KLAIPĖDOS UNIVERSITETAS

Gintautas Virketis

SKUBIOS MEDICINOS PAGALBOS SISTEMOS VALDYMO TOBULINIMAS

Daktaro disertacija

Socialiniai mokslai, vadyba (03S)

Klaipėda, 2017

Mokslo daktaro disertacija rengta 2011–2017 metais Klaipėdos universitete pagal suteiktą Vytauto Didžiojo universitetui kartu su Klaipėdos universitetu, Aleksandro Stulginskio universitetu, Mykolo Romerio universitetu ir Šiaulių universitetu Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2011 m. birželio 8 d. įsakymu Nr. V-1019 doktorantūros teisę.

Mokslinis vadovas
prof. dr. Rimantas Stašys (Klaipėdos universitetas, socialiniai mokslai, vadyba, 03S)

Mokslinis konsultantas
prof. habil .dr. Vincas Janušonis (Klaipėdos universitetas, socialiniai mokslai, vadyba, 03S)

Turinys

SANTRUMPOS 5
PAGRINDINĖS SĄVOKOS 7
PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS 9
LENTELIŲ SĄRAŠAS 13
ĮVADAS 15
1. SKUBIOS MEDICINOS PAGALBOS SISTEMOS VALDYMO TEORINIAI ASPEKTAI 25
1.1. Skubios medicinos pagalbos raida ir samprata 25
1.2. Skubios medicinos pagalbos sistemos valdymas 33
1.3. Vokietijos ir JAV skubios medicinos pagalbos modelių palyginimas 48
1.4. Skubios medicinos pagalbos sistemos valdymo probleminės sritys 57
1.5. Skubios medicinos pagalbos sistema, jos valdymo esmė ir principai 72
2. SKUBIOS MEDICINOS PAGALBOS SISTEMOS VALDYMO TYRIMO METODINIS PAGRINDIMAS 83
2.1. Tyrimo metodologinės nuostatos ir jų pagrindimas 83
2.2. Lietuvos skubios medicinos pagalbos būklės vertinimas 88

2.3. Skubios medicinos pagalbos sistemos valdymo tobulinimo tyrimo metodika 127
3. SKUBIOS MEDICINOS PAGALBOS SISTEMOS VALDYMO TYRIMŲ REZULTATAI 141
3.1. Esamos skubios medicinos pagalbos sistemos valdymo situacijos probleminių sričių analizės rezultatai 142
3.2. Priemonių skubios medicinos pagalbos sistemos valdymui tobulinti nustatymo analizės rezultatai 163
3.3. Specialistų požiūrio į siūlomų priemonių, skirtų skubios medicinos pagalbos sistemos valdymui tobulinti, tikslingumo analizės rezultatai 179
3.4. Skubios medicinos pagalbos sistemos valdymo modelio pagrindimas 195
IŠVADOS 205
REKOMENDACIJOS IR TOLESNIŲ TYRIMŲ KRYPTYS 209
LITERATŪROS SĄRAŠAS 213
PRIEDAI 247

Santrumpos

ASPĮ – asmens sveikatos priežiūros įstaiga
BPG – Bendrosios praktikos (šeimos) gydytojas
ESSC – Ekstremalių sveikatai situacijų centras
GMP – Greitoji medicinos pagalba
LNSS – Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema
LSIC – Lietuvos sveikatos informacinis centras
PSO (angl. *World Health Organization* – WHO*)* – Pasaulinė sveikatos organizacija
PSP – Pirminė sveikatos priežiūra
PSPS – Priėmimo skubios pagalbos skyrius
RITS – Reanimacijos intensyviosios terapijos skyrius
SAM – Sveikatos apsaugos ministerija
SIC – Sveikatos informacinis centras
SKP – Skubi konsultacinė pagalba
SMP – Skubi medicinos pagalba
TLK – Teritorinė ligonių kasa
VLK – Valstybinė ligonių kasa

Pagrindinės sąvokos

Apsilankymo priėmimo skubios pagalbos skyriuje laikas – laikas nuo paciento užregistravimo gydymo įstaigos informacinėje sistemoje iki ambulatorinio apsilankymo konsultacijos pabaigos arba gydymo stacionare ligos istorijos užvedimo laiko.

Būtinoji medicinos pagalba – pirmoji medicinos pagalba ir asmens sveikatos priežiūros įstaigose, teikiančiose ambulatorines ir / ar stacionarines paslaugas, teikiama skubi medicinos pagalba.

Efektyvus skubios medicinos pagalbos valdymas – profesionali, pacientų sveikatai ir gyvybei išsaugoti skirta veikla, pagrįsta moksliniais įrodymais, kuria siekiama, kad realūs rezultatai atitiktų laukiamus, deklaruojamus rezultatus ir viršytų juos.

Greitoji medicinos pagalba – specializuota asmens sveikatos priežiūros tarnyba, teikianti būtinąją medicinos pagalbą įvykio vietoje sergantiems arba sužeistiems asmenims ir pagal indikacijas skubiai gabenanti juos į stacionarines asmens sveikatos priežiūros įstaigas.

Greitosios medicinos pagalbos paslauga – paslauga, skirta gyvybei gelbėti ir išsaugoti.

Ikistacionarinė pagalba – bet kur ir bet kada asmenų, kurie nėra sveikatos priežiūros ar farmacijos specialistai, teikiama pirmoji pagalba; nekvalifikuota medicinos pagalba, teikiama gelbėjimo veiksmus atliekančių tarnybų; kvalifikuota medicinos pagalba, teikiama medicinos personalo, dirbančio pirminiuose sveikatos priežiūros centruose, greitosios medicinos pagalbos tarnyboje ir priėmimo skubios pagalbos skyriuose.

Pacientų transportavimas – pacientų gabenimas tarp asmens sveikatos priežiūros įstaigų, siekiant užtikrinti pacientams reikiamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą.

Paramedikas – ikistacionarinės pagalbos teikimo specialistas.

