

PATVIRTINTA

VšĮ Ignalinos rajono savivaldybės

sveikatos centro direktoriaus

2026 m. kovo 13 d. įsakymu Nr. V-24

PACIENTŲ SRAUTŲ VALDYMO IR PASLAUGŲ TEIKIMO PRIEMONIŲ ĮGYVENDINIMO TVARKOS APRAŠAS

I SKYRIUS

PACIENTŲ SRAUTŲ IR PROCESŲ VALDYMO SITUACIJOS ANALIZĖ

Demografinės ir epidemiologinės situacijos analizė

Ignalinos rajonui būdingos nepalankios demografinės tendencijos – nuolat mažėjantis gyventojų skaičius [1,3], visuomenės senėjimas, didesnė vyresnio amžiaus gyventojų dalis rajone, palyginti su visos Lietuvos rodikliais, taip pat trumpesnė tikėtina gyvenimo trukmė nei šalies vidurkis [1,2,3]. Dėl senstančios visuomenės ir didelės pagyvenusių žmonių dalies Ignalinos rajone fiksuojamas didelis lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis sergančių pacientų skaičius, iš kurių nemaža dalis serga dviem ar daugiau lėtinėmis ligomis vienu metu (poliligoti asmenys) [1]. Pagrindinė mirties priežastis Ignalinos rajone, kaip ir visoje Lietuvoje, yra širdies ir kraujagyslių ligos [3,5], tačiau mirtingumas nuo šių ligų rajone yra du kartus didesnis nei šalies vidurkis [3,4]. Be to, diabeto paplitimas Ignalinos rajone taip pat viršija Lietuvos vidurkį [3,6]. Toliau pateikiama Ignalinos rajono demografinės ir epidemiologinės situacijos duomenų santrauka, leidžianti įvertinti rajono visuomenės sveikatos būklę (1-2 lentelėse) [1-6].

1 lentelė. Ignalinos rajono visuomenės demografiniai rodikliai

Rodiklis	2021	2022	2023	2024	Palyginimas su Lietuvos rodikliu
Gyventojų skaičius	14627	14464	14147	n.d.	-
65 m. ir vyresnių gyventojų dalis nuo bendro gyventojų skaičius	n.d.	n.d.	20 proc.	27,8 proc.	Lietuvoje 2024 m. – 20,6 proc.
Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė, metais	71,7	71,7	72	n.d.	Lietuvos rodiklis 2023 m. – 77,43, atotrūkis nuo vidutinių Lietuvos rodiklių padidėjo beveik dvigubai.

2 lentelė. Ignalinos rajono pagrindiniai epidemiologiniai rodikliai

Rodiklis	2021	2022	2023	2024	Palyginimas su Lietuvos rodikliu
Mirusių nuo širdies-kraujagyslių ligų skaičius 100.000 gyventojų	n.d.	410-554	n.d.	n.d.	Beveik dvigubai didesni nei Lietuvos vidurkis, kuris yra 264,05
Diabeto paplitimas (bendrai E10 – E14, 1000 gyventojų)	n.d.	n.d.	64,72	n.d.	Lietuvos rodiklis - 56,22.
Kai kurių lėtinių ligų paplitimas absoliučiais skaičiais:					
E10 – 1 tipo cukrinis diabetas	41	n.d.	39	n.d.	-
E11 – 2 tipo cukrinis diabetas	880	n.d.	951	n.d.	-
Apibendrintai E10 – E14 cukrinis diabetas	911	n.d.	978	n.d.	-
I50 – širdies nepakankamumas	896	n.d.	951	n.d.	-
J44 – kita lėtinė obstrukcinė plaučių liga	128	n.d.	108	n.d.	-
J45 – astma	254	n.d.	282	n.d.	-
Apibendrintai I10 – I15 hipertenzinė liga	4915	n.d.	4915	n.d.	-
Dalis pacientų serga keliomis lėtinėmis ligomis. Ligų kodai: E10, E11, I10-I15, I50, J44, J45.					

Pacientų srautų ir procesų valdymo analizė

VšĮ Ignalinos rajono savivaldybės sveikatos centras (toliau – Centras) pacientų srautus šiuo metu valdo pagal įprastą tvarką, nustatytą Centro Vidaus tvarkos taisyklėse [7]. Centras netaiko specialių pacientų srautų valdymo modelių, neišskiria prioritetinių pacientų grupių ir nevykdo proaktyvios pacientų registracijos. Pacientai į Centrą kreipiasi savarankiškai, vadovaudamiesi Vidaus tvarkos taisyklėse nustatyta tvarka, o registracija vykdoma per Centro registratūrą [8] telefonu arba atvykus gyvai, taip pat per e-sveikatos sistemą [9].

Pažymėtina, kad Centro interneto svetainėje [16] prieiga prie išankstinės registracijos internetu pateikiama nepakankamai patogiai. Vis dėlto, suradus atitinkamą nuorodą, asmuo tiesiogiai nukreipiamas į e-sveikatos sistemą, kurioje iš karto pateikiami laisvi Centro šeimos gydytojų vizitų laikai ir sudaroma galimybė nedelsiant užsiregistruoti. Taigi, išankstinės registracijos internetu sistema veikia tinkamai, tačiau būtų tikslinga nuorodą į išankstinę e-registraciją iškelti į pagrindinį tinklalapio puslapį ir pateikti ją kartu su kita informacija apie registracijos būdus kaip vieną iš galimų pasirinkimų.

Centro pateikti duomenys [1,10] rodo, kad pastaraisiais metais sumažėjo pacientų, prisirašiusių prie Centro šeimos gydytojų, taip pat fiksuojamas mažesnis apsilankymų pas šeimos gydytojus skaičius. Pagrindinės šių pokyčių priežastys, nurodomos Centro, yra mažėjantis rajono gyventojų skaičius, pacientų prisirašymas prie kitos pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiamos įstaigos (pvz., UAB „Ignalinos sveikatos centras) arba prisirašymas prie kitų regionų sveikatos priežiūros įstaigų.

Prisirašiusių prie Centro šeimos gydytojų pacientų skaičius pateiktas 3 lentelėje.

3 lentelė. Prisirašiusių prie Centro šeimos gydytojų pacientų skaičiaus dinamika [1]

Metai	2022	2023	2024
Prisirašiusių pacientų skaičius	6183	5912	5748

Apsilankymų pas Centro ambulatorinės grandies gydytojus skaičius pateiktas 4 lentelėje.

4 lentelė. Apsilankymų Centro ambulatorinės grandies gydytojus skaičiaus dinamika [10]

Specialistas	2023 m.	2024 m.	Pokytis % (+/-)
Šeimos gydytojas	16833	15848	-8,01
Vidaus ligų gydytojas	2984	2440	-18,23
Vaikų ligų gydytojas	959	998	+4,06
Gydytojas chirurgas	1393	963	-30,87
Gydytojas akušeris ginekologas	1408	1663	+3,91
Gydytojas psichiatras	3093	3090	-0,09
Gydytojas odontologas	5914	5596	-5,38
Psichologas	296	180	-39,19
Iš viso:	32880	30214	-8,11

Remiantis aukščiau pateiktais duomenimis galima įvertinti šeimos gydytojų komandos krūvį Centre. 2024 m. Centre dirbo 3 šeimos gydytojai. Vidutinis prie Centro šeimos gydytojų prisirašiusių gyventojų skaičius 2024 m. sudarė 1695 asmenis (neįtraukiant vaikų iki 18 metų, kurie yra prisirašę prie vaikų ligų gydytojų). Tuo pačiu laikotarpiu vidutinis apsilankymų pas Centro šeimos gydytoją skaičius siekė 5283 per metus, t.y. vidutiniškai 21 apsilankymą per darbo dieną [1,10,12]. Apskaičiavus standartizuotus rodiklius nustatyta, kad 2024 m. Centre fiksuota 275,7 apsilankymų pas šeimos gydytoją 100 gyventojų, o apsilankymų skaičius vienam gyventojui per metus sudarė 2,75.

Lyginant su Lietuvos vidurkiais, prie Centro šeimos gydytojų prisirašiusių pacientų skaičius vienam šeimos gydytojui yra didesnis – apie 20 proc. viršija šalies vidurkį, kuris sudaro apie 1300 pacientų vienam šeimos gydytojui [2,11]. Tačiau apsilankymų pas Centro šeimos gydytojus rodikliai yra žemesni nei Lietuvos vidurkiai. 2024 m. Lietuvos mastu fiksuoti šie rodikliai:

- 513,5 apsilankymų pas šeimos gydytoją 100 gyventojų;

- vidutiniškai 28,9 apsilankymai per Darbo dieną;
- 5,94 apsilankymo vienam gyventojui per metus.

Apibendrinant nustatyta, kad pacientų, prisirašiusių prie Centro šeimos gydytojų, skaičius vienam šeimos gydytojui yra apie 27 proc. didesnis nei Lietuvos vidurkis, tačiau metinis apsilankymų skaičius, tenkantis vienam šeimos gydytojui yra maždaug 30 proc. mažesnis nei šalies vidurkis. Šios disproporcijos priežastys nėra vienareikšmiškai aiškios, Vertinant duomenis, būtų galima tikėtis, kad didesnis prisirašiusių pacientų skaičius lemtų ir didesnį, arba bent jau panašų, apsilankymų skaičių, tačiau stebima priešinga tendencija – esant beveik trečdaliui didesniame prisirašiusių pacientų skaičiui, apsilankymų skaičius yra trečdaliu mažesnis. Tokie duomenys gali atspindėti tiek teigiamus, tiek probleminius Centro veiklos aspektus. Viena vertus, santykinai mažesnis apsilankymų skaičius gali rodyti efektyvų pacientų srautų valdymą, racionalų šeimos gydytojų komandų darbą ir perteklinių vizitų prevenciją. Kita vertus, nepalankūs Ignalinos rajono gyventojų sveikatos rodikliai gali reikšti nepakankamą gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų naudojimą, t.y. retesnę nei šalies vidurkis kreipimąsi į šeimos gydytojus dėl sveikatos problemų. Pažymėtina ir tai, kad Centras nėra vienintelė pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikianti įstaiga Ignalinos rajone. Prie Centro yra prisirašę apie 42 proc. rajono gyventojų, o likusi dalis pacientų yra prisirašiusi prie UAB „Ignalinos sveikatos centro“ arba kitų regionų pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų.

Kitas svarbus pacientų srautų valdymo efektyvumo indikatorius yra vidutinis paciento laukimo laikas nuo registracijos iki patekimo pas gydytoją. Centro pateikti duomenys [1] rodo, kad:

- vidutinis patekimo pas VšĮ Ignalinos rajono savivaldybės sveikatos centro šeimos gydytoją laikas, nuo kreipimosi ar užsiregistravimo siekia 10-30 kalendorinių dienų;
- vidutinis paciento patekimo pas antrinio lygio specialistą VšĮ Ignalinos rajono savivaldybės sveikatos centre nuo šeimos gydytojo siuntimo išrašymo sudaro apie 30 kalendorinių dienų;
- analogiškas – apie 30 dienų – yra ir vidutinis paciento patekimo pas antrinio lygio specialistą išorės sveikatos priežiūros įstaigose, skaičiuojant nuo šeimos gydytojo siuntimo išrašymo.

Papildomai įvertinus e-sveikatos duomenis [9], nustatyta, kad pas Centro šeimos gydytojus yra pakankamai daug laisvų laikų išankstinei registracijai, sudarančių galimybę patekti pas gydytoją per 2-3 kalendorines dienas. Atsižvelgiant į tai, galima teigti, kad faktinis vidutinis vizito laukimo laikas pas Centro šeimos gydytoją yra reikšmingai trumpesnis nei 10 kalendorinių dienų ir atitinka arba yra geresnis nei Lietuvos vidurkis. Pavyzdžiui, per išankstinės pacientų registracijos sistemą, pas šeimos gydytoją greičiau nei per 7 dienas patenka 58 proc. Pacientų, per 8-14 dienų – 17 proc., o per 15 ir daugiau dienų – 25 proc. atvejų.

Apibendrinant Centro pacientų srautų valdymo procesų analizę ir su šiais procesais susijusius statistinius rodiklius, galima teigti, kad Centras netaiko specialistų inovatyvių pacientų srautų valdymo modelių, neišskiria prioritetinių pacientų grupių, o pacientų srautų valdymas vykdomas pagal nusistovėjusią praktiką ir Centro vidaus bei išorės teisės aktais nustatyta tvarka. Vertinami pacientų srautų valdymo rodikliai, tokie kaip vizito laukimo laikas, iš esmės atitinka Lietuvos vidurkius. Kita vertus, nepalankūs ligotumo ir mirtingumo nuo lėtinių ligų rodikliai leidžia daryti prielaidą, kad tikslinga didesnę dėmesį

skirti pacientams, sergantiems lėtinėmis, ypač keliomis lėtinėmis ligomis vienu metu, ir diegti naujus, šių pacientų grupių poreikiams pritaikytus sveikatos priežiūros modelius.

