsenos tvarkos aprašo patvirtinimo.
15. LR sveikatos apsaugos ministro ir LR socialinės apsaugos ir darbo ministro 2007 m. liepos 4 d. įsakymas Nr. V-558/A1-183 Dėl slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo. *Valstybės žinios*, 2007-07-10, Nr. 76-3029.
16. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. lapkričio 26 d. įsakymas Nr. V-1149 "Dėl Valstybinės lėtinių neinfekcinių ligų profilaktikos 2008-2010 metų programos patvirtinimo". <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.332249?jfwid=-fxdp7jy3>
17. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. vasario 28 d. įsakymas Nr. V-288 "Dėl ilgalaikio pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, sveikatos būklės stebėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo".
18. Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimo vadovas. Vilnius, 2015:190.
19. Kriščiūnas A. Negalia ir požiūris į ją šiuolaikinėje visuomenėje. *Sveikatos mokslai*, 2015;(1): 5-14.
<https://doi.org/10.5200/sm-hs.2015.001>
20. Goodwin N, Dixon A, Poole T, Raleigh V. Improving the quality of care in general practice. London, The King's Fund 2011.
21. Stewart M, Ryan B. Ecology of health care in Canada. *Can Fam Physician* 2015;61:449-53.
22. Ewing GB, Selassie AW, Lopez CH, McCutcheon EP. Self-report of delivery of clinical preventive services by U.S. physicians. Comparing specialty, gender, age, setting of practice, and area of practice. *Am J Prev Med* 1999;17(1):62-72.
[https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(99\)00032-X](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(99)00032-X)
23. Østbye T, Yarnall KS, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med* 2005;3(3):209-14.
24. Yarnall KS, Pollak KI, Østbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health* 2003;93(4):635-41.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.93.4.635>
25. Tricoci P, Allen JM, Kramer JM, Califf RM, Smith Jr SC. Scientific evidence underlying the ACC/AHA clinical practice guidelines. *JAMA* 2009;301(8):831-41.
<https://doi.org/10.1001/jama.2009.205>
26. Upshur Ross EG. Do clinical guidelines still make sense? No. *Ann Fam Med* 2014;12(3):202-3.
<https://doi.org/10.1370/afm.1654>
27. Rubio-Valera M, Pons-Vigués M, Martínez-Andrés M, Moreno-Peral P, Berenguera A, Fernández A. Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: a synthesis through meta-ethnography. *PLoS One* 2014;9(2):e89554.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089554>
28. Černiauskaitė J. LSMU Kauno klinikų šeimos medicinos klinikoje dirbančių šeimos gydytojų ir besilankančių pacientų požiūris į medicinines konsultacijos tikslus bei pacientui skirta laiko panaudojimo veiksmingumą. Kaunas: LSMU, 2014:104.