Pirmoji medicinos pagalba – svarbiausi tikslingi veiksmai, skirti kitų asmenų ar savo sveikatai ir gyvybei išsaugoti naudojant turimas medicinos ir / ar kitokias priemones bei medžiagas iki tol, kol nukentėjusiajam (pacientui) bus pradėta teikti skubi medicinos pagalba arba jo būklė taps normali, arba bus konstatuota jo mirtis.

Pirmoji pagalba – asmenų, kurie nėra sveikatos priežiūros ar farmacijos specialistai, atliekami veiksmai, skirti kitų ar savo sveikatai išsaugoti, naudojant turimas medicinos ir / ar kitokias priemones bei medžiagas.

Gyvybės palaikymo brigada – greitosios medicinos pagalbos brigada, kurią sudaro medicinos personalas, galintis atlikti pažangaus ar pradinio gyvybės palaikymo (angl. *Advanced Life Support ar Basic Life Support*) procedūras ir tinkamai transportuoti pacientą, ir tuo tikslu parengtas greitosios medicinos pagalbos automobilis.

Priėmimo skubios pagalbos skyrius (PSPS) – stacionarinės Asmens sveikatos priežiūros įstaigos (ASPĮ) padalinys, kuriame priimami pacientai, atvykę dėl būtinosios medicinos pagalbos ir stacionarizavimo arba kitos pagalbos, kurią gali suteikti priėmimo skubios pagalbos skyriuje dirbantys specialistai pagal savo kompetenciją kitų asmens sveikatos priežiūros įstaigų nedarbo metu.

Skubi konsultacinė sveikatos priežiūros pagalba – dispečerinių tarnybų darbas, konsultantų atvykimas į gydymo įstaigą, paciento konsultavimas, diagnostinių bei gydomųjų procedūrų ir operacijų atlikimas, esant reikalui ir galimybei, ligonio transportavimas į medicinos įstaigą, kurioje būtų suteikta reikiama medicinos pagalba.

Skubi medicinos pagalba – kvalifikuota asmens sveikatos priežiūros paslauga, kuri teikiama nedelsiant arba neatidėliotinai, kai dėl ūmių klinikinių būklių gresia pavojus paciento ir / ar aplinkinių gyvybei arba tokios pagalbos nesuteikimas laiku sukelia sunkių komplikacijų grėsmę pacientams.

Skubios medicinos pagalbos pacientas – pacientas, kurio sveikatos būklės sunkumas atitinka nustatytus kriterijus skubiai medicinos pagalbai, teikiamai ikistacionariniame ir / ar stacionariniame etape, gauti.

Skubios medicinos pagalbos sistema – skubios medicinos pagalbos personalas, patalpos, įranga, finansai ir ryšiai tarp sistemos elementų, užtikrinantys veiksmingas, prieinamas ir kokybiškas, vietines, regionines ar nacionalines skubios medicinos pagalbos paslaugas.

Skubios medicinos pagalbos sistemos valdymas – sistemos veiklos, funkcionavimo užtikrinimas per su tuo susijusius valdymo organus, procesus ir priemones, siekiant SMP sistemai iškelto prieinamumo ir kokybės tikslo.

Stacionarinė pagalba – stacionarinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje teikiama būtinoji arba planinė, bendruosius ir specialiuosius stacionarinių paslaugų teikimo reikalavimus atitinkanti, kvalifikuota medicinos pagalba.

Sveikatos priežiūros paslaugos – įstaigos ir paslaugų užsakovų susitarimu grindžiamas įstaigos veiklos rezultatas.

Tarpstacionarinis transportavimas – bet koks paciento gabenimas iš vienos ligoninės tiesiai į kitą, patarus medicinos personalui, nepriklausomai, ar priėmė kita ligoninė, ar ne.

Paveikslų sąrašas

1 pav. Disertacinio darbo tyrimo loginė schema
2 pav. SMP sistemos raida
3 pav. Sprendimų priėmimo procesas įrodymais grįsto valdymo srityje
4 pav. Visuotinės kokybės vadybos modelis SMP veikloje
5 pav. SMP organizavimo lygmenys
6 pav. SMP klasterių sistemos modelis
7 pav. Vokietijos ir JAV SMP teikimo schema
8 pav. PSPS procesų ir užimtumo veiksnių schema
9 pav. PSPS užimtumo vertinimo schema
10 pav. SMP sistemai įtakos turintys veiksniai
11 pav. SMP sistemos valdymo teorinis modelis
12 pav. SMP sistemos valdymo tobulinimo diagnozavimo proceso eiga
13 pav. Natūralus prieaugis ir migracija vnt./tūkst. gyv.
14 pav. Pagrindinės vyrų ir moterų mirties priežastys 2015 m., proc.
15 pav. Mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių dinamika Lietuvoje: mirčių skaičius vnt./100 tūkst. gyventojų 1998–2015 m.
16 pav. Mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių dinamika Lietuvoje: faktinis gyventojų mirčių skaičius 1998–2015 m., vnt.