Projekto kontekstas

Centras įgyvendina projektą „Inovatyvių pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir organizavimo modelio kūrimas ir išbandymas Ignalinos rajone” Nr. 09-023-P-0053, kurio tikslas – užtikrinti efektyvų Sveikatos centro veiklos organizavimą ir įgyvendinimą Ignalinos rajono savivaldybėje [14,15]. Projekto pareiškėjas yra Ignalinos rajono savivaldybės administracija, o Centras dalyvauja projekte kaip pagrindinis partneris. Įgyvendinant projektą, Centre numatyta vykdyti poveiklę „1.2. Efektyvių paslaugų teikimo modelių (metodų), gerinančių sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą pacientams, sergantiems viena ar keliomis lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis taikymas sveikatos centre”. Šios poveiklės įgyvendinimo metu Centras planuoja įgyvendinti šias priemones:

- sudaryti daugiadalykę Centro specialistų komandą, kurią sudarys šeimos gydytojų komandos nariai ir kiti specialistai: šeimos gydytojai (3), bendrosios praktikos slaugytojos (3), gydytojai kardiologai (1), gydytojai endokrinologai (1), gydytojas pulmonologai (1), atvejo vadybininkas (1)). Atsižvelgiant į vyraujančias lėtines neinfekcines ligas, planuojamas maksimalus daugiadalykės komandos dydis – iki 10 specialistų;
- projekto apimtyje numatyti daugiadalykės specialistų komandos narių mokymai, skirti efektyvių paslaugų teikimo modelių taikymui. Šiais mokymais siekiama užtikrinti tęstinį, reguliarų ir visaapimančią (holistinį) paciento ištyrimą, individualizuoto paciento sveikatos priežiūros plano sudarymą ir įgyvendinimą, taip pat kontaktų su pacientu ir jo šeima koordinavimą, paskiriant atsakingą asmenį – atvejo vadybininką. Be to, planuojami mokymai, orientuoti į daugiadalykės komandos narių profesinių žinių ir praktinių įgūdžių, reikalingų lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis sergančių pacientų priežiūrai, stiprinimą;
- papildomai numatyti mokymai, skirti pacientų ir jų šeimos narių (artimųjų) savipriežiūros įgūdžių ugdymui, atsižvelgiant į individualius paciento poreikius ir gebėjimus. Taip pat planuojama stiprinti gydytojo ir paciento bendro sprendimų priėmimo praktiką bei taikyti technologinius sprendimus, leidžiančius pacientams nuotoliniu būdu teikti savo sveikatos duomenis ir informaciją sveikatos priežiūros specialistams;
- siekiant užtikrinti efektyvų pacientų srautų valdymą ir garantuoti kiekvienam pacientui vientisą visų reikiamų Centro paslaugų suteikimą per kuo trumpesnius terminus, taikant vadinamąjį „žaliojo koridoriaus“ principą, projekte numatyti sukurti atvejo vadybininko pareigybę ir parengti reikalingus dokumentus, reglamentuojančius pacientų srautų valdymo bei paslaugų teikimo priemonių įgyvendinimą.

Planuojami pasiekti projekto rezultatai:

- įgyvendinus projektą, kvalifikacijos tobulinimo ar perkvalifikavimo veiklose dalyvavusių specialistų skaičius sudarys 10 asmenų, iš kurių ne mažiau kaip 90 proc. po dalyvavimo veiklose įgys arba patobulins profesinę kvalifikaciją;

- asmenų, teigusių, kad pagerėjo jų gyvenimo kokybė po dalyvavimo veiklose, skirtose savarankiškam lėtinės ligos valdymui, dalis – 70 proc.;
- geresnė bendruomenės sveikata – prieinamesnės ir kokybiškesnės sveikatos priežiūros paslaugos padės gerinti bendruomenės sveikatą ir bendrą gyvenimo kokybę. Asmenų, dalyvavusių veiklose, skirtose lėtinei ligai savarankiškai valdyti skaičius sudarys – 50. Pacientai taip pat bus aprūpinti įranga, specialiomis priemonėmis (nuotoliniais išmaniaisiais laikrodžiais ar apyrankėmis, kraujospūdžio matavimo aparatais, gliukometrais ir kt.).

Projekto metu taip pat planuojama sukurti ir įdiegti paslaugų teikimo modelius (metodus), skirtus gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą pacientams, sergantiems viena ar keliomis lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis. Taip pat numatoma optimizuoti pacientų srautų valdymą, taikant „žaliojo koridoriaus“ principus, identifikuoti prioritetines pacientų grupes, kurioms tikslinga taikyti atvejo vadybos principus, bei įdiegti minėtus paslaugų teikimo modelius ir atvejo vadybininko pareigybę.

Išvados ir rekomendacijos

Atlikus aukščiau pateiktą analizę nustatyta, kad Ignalinos rajono demografiniai ir gyventojų sveikatos rodikliai yra nepalankūs, lyginant su Lietuvos vidutiniais rodikliais. Ignalinos rajono visuomenės senėjimo procesai vyksta sparčiau nei šalies mastu – 65 metų ir vyresni asmenys sudaro didesnę gyventojų dalį nei vidutiniškai Lietuvoje, o tikėtina vidutinė gyvenimo trukmė rajone yra apie penkeriais metais trumpesnė nei šalies vidurkis. Atsižvelgiant tiek į didelę vyresnio amžiaus gyventojų dalį, tiek į neigiamų veiksnių poveikį [5], Ignalinos rajono gyventojų sveikatos būklė yra prastesnė nei vidutiniškai Lietuvoje. Ignalinos rajonas patenka tarp vienuolikos Lietuvos rajonų, kuriuose fiksuojamas didžiausias mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų, o sergamumas cukriniu diabetu taip pat yra reikšmingai didesnis nei šalies vidurkis. Be to, didelė dalis rajono gyventojų serga daugiau nei viena lėtine liga, kas dar labiau didina sveikatos priežiūros paslaugų poreikį.

Kita vertus, pastaraisiais metais nuosekliai mažėja apsilankymų pas Centro šeimos gydytojus skaičius. Lyginant su Lietuvos vidurkiu, apsilankymų pas vieną Centro šeimos gydytoją skaičius yra reikšmingai mažesnis nei šalies mastu, nors prisirašiusių pacientų skaičius vienam šeimos gydytojui viršija Lietuvos vidurkį. Ši situacija gali būti aiškinama keliomis priežastimis:

- tai gali rodyti, kad Ignalinos rajono gyventojai mažiau rūpinasi savo sveikata ir rečiau kreipiasi į gydytojus;
- dėl rajono geografinio nuošalumo ir didelės pagyvenusių asmenų dalies gyventojams gali būti sudėtingiau pasiekti sveikatos priežiūros paslaugas dėl logistinių kliūčių;
- pastebimas proaktyvios pacientų priežiūros trūkumas;
- ši situacija atskleidžia potencialą diegti naujus pacientų priežiūros ir pacientų srautų valdymo modelius bei skirti papildomus vizitus tikslinėms pacientų grupėms, kurioms reikalinga intensyvesnė sveikatos priežiūra.

Šiuo metu Centras netaiko inovatyvių pacientų srautų valdymo ar pacientų priežiūros modelių, tokių kaip „žaliojo koridoriaus“ ar poliligotų pacientų priežiūros modelių.

Atsižvelgiant į Centro įgyvendinamo projekto „Inovatyvių pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir organizavimo modelio kūrimas ir išbandymas Ignalinos rajone“ (projekto Nr. 09-023-P-0053) tikslą bei planuojamas veiklas, tikslinga rekomenduoti Centrai pirmiausia atlikti išsamią esamos situacijos analizę, o vėliau sukurti, išbandyti ir įdiegti inovatyvius sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procesus, paremtus „žaliojo koridoriaus“, atvejo vadybos ir poliligotų pacientų priežiūros modelių principais.

Tolimesniuose šio dokumento skyriuose pateikiamos išsamios rekomendacijos, skirtos minėtų modelių rengimui ir jų įdiegimui Centre veikloje.

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO PROCESŲ STANDARTIZAVIMAS

Atsižvelgiant į aukščiau pateiktos analizės rezultatus bei Centro įgyvendinamo projekto „Inovatyvių pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir organizavimo modelio kūrimas ir išbandymas Ignalinos rajone“ tikslus, rekomenduojama standartizuoti asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procesus ir juose įdiegti du inovatyvius pacientų srautų valdymo ir paslaugų teikimo modelius: poliligotų pacientų priežiūros modelį ir „žaliojo koridoriaus“ modelį.

Minėti modeliai sudarytų prielaidas asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procesų standartizavimui ir užtikrintų šių procesų tarpusavio sąveiką, leidžiančią suderinti pacientų srautų valdymo ir personalizuotos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo principus.

Toliau pateikiami išsamūs siūlomų modelių aprašymai, jų diegimo Centre gairės, o dalis su įgyvendinimu susijusių duomenų ir dokumentų projektų pateikiama šio dokumento prieduose.

Poliligotų pacientų priežiūros modelis

Poliligotų pacientų priežiūros modelis yra grindžiamas Chordis+ modeliu [20,26]. Šis modelis jau yra plačiai išbandytas Lietuvoje – keturiolikos savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigose buvo įgyvendinti keturiolika projektų, kurių metu diegti poliligotų pacientų priežiūros modeliai, atliktas jų įvertinimas ir pateiktos rekomendacijos dėl tokio modelio diegimo nacionaliniu lygmeniu [19]. Be to, viešojoje erdvėje yra prieinamos minėtų projektų ataskaitos, pristatymai, parengta metodinė medžiaga [21–24], taip pat kitos susijusios metodikos ir moksliniai straipsniai [17,18,20,25,27]. Atsižvelgiant į tai, rekomenduojama naudotis viešai prieinama metodine medžiaga ir kitų asmens sveikatos priežiūros įstaigų patirtimi, ją adaptuojant Ignalinos rajono ir Centro veiklos kontekstui bei aktualijoms. Remiantis minėta metodine ir moksline medžiaga, buvo parengtas Centrai ir jo padaliniais pritaikytas Poliligotų pacientų priežiūros modelis, kuris pateikiamas šio dokumento 1 priede.

Atvejo vadybininko funkcijos ir atsakomybės

Atvejo vadyba, skirta poliligotų pacientų priežiūrai, yra integrali poliligotų pacientų priežiūros modelio dalis. Atvejo vadybos organizavimą ir įgyvendinimą užtikrina atskiras šeimos gydytojo komandos narys – atvejo vadybininkas. Šiai funkcijai gali būti steigiama atskira atvejo vadybininko pareigybė, arba atvejo vadybos funkcijos gali būti pavestos slaugytojui. Pagrindinės atvejo vadybininko funkcijos ir atsakomybės yra apibrėžtos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro patvirtintame apraše [28]. Atvejo vadybininkas vykdo pacientų srautų valdymo ir (ar) paslaugų teikimo priemonių, kad konkrečiam pacientui būtų užtikrintas vientisas (taikant žaliojo koridoriaus principą) visų reikiamų sveikatos centro paslaugų sąrašo paslaugų suteikimas per kuo trumpesnius terminus, įgyvendinimą.

Pagrindinės atvejo vadybininko, dalyvaujančio projekte ir dirbančio šeimos gydytojo komandoje, funkcijos yra tokios:

- vykdo pacientų srautų valdymo ir (ar) paslaugų teikimo priemonių, kad konkrečiam pacientui būtų užtikrintas vientisas (taikant žaliojo koridoriaus principą) visų reikiamų sveikatos centro paslaugų sąrašo paslaugų suteikimas per kuo trumpesnius terminus, įgyvendinimą;
- planuoja ir koordinuoja paslaugų teikimą poliligotiems pacientams:
 - šeimos gydytojo pavedimu organizuoja šeimos gydytojo komandos konsiliumus;
 - įvertinęs šeimos gydytojo komandos narių pasiūlymus Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinėje sistemoje ir Išankstinės pacientų registracijos informacinėje sistemoje sudaro individualų paciento priežiūros planą (toliau – IPPP) ir IPPP numatytu periodiškumu vykdo jo įgyvendinimo stebėseną, savarankiškai arba kartu su šeimos gydytoju vertina IPPP numatytų gyvensenos keitimo, paciento savirūpos, gydymo efektyvumą;
 - informuoja šeimos gydytoją apie paciento sveikatos būklės pablogėjimą ir jo pavedimu organizuoja korekcines priemones (papildomą laboratorinį ištyrimą, neplaninę šeimos gydytojo paslaugą, greitosios medicinos pagalbos iškvietimą ir kt.);
 - aktyviai ragina pacientą laiku vykdyti IPPP numatytas priemones, užtikrina grįžtamąjį ryšį tarp paciento ir kitų šeimos gydytojo komandos narių;

Rekomenduojamas atvejo vadybininko pareigybės aprašymas (projektas) pateiktas 2 priede.

Žaliojo koridoriaus veikimo procesas

Žaliojo koridoriaus principu grindžiamas pacientų srautų valdymo modelis yra skirtas tam tikroms pacientų grupėms arba konkrečioms sveikatos būklėms, pavyzdžiui, nustatytoms pagal Centro prioritetus, Ignalinos rajono visuomenės sveikatos prioritetus ar nacionalinius prioritetus, jeigu tokie yra apibrėžti (pvz., onkologiniams pacientams) [29]. Šio modelio taikymo tikslas – užtikrinti kuo skubesnę paciento patekimą pas reikiamą sveikatos priežiūros specialistą dar iki reikšmingo sveikatos būklės pablogėjimo, sudarant prielaidas laiku suteiktai pagalbai, leidžiančiai tikėtis geriausių gydymo rezultatų, išvengti komplikacijų ir optimizuoti sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kaštus. Žaliojo koridoriaus

modelis gali būti taikomas tiek kaip savarankiška priemonė, skirta nustatytoms prioritetinėms pacientų ar sveikatos būklių grupėms, tiek integruojamas į kitus paslaugų teikimo procesus, pavyzdžiui, į poliligotų pacientų priežiūros modelį.