- <https://hdl.handle.net/20.500.12512/102713>.
29. Jakubynaitė I., Kaselienė S. Ambulatorines paslaugas teikiančių gydytojų specialistų požiūris į pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros grandžių bendradarbiavimą. *Visuomenės sveikata*, 2016;1(72):29-36.
 30. Peičius E., Kučinskaitė A. Lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis sergančių pacientų dalyvavimas priimant pirminės sveikatos priežiūros sprendimus: kokybinio tyrimo analizė. *Visuomenės sveikata*, 2014;1 priedas:90-97.
 31. Goštautaitė B, Jankauskienė D, Išganaitis V. Projektas "Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų apklausos atlikimas ir analizės parengimas". Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų pasitenkinimo teikiamų paslaugų kokybe bei prieinamumo analizė (I dalis). http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/ESFproduktai/2012_pacientu_ir_sveikatos_prieziuros_paslaugu_teikeju_pasitenkinimo_teikiamomis_paslaugomis_analize_1.pdf
 32. Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė. Valstybinio audito ataskaita. Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla? 2013.
 33. Naylor MD, Kurtzman ET. The role of nurse practitioners in reinventing primary care. *Health Aff* 2010;29(5):893-9. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0440>
 34. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJAH. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001271.pub3>
 35. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. liepos 7 d. įsakymas Nr. V-852 Dėl Lietuvos medicinos normos MN 160:2017 „Išplėstinės praktikos slaugytojas“ patvirtinimo. TAR, 2017-07-12, Nr. 12017.
 36. Dubicka A., Stundžienė R., Urbanavičė R. Išplėstinės praktikos slaugytojų integravimo galimybės į pirminės sveikatos priežiūros įstaigą. *Sveikatos mokslai*, 2021;31(2):136-140. <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2021.053>
 37. Arsua WK, Chirchir LK, Chebon SK. Determinants of physicians and nurses' professional satisfaction at the moi teaching and referral hospital, Eldoret, Kenya. *J Health Med Nurs* 2019;64.
 38. ACMA. Scope of services. acmaweb.org. <https://www.acmaweb.org/section.aspx?sID=136&fbclid=IwAR1S78mQ8vN>
 39. 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.
 40. Štaras K., Vedlūga T. Atvejo vadybininko modelio analizė sveikatos sistemos kontekste. *Sveikatos politika ir valdymas*, 2012;1(4):116-126.
 41. Norkienė S., Petrauskienė D., Norkutė-Macijauskė U. Pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos veiklos gerinimas taikant atvejo vadybos modelį. *Sveikatos mokslai*, 2019;29(5): 81-89. <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2019.086>
 42. Savickaitė A., Česas A. Pirminių onkologinių ligonių sveikatos priežiūros optimizavimo galimybės, taikant atvejo vadybą. *Sveikatos mokslai*, 2020;30(7):97-104. <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2020.184>
 43. Lukersmith S, Millington M, Salvador-Carulla L. What is case management? A scoping and mapping review. *Int J Integr Care* 2016;16(4):2. <https://doi.org/10.5334/ijic.2477>
 44. Moore ST. A social work practice model of case management: the case management grid. *Social Work* 1990; 35(5): 444 -8.
 45. Monas L, Toren O, Uziely B, Chinitz D. The oncology nurse coordinator: role perceptions of staff members and nurse coordinators. *Isr J Health Policy Res* 2017;6(1):66. <https://doi.org/10.1186/s13584-017-0186-8>
 46. Eurobarometer Qualitative Study. Patient Involvement. European Commission aggregate report, TNS Qual+, 2012.
 47. Nebilevičiūtė M., Kielė V., Kutkauskienė J. Melanoma sergančių pacientų ligos ir gyvensenos kontrolė. *Sveikatos mokslai*, 2021; 31(2). <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2021.056>
 48. Daruwalla Z, Thakkar V, Aggarwal M, Kiasatdolatabadi A, Guergachi A, Keshavjee K. Patient empowerment: the role of technology. *Stud Health Technol Inform* 2019;257:70-74.

OPPORTUNITIES OF MANAGING CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES IN PRIMARY CARE

R. Baltušienė, M. Buitkus, V. Dringelis,
A. Kaltanienė, T. Subočiuūtė-Stuliova

Keywords: multimorbidity, chronic non-communicable diseases, chronic disease management, case manager, integrated care models, patient empowerment.

Summary

Primary care providers currently are not prepared to address complex public health problems of aging population, therefore many countries around the world are strengthening the primary care services in a number of ways to improve access to and quality of service. The aim of this study is to find science-based evidence on the effectiveness of interventions in primary care to meet the needs of comorbid patients with two or more chronic non-communicable diseases. The research was conducted in period from 2005 to 2021. The research used data from research conducted in Lithuania and foreign countries, corresponding to the topic and national legislation governing the management of chronic non-communicable diseases. The outcome of this research are four options for improving the management of chronic diseases: 1) strengthening the team of family doctors by involving nursing and social service workers and delegating some of their functions to them; 2) integration of an advanced practice nurse into the primary care services; 3) application of the case management model; 4) empowerment of the patients to independently manage the disease.

Correspondence to: tatjana.subociute-stuliova@vrm.lt