17 pav. Standartizuoti mirtingumo rodikliai kai kuriose Europos šalyse. Visos priežastys (vnt./100 tūkst. gyventojų pagal atnaujintą Europos standartą)
18 pav. GMP darbuotojų etatų dinamika 2001–2015 m.
19 pav. Išvažiuojamųjų GMP brigadų skaičius vnt. 2009–2015 m.
20 pav. GMP sistemos veikla 2001–2015: GMP atsakymų ir atsisakymų vykti skaičius
21 pav. PSPS pacientams suteiktos paslaugos 2001–2014 m. (vnt.)
22 pav. SMP sistemos valdymo subjektų hierarchija ir valdymo veiklos schema
23 pav. SMP teikimo struktūra
24 pav. GMP dispečerinių valdomų teritorijų išdėstymas
25 pav. PSPS teikiamų paslaugų laiko schema
26 pav. Einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra 2014 m.
27 pav. Kiekybinio tyrimo etapai
28 pav. Tyrimo dalyvių skirstymas pagal amžiaus grupes, proc.
29 pav. Tyrimo dalyvių skirstymas pagal darbo stažą, proc.
30 pav. ASPĮ ir GMP įstaigų, dalyvavusių tyrime, teritorinis išsidėstymas.
31 pav. Tyrimo veiksmų seka
32 pav. Sąvokų *gyvybiškai būtina medicinos pagalba* ir *medicinos pagalba žmogaus sveikatai gelbėti ir išsaugoti* tapatumo vertinimas atsižvelgiant į ASPĮ specialistų tipą, proc.
33 pav. SMP kategorijų atitiktis apibūdinant *gyvybiškai būtinos medicinos pagalbos* sampratą, proc.
34 pav. Nuomonių dėl ikistacionarinės pagalbos paslaugų teikimo modelio, šiuo metu vyraujančio Lietuvoje, skirstinys atsižvelgiant į ASPĮ specialistų tipą, proc.
35 pav. Gydytojų poreikis PSPS, proc.
36 pav. Nuomonių dėl PSPS specialistų, atliekančių pirminį paciento būklės vertinimą savivaldybių ir SAM pavaldumo ASPĮ, skirstinys, proc.
37 pav. Ikistacionarinės pagalbos protokolų rengimo būklė GMP, proc.
38 pav. Transportavimo tarp gydymo įstaigų priežasčių pagal dažnumą vertinimo vidurkiai, balais
39 pav. Pacientų transportavimo tarp gydymo įstaigų būdų vertinimo vidurkiai, balais
40 pav. Nuomonių dėl į kitą ligoninę perkeliamų pacientų standartizuotų būklės vertinimo protokolų buvimo pagal ASPĮ lygmenį skirstinys, proc.
41 pav. Nuomonių dėl į kitą ligoninę perkeliamų pacientų standartizuotų būklės vertinimo protokolų buvimo pagal stažą skirstinys, proc.
42 pav. Veiksnių, PSPS ilginančių laukimo laiką iki pagalbos teikimo, vertinimo vidurkiai, balais
43 pav. Pacientų pasirinkimo PSPS dėl SMP dažniau nei šeimos gydytoją vertinimo vidurkiai, balais
44 pav. GMP paslaugų, suteiktų vietoje pas pacientą, mažėjimo priežasčių vertinimo vidurkiai, balai

45 pav. Efektyvių ir kokybiškų SMP paslaugų teikimo trukdžių vertinimo vidurkiai, balais
46 pav. SMP kategorijų pavadinimų pasirinkimo dažniai pagal atvejų skaičių, vnt.
47 pav. Pirminio paciento būklės vertinimo PSPS įtakos atskiriems rezultatams vidurkiai, balais
48 pav. Pirminio paciento būklės vertinimo PSPS, atliekamo slaugytojų, poveikio vidurkiai, balais
49 pav. Ilga laukimo trukmės PSPS iki patenkant pas gydytoją, proc.
50 pav. Ilga laukimo eilė (pacientų skaičius eilėje) PSPS iki patenkant pas gydytoją, proc.
51 pav. Transportavimo vietos pasirinkimo, esant sunkiai paciento būklei, bet neaiškiai susirgimo diagnozei ar traumos pobūdžiui, vidurkiai, balais
52 pav. Transportavimo vietos pasirinkimo, esant sunkiai paciento būklei, bet aiškiai susirgimo diagnozei ar traumos pobūdžiui, vidurkiai, balais
53 pav. Vertinimų dėl atsakingo asmens sprendimo ir atsakomybės dėl paciento transportavimo priėmimo vidurkiai, balais
54 pav. Respondentų nuomonių dėl paciento (atstovo) sutikimo transportuoti į kitą ligoninę būtinumo atsižvelgiant į darbuotojų stažą pasiskirstymas, proc.
55 pav. Veiksmų, kai dėl paciento būklės ir transportavimo konsultuojamasi su SKP gydytojais konsultantais, vidurkiai, balais
56 pav. Veiksmų, siūlomų atlikti prieš paciento transportavimą, vertinimo vidurkiai, balais
57 pav. Respondentų nuomonių dėl apmokėjimo už transportavimą tarp gydymo įstaigų iš PSDF biudžeto atsižvelgiant į darbuotojų stažą pasiskirstymas, proc.
58 pav. Mokesčio už neskubios pagalbos paslaugų teikimą įvedimo PSPS poveikio pacientų skaičiui PSPS vertinimo vidurkiai, balais
59 pav. Nuomonių dėl visuomenės informavimo apie tai, kas yra skubi medicinos pagalba, skirstinys atsižvelgiant į įstaigos steigėją, proc.
60 pav. Nuomonių dėl visuomenės informavimo apie tai, kas yra skubi medicinos pagalba, skirstinys atsižvelgiant į įstaigos lygmenį, proc.
61 pav. Nuomonių dėl ikistacionarinės pagalbos teikimo modelio Lietuvoje pasiskirstymas, proc.
62 pav. Nuomonių dėl ikistacionarinės pagalbos teikimo modelio Lietuvoje pagal respondentų tipus pasiskirstymas, proc.
63 pav. Nuomonių dėl karo medikų naudojimo SMP teikti atsižvelgiant į respondentų lytį pasiskirstymas, proc.
64 pav. Nuomonių dėl SMP kategorijų praplėtimo pasiskirstymas, proc.
65 pav. Nuomonių dėl SMP kategorijų praplėtimo pagal respondentų amžių pasiskirstymas, proc.
66 pav. Tinkamiausių kriterijų PSPS dideliam užimtumui apibūdinti vertinimo vidurkiai, balais
67 pav. Nuomonių dėl pacientų transpotravimą turinčios atlikti įstaigos pasiskirstymas, proc.