Pažymėtina, kad žaliojo koridoriaus modelis nėra taikomas skubios pagalbos atvejais, kai reikalinga neatidėliotina medicinos pagalba. Tokiais atvejais pacientams turi būti užtikrinamas patekimas į Centro padalinius skubos tvarka be eilės arba taikomos greitosios medicinos pagalbos paslaugos. Žaliojo koridoriaus modelis taikomas lėtinių ligų atvejais, kai stebimi paciento būklės pokyčiai rodo ligos progresavimą ir egzistuoja komplikacijų ar negrįžtamo sveikatos būklės pablogėjimo rizika, jeigu pacientas laiku nepatektų pas gydytoją. Kriterijai, pagal kuriuos sprendžiama dėl žaliojo koridoriaus paslaugos taikymo, turi būti nustatomi atskirai, atsižvelgiant į konkrečias ligų ir būklių grupes.

Žaliojo koridoriaus paslaugų praktika jau diegiama nacionaliniu lygmeniu. Lietuvoje patvirtintas žaliasis koridorius naujai nustatytiems ar įtariamais onkologinių ligų atvejams [29]. Be to, įvairios asmens sveikatos priežiūros įstaigos yra sukūrusios ir viešai pristato savo žaliojo koridoriaus paslaugų modelius (kai kurie pavyzdžiai pateikiami šaltiniuose [30–33]). Šiuo metu dauguma įstaigų žaliojo koridoriaus modelį taiko onkologinių ligų atvejais, tačiau šis modelis gali būti pritaikytas ir kitų lėtinių ligų valdymui, jeigu jų kontrolė yra pripažįstama prioritetine konkrečiame regione.

Remiantis minėta metodine ir praktine patirtimi, buvo parengtas Centrai ir jo padaliniams pritaikytas žaliojo koridoriaus modelis, kuris pateikiamas šio dokumento 3 priede.

DIEGIMO GAIRĖS

Centras, įgyvendindamas galiojančių teisės aktų reikalavimus [28], yra suplanavęs įdiegti atvejo vadybos paslaugą, teikiamą pagal poliligotų pacientų priežiūros modelį. Šiam tikslui pasiekti Centras dalyvauja projekte „Inovatyvių pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir organizavimo modelio kūrimas ir išbandymas Ignalinos rajone“ (projekto Nr. 09-023-P-0053; toliau – Projektas), kurio metu numatytas pilotinis atvejo vadybos paslaugos diegimas [15]. Projekto įgyvendinimo laikotarpiu Centras planuoja įdiegti ir išbandyti poliligotų pacientų priežiūros modelį, taip pat sukurti ir įdiegti atvejo vadybos paslaugą, kuri būtų teikiama teisės aktų nustatyta tvarka ir remiantis nustatytais teisiniais pagrindais. Rekomenduojamas poliligotų pacientų priežiūros modelis pateikiamas šio dokumento 1 priede. Kartu su šiuo modeliu rekomenduojama pacientams, kuriems bus teikiamos atvejo vadybos paslaugos, taikyti ir žaliojo koridoriaus modelį, pateiktą 3 priede.

Atvejo vadybos paslauga turi būti diegiama visuose Centro pirminės asmens sveikatos priežiūros padaliniuose, kuriuose teikiamos šeimos gydytojo paslaugos. Tuo pačiu antrinės asmens sveikatos priežiūros grandies padaliniai turi būti informuoti apie diegiamą paslaugą ir įtraukti į bendrą žaliojo koridoriaus principu grindžiamo proceso įgyvendinimą.

Siekiant užtikrinti nuoseklų ir reglamentuotą atvejo vadybos paslaugos teikimą, būtina parengti ir Centro vadovo patvirtinti vidaus tvarkos dokumentus, aprašančius atvejo vadybos paslaugos teikimo procesą.

Personalo paskyrimas ir įgalinimas

Centro vadovybė turi paskirti atitinkamą personalą ir jį tinkamai įgalinti, suteikiant reikalingas kompetencijas, metodinę medžiagą, vidaus tvarkos dokumentus bei užtikrinant būtinus išteklius atvejo vadybos paslaugoms teikti.

Centro numatyta Atvejo vadybos paslaugos teikimo komanda:

- 3 šeimos gydytojai;
- 3 bendrosios praktikos slaugytojos;
- 1 atvejo vadybininkas;
- 1 gydytojas kardiologas;
- 1 gydytojas endokrinologas;
- 1 gydytojas pulmonologas.

Rekomenduojama Centro administracijai, bendradarbiaujant su minėta komanda, parengti pilotinės atvejo vadybos paslaugos diegimo ir išbandymo planą. Rengiant šį planą, tikslinga proaktyviai įtraukti visus komandos narius, siekiant identifikuoti jų pasiūlymus ir lūkesčius bei užtikrinti bendrą įsitraukimą į paslaugos diegimo procesą.

Vienas iš esminių komandos įgalinimo būdų yra tiksliniai mokymai, skirti perimti atvejo vadybos paslaugos, grindžiamos poliligitų pacientų priežiūros modeliu, diegimo patirtį iš kitų organizacijų ar ekspertų, turinčių praktinės patirties šioje srityje. Rekomenduojama organizuoti keturis mokymus, kurių trukmė būtų 1–2 dienos. Mokymų metu turėtų būti perteikiama kuo daugiau praktinės patirties ir metodinių žinių, susijusių su atvejo vadybos paslaugų organizavimu ir teikimu poliligotiems pacientams (1–2 mokymai). Papildomai siūloma 2–3 mokymus skirti pasirinktų lėtinių ligų kontrolei, teikiant atvejo vadybos paslaugas, pavyzdžiui, 2 tipo cukrinio diabeto ar hipertenzinės širdies ligos valdymui.

Išteklių paskyrimas

Centro vadovybė turi skirti reikiamus išteklius, būtinus atvejo vadybos paslaugos įdiegimui ir pilotiniam išbandymui. Papildomi ištekliai, reikalingi šiai paslaugai teikti, apima kelias pagrindines sritis:

- būtinas tinkamas laiko išteklių planavimas. Tai apima šeimos gydytojų darbo grafikuose numatytą laiką atvejo vadybos konsiliumams ar išplėstiniams atvejo vadybos komandos posėdžiams, taip pat gydytojų specialistų darbo grafikuose rezervuotą laiką prioritetinių pacientų priėmimui, taikant žaliojo koridoriaus principą;
- reikalinga parengti naują ar papildyti esamą dokumentaciją, pavyzdžiui, individualaus paciento priežiūros plano (IPPP) formas ar šablonus, paciento sutikimo gauti atvejo vadybos paslaugą ir įsipareigojimo laikytis IPPP formas bei kitus susijusius dokumentus;
- būtina užtikrinti informacinių sistemų ir registratūros pasirengimą. Tai apima vidinės Centro registracijos sistemos ar jos sąsajos su e-sveikatos sistema pritaikymą, sudarant galimybę atvejo vadybininkui matyti gydytojų darbo grafikus su rezervuotais laikais pacientams, kuriems

taikomas IPPP ar žaliajo koridoriaus principas. Taip pat turi būti sukurti pacientų, turinčių aktyvius IPPP, identifikavimo sprendimai, kad pacientui kreipiantis būtų aiškiai matoma jo prioritentinė statuso informacija ir, esant poreikiui, būtų sudarytos sąlygos skubesniam patekimui pas gydytoją;

- reikalingos telemedicinos priemonės, įskaitant įrenginius ir prietaisus (pvz., išmaniuosius laikrodžius ar apyrankes, kraujospūdžio matuoklius, gliukometrus), duomenų perdavimui skirtas mobiliąsias programėles bei programinę įrangą, leidžiančią nuotoliniu būdu gauti, kaupti ir analizuoti paciento savipriežiūros prietaisų perduodamus sveikatos duomenis atvejo vadybininko ar šeimos gydytojų naudojamuose įrenginiuose.

Rekomenduojama prieš diegiant modelį aiškiai apibrėžti lėtines ligas, kurios bus prioritizuojamos modelio diegimo ir išbandymo metu, bei nustatyti jų stebėsenos kriterijus. Atsižvelgiant į šiuos kriterijus, tikslinga parinkti ir įsigyti atitinkamus telemedicinos įrenginius. Šiuo metu rinkoje siūlomas platus nuotolinės sveikatos stebėsenos įrenginių asortimentas, tačiau jų funkcionalumas dažnai yra ribotas arba labai specializuotas. Pavyzdžiui, daugelis išmaniųjų apyrankių ar laikrodžių matuoja tik širdies susitraukimų dažnį, kai kurie įrenginiai gali registruoti riboto informatyvumo elektrokardiogramas, o kiti turi integruotą kraujospūdžio matavimo funkciją [34,35]. Todėl nuo stebimos lėtinės ligos pobūdžio priklauso, kokie įrenginiai yra tinkamiausi ligos eigos nuotolinei kontrolei. Kitas svarbus aspektas renkantis telemedicinos sprendimus yra jų suderinamumas ir sąveika su programine įranga. Turi būti įvertinta, ar telemedicinos įrenginių tiekėjai siūlo mobiliąsias programėles ir programinę įrangą, leidžiančią surinkti, kaupti ir analizuoti duomenis iš nuotolinių įrenginių. Daugeliu atvejų būtina specializuota programinė įrangą, diegiama atvejo vadybininko ir (ar) šeimos gydytojų darbo vietose, kad būtų sudarytos sąlygos priimti, sisteminti ir analizuoti pacientų perduodamus duomenis. Taip pat būtina įvertinti ne tik telemedicinos įrenginių, bet ir mobiliųjų programėlių bei stacionarios duomenų priėmimo, kaupimo ir analizės programinės įrangos kaštus. Pažymėtina, kad skirtingi tiekėjai siūlo nevienodus sprendimus: kai kurie apsiriboja tik telemedicinos įrenginiais ir mobiliosiomis programėlėmis, leidžiančiomis duomenis kaupti ir analizuoti tik pacientui, arba suteikiančiomis tik ribotas duomenų peržiūros galimybes be analitinių funkcijų. Todėl rekomenduojama rinktis tokius sprendimų tiekėjus, kurie siūlo integruotus telemedicinos sprendimus, leidžiančius nuotoliniu būdu stebėti pacientų sveikatos rodiklius, kaupti ir analizuoti gautus duomenis bei sudarančius galimybes atvejo vadybininkui proaktyviai reaguoti į paciento sveikatos būklės pokyčius, pavyzdžiui, esant nuolatiniam kraujospūdžio rodiklių viršijimui, laiku inicijuoti paciento vizitą pas šeimos gydytoją papildomiems tyrimams ar gydymo korekcijai.

Modelio išbandymas

Rekomenduojama poliligotų pacientų priežiūros modelį išbandyti Projekto įgyvendinimo laikotarpiu. Siūloma, kad kiekvienas Projekte dalyvaujantis šeimos gydytojas iš prie jo prisirašiusių pacientų atrinktų po 35–45 poliligotus pacientus, atitinkančius nustatytus įtraukimo į modelį kriterijus. Atrinktų pacientų

duomenis įvertintų atvejo vadybininkas, kuris atliktų galutinę atranką ir sudarytų ne mažesnę kaip 50 ir ne didesnę kaip 100 pacientų grupę. Iš galutinės pacientų grupės rekomenduojama maždaug 50 pacientų taikyti telemedicinos priemones, o likusiems pacientams (iki 50 asmenų) atvejo vadybos paslaugas teikti netaikant telemedicinos sprendimų. Modelio diegimas ir pilotinis išbandymas turėtų būti vykdomi vadovaujantis parengtu modelio diegimo ir išbandymo planu.

Atvejo vadybos paslaugos, paremtos poliligotų pacientų priežiūros modeliu, diegimo ir išbandymo planas pateiktas 4 priede.

Procesų standartizavimas

Atvejo vadybos paslaugos teikimo procesas turėtų būti pakankamai standartizuotas ir aiškiai aprašytas Centro vidaus tvarkos dokumentuose, patvirtintuose Centro vadovo nustatyta tvarka. Rekomenduojamas standartizuoto atvejo vadybos paslaugos teikimo proceso aprašymas pateikiamas 5 lentelėje.

5 lentelė. Standartizuotas atvejo vadybos paslaugos procesas

Veiksmas	Atsakomybė	Kriterijai, rodikliai, terminai
Sprendimas teikti atvejo vadybos paslaugą pacientui. 0 vizitas.	Šeimos gydytojas.	Kriterijai (žr. 1 priedo III sk.)
Paciento holistinio ištyrimo organizavimas ir informacijos parengimas šeimos gydytojo komandos konsiliumui. 1 vizitas.	Atvejo vadybininkas.	Per 1 mėn. nuo 0 vizito.
Šeimos gydytojo komandos konsiliumas. IPPP sudarymas. 2 vizitas.	Vadovauja šeimos gydytojas, Organizuoja – atvejo vadybininkas, Dalyvauja – visi kiti komandos nariai.	Pagal 1 priede nustatytą tvarką.
IPPP įgyvendinimas. Esant reikalui - siuntimai pas gydytojus specialistus žaliojo koridoriaus principu.	Organizuoja ir prižiūri atvejo vadybininkas, medicininius veiksmus vykdo atitinkami komandos nariai.	Pagal IPPP patvirtintus rodiklius, kriterijus tyrimų, gydymo ir kt. priežiūros planą.
Priežiūros vizitas. 3 vizitas.	Atvejo vadybininkas.	Per 3 mėn. nuo 2 vizito. Gali būti vykdoma nuotoliniu būdu, priklausomai nuo paciento sveikatos būklės, telemedicinos priemonių pagalba.
IPPP stebėsenos ir vertinimo vizitas. Vizito metu įvertinama ar pasiekti planuoti	Organizuoja atvejo vadybininkas, vykdo šeimos gydytojas.	Per 3 mėn. nuo 3 vizito (vėliau ne rečiau nei 1 kartą per metus).