68 pav. Tinkamiausių priemonių išoriniams pacientų srautams reguliuoti, teikiant SMP, vertinimo vidurkiai, balais
69 pav. Priemonių, tinkamų vidiniam pacientų srautų valdymui pagerinti, vertinimo vidurkiai, balais
70 pav. SMP veiklą koordinuojančios įstaigos nustatymo vertinimo vidurkiai, balais
71 pav. Nuomonių dėl pritarimo įvesti mokestį pacientams, kurie dėl neskubios pagalbos paslaugų kreipiasi tiesiai į PSPS, aplenkdami šeimos gydytoją, skirstinys pagal respondentų tipus, proc.
72 pav. Priimtiniausio visuomenės informavimo būdo apie SMP vertinimo vidurkiai, balai
73 pav. Skubios medicinos pagalbos sistemos valdymo modelis
74 pav. Mišraus modelio SMP teikimo proceso schema
75 pav. Pacientų transportavimo proceso schema
76 pav. Pacientų transportavimo modelis
77 pav. Informacinės posistemės ryšiai SMP sistemos valdymo modelyje
78 pav. SMP pacientų srautų valdymo modelis

Lentelių sąrašas

1 lentelė. SMP sąvokų apibrėžimai
2 lentelė. Sistemų teorijos pagrindiniai elementai
3 lentelė. Valdymo teorijos pagal kriterijus
4 lentelė. Rizikos valdymo algoritmas
5 lentelė. PSPS apibūdinimo savybės
6 lentelė. Vokietijos, JAV ir Lietuvos SMP sistemų požymių palyginimas
7 lentelė. PSPS perpildymo ir užimtumo sąvokos
8 lentelė.Tarpstacionarinio transportavimo tyrimų kryptys
9 lentelė. SMP valdymo principai
10 lentelė. Lietuvos gyventojų skaičiaus pokyčiai 1990–2015 m.
11 lentelė. GMP suteiktų paslaugų skaičiaus dinamika 2001–2015 m. vnt./tūkstančiui gyventojų
12 lentelė. GMP suteiktos pagalbos struktūra 2001–2015 m.
13 lentelė. Skubios konsultacinės pagalbos veiklos apimtys 2009–2015 m.
14 lentelė. Specializuotos skubios konsultacinės pagalbos veiklos apimtys 2009–2015 m.
15 lentelė. SMP efektyvumą didinančios veiklos kryptys
16 lentelė. PSPS teikiamų skirtingų rūšių paslaugų laiko sąvokos
17 lentelė. Ketvirtajame sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo iki 2025 m. plane numatytos veiklos kryptys ir prioritetai

18 lentelė. Probleminiai klausimai pagal tyrimo atlikimo etapus
19 lentelė. SMP problemų blokai ir klausimai
20 lentelė. Įstaigos pagal ASPĮ steigėją ir lygmenį, dalyvavusios tyrimo apklausoje
21 lentelė. SMP sampratų ir organizacinių problemų rezultatų 1 sąvadas
22 lentelė. Žmogiškųjų išteklių rezultatų 1 sąvadas
23 lentelė. SMP pacientų srautų valdymo rezultatų 1 sąvadas
24 lentelė. Pacientų tarpstacionarinio transportavimo rezultatų 1 sąvadas
25 lentelė. Skirstinys pagal laiką, per kurį pacientams turėtų būti pradėta teikti SMP
26 lentelė. SMP sampratų ir organizacinių problemų rezultatų 2 sąvadas
27 lentelė. Žmogiškųjų išteklių rezultatų 2 sąvadas
28 lentelė. SMP pacientų srautų valdymo rezultatų 2 sąvadas
29 lentelė. Pacientų tarpstacionarinio transportavimo rezultatų 2 sąvadas
30 lentelė. SMP sampratų ir organizacinių problemų 3 sąvadas
31 lentelė. Žmogiškųjų išteklių 3 sąvadas
32 lentelė. SMP pacientų srautų valdymo 3 sąvadas
33 lentelė. Pacientų tarpstacionarinio transportavimo rezultatų 3 sąvadas

Įvadas

Temos aktualumas. Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) forume teigiama, kad sumažinti mirtingumą yra didžiausias iššūkis visuomenės sveikatos organizacijoms. Norint pasiekti šį tikslą, reikia kurti naujas strategijas, tinkamai valdyti prevencines sistemas, žmogiškuosius ir finansinius išteklius (Global forum on trauma care, 2009, WHO).

Pasaulyje vykstantys reiškiniai, tokie kaip globalizacija, ekonominės krizės, terorizmas, gamtinės stichijos, gamybinis ir buitinis traumatizmas, neprognozuojami nukentėjusių eismo įvykiuose pacientų srautai, infekcinių ligų protrūkiai, ūminiai susirgimai, lėtinių ligų paūmėjimai ir kt. įvykiai, reikalauja adekvačiai esamai situacijai valdyti sveikatos priežiūros sistemą. Skubios ir patikimos sveikatos priežiūros užtikrinimas yra tikras iššūkis daugeliui pasaulio šalių sveikatos organizacijų. 2007 m. gegužės 23 d. Pasaulinėje sveikatos asamblėjoje buvo priimta rezoliucija p. 60.22 „Sveikatos sistemos: skubios pagalbos sistema“, kurioje PSO ir kitų šalių vyriausybės raginamos imtis visų priemonių skubios medicinos pagalbai (toliau – SMP) užtikrinti traumų ir kitais atvejais, kad šalys „...siektų užtikrinti, kad pagrindinės SMP paslaugos būtų prieinamos visiems žmonėms, kuriems jų reikia“ (Mock ir kt., 2008).

PSO pripažįsta, kad pasiruošimo traumoms ir neatidėliotiniems atvejams planavimo ir organizavimo pagerinimas yra esminė integruotos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo dalis, kuri taip pat vaidina svarbų vaidmenį rengiantis bei reaguojant ir į

masinius įvykius. SMP paslaugų planavimas ir organizavimas sumažina mirtingumą, žmonių negalią ir apsaugo nuo kitų sveikatos sutrikimų, kurie kyla dėl kasdienių sužalojimų (Tintinalli ir kt., 2010).

Politiniai, ekonominiai, teisiniai, socialiniai, kultūriniai, technologiniai, mediciniai ir kiti veiksniai skatina sveikatos priežiūros sistemą ne tik nuolat siekti gerinti gyventojų sveikatingumą, bet ir nedelsiant reaguoti į SMP poreikių padidėjimą. Tačiau nuolat kintanti sveikatos priežiūros sistemos išorinė ir vidinė aplinka sąlygoja naujas ir nepalankias tendencijas: riboti sveikatos priežiūros ištekliai, augančios sveikatos priežiūros sąnaudos, žmonių išteklių stoka, visuomenės senėjimas, ligų migracija, menkstantis pacientų atsakomybės už savo sveikatą suvokimas ir dažnėjantys skundai dėl nekokybiškai ar ne laiku suteiktų paslaugų, didėjantis sveikatos paslaugų poreikis ir kt. Todėl svarbu, kad asmenys, atsakingi už sveikatos priežiūros politikos ir strategijos formavimą, sveikatos priežiūros vadybos specialistai ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai suvienytų pastangas kurdami kokybiškas, visuotinai prieinamas ir priimtinas sveikatos priežiūros paslaugas vis daugiau reikalavimų keliančioms skirtingoms gyventojų grupėms ir optimaliai tenkintų visuomenės poreikius.

Nors siekiama, kad sveikatos priežiūros valdymas būtų veiksmingas, metodiškai pagrįstas, besiremiantis principais, leidžiančiais prisitaikyti prie kintančių aplinkos veiksnių, mokslo ir informacinių technologijų pažangos, naujų PSO ir ES teisės reikalavimų, tinkamai reaguoti priimant naujus iššūkius, tačiau Lietuvoje jau trečias dešimtmetis besitęsianti sveikatos reforma nepasižymi nuoseklumu, visapusiškumu ir veiksmų koordinavimu. Dėl to Lietuvoje išryškėjo SMP sistemos valdymo neigiami aspektai:

- SMP tapo interesų sritimi politikos formuotojams, sveikatos vadybininkams, mokslininkams, skirtingų valstybinių institucijų atstovams, paslaugų gavėjams ir kitoms suinteresuotosioms šalims, tačiau jos sąvoka nėra pakankamai aiški ir dažnai skirtingai suprantama. Nevienodas SMP suvokimas suinteresuotųjų šalių atstovams neleidžia atlikti bendro SMP paslaugų vertinimo, kelia konfliktines situacijas tarp medikų ir pacientų, turi finansinių ir teisinių pasekmių sveikatos priežiūros sistemos dalyviams;
- nepaisant taikomų vadybinių priemonių ir vykdomų sveikatinimo programų, Lietuvoje išlieka aukštas mirtingumas dėl širdies ir kraujagyslių ligų, onkologinių susirgimų, traumų ir apsinuodijimų. Statistikos ir mokslininkų (Janušonis ir kt., 2013; HI SIC, 2015, 2016) tyrimų duomenimis, Lietuvos gyventojų mirtingumas nuo koronarinės širdies ligos, insulto – vienas didžiausių Europoje, kardiovaskulinio sergamumo ir mirtingumo rodikliai beveik 2–3 kartus blogesni už Europos Sąjungos vidurkius, nors ir šiek tiek sumažėjęs, bet išlieka aukštas mirtingumas dėl išorinių mirties priežasčių. Lietuva pasižymi labai dideliu avarijų, nusikaltimų, nelaimingų atsitikimų, traumų, savižudybių ir kitų pavojingų reiškinių skaičiumi (Mikulskienė ir kt., 2011);

- dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų (ASPĮ) ir paslaugų restruktūrizavimo, vis labiau centralizuojamų stacionarinių paslaugų vyksta transportuojamų ir savarankiškai atvykstančių į priėmimo skubios pagalbos skyrius (PSPS) pacientų srautų pokyčiai. Neplanuotai ir kai kurių ASPĮ PSPS nevaldomai padidėję pacientų srautai gali iš esmės pabloginti tose ASPĮ teikiamų asmens SPP kokybę, nors sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo tikslai buvo nukreipti į SPP kokybės gerinimą;
- Lietuvoje SMP valdymas yra glaudžiai susijęs su nuolat vykdomomis sveikatos priežiūros sistemos pertvarkomis, kurių deklaruojamas tikslas – kuo didesnis dėmesys pacientui ir jo sveikatai, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui, teikiamų paslaugų kokybei. Tačiau K. Stašaitis (2014) nurodo, kad SMP teikiantis gydytojas dėl darbo specifikos, nuolat didėjančio PSPS užimtumo vis mažiau laiko gali skirti paciento būklei įvertinti. Kai kuriose ASPĮ dėl reanimacijos ir intensyviosios terapijos, chirurgijos bei kitų skyrių uždarymo SMP gali tapti sunkiau prieinama arba suteikiama nekokybiškai ir ne laiku, ilgėja eilės ir laukimo laikas, kol bus suteikta SMP;
- atsakingų institucijų bendro tikslo siekio, veiklos tarp suinteresuotųjų šalių koordinavimo stoka: paslaugų teikėjų, tarpininkų, užsakovų (sveikatos politikos formuotojų, įstatymų leidėjų ir ASPĮ steigėjų), kitų suinteresuotųjų šalių ir paslaugų vartotojų. Stokojama ilgalaikės SMP sistemos vystymo strategijos, apimančios ikistacionarinės, tarpstacionarinės ir stacionarinės SMP paslaugų teikimą, SMP pacientų srautų planavimą, ASPĮ infrastruktūros vystymo prioritetų nustatymą, SMP paslaugų diferencijavimą ir jų poreikio planavimą. Trūksta įrodymais ir geraja tarptautine praktika grįstų SMP sistemos valdymo priemonių, skirtų optimaliai SMP sistemos veiklai užtikrinti, atsižvelgiant į sveikatos politikos tikslus.