Veiksmas	Atsakomybė	Kriterijai, rodikliai, terminai
IPPP tikslai, numatyti paciento sveikatos būklės stebėtini rodikliai, esant reikalui koreguojamas IPPP. 4 vizitas.		
Atvejo vadybos paslaugų ciklo kartojimas.	Organizuoja atvejo vadybininkas. Komandos nariai vykdo medicininius veiksmus. Šeimos gydytojas tvirtina IPPP arba jo keitimus.	Priežiūros vizitai ne rečiau nei kartą per 6 mėn. Priežiūros vizitų skaičius nustatomas pagal konkretaus paciento poreikį. Nebereikia konsiliumo vizito, priežiūros vizitai gali būti dažnesni arba retesni, priklausomai nuo paciento sveikatos būklės. Privalomas IPPP stebėsenos ir vertinimo vizitas vieną kartą per metus. Paciento apklausa 1 kartą per metus, siekiant nustatyti pasitenkinimą atvejo vadybos paslauga, poreikius ir lūkesčius, bei nustatyti subjektyvų paciento pasitenkinimą sveikatos būklės pokyčiu atvejo vadybos paslaugos teikimo metu.

Rekomenduojama 5 lentelėje pateiktas nuostatas perkelti į Centro vidaus tvarkos dokumentus, kuriais būtų reglamentuojamas atvejo vadybos paslaugos teikimas Centre. 5 lentelėje aprašytas standartizuotas atvejo vadybos procesas yra skirtas pirmiesiems metams po paciento įtraukimo į atvejo vadybos paslaugos teikimo procesą. Vėlesniu laikotarpiu priežiūros vizitų dažnumas gali būti mažinamas, jei paciento sveikatos būklė yra stabili arba pagerėjusi, tačiau būtina ne rečiau kaip kartą per metus peržiūrėti individualų paciento priežiūros planą (IPPP) ir, esant poreikiui, jį koreguoti.

Rekomendacijos dėl procesų efektyvumo stebėsenos

Atvejo vadybos paslaugos, paremtos poliligitų pacientų priežiūros modeliu, proceso efektyvumo stebėseną turėtų būti vykdoma Centro mastu. Šiuo tikslu pirmiausia turi būti nustatyti aiškūs tikslai, kurių siekiama diegiant atvejo vadybos paslaugą, taip pat apibrėžti kriterijai ir rodikliai, pagal kuriuos bus vertinamas šių tikslų pasiekimo lygis (rekomenduojami tikslai ir rodikliai pateikiami 1 priede). Centro

mastu atvejo vadybos paslaugos teikimo proceso efektyvumą turėtų stebėti vidaus medicinos auditorius ir vidaus audito grupė, o šio proceso stebėseną turėtų būti įtraukta į Centro vidaus audito planą. Proceso vadovu, atsakingu už duomenų apie proceso eigą teikimą, laikytinas atvejo vadybininkas. Atvejo vadybos paslaugos proceso efektyvumas turėtų būti vertinamas ne rečiau kaip kartą per metus, o vertinimo rezultatus vidaus medicinos auditorius turėtų pristatyti Centro vadovui ir administracijai, kurie, atsižvelgdami į gautus rezultatus, spręstų dėl tolesnių proceso tobulinimo veiksmų poreikio.

II SKYRIUS DOKUMENTŲ IR ŠALTINIŲ SĄRAŠAS

1. Viešosios įstaigos Ignalinos rajono savivaldybės sveikatos centro pateikta informacija.
2. Lietuvos sveikatos statistika 2024. Higienos institutas, 2025, Vilnius.
3. Dokumentas “Sveikatos centro veiklos koordinavimo procesus reglamentuojančio dokumento parengimas”.
4. Lietuvos širdies ir kraujagyslių ligų žemėlapis: raudonas signalas 12-oje savivaldybių. Lrt.lt, Sveikata, 2023-06-12 (prieiga per internetą <https://www.lrt.lt/naujienos/sveikata/682/2011024/lietuvas-sirdies-ir-kraujagysliu-ligu-zemelapis-raudonas-signalas-12-oje-savivaldybiu?srltid=AfmBOooC26Bzh-rVEXe2on-LXHBLZO9CDTvjBZMuSYxFyJzW8mZgpQXC>).
5. Ignalinos rajono savivaldybės 2023 metų visuomenės sveikatos stebėsenos ataskaita (šaltinis Ignalinos rajono savivaldybės visuomenės sveikatos biuras, prieiga per internetą <https://www.ignalinosvsb.lt/paslaugos/stebesena-ir-tyrimai/>).
6. Higienos instituto duomenys apie diabeto paplitimą Lietuvoje (prieiga per internetą [Visuomenės sveikatos stebėsenos informacinė sistema](#)).
7. Viešosios įstaigos Ignalinos rajono savivaldybės sveikatos centro Vidaus tvarkos taisyklės patvirtintos Centro direktoriaus 2024-12-04 įsakymu Nr.V-75.
8. <https://ignalinosrsc.lt/gydytoju-darbo-laikas/>
9. Bandomasis pavyzdys jungiantis per e-sveikatos sistemą prie Centro registracijos sistemos <https://ipr.esveikata.lt/available-registrations?organizationId=1000099246&serviceId=354&practitionerId=1000113793&workplaceId=51973&leftBound=1765968300000>
10. Viešosios įstaigos Ignalinos rajono savivaldybės sveikatos centro 2024 metų veiklos ataskaita (patvirtinta Ignalinos rajono savivaldybės tarybos 2025-05-08 sprendimu Nr. T-89).
11. https://sveikstat.hi.lt/chart-overview.aspx?top_uid=111&top_loc=mun&sel_rep_panel=1&lang=lit
12. <https://site.pro/lt/Darbo-dien%C5%B3-kalendorius/2024/>
13. <https://osp.stat.gov.lt/pacientu-eiles>
14. Informacija apie ES remiamą projektą (prieiga per internetą <https://esinvesticijos.lt/sutartys/inovatyviu-pirmines-sveikatos-prieziuros-paslaugu-teikimo-ir-organizavimo-modeliu-kurimas-ir-isbandymas-elektrenu-savivaldybeje?ordering=code%2520desc>).
15. Projekto Nr. 09-023-P-0053 projekto įgyvendinimo planas.
16. <https://ignalinosrsc.lt/?s=registracija> <https://ignalinosrsc.lt/>
17. Poliligotų pacientų sveikatos priežiūra pirminėje sveikatos priežiūros grandyje. Šarūnas Aleksa. Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas, 2025.
18. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelis. STRATA, 2022.
19. Priemonės „Sveikatos priežiūros kokybės ir prieinamumo gerinimas tikslinėms gyventojų grupėms įgyvendinant inovatyvius ir efektyvius sveikatos priežiūros Modelius“ rezultatų vertinimas. Galutinė vertinimo ataskaita. Užsakovas: LR sveikatos apsaugos ministerija. Vertintojai: VšĮ Lietuvos sveikatos mokslų universitetas ir UAB „Gooliver“. Vilnius, 2025.
20. Poliligotų pacientų priežiūros modelio komponentai. Pagrindinės išvalgos. Ida Liseckienė, Laimis Dambrauskas. 2020-03-10 (prieiga per internetą [Microsoft PowerPoint - Preliminarus pristatymas 2020-03-10 Ida Liseckiene Laimis Dambrauskas](#)).
21. Atvejo vadyba teikiant šeimos medicinos paslaugas. LR sveikatos apsaugos ministerijos Asmens sveikatos departamentas (prieiga per internetą [Atvejo vadyba teikiant šeimos medicinos paslaugas.pdf](#)).

22. Sveikatos priežiūros kokybės ir prieinamumo gerinimas Karoliniškių poliklinikoje ir Lazdynų poliklinikoje Nr. 08.4.2-ESFA-K-616-01-0001(prieiga per internetą „PowerPoint“ pateiktis).
23. Metodinė medžiaga sveikatos priežiūros specialistams. Parengta įgyvendinant ES remiamą projektą “Sveikatos priežiūros kokybės ir prieinamumo gerinimas viešojoje įstaigoje Karoliniškių poliklinika ir viešojoje įstaigoje Lazdynų poliklinika“, projekto Nr.08.4.2-ESFA-K-616-01-0001 (prieiga per internetą [21008467 Karoliniskiu poliklinika brosiura-1 a4 specialistmas.indd](#)).
24. Metodinė medžiaga pacientams. Parengta įgyvendinant ES remiamą projektą “Sveikatos priežiūros kokybės ir prieinamumo gerinimas viešojoje įstaigoje Karoliniškių poliklinika ir viešojoje įstaigoje Lazdynų poliklinika“, projekto Nr.08.4.2-ESFA-K-616-01-0001 (prieiga per internetą [21008467 Karoliniskiu poliklinika brosiura-1 a4 pacientams.indd](#)).
25. Justina Steponkutė, Nijolė Galdikienė. Poliligotų pacientų savirūpos mokymas pirminėje sveikatos priežiūroje. Slauga. Mokslas ir praktika, 2021 T. 2 Nr. 6 (294) ISSN 2669-1760 (online).
26. Pilot Implementation of Integrated Care Model for Multimorbidity. D6.1 Report on preparatory phase and scale up strategy. Date 18.07.2019 (prieiga per internetą https://chrodis.eu/wp-content/uploads/2021/01/chrodis-plus-d6.1-pilot-implementation-of-integrated-care-model-for-multimorbidity-1.pdf?utm_source=chatgpt.com).
27. Sigutė Norkienė, Daiva Petrauskienė, Urtė Norkutė-Macijauskė. Pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos veiklos gerinimas taikant atvejo vadybos modelį. SVEIKATOS MOKSLAI / HEALTH SCIENCES IN EASTERN EUROPE, ISSN 1392-6373 print / 2335-867X online, 2019, 29 tomas, Nr. 5, p. 81-89, DOI: <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2019.086> (prieiga per internetą [SM-HS_295_81-89.pdf](#)).
28. LR sveikatos apsaugos ministro 2024-12-09 įsakymas Nr. V-1259 „Dėl atvejo vadybos paslaugų teikimo šeimos gydytojo komandoje reikalavimų aprašo patvirtinimo“.
29. LR sveikatos apsaugos ministro 2017-02-17 įsakymas Nr. V-156 „Dėl onkologinėmis ligomis sergančių pacientų srautų valdymo ir paslaugų organizavimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“.
30. Nuoroda: [Žaliojo koridorius - priesveži.lt](#)
31. Nuoroda: [Naujienos - VšĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos](#)
32. Nuoroda: [Primename, kad Anykščiuose galite pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis "žaliojo koridoriaus" principu! | Anykščiai](#)
33. Nuoroda: [Vilniaus rajono poliklinika: „Žaliojo koridorius“ – greitesnė pagalba pacientams - VRP](#)
34. Nuoroda: https://www.rde.lt/products/lt/668/1503515/sort/5/filter/0_0_0/Galaxy-Watch8-Classic-L505-LTE-Black-i%C5%A1manusis-laikrodis.html
35. Nuoroda: <https://www.teltonika-telemedic.com/>

**VIEŠOSIOS ĮSTAIGOS
IGNALINOS RAJONO SAVIVALDYBĖS SVEIKATOS CENTRO
POLILIGOTŲ PACIENTŲ PRIEŽIŪROS MODELIS**

**I SKYRIUS
BENDROSIOS NUOSTATOS**

Poliligotų pacientų priežiūros modelio tikslas yra pereiti nuo įprastos pirminės asmens sveikatos priežiūros prie proaktyvios, į pacientą orientuotos, į ligų kontrolę ir tolimesnio jų progresavimo prevenciją orientuotą pirminės asmens sveikatos priežiūros. 1 lentelėje parodyti šių dviejų sveikatos priežiūros modelių skirtumai ir proaktyvaus modelio siekiamybė.

1 lentelė. Įprastinės ir proaktyvios pirminės asmens sveikatos priežiūros palyginimas

Įprasta pirminė asmens sveikatos priežiūra	Poliligotų pacientų priežiūros modelis
Reaktyvi	Proaktyvi
Epizodinė	Tęstinė
Vieno gydytojo	Komandinė
Nekordinuota	Koordinuojama
Be atvejo vadybos	Su atvejo vadyba

Modelio taikymo sritis:

- Modelis taikomas VšĮ Ignalinos rajono savivaldybės sveikatos centre (toliau – Centras) ir jo padaliniuose;
- Nustatoma paslaugų organizavimo tvarka dviem ir daugiau lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams;
- Modelis yra projektinis / pilotinis, įgyvendinamas projekto „Inovatyvių pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir organizavimo modelio kūrimas ir išbandymas Ignalinos rajone“ Nr. 09-023-P-0053 ribose. Po projekto pabaigos modelis bus peržiūrimas, jeigu reikia, koreguojamas ir taikomas kaip pagrindinis Centro pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo modelis.

**II SKYRIUS
PASLAUGŲ ORGANIZAVIMO PRINCIPAI**

Pagrindiniai paslaugų organizavimo principai, kuriais yra paremtas modelis, yra tokie:

- Paciento centriškumas;
- Holistinis vertinimas;
- Tęstinumas;
- Koordinavimas;
- Bendradarbiavimas tarp asmens sveikatos priežiūros lygių (tiek Centro viduje, tiek su išorės asmens sveikatos priežiūros įstaigomis).

Remiantis aukščiau išvardintais modelio paslaugų organizavimo principais, siekiama standartizuoti paslaugų teikimo procesą poliligotiems pacientams.

Paslaugų teikimo proceso standartizavimo tikslai yra tokie:

- Trumpesnis laukimo laikas;
- Beprasmių darbų eliminavimas;
- Darbų paskirstymas tinkamiems darbuotojams;
- Klaidų ir nebaigtų darbų išvengimas.

Aukščiau nurodytų tikslų siekimo kriterijai ir rodikliai pateikti 2 lentelėje.

2 lentelė. Paslaugų teikimo proceso standartizavimo kriterijai

Tikslas	Standartizavimo kriterijus	Siekiamas rodiklis
Trumpesnis laukimo laikas	Žaliojo koridoriaus modelio pritaikymas (integravimas).	Poliligoto paciento laukimo laikas patekti pas šeimos gydytoją ar gydytoją specialistą Centro viduje yra 30 proc. trumpesnis nei įprastas planinis vizitas kitiems pacientams.
Beprasmių darbų eliminavimas	Bereikalingų vizitų pas gydytoją išvengimas.	Poliligotų pacientų vizitų pas gydytoją dėl lėtinės ligos paūmėjimo, pablogėjusios ligos eigos, komplikacijų, skaičiaus sumažėjimas 20 proc.
Darbų paskirstymas tinkamiems darbuotojams	Bereikalingų vizitų pas gydytoją išvengimas. Bereikalingų vizitų pas gydytojus specialistus išvengimas. Nebūtinių komandos narių įtraukimo į paslaugų teikimą išvengimas.	Poliligotų pacientų vizitų pas gydytoją dėl lėtinės ligos paūmėjimo, pablogėjusios ligos eigos, komplikacijų, skaičiaus sumažėjimas 20 proc.
Klaidų ir nebaigtų darbų išvengimas	Individualaus paciento priežiūros plano tinkamas vykdymas.	-Medicininį klaidų išvengimas (0 per metus);

Tikslas	Standartizavimo kriterijus	Siekiamas rodiklis
		<ul style="list-style-type: none"> - Neatitinkėjų, galėjusių turėti ar turėjusių įtakos pacientų sveikatai išvengimas (ne daugiau nei 1 per metus); - Nepageidaujamų įvykių išvengimas (ne daugiau nei 1 per metus); - Pagrįstų skundų dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo išvengimas (ne daugiau nei 4 per metus, arba sumažėjimas 20 proc. per metus).

III SKYRIUS PACIENTO ATRANKA

Pacientams, Centre tiekiant jiems asmens sveikatos priežiūros paslaugas, taikomas Poliligotų pacientų priežiūros modelis, kai pacientai atitinka tokius kriterijus:

- 1) serga ≥ 2 lėtinėmis ligomis;
- 2) turi funkcinės būklės sutrikimų;
- 3) dažnai naudojami sveikatos priežiūros paslaugomis;
- 4) reikalinga kompleksinė pagalba.

Pacientas įtraukiamas į Poliligotų pacientų priežiūros modelį ir jam pradedama teikti atvejo vadybos paslauga tuo atveju, kai atitinka pirmą kriterijų (privalomą) ir bent vieną iš likusių trijų kriterijų. Kriterijų detalizacija pateikta 3 lentelėje.

3 lentelė. Pacientų įtraukimo kriterijų nustatymas

Kriterijus	Nustatymas
Serga ≥ 2 lėtinėmis ligomis	<p>Ligų sąrašą turi nustatyti Centro vadovybė pagal Ignalinos rajono ir prie Centro prisirašiusių gyventojų vyraujančias sveikatos problemas. Papildomai turi būti nustatyti ir ligos sunkumo ar eigos kriterijai.</p> <p>Pvz. 2 ligos: 2 tipo cukrinis diabetas E11 (HbA1c > 7 proc. , serga virš 1 m.) ir hipertenzinė širdies liga I11.</p>

Kriterijus	Nustatymas
Turi funkcinės būklės sutrikimų	Vertinama pagal Barthel indeksą, įtraukimo kriterijus - Barthel indeksas ≤ 60 .
Dažnai naudojasi sveikatos priežiūros paslaugomis	Dėl lėtinių ligų eigos svyravimų, pablogėjimų lankosi pas Centro gydytojus 6 ir daugiau kartų per metus (neskaičiuojami planiniai profilaktiniai apsilankymai).
Reikalinga kompleksinė pagalba	Greta lėtinių ligų, pacientui reikalinga psichiatro, psichologo pagalba, socialinio darbuotojo, kineziterapeuto ar kita su paciento būkle susijusi pagalba.

Paciento atranką vykdo šeimos gydytojas arba atvejo vadybininkas. Pacientas į paslaugų teikimo modelį įtraukiamas tik jam sutikus. Atskiros specialios registracijos sistemos kurti nereikia, nes pacientas įtraukiamas proaktyviai. Pacientui, bet kokio jo apsilankymo pas šeimos gydytoją metu, jeigu jis atitinka aukščiau nurodytus kriterijus, siūloma įsitraukti į šį naują paslaugų teikimo modelį ir pradėdama vykdyti jo atvejo vadybą. Jeigu pacientas nesutinka, kad jam būtų vykdoma atvejo vadyba, tokius atveju šis modelis tokiam pacientui nėra taikomas.

Jeigu pacientas jau yra įtrauktas į modelį ir jam vykdoma atvejo vadyba, tokiu atveju:

- paciento planinius vizitus, atvejo vadybos susitikimus, profilaktinius tikrinimus ar dalyvavimus profilaktinėse sveikatos tikrinimo programose organizuoja atvejo vadybininkas, derina juos su pacientu, primena jam apie vizitus, todėl pacientui pačiam registruotis nėra poreikio;
- registracijos sistema turi būti adaptuota, kad pacientui būtų maksimaliai sutrumpinamas vizito pas gydytoją laukimo laikas, jeigu pacientas kreipiasi dėl sveikatos būklės pablogėjimo, tokiu atveju registracijos sistemoje gali būti sukurti keli skirtingi sprendimai. Pvz., registracija pas atvejo vadybininką, kuris pamatęs registracijos sistemoje paciento registraciją, proaktyviai susisiekiama su pacientu ir išsiaiškinęs, dėl kokių problemų pacientas kreipiasi, pats jį registruoja pas gydytoją, ar diagnostiniams tyrimams ar kitai pagalbai, tokiu atveju paciento laukimo laikas sutrumpėja, nes atvejo vadybininkas turi vidinę prieigą prie gydytojų darbo grafikų ir gali prioriteto tvarka registruoti pacientą. Kitas sprendimas: registracijos sistemoje pacientams, kurie jau įtraukti į modelį ir jiems sukurti individualūs paciento priežiūros planai (toliau – IPPP), suteikiamas papildomas identifikatorius, kurį atpažinusi registracijos sistema suteikia prioritetą patekti pas gydytoją.

IV SKYRIUS

DAUGIADALYKĖ KOMANDA

Poliligotų pacientų priežiūros modelį įgyvendina ir pagal jį asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikia sveikatos priežiūros specialistų komanda. Kadangi tai yra pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelis, tai svarbiausia yra šeimos gydytojo komanda, kuri gali būti papildyta atvejo vadybos komanda.

Minimalus komandos branduolys – šeimos gydytojo komanda:

- šeimos gydytojas;
- slaugytojas;
- atvejo vadybininkas.

Papildoma atvejo vadybos komanda - pagal poreikį:

- gydytojai specialistai;
- kineziterapeutas;
- sveikos gyvensenos specialistas;
- socialinis darbuotojas;
- psichologas.

Pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos Centro pirminio lygio padaliniuose, kuriuose dirba šeimos gydytojai ir jų komandų nariai.

Sprendimus dėl paciento įtraukimo į poliligotų pacientų priežiūros modelį priima šeimos gydytojas, kuris taip pat priima visus medicininius sprendimus.

Atvejo vadybininkas pagal gydytojo nurodymus organizuoja atvejo vadybos paslaugų teikimą, užtikrina komunikaciją tarp paciento ir atvejo vadybos komandos, komunikaciją tarp atvejo vadybos komandos narių ir išorės įstaigų.

Kiti atvejo vadybos komandos nariai įtraukiami tiek kiek reikia, šeimos gydytojo sprendimu. Komunikaciją su šiais komandos nariais organizuoja atvejo vadybininkas.

Šeimos gydytojas ir jo komanda teikia pirmines asmens sveikatos priežiūros paslaugas pacientui, papildytas atvejo vadybos paslauga.

Šeimos gydytojas ir slaugytoja, bei kiti komandos nariai atlieka savo įrašus ambulatorinėje asmens sveikatos istorijoje ir Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinėje sistemoje (toliau e-sveikatos sistemoje). Atvejo vadybininkas sudaro IPPP ir jį aprašo ambulatorinėje asmens sveikatos istorijoje ir E-sveikatos sistemoje.

Jeigu teikiant paslaugas pagal poliligotų pacientų priežiūros modelį, pacientui reikia antrinio lygio gydytojų specialistų paslaugų, pas juos pacientas nukreipiamas tokia tvarka:

- Centro antrinio lygio padaliniai gydytojų darbo grafikuose turi numatyti ir rezervuoti žaliojo koridoriaus pacientams skirtus vizitų laikus, kuriuos grafikuose ar registracijos sistemoje mato tik Centro darbuotojai;

- pas Centro antrinio lygio specialistą taikant žaliojo koridoriaus modelį, šeimos gydytojas išrašo siuntimą pas antrinio lygio specialistą, o atvejo vadybininkas registruoja pacientą į žaliojo koridoriaus pacientams rezervuotą laiką, taip sutrumpindamas paciento patekimo pas gydytoją specialistą laiką.

Sąveika tarp lygių ir įstaigų

Taikant poliligotų pacientų priežiūros modelį, Centro viduje sąveika tarp pirminio ir antrinio lygio padalinių ir jų specialistų užtikrinama kaip aprašyta aukščiau, taikant žaliojo koridoriaus modelį, bei per informacijos keitimąsi. Kadangi pacientui turi būti sudarytas IPPP, tai jo ambulatorinėje asmens sveikatos istorijoje bei analogiškame E-sveikatos dokumente, turi būti pažymėta, kad pacientas įtrauktas į poliligotų pacientų priežiūros modelį, jam taikoma atvejo vadybos paslauga, bei pateiktas IPPP. Atitinkamai, bet kurio lygio specialistai turi matyti ir galėti prieiti prie IPPP, kad įvertintų specialius, personalizuotus paciento poreikius. Jeigu IPPP nurodyta, kad tam tikri veiksmai (tyrimai, gydytojo specialisto konsultacija) turi būti atliekami antrinio lygio Centro padaliniuose, tokiu atveju, antrinio lygio specialistas turi įvertinti IPPP, bei pildydamas medicininę dokumentaciją atlikti atitinkamus įrašus apie IPPP etapų įgyvendinimą.

Kitas sąveikos tarpo lygių komponentas yra gydytojo – gydytojo konsultacija, kai šeimos gydytojui reikalinga antrinio lygio gydytojo specialisto konsultacija dėl paciento lėtinės ligos nuolatinės kontrolės. Konsultacijos metu gydytojas specialistas pateikia šeimos gydytojui konkretaus paciento priežiūrai reikalingus patarimus, dėl konkretaus paciento IPPP vykdymo, pateikdamas aiškias rekomendacijas dėl ligos kontrolės – tyrimų, vaistų vartojimo, ligos eigos rodiklių stebėsenos. Konsultacijų tikslas įgalinti šeimos gydytoją ir jo komandą užtikrinti tinkamą lėtinės ligos kontrolę konkrečiam pacientui, kad ji neprogresuotų, nesivystytų komplikacijos, bei kuo daugiau pagalbos pacientas gautų pirminėje grandyje.

Atskirai paminėtinas svarbus modelio komponentas yra visų atvejo vadybos komandos narių mokymai. Atvejo vadybos komandos nariai, tiek šeimos gydytojo, tiek išplėstinė komanda turi būti apmokyti apie poliligotų pacientų priežiūros modelio veikimą, turi būti supažindinti su Centre nustatytais pacientų įtraukimo į modelį kriterijais, paslaugų teikimo tvarka taikant modelį.

V SKYRIUS INDIVIDUALUS PACIENTO PRIEŽIŪROS PLANAS

Kiekvienam pacientui, kuris įtraukiamas į poliligotų pacientų priežiūros modelį, turi būti sudarytas individualus paciento priežiūros planas (IPPP). Pagrindiniai principai, taikomi IPPP yra tokie:

- Sudaromas kiekvienam pacientui;
- Apima:
 - medicininius tikslus;

- slaugos poreikius;
- socialinės pagalbos priemonės;
- paciento ir šeimos įtraukimą.
- Periodiškai peržiūrimas.