Kad SMP sistemos valdymas galėtų užtikrinti kokybišką, veiksmingą, šiuolaikišką ir laiku SMP paslaugų teikimą, kiekvienoje šalyje nuolat turi vykti SMP sistemos valdymo tobulinimas, pagrįstas naujausiomis žiniomis, mokslo laimėjimais, praktine kitų šalių patirtimi (Tintinalli ir kt., 2010). Pažangių užsienio šalių mokslinėse publikacijose akcentuojami valdymo aspektai: SMP sistemos valdymo, sistemų ir organizacijų, infrastruktūros, technologijų ir procesų pokyčiai, tam tikrų kriterijų ar išmatuojamų rodiklių, atskleidžiančių vadybos proceso turinį, nustatymas, įgyvendinimas, kontrolė ir korekcija (Alper, 2002); žmonių ir medicinos išteklių, siekiant užtikrinti pagalbą ištikus nelaimingam atsitikimui, valdymas (Fleishmann, Fulde, 2007); nuolatinis kokybės gerinimas ir atskaitomybės tikslais naudojami veiklos bei rezultatų matavimai (Kaluzny, Shortell, 2006). Tačiau šie SMP sistemos valdymo aspektai Lietuvoje nepakankamai ištirti, ir tai patvirtina disertacijos temos aktualumą.

LR SAM parengtuose Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 m. plėtros metmenyse pažymima, kad universalaus ir patiės efektyviausio sveikatos sistemos organizavimo modelio nėra sukurta, kad kiekviena valstybė, priklausomai nuo istorinių, kultūrinių tradicijų, ekonominės padėties ir kitų veiksnių, turi pasirinkti savo kelią (VŽ, 2011, Nr. 73-3498). SMP sistemos valdymas yra platus, apimantis skirtingas tarpdisciplinines sritis, Lietuvos mokslininkų darbuose menkai tyrinėtas, todėl jo nagrinėjimas aktualus moksliniu ir praktiniu požiūriu.

Problemos ištyrimo lygis

Pasaulyje kreipiamas didelis dėmesys į SMP sistemos valdymą. Užsienio šalių tyrėjai mokslinėse publikacijose atsižvelgia į visuomenės, t. y. paslaugų gavėjų ir naudotojų bei paslaugų teikėjų, poreikius ir nuomones, todėl jų atliktų tyrimų spektras yra platus ir daugiaaspektis. Moksliniuose tyrimuose daug dėmesio skiriama SMP sistemos valdymo problemoms, iš kurių vertėtų paminėti tokias kryptis:

SMP valdymo, rinkos ir aplinkos pokyčių įtaką netolygiam pacientų srautų pasiskirstymui sveikatos priežiūros įstaigose analizavo Fischer ir kt., 2000; Lee ir kt., 2003; Wai ir kt., 2009; Cabrera ir kt., 2011; Hansen ir kt., 2011; Durand ir kt., 2012; Lowthian ir kt., 2012; Gillman ir kt., 2013; Tekwani ir kt., 2013.

PSPS perkrovimo, ilgo laukimo trukmės iki patenkant pas gydytojus problemas nagrinėjo Bernstein, Asplin, 2006; Sinclair, 2007; Hoot, Aronsky, 2008; Jayaprakash ir kt., 2009; McCarthy ir kt., 2009; Forero ir kt., 2010; Richardson, Mountain, 2009; Ovens, 2011; Junwen ir kt., 2013; Sayah ir kt., 2014.

Pacientų būklės vertinimo problemas, pagalbos pirmumo skalių poreikį ir pritaikymą tyrė Wolf, 2010; Croskerry ir kt., 2010; Frrokhnia ir kt., 2011; Ju Yong ir kt., 2011; Widgren ir kt., 2011; Gilboy ir kt., 2012; Abelson, Lindwall, 2012; Lidal ir kt., 2013; Lee ir kt., 2013.

Rodiklius, atskleidžiančius SMP kokybę, analizavo Graff, 2004; Goldhill ir kt., 2009; Melby ir kt., 2010.

Slaugytojų vaidmenį, vertinant pacientų būklę, nagrinėjo Considine ir kt., 2006; Edwards, Sines, 2008; Elsom ir kt., 2009; Sandhu ir kt., 2009; Butler ir kt., 2011; Melby ir kt., 2011; Vatnoy ir kt., 2013; Abelsson ir kt., 2012; Fry ir kt., 2013; Abdulwahid ir kt., 2015; Gallagher ir kt., 2015; Smith ir kt., 2015.

Tarphospitalinį transportavimą analizavo Bartolomeo ir kt., 2001; Faheem, 2003; Warren ir kt., 2004; Craig, 2005; Robinson ir kt., 2006; Van Lieshout ir kt., 2008; Hennessy, Dempsey, 2009; Goldhill ir kt., 2009; Fried ir kt., 2010; Kue ir kt., 2011; Iwashyna, 2012; Santry, Velmahos, 2012; Gillman ir kt., 2013; Zanco, 2014.

Lietuvoje mokslininkai taip pat analizavo organizacijų ir sveikatos priežiūros valdymą, paslaugų prieinamumą ir kokybę, sveikatos priežiūros paslaugų poreikį, slaugytojų kompetencijas, greitosios medicinos pagalbos sistemą ir SMP paslaugų ypatumus:

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir eilių klausimus analizavo Kairys, Gurevičius, 2002; Plieskis, 2005; Stankūnas, 2006; Kuncaitis, 2009.

Sveikatos priežiūros veiklos valdymą, efektyvumą, kokybę, specifiką tyrė Stašys, 2001, 2003; Kalibatas, 2005; Janušonis, 2008, 2011; Kosinskienė, Ruževičius, 2010; Jankauskienė, Goštautaitė, Išganaitis, 2011; Štaras, 2011; Mekšriūnaitė, Gurevičius, 2014, 2015.

Organizacijų valdymą, strateginį valdymą, viešojo valdymo pokyčius nagrinėjo Smilga, Janušonienė, 2006, 2007, 2009; Smalskys, 2010; Zakarevičius, 2010; Janušonis, 2012.

Sveikatos priežiūros paslaugų politiką, kokybę, kokybės rodiklius nagrinėjo Jankauskienė, 2010, 2012, 2016; Jankauskienė, Kukudytė-Gasperė, 2014.

SMP paslaugų teikimą tyrė Kučikienė, 2009; Žilinskaitė, Kvederienė, 2012; Stašaitis, 2014; Burokienė, 2015.

Integruotos sveikatos priežiūros paslaugų poreikį, sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizaciją, sveikatos sistemos reformą analizavo Grabauskas, Buivydas, Černiauskas, Gurevičius, Jankauskienė, Kairys, Lazutka, Pečiūra, Zaleckienė, 2011; Jasiukaitienė, Sauliūnė, 2014; Jogaitė, 2016.

Slaugytojų kompetenciją, slaugos kokybę tyrė Istomina, Razbadauskas, 2011.

Greitosios medicinos pagalbos sistemą Lietuvoje nagrinėjo Vaitkaitis, 2008.

Autoriaus nuomone, siekiant veiksmingiau valdyti SMP sistemą, reikia integruoti įvairių mokslo sričių žinias, orientuoti jas į visuomenės poreikius, racionalų ribotų materialinių išteklių naudojimą, personalo poreikį, tolesnių mokslinių tyrimų kryptis, numatyti tolesnio SMP sistemos vystymo prioritetus, tikslus ir priemones jiems pasiekti. Tačiau darbų, skirtų kompleksiniam SMP sistemos pokyčių valdymo dinamikos tendencijų bei SMP sistemos valdymo tobulinimo metodų ir priemonių tyrimui, nepakanka. Paskelbti tyrimai daugiausia nagrinėja šių problemų būklę iki reformos arba atskirų sveikatos priežiūros įstaigų darbą. Taigi tyrimai, kurie leistų pasiūlyti moksliškai pagrįstas SMP sistemos valdymo tobulinimo priemones, siekiant užtikrinti adekvačias medicinos pagalbos paslaugas gyventojams, yra aktualūs.

Mokslinė problema – nėra sukurto SMP sistemos valdymo teorinio modelio, neaiškios SMP sistemą apibūdinančios sąvokos ir sudėtinės dalys, kurios galėtų būti taikomos sudarant SMP sistemos valdymo tyrimo metodiką ir tyrimo instrumentą. Metodikos pagrindimas ir sudarytas SMP sistemos valdymo vertinimo diagnostinis instrumentas padėtų tobulinti SMP sistemą, jos valdymą, kas lemtų veiksmingesnį sistemos darbą, sumažintų neigiamų išeičių skaičių, padidintų SMP paslaugų prieinamumą.

Probleminis klausimas – kaip padidinti SMP sistemos veiksmingumą, tobulinant jos valdymą?

Tyrimo dalykas – SMP sistemos valdymas.

Tyrimo objektas – SMP sistema.

Tyrimo tikslas – sudarius SMP sistemos valdymo teorinį modelį, parengus ir pritaikius kiekybinio tyrimo metodiką, pateikti SMP sistemos valdymo tobulinimo priemones ir posistemes.

Tyrimo uždaviniai:

1. Apibrėžus SMP sąvokas, atskleisti jos valdymo specifiškumą.
2. Išanalizavus užsienio šalių SMP sistemos valdymo modelius ir atskleidus problemines sistemos valdymo sritis, sudaryti teorinį SMP sistemos valdymo modelį.
3. Atsižvelgus į sudarytą SMP sistemos valdymo teorinį modelį, parengti tyrimo metodiką, užtikrinančią SMP sistemos valdymo tobulinimo proceso eigą.
4. Išnagrinėjus Lietuvos SMP antrinius statistinius duomenis ir teisinį reglamentavimą, nustatyti SMP sistemos valdymo trūkumus.
5. Atlikus empirinį tyrimą, pasiūlyti SMP sistemos valdymo tobulinimo priemones.
6. Pateikus SMP sistemos valdymo tobulinimo priemones, sudaryti SMP sistemos valdymo posistemes.

Ginamieji teiginiai:

1. Siekiant veiksmingai valdyti pacientų srautus ir pagerinti SMP prieinamumą, reikia pereiti nuo SMP keturių kategorijų prie penkių kategorijų atrankos sistemų.
2. Siekiant išspręsti žmogiškųjų išteklių trūkumą, tikslinga išplėsti slaugytojų kompetencijas ir naudoti karo medikus.
3. Siekiant suvaldyti didėjantį tarpstacionarinį transportavimą ir užtikrinti nenutrūkstamą SMP paslaugų teikimą, reikia sudaryti detalią šio transportavimo vertinimo ir reglamentavimo sistemą.

Mokslinis darbo naujumas

Disertacinio tyrimo mokslinį naujumą sudaro tai, kad parengtos ir teoriškai bei metodiškai sisteminiu požiūriu pagrįstos priemonės toliau vystyti SMP sistemą Lietuvoje, siekiant pagerinti šios sistemos efektyvumą.

Tyrimo procese gauti tokie mokslinio naujumo elementų turintys rezultatai:

1. Siekiant patikslinti SMP sistemos valdymo sampratą, veikimo pobūdį ir ribas, sudaryta šios sistemos vystymosi chronografija, išskiriant ir apibūdinant jos raidos etapus; patikslintos ir papildytos *skubios medicinos pagalbos*, *skubios medicinos pagalbos sistemos*, *skubios medicinos pagalbos sistemos valdymo* sąvokos, pateikti kitų sąvokų, atskleidžiančių SMP veiklos specifiką, apibūdinimai (*PSPS perpildymas*, *PSPS užimtumas*, *tretinis pacientų transportavimas*, *ikistacionarinė pagalba*, *stacionarinė pagalba*, PSPS naudojamos skirtingų rūšių paslaugų *laiko* sąvokos);
2. Remiantis lyginamąja išsivysčiusių užsienio šalių SMP sistemos organizavimo analize bei naudojant išplėstinio jų efektyvumo komplekso kriterijus, nustatytas optimalus SMP sistemos ir jos valdymo tobulinimo modelis, maksimaliai