IPPP sudarymo tvarka ir apimtis turi atitikti teisės aktų reikalavimus (LR sveikatos apsaugos ministro 2024-12-09 įsakymas Nr. V-1259 „Dėl atvejo vadybos paslaugų teikimo šeimos gydytojo komandoje reikalavimų aprašo patvirtinimo“). IPPP sudaromas Centro šeimos gydytojo komandos konsiliumo metu. IPPP turi būti pateikta tokia informacija:

- holistinio ištyrimo duomenys (pvz. laboratorinių, instrumentinių ir kt. tyrimų rezultatai, svarbūs IPPP, taip pat paciento funkcinės būklės, savarankiškumo, psichikos sveikatos įvertinimas – žr. III skyrius, Paciento įtraukimas);
- įrašyti konkretūs paciento įtraukimo į modelį ir atvejo vadybos paslaugą kriterijai;
- paciento sveikatos būklė ir socialinė situacija;
- individualūs paciento lūkesčiai, motyvacijos vykdyti šeimos gydytojo komandos narių paskyrimus, aktyviai prisidėti prie sveikatos būklės pokyčių valdymo aprašymas;
- papildomo ištyrimo ir (ar) kitų paslaugų poreikis;
- paciento sveikatos būklės rodikliai, kurie bus stebimi, paciento savikontrolės periodiškumas ir būdai, numatomos siektinos sveikatos būklės rodiklių reikšmės;
- priemonės, kuriomis bus siekiama IPPP numatytų paciento sveikatos būklės rodiklių reikšmių;
- IPPP laikotarpis, įgyvendinimo stebėsenos periodiškumas ir būdai, dėl kurių susitarta su pacientu.

IPPP sudaromas iš esmės visam paciento gyvenimui, tačiau IPPP laikotarpis turi būti suderintas su pacientu, pacientas turi patvirtinti, kad jis sutinka su IPPP ir jo įgyvendinimo laikotarpiu. Pacientui turi būti rekomenduojama sudaryti IPPP visam jo prisirašymo laikotarpiui, jeigu pacientas abejoja ar nesutinka – bent 1 metams, po kurių kartu su pacientu atvejo vadybos komanda nusprendžia sudaryti IPPP visam laikui ar jį nutraukti, ar pratęsi su pacientu suderintam kitam laikotarpiui. IPPP pasibaigia tokiais atvejais:

- pacientui mirus;
- pacientui išėjus iš Centro šeimos gydytojo ir prisirašius prie kitos pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos (tokiu atveju, pacientui perduodamas IPPP, kurį jis galės tęsti ar koreguoti kitoje įstaigoje);
- pacientui atsisakius atvejo vadybos paslaugos.

IPPP periodiškai peržiūrimas. Einamoji peržiūra yra susijusi su atvejo vadybos vizitais, ir 1 metus vykdoma kas 3 mėn. Jeigu paciento sveikatos būklė gerėja ir atvejo vadybos vizitai nustatomi retesni – tada pagal atvejo vadybos vizitų periodiškumą IPPP peržiūrimas. IPPP priežiūrą, susijusią su atvejo vadybos vizitais vykdo atvejo vadybininkas. Vertinamoji IPPP peržiūra vykdoma 1 kartą per metus, jos

tikslas – įvertinti kaip pavyko pasiekti IPPP nustatytas siektinos sveikatos būklės rodiklių reikšmes ir priimami sprendimai dėl IPPP tolimesnio vykdymo arba IPPP koregavimo ir keitimo.

Paciento asmens duomenys ir medicinos dokumentai, susiję su IPPP, tvarkomi Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinėje sistemoje ir Išankstinės pacientų registracijos informacinėje sistemoje.

VI SKYRIUS ATVEJO VADYBA

Kai pacientas įvertinamas pagal ankstesniuose skyriuose pateiktus kriterijus ir juos atitinka, jam proaktyviai siūloma atvejo vadybos paslauga. Atvejo vadybos paslaugai pacientai gali būti atrenkami dviem keliais:

- kai pacientas kreipiasi į Centro šeimos gydytoją savo iniciatyva dėl bet kokios savo sveikatos problemos, o vizito metu gydytojas iš paciento medicinos dokumentų nustato, kad pacientas atitinka atrankos, taikyti poliligitų pacientų priežiūros modelį ir teikti atvejo vadybos paslaugą, kriterijus;
- Centro šeimos gydytojai proaktyviai atlieka prisirašiusių pacientų analizę ir pagal nustatytus kriterijus atrenka pacientus, kuriems proaktyviai siūloma atvejo vadybos paslauga.

Bet koku atveju, sprendimą dėl paciento įtraukimo į modelį ir atvejo vadybos paslaugos teikimą priima paciento šeimos gydytojas. Priėmęs tokį sprendimą, šeimos gydytojas perduoda tolimesnį atvejo vadybos paslaugos organizavimą atvejo vadybininkui.

Atvejo vadybininkas yra svarbus atvejo vadybos komandos narys, kuris vykdo pacientų srautų valdymo ir (ar) paslaugų teikimo priemonių, kad konkrečiam pacientui būtų užtikrintas vientisas (taikant žaliojo koridoriaus principą) visų reikiamų sveikatos centro paslaugų sąrašo paslaugų suteikimas per kuo trumpesnius terminus, įgyvendinimą. Atvejo vadybininkas savo darbe vadovaujasi Centro direktoriaus patvirtintu pareigybės aprašymu.

Atvejo vadybos paslauga teikiama žemiau nurodyta tvarka:

1. Sprendimą dėl šeimos gydytojo komandos konsiliumo ir sveikatos būklės stebėsenos, sudarant IPPP konkrečiam pacientui, priima šeimos gydytojas ir informuoja apie šį sprendimą atvejo vadybininką.
2. Priėmus sprendimą dėl šeimos gydytojo komandos konsiliumo, atvejo vadybininkas išnagrinėja Centro turimą informaciją apie paciento sveikatos būklę, suderinęs su šeimos gydytoju, numato, kurie šeimos gydytojo komandos nariai pagal kompetenciją turi dalyvauti šeimos gydytojo komandos konsiliume, ir paskiria preliminarią šeimos gydytojo komandos konsiliumo datą.

3. Atvejo vadybininkas paaiškina pacientui atvejo vadybos metodo esmę, informuoja pacientą apie šeimos gydytojo priimtą sprendimą organizuoti šeimos gydytojo komandos konsiliumą ir vykdyti sveikatos būklės stebėseną, šeimos gydytojo komandos konsiliumo organizavimo tvarką ir nurodo jame dalyvaujančius specialistus, pakviečia pacientą dalyvauti šeimos gydytojo komandos konsiliume ir suderina su juo konsiliumo datą.

4. Su pacientu suderinęs šeimos gydytojo komandos konsiliumo datą, atvejo vadybininkas registruoja pacientą atvejo vadybos paslaugai ir organizuoja informacijos apie konsiliumo datą bei vietą išsiuntimą pacientui. Esant poreikiui, su pacientu suderinta šeimos gydytojo komandos konsiliumo data gali būti keičiama, suderinus naują datą su pacientu.

5. Šeimos gydytojo komandos konsiliumui vadovauja šeimos gydytojas, konsiliume dalyvauja atvejo vadybininkas ir dar bent vienas šeimos gydytojo komandos narys. Šeimos gydytojo komandos konsiliumo nariai, dalyvaujant pacientui, aptaria jo sveikatos būklę ir sudaro IPPP. Šeimos gydytojas IPPP surašo elektroniniame medicinos dokumente E025 „Ambulatorinio apsilankymo aprašymas“ Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinėje sistemoje ir jį pasirašo.

6. Atvejo vadybininkas, vykdydamas IPPP, sveikatos būklės ir IPPP laikymosi stebėseną vykdo nuotoliniu ar kontaktiniu būdu IPPP nustatytu periodiškumu, atsižvelgdamas į paciento interesus, motyvaciją laikytis šeimos gydytojo komandos narių paskyrimų, gebėjimą įsivertinti sveikatos būklės pokyčius ir tinkamai informuoti apie juos atvejo vadybininką ar kitus komandos narius.

Teikiant atvejo vadybos paslaugas gali būti naudojamos telemedicinos priemonės bei nuotolinės konsultacijos. Atvejo vadybininkas su pacientu gali suderinti IPPP numatytus vizitus nebūtinai kontaktinių vizitų būdu, bet nuotolinių konsultacijų ar susitikimų būdu, o paciento sveikatos būklės stebėjimui (kai tai įmanoma techninėmis priemonėmis) naudoti telemedicinos technologijas – įvairius prietaisus skirtus matuoti paciento sveikatos būklės rodiklius (pvz., išmaniosios apyrankės ar laikrodžiai širdies susitraukimų dažniui, nuotolinės EKG, kraujospūdžio, gliukozės koncentracijos kraujyje monitoringui bei kitų rodiklių stebėsenai) bei programinę įrangą, kurios pagalba nuotoliniu būdu nuskaitomi pacientų sveikatos duomenys patektų pas atvejo vadybininką ir šeimos gydytoją ir būtų tinkami juos analizuoti.

Telemedicinos priemonių taikymui turi būti naudojami paciento įtraukimo kriterijai:

- Gebėjimas naudotis technologijomis (išmaniuoju telefonu / kompiuteriu);
- Gebėjimas priimti informaciją apie sveikatą ir ją panaudoti.

Telemedicinos būdų taikymui atvejo vadybos paslaugų teikimo metu Centro direktorius turi nustatyti atskirą tvarką bei skirti išteklius (pvz. įsigyti telemedicinai skirtus prietaisus, įrenginius ir programinę įrangą).

Tiek rengiant IPPP, tiek jį įgyvendinant ir teikiant atvejo vadybos paslaugą, į pacientų, kuriems dėl psichikos sveikatos problemų, judėjimo funkcijų ribotumo, ar pacientui pageidaujant, priežiūrą įtraukiami paciento šeimos nariai, jie turi būti aiškiai identifikuoti, gautas paciento raštiškas sutikimas ir nurodymas, kokie paciento šeimos nariai įtraukiami į jo sveikatos priežiūros paslaugos teikimą, nurodomi šeimos narių kontaktiniai duomenys.

VII SKYRIUS PASLAUGŲ TĘSTINUMAS

Atvejo vadybos paslaugos, teikiamos pagal poliligotų pacientų priežiūros modelį, yra tęstinės, ir kaip minėta ankstesniuose skyriuose, iš esmės turėtų būti teikiamos pacientui visą gyvenimą. Pagrindiniai paslaugų tęstinumo principai yra tokie:

- informacijos apsikeitimas;
- aiškūs atsakomybės lygmenys;
- paslaugų dubliavimo prevencija.

Atsakomybės lygmenis, teikiant atvejo vadybos paslaugas pagal poliligotų pacientų priežiūros modelį, turi pasiskirstyti taip:

- Šeimos gydytojas atsako už:
 - sprendimo priėmimą dėl atvejo vadybos paslaugų, taikant poliligotų pacientų priežiūros modelį, teikimo konkrečiam pacientui;
 - už visus medicininius sprendimus šeimos gydytojo kompetencijų ribose;
 - už atvejo vadybos konsiliumo sprendimo priėmimą;
 - už IPPP sudarymą ir tvirtinimą;
 - už IPPP peržiūrą ir koregavimą.
- Atvejo vadybininkas atsako už:
 - paslaugų teikimo poliligotiems pacientams planavimą ir koordinavimą;
 - šeimos gydytojo pavedimu organizuoja šeimos gydytojo komandos konsiliumus;
 - įvertinęs šeimos gydytojo komandos narių pasiūlymus E-sveikatos sistemoje ir Išankstinės pacientų registracijos informacinėje sistemoje sudaro IPPP ir IPPP numatytu periodiškumu vykdo jo įgyvendinimo stebėseną, savarankiškai arba kartu su šeimos gydytoju vertina IPPP numatytų gyvenimo keitimo, paciento savirūpos, gydymo efektyvumą;

- informuoja šeimos gydytoją apie paciento sveikatos būklės pablogėjimą ir jo pavedimu organizuoja korekcines priemones (papildomą laboratorinį ištyrimą, neplaninę šeimos gydytojo paslaugą, greitosios medicinos pagalbos iškvietimą ir kt.);
 - aktyviai ragina pacientą laiku vykdyti IPPP numatytas priemones, užtikrina grįžtamąjį ryšį tarp paciento ir kitų šeimos gydytojo komandos narių;
 - atlieka stebėsenos vizitus su pacientu pagal IPPP nustatytą periodiškumą, taiko tiek kontaktinių, tiek nuotolinių vizitų būdus, taiko telemedicinos priemones paciento būklės stebėsenai;
 - Centro vadovo nustatyta tvarka koordinuoja ankstyvosios ligų diagnostikos (prevencinių) programų ir profilaktinių sveikatos patikrinimų vykdymą pacientui atvejo vadybos paslaugos teikimo metu.
- Kiti atvejo vadybos komandos nariai:
 - dalyvauja atvejo vadybos konsiliume ir teikia pasiūlymus IPPP rengimui savo kompetencijų ribose;
 - teikia sveikatos priežiūros paslaugas pacientui pagal nustatytą IPPP.

Informacijos apsisikeitimas yra užtikrinamas IPPP dokumentavimu, jo vykdymo dokumentavimu (vizitų, konsultacijų aprašymai, tyrimų rezultatai, skirtas gydymas ir kt.) pagal galiojančią Centro praktiką medicinos dokumentuose ir E-sveikatoje ar/ir jos posistemėse.

VIII SKYRIUS STEBĖSENA IR VERTINIMAS

Teikiant atvejo vadybos paslaugas pagal poliligotų pacientų priežiūros modelį yra būtina užtikrinti paslaugų stebėseną ir vertinimą. Tai atliekama dviem lygiais. Pirmas lygis yra paciento sveikatos pokyčių stebėseną ir vertinimą įgyvendinant jam parengtą IPPP. Vertinama:

- paciento būklės pokyčiai;
- paslaugų naudojimas;
- hospitalizacijų dažnis;
- paciento pasitenkinimas.