įvertinantis visuomenės poreikius kokybiškos bei prieinamos medicinos pagalbos ir atitinkantis šiuolaikines sveikatos apsaugos tendencijas.
3. Parengta SMP sistemos valdymo tyrimo metodika, apimanti tyrimo metodologinių prieigų pagrindimą, sudarytas tyrimo instrumentas bei suformuota ir pagrįsta SMP sistemos valdymo tobulinimo diagnozavimo proceso eiga, susidedanti iš trijų etapų: pirmasis ir antrasis etapai apima SMP sistemos būklės diagnostiką ir įvertinimą, o trečiasis yra sprendimų etapas: tobulinimo priemonių nustatymas, įgyvendinimas ir įgyvendinimo kontrolė.
4. Atliktas SMP sistemos Lietuvoje probleminių sričių sisteminimas, priklausomai nuo jų poveikio socialinei ir ekonominei situacijai šalyje pobūdžio (struktūrinis, valdymo, finansų ir ekonomikos), kuris buvo priimtas kaip pagrindas dėl SMP sistemos šalyje valdymo tobulinimo būtinybės bei gydymo įstaigų veiklos integracijos klasterio principu.
5. Sukurtas SMP sistemos Lietuvoje valdymo modelis, sudarytas sistemos principu, kuriame vidiniais ryšiais sujungtos sudėtinės dalys: sveikatos priežiūros valdymo subjektai, ištekliai, rezultatai; penkios posistemės: SMP priežiūros, pacientų tarpstacionarinio transportavimo, informacinė, pacientų srautų valdymo ir visuomenės mokymo bei informavimo.
6. Pasiūlytos SMP priežiūros, pacientų tarpstacionarinio transportavimo, pacientų srautų valdymo ir visuomenės mokymo bei informavimo posistemės, kurios grindžiamos informacija, kaupiama sveikatos priežiūros valdymo subjektų disponuojamoje informacinėje posistemėje, ir sudaro prielaidas visai sistemai veiksmingai funkcionuoti.

Praktinis mokslinio darbo reikšmingumas:
1. Sudarytos ir suvienodintos SMP sistemos valdymo sąvokos gali būti naudingos tobulinant Lietuvos SMP sistemos ir jos valdymo teisinį reglamentavimą, sprendžiant neatidėliotinas problemas, atliekant paslaugų prieinamumo ir kokybės sisteminį kompleksinį vertinimą.
2. Sukaupta SMP sistemos valdymo mokslinė medžiaga gali būti naudojama studijų procesui.
3. Parengta SMP sistemos valdymo tyrimo metodika ir instrumentas gali būti naudojami ateities moksliniams tyrimams.
4. Sukurtas SMP sistemos valdymo modelis sudaro galimybę iš esmės pagerinti SMP prieinamumą ir paslaugų kokybę konkrečiose asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose įstaigose konkretiems pacientams.
5. Atliktas tyrimas prisideda formuojant LR sveikatos politiką didinti ne tik SMP sistemos, bet ir visos sveikatos sistemos veiklos efektyvumą, užtikrinant veiksmingą sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, bendradarbiavimą su visuomenės sveikatos specialistais, bendruomeninėmis ir nevyriausybinėmis organizacijomis.

Mokslinio tyrimo metodai. Atliekant tyrimą taikyta sisteminė *Academic Search Complete, PubMed, Medline, Cochrane, BMJ Online Journals, Oxford Journals, SAGE Journals Online, ScienceDirect*, EBSCO duomenų bazių mokslinės literatūros disertacijos tema analizė, taip pat Lietuvos, kitų šalių ir tarptautinių sveikatos organizacijų (PSO, Eurostat, EBPO ir kt.) parengtų sveikatos priežiūros sistemų ataskaitų analizė ir apibendrinimas. Atlikta Lietuvos įstatymų ir kitų teisinių aktų analizė, atvejų analizė ir grupavimas; taikytas žvalgybinis tyrimo metodas problemai formuluoti ir tyrimo prioritetams nustatyti; atliktas kiekybinis aprašomasis tyrimas struktūruotos anketinės apklausos metodu, taikyti duomenų statistinės analizės (*chi* kvadrato, vidurkių) metodai, modeliavimas, grafinis vaizdavimas. Klausimynų skalės vidinis nuoseklumas vertintas naudojant *Cronbach Alpha* koeficientą.

Disertacinio tyrimo apribojimai

Tyrimą riboja nepakankama duomenų teikiamų paslaugų analizei surinkimo galimybė, kadangi 2011 m. balandžio 1 d. sergamumui koduoti pradėta naudoti Tarptautinės statistinės ligų ir susijusių sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtos redakcijos Australijos modifikacija, kuri iki tol nebuvo naudota. Nuo 2012 m. sausio 1 d. ligoninėse pradėtas taikyti apmokėjimas už suteiktas stacionarines paslaugas pagal gimininguų diagnozių grupes, t. y. stacionarinių paslaugų klasifikavimas pagal ligų gydymo profilius buvo pakeistas į gimininguų diagnozių grupes, o pati sistema reguliariai atnaujinama. Naudojant šią sistemą, gaunama išsamesnė statistika apie pacientams teikiamas paslaugas ir jų turinį. Nepaisant to, iki 2015 m. kai kurios paslaugų grupės, aktualios skubios pagalbos paslaugų apskaitai, nebuvo apskaitomos (pvz., būtinoji stacionarinė pagalba, būtinoji ambulatorinė pagalba, tarpstacionarinis transportavimas).

Medicininės įrangos atnaujinimas, infrastruktūros gerinimas, stacionarinių ir ambulatorinių paslaugų apmokėjimas, socialinės problemos yra labai svarbios SMP sistemos valdymo kontekste, tačiau dėl plačios tyrimo apimties nebuvo atskirai analizuotos.

Dėl didelės tyrimo apimties darbe nenagrinėjamos karinė ir ekstremalių atvejų SMP sistemos.

Nėra atlikta pacientų apklausų dėl pasitenkinimo teikiamomis SMP paslaugomis.

Moksliniai straipsniai periodiniuose ir tęstiniuose mokslo leidiniuose, registruotuose tarptautinėse mokslinės informacijos duomenų bazėse, arba