Paciento sveikatos būklės pokyčiai vertinami pagal IPPP nustatytas numatomos siektinos sveikatos būklės rodiklių reikšmes, ir vertinama, ar IPPP suplanuotos siektinos paciento sveikatos būklės rodiklių reikšmės pasiektos ar ne, taip pat vertinamas ir paciento apsilankymų Centre skaičius, paciento

hospitalizacijų skaičius ir priežastys. Atitinkamai sprendžiama, ar tęsti paskirtą IPPP, ar jį koreguoti. Sveikatos būklės stebėseną vykdoma kaip nurodyta V skyriuje Individualus paciento priežiūros planas.

Paciento pasitenkinimas atvejo vadybos paslauga vertinamas periodiškai atliekant paciento apklausą (ne rečiau nei 1 kartą per metus). Apklausoje turi būti pateikti klausimai tiek apie paciento pasitenkinimą atvejo vadybos paslaugos organizavimu, tiek apie paciento subjektyvų sveikatos būklės pokyčio įvertinimą.

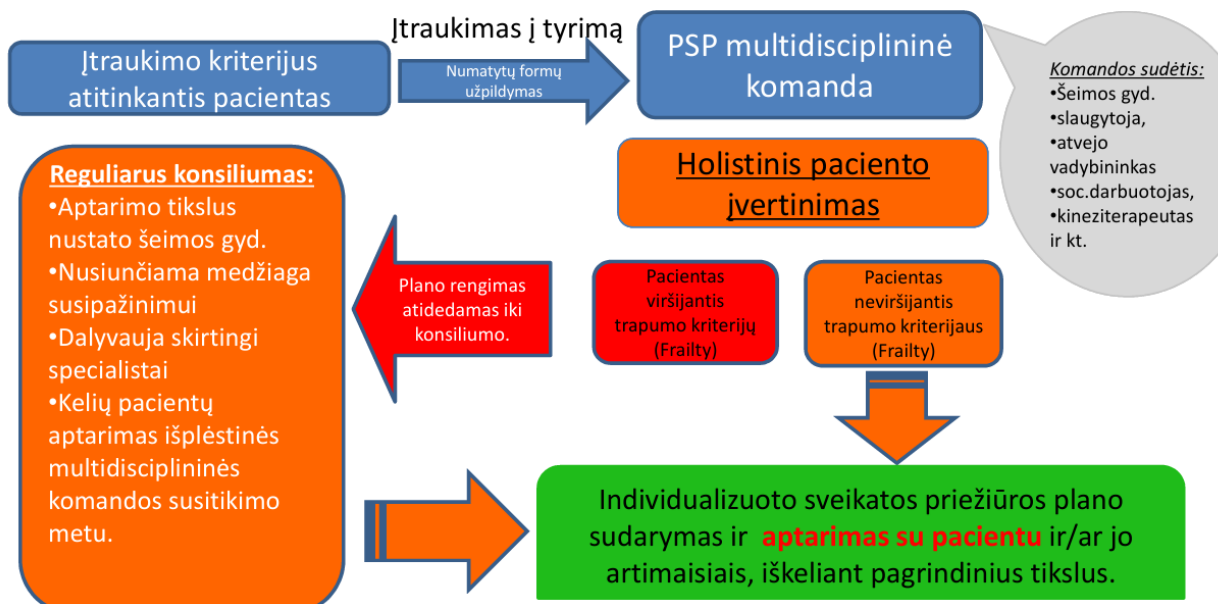
Antrasis atvejo vadybos paslaugų stebėsenos ir vertinimo lygis apima visų Centre teikiamų atvejo vadybos paslaugų vertinimą ir jų įtaką Centro teikiamų paslaugų kokybei ir prieinamumui bei pacientų sveikatos pokyčiams. Vertinama, ar atvejo vadybos paslaugos padėjo pasiekti Centro tikslus, kurių siekiama įdiegus poliligotų pacientų priežiūros modelį (žr. 2 lentelę) arba kitus Centro iškeltus strateginius ar kokybės tikslus, kuriuos gali įtakoti atvejo vadybos paslauga. Antro lygio stebėseną ir vertinimą atlieka atvejo vadybininkas, kartu su Centro administracijos atstovais (pvz., vidaus medicinos auditoriumi) ir antro lygio stebėsenos ir vedinimo rezultatai kartą per metus turi būti pristatomi centro vadovui ir administracijai, kurie sprendžia dėl tolimesnio atvejo vadybos paslaugų gerinimo.

IX SKYRIUS

MODELIO APIBENDRINIMAS IR PRAKTINIS TAIKYMAS

Atvejo vadybos paslaugų teikimas taikant poliligotų pacientų priežiūros modelį Centre turi būti pradėtas vykdyti Centro vadovui patvirtinus atitinkamas vidaus tvarkas. Tvarkos turėtų būti patvirtintos vadovaujantis galiojančiais teisės aktais, šiuo modeliu, Centro ir Ignalinos rajono savivaldybės strateginiais tikslais. Turi būti nustatyti tikslai Centro mastu, ko siekiama diegiant atvejo vadybos paslaugą, nustatyti siektini rodikliai, kurie turi būti vertinami ne rečiau nei vieną kartą per metus ir vertinimų metu priimami sprendimai dėl tikslų ir rodiklių keitimų, gerinimo veiksmų. Kitas svarbus atvejo vadybos paslaugos diegimo etapas yra išteklių paskyrimas bei darbuotojų įgalinimas. Prieš diegiant paslaugą pirmiausiai turi būti suformuotos atvejo vadybos komandos, jos turi būti atitinkamai pamokytos, aprūpintos atitinkamomis priemonėmis (pvz., telemedicinos įrenginiais, programine įranga), turi būti parengtos informacinės sistemos (pacientų registracija pagal prioritetinis užaliojo koridoriaus kriterijus, gydytojų grafikai numatant laikus žaliojo koridoriaus pacientų vizitams, atvejo vadybos konsiliumų vizitams ar išplėstiniais komandos konsiliumams), turi būti parengtos reikiamos medicinos dokumentų formos, metodinė medžiaga pacientams ir jų šeimos nariams. Atvejo vadybos paslaugos taikant poliligotų pacientų priežiūros modelį principinė diegimo Centre schema pateikta 1 paveiksle.

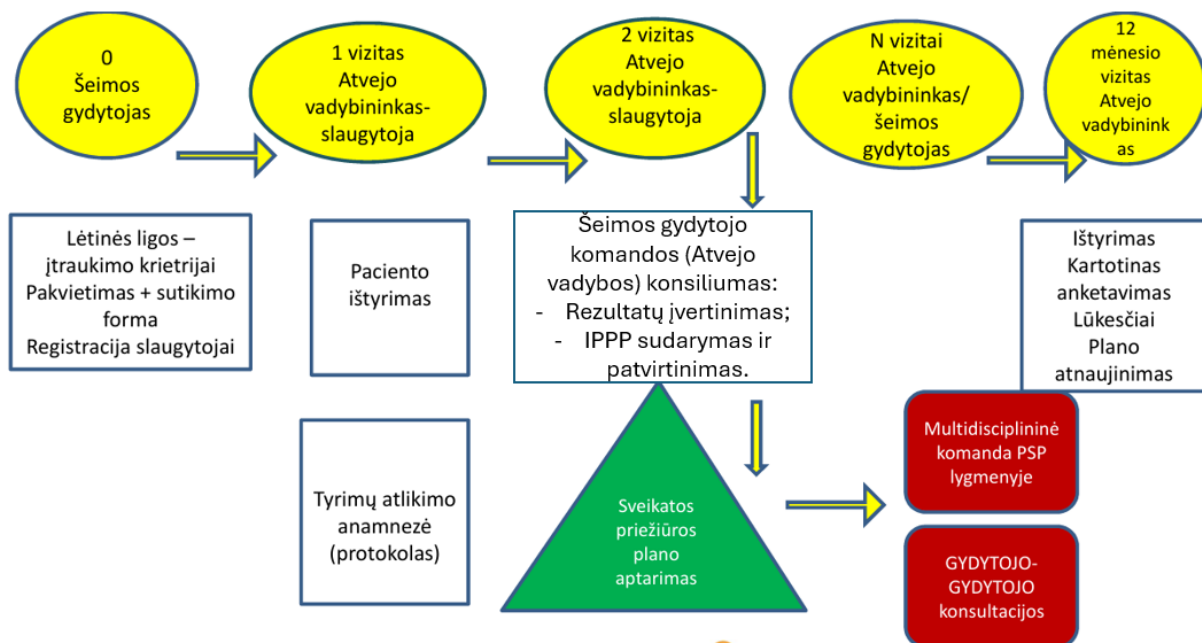
1 pav. Atvejo vadybos paslaugos taikant poliligotų pacientų priežiūros modelį principinė diegimo Centre schema



Šaltinis: parengta pagal Poliligotų pacientų priežiūros modelio komponentai. Pagrindinės įžvalgos. Ida Liseckienė, Laimis Dambrauskas. 2020-03-10 (prieiga per internetą [Microsoft PowerPoint - Preliminarus pristatymas 2020-03-10 Ida Liseckiene Laimis Dambrauskas](#)).

Atitinkamai parengus Centro specialistus, suteikus jiems priemones ir įgaliojimus, turi būti nustatyta atvejo vadybos paslaugos teikimo tvarka konkretaus paciento lygmenyje. Rekomenduojama atvejo vadybos paslaugų teikimo schema pateikta 2 paveiksle.

2 pav. Atvejo vadybos paslaugų teikimo schema



Šaltinis: parengta pagal Poliligotų pacientų priežiūros modelio komponentai. Pagrindinės išvalgos. Ida Liseckienė, Laimis Dambrauskas. 2020-03-10 (prieiga per internetą [Microsoft PowerPoint - Preliminarus pristatymas 2020-03-10 Ida Liseckiene Laimis Dambrauskas](#)).

**VIEŠOSIOS ĮSTAIGOS
IGNALINOS RAJONO SAVIVALDYBĖS SVEIKATOS CENTRO
ATVEJO VADYBININKO ŠEIMOS GYDYTOJO KOMANDOJE PAREIGINIAI NUOSTATAI**

**I SKYRIUS
BENDROSIOS NUOSTATOS**

1. Šie pareiginiai nuostatai nustato atvejo vadybininko teises, pareigas ir kompetenciją.
2. Atvejo vadybininku VšĮ Ignalinos rajono savivaldybės sveikatos centre gali dirbti asmuo, turintis aukštojo mokslo kvalifikaciją, įgytą baigus sveikatos arba socialinių mokslų krypties grupės studijas, arba jai lygiavertę aukštojo mokslo kvalifikaciją ir turi būti baigęs ne trumpesnę nei 36 valandų kvalifikacijos tobulinimo programą socialinių ir emocinių kompetencijų ugdymo arba poliligotų pacientų priežiūros srityje.
3. Atvejo vadybininko veikla apima šeimos gydytojo komandos paslaugų teikimo koordinavimą, šių paslaugų planavimą ir efektyvų organizavimą, siekiant užtikrinti, kad pacientui būtų laiku suteikiamos reikiamos paslaugos.
4. Atvejo vadybininkas savo veikloje vadovaujasi Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymais, Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų įstatymais, Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymais, Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymu, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymu, Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimais, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro bei Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymais ir kitais teisės aktais, reglamentuojančiais sveikatos priežiūros teikimą, taip pat VšĮ Ignalinos rajono savivaldybės sveikatos centro įstatais (nuostatais), direktoriaus įsakymais, vidaus tvarkos taisyklėmis, šia pareigine instrukcija ir kitais teisės aktais.

**II SKYRIUS
PAPILDOMA INFORMACIJA**

5. Atvejo vadybininkas pavaldus:
 - 5.1. VšĮ Ignalinos rajono savivaldybės sveikatos centro direktoriaus pavaduotojui medicinai.

**III SKYRIUS
TEISĖS**

6. Atvejo vadybininkas turi teisę:
 - 6.1. turėti darbui reikalingas priemones ir sąlygas konsultuoti pacientą;
 - 6.2. savarankiškai pasirinkti darbo (individualaus ar grupinio) formą, metodus, instrumentus;
 - 6.3. dalyvauti pasitarimuose kartu su gydytojais, slaugytojais ir kitais sveikatos priežiūros specialistais, kai to reikia atvejo vadybininko funkcijoms atlikti;

6.4. teikti pasiūlymus tiesioginiam vadovui ir (ar) įstaigos vadovui ir kitoms institucijoms dėl atvejo vadybininko paslaugų teikimo tobulinimo;

6.5. atsisakyti teikti atvejo vadybos paslaugas, jei tai prieštarauja atvejo vadybininko profesinės etikos principams arba kelia realų pavojų atvejo vadybininko ir (ar) paciento saugumui.

6.6. turėti saugias darbo sąlygas.

7. Atvejo vadybininkai turi ir kitų teisių, nustatytų Lietuvos Respublikos teisės aktuose.

IV SKYRIUS FUNKCIJOS

8. Atvejo vadybininkas pagal kompetenciją savarankiškai arba šeimos gydytojo pavedimu:

8.1. planuoja ir koordinuoja paslaugų teikimą prie Centro prisirašiusiems pacientams, sergantiems viena ar keliomis lėtinėmis ligomis ir kuriems indikuotinos atvejo vadybininko paslaugos:

8.1.1. šeimos gydytojo pavedimu organizuoja šeimos gydytojo komandos konsiliumus;

8.1.2. organizuoja paciento holistinį ištyrimą, parengia ir teikia informaciją šeimos gydytojo komandos konsiliumui;

8.1.3. įvertinęs šeimos gydytojo komandos narių pasiūlymus Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinėje sistemoje ir Išankstinės pacientų registracijos informacinėje sistemoje sudaro individualų paciento priežiūros planą (toliau – IPPP) ir IPPP numatytu periodiškumu vykdo jo įgyvendinimo stebėseną, savarankiškai arba kartu su šeimos gydytoju vertina IPPP numatytą gyvenimo keitimo, paciento savirūpos, gydymo efektyvumą;

8.1.4. įgyvendina IPPP, patvirtintą šeimos gydytojo komandos konsiliumo (organizuoja paciento siuntimą pas gydytojus specialistus, psichologą, į instrumentinius ir laboratorinius tyrimus, nustatytas kitas gydomasias ar diagnostines procedūras), organizuoja pagalbą pacientui (organizuoja prieigą prie socialinio darbuotojo paslaugų, logistiką, telemedicinos paslaugas) bei vykdo bendradarbiavimą su paciento šeimos nariais (kai jų įtraukimas būtinas ar pageidautinas – atitinkamai pagal tai, kas nustatyta IPPP);

8.1.5. savarankiškai vykdo paciento priežiūros vizitus (gali būti vykdoma nuotoliniu būdu, priklausomai nuo paciento sveikatos būklės, telemedicinos priemonių pagalba) bei apie jų rezultatus informuoja šeimos gydytoją;

8.1.6. organizuoja IPPP stebėsenos ir vertinimo vizitą pas šeimos gydytoją;

8.1.7. organizuoja ir vykdo atvejo vadybos paslaugų ciklo kartojimą, vadovaujantis Centro direktoriaus patvirtintais paslaugų teikimo modeliais ir tvarkomis;

8.1.8. vykdo paciento apklausą 1 kartą per metus, siekiant nustatyti pasitenkinimą atvejo vadybos paslauga, poreikius ir lūkesčius, bei nustatyti subjektyvų paciento pasitenkinimą sveikatos būklės pokyčiu atvejo vadybos paslaugos teikimo metu. Surinktą informaciją teikia šeimos gydytojams ir vidaus medicinos auditoriui;

8.1.9. informuoja šeimos gydytoją apie paciento sveikatos būklės pablogėjimą ir jo pavedimu organizuoja korekcines priemones (papildomą laboratorinį ištyrimą, neplaninę šeimos gydytojo paslaugą, greitosios medicinos pagalbą iškvietimą ir kt.);

8.1.10. aktyviai ragina pacientą laiku vykdyti IPPP numatytas priemones, užtikrina grįžtamąjį ryšį tarp paciento ir kitų šeimos gydytojo komandos narių;

8.2. Centro vadovo nustatyta tvarka koordinuoja ankstyvosios ligos diagnostikos (prevencinių) programų ir profilaktinių sveikatos patikrinimų vykdymą Centre;

8.3. Informuoja prirašytus prie Centro gyventojus apie Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis Centro teikiamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas;

8.4. vykdo tiesioginius šeimos gydytojų, kurių komandoje dirba, nurodymus savo kompetencijų ribose;

8.5. dalyvauja sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo veiklose, teikia pasiūlymus dėl šeimos gydytojo komandos veiklos, atvejo vadybininko paslaugų teikimo gerinimo.

V SKYRIUS

PAREIGOS

9. Atvejo vadybininko pareigos teikiant atvejo vadybos paslaugas pacientui (ir jo artimiesiems):

9.1. laikytis profesinės etikos reikalavimų;

9.2. gerbti pacientų teises;

9.3. tobulinti savo profesinę veiklą keliant profesinę kvalifikaciją:

9.3.1. domėtis ir dalytis atvejo vadybos paslaugų teikimo gerąja patirtimi ir pasiekimais, taikyti pažangią patirtį;

9.3.2. analizuoti savo profesinę veiklą, siekiant atvejo vadybos paslaugų, teikiamų atliekant asmens sveikatos priežiūrą, kokybės užtikrinimo;

9.3.3. vykdyti švietėjišką veiklą pacientams ir bendruomenei atvejo vadybos sveikatos apsaugos sistemoje klausimais.

VI SKYRIUS

KOMPETENCIJA

10. Atvejo vadybininko profesinę kompetenciją sudaro žinios ir gebėjimai, kurie įgyjami baigus aukštojo mokslo kvalifikaciją sveikatos arba socialinių mokslų krypties grupės studijas, arba jai lygiavertę aukštojo mokslo kvalifikaciją bei nuolat tobulinant įgytą profesinę kvalifikaciją, atsižvelgiant į nuolatinę technikos ir praktikos pažangą.

11. Atvejo vadybininkas turi žinoti:

11.1. dokumentų rengimo, tvarkymo ir apskaitos pagrindus, taikomus sveikatos priežiūros įstaigoje;

11.2. medicinos statistikos pagrindus;

11.3. sveikatos draudimo pagrindus;

11.4. sveikatos teisės pagrindus;

11.5. naudojimosi informacinėmis ir ryšio technologijomis būdus ir mokėti jais naudotis;

11.6. bendravimo su pacientais, jų artimaisiais ir sveikatos priežiūros specialistais principus;

11.7. asmens duomenų apsaugos principus.

VII SKYRIUS ATSAKOMYBĖ

12. Atvejo vadybininkas už padarytas klaidas, aplaidumą, netinkamą jam priskirtų funkcijų vykdymą ar bioetikos reikalavimų pažeidimą, taip pat už pareigų viršijimą atsako Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka.

Su pareiginiiais nuostatais susipažinau, sutinku ir įsipareigoju juos vykdyti:

Vardas, pavardė, parašas, data

**VIEŠOSIOS ĮSTAIGOS
IGNALINOS RAJONO SAVIVALDYBĖS SVEIKATOS CENTRO
ŽALIOJO KORIDORIAUS MODELIS**

I SKYRIUS

BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Žaliojo koridoriaus modelio tikslas yra suteikti prioritetą poliligotiems pacientams, kuriems teikiama atvejo vadybos paslauga, patekti pas gydytoją skubos tvarka, jeigu jo sveikatos būklė pablogėja.
2. Modelis neapima:
 - 2.1. kitų pacientų ar atvejų, kai gali būti taikomas žaliojo koridoriaus principas (pvz., pirmą kartą diagnozuota ar įtariama onkologinė liga);
 - 2.2. skubios pagalbos atvejų, kuriems reikalinga greitoji medicinos pagalba.
3. Modelis taikomas VšĮ Ignalinos rajono savivaldybės sveikatos centro (toliau – Centras) visuose padaliniuose.

II SKYRIUS

PACIENTŲ PATEKIMO Į ŽALIAJĄ KORIDORIŲ KRITERIJAI

4. Pacientams, kuriems teikiama atvejo vadybos paslauga, taikant poliligotų pacientų priežiūros modelį, žaliojo koridoriaus kelias suteikiamas, kai pablogėja jų sveikatos būklė ir siekiant išvengti ženklaus lėtinės ligos paūmėjimo, jos eigos pablogėjimo ar komplikacijų. Modeliu siekiama, kad pacientas patektų pas reikalingą gydytoją be bereikalingų tarpinių vizitų bei greičiau, nei per vidutinį Centro vizito pas gydytoją laukimo laiką (siekiamas patekimo pas reikiamą gydytoją laikas 1-3 dienos).
5. Centras turi sukurti ir patvirtinti kriterijus, priklausančius nuo paciento lėtinės ligos eigos, kurių nustatymas lemtų sprendimą suteikti pacientui žaliojo koridoriaus kelią pas reikiamą gydytoją. Pvz., kai viena iš poliligoto paciento lėtinių ligų yra hipertenzinė širdies liga – kriterijus gali būti kai pacientui sistolinis kraujospūdis pakyla iki 165 mm Hg st., bet neviršija šios ribos (dėl ko reiktų greitosios medicinos pagalbos paslaugų) ir pačiam pacientui nepavyksta jo sumažinti su turimais vaistais 3 dienas iš eilės. Kitas pvz., jeigu 2 tipo cukriniu diabetu sergančiam pacientui gliukozės koncentracija kraujyje savaitę yra aukštesnė nei 15 mmol/l ir jos nepavyksta sumažinti paciento turimais vaistais.

III SKYRIUS

PACIENTŲ IDENTIFIKAVIMAS IR REGISTRACIJA PAS GYDYTOJĄ

6. Teikiant atvejo vadybos paslaugą, pacientas turi būti tinkamai identifikuojamas, kad jis būtų atpažįstamas Centro registratūroje ar elektroninėje registracijos sistemoje.
7. Pacientai, kuriems teikiamos atvejo vadybos paslaugos, turi gauti papildomą identifikatorių, kuris leistų jį patikimai ir nedelsiant identifikuoti (pvz. suteikti kodą elektroninėje sistemoje, kuris leistų

sistemai identifikuoti pacientą ir jam suteikti prioritetą patekti pas gydytoją pasiūlant jam ankstesnį laiką ar papildomą laiką patekti pas gydytoją).

8. Jeigu pacientas registruojamas per Centro registratūrą, Centro informacinėje sistemoje ar paciento ambulatorinėje asmens sveikatos istorijoje turi būti atitinkamas identifikatorius, kuris rodo, kad pacientui teikiama atvejo vadybos paslauga, ir jam teikiamas prioritetas patekti pas reikiamą gydytoją. Tokiu atveju registratūros darbuotojas ieško pacientui prioritetinio laiko patekti pas reikiamą gydytoją.

IV SKYRIUS GYDYTOJŲ DARBO LAIKO PLANAVIMAS

9. Centras turi nustatyti ir planuoti Centre dirbančių gydytojų darbo laiką taip, kad būtų galimybė, esant reikalui suteikti skubias konsultacijas prioritetiniam pacientui.

10. Turi būti numatytas laikas, kuris skiriamas būtent prioritetiniams pacientams, ir kiti pacientai į jį pretenduoti negali, arba su gydytojais suderinta papildomų ar skubių konsultacijų galimybė iš anksto jų neplanavus.

11. Jeigu yra rezervuojami gydytojų darbo laiko periodai tik prioritetiniams pacientams, jie negali būti matomi kitiems pacientams (kurie neturi prioritetinio identifikatoriaus elektroninėje sistemoje) ir tokį laiką pacientas gali matyti tik turėdamas atvejo vadybos paslaugos identifikatorių arba elektroninę registracijos sistema pati pasiūlo tokiam pacientui (jeigu gali jį identifikuoti pagal minėtą identifikatorių prisijungimo prie sistemos metu) papildomą vizito laiką pas gydytoją.

12. Kitu atveju prioritetiniams pacientams rezervuotus, ar kitaip atsilaisvinusius vizitų pas gydytojus laikus, mato registratūros darbuotojas ir juos pasiūlo prioritetiniam pacientui.

V SKYRIUS BEREIKALINGŲ VIZITŲ PAS GYDYTOJUS IŠVENGIMAS

13. Atvejo vadybos paslaugos teikimas pats savaime turėtų būti bereikalingų vizitų prevencijos priemonė. Kadangi paciento stebėseną yra proaktyvi, atvejo vadybininkas, matydamas paciento sveikatos pokyčius telemedicinos priemonėmis arba per priežiūros vizitus, gali nuspręsti, kad pacientui reikia skubaus vizito pas šeimos gydytoją, arba pas gydytoją specialistą.

14. Atvejo vadybininkas gali pats registruoti pacientą pas šeimos gydytoją, arba suderinęs su šeimos gydytoju (neatvykstant pacientui pas šeimos gydytoją), registruoti pacientą pas reikiamą gydytoją specialistą tiek Centre, tiek išorės įstaigoje (jeigu Centras neturi reikiamo antrinio lygio gydytojo specialisto).

15. Atvejo vadybininkas neturėtų tapti alternatyviu registratūros darbuotoju, nes jeigu Centre atvejo vadybos paslauga bus teikiama dideliame pacientų skaičiui, atvejo vadybininkas neturės galimybės registruoti individualiai visų besikreipiančių prioritetinių pacientų, todėl Centre turi būti įdiegta tokių pacientų identifikavimo ir registravimo pas gydytojus sistema, kaip aprašyta ankstesniuose skyriuose.

VI SKYRIUS MODELIO DIEGIMAS

16. Šis žaliojo koridoriaus modelis poliligotiems pacientams turi būti suderintas (integruotas) su poliligotų pacientų priežiūros modeliu.

17. Žaliojo koridoriaus modelis turi būti integrali atvejo vadybos paslaugos dalis.

18. Modelis turi būti diegiamas ir išbandomas Centro įgyvendinamo projekto metu, kaip nurodyta pagrindiniame dokumente, kurio priedas yra šis modelis.

4 PRIEDAS

	2026												2027												2028	
Pilotinio atvejo vadybos paslaugos modelio diegimo veikla	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2
Atvejo vadybos komandos ir Centro administracijos kick-off susirinkimas. Modelio tikslų aptarimas, dokumentacijos aptarimas, modelio diegimo plano parengimas	█																									
Mokymai atvejo vadybos komandos nariams		█	█	█	█																					
Galutinio atvejos vadybos paslaugos modelio parengimas, paslaugos teikimui reikalingų tvarkų parengimas ir patvirtinimas						█																				
Telemedicinos įrangos įsigijimas				█	█	█	█																			
Pacientų įtraukimas į pilotinį modelį								█	█	█	█	█														
Pilotinio modelio vykdymas teikiant įtrauktiems pacientams atvejo vadybos paslaugą (kiekvienam pacientui paslauga turi trukti ne mažiau nei 12 mėn.)									█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█			
Pacientų ir jų šeimos narių mokymai										█	█	█	█													
Pacientų sveikatos būklės pokyčių įvertinimas																			█	█	█	█	█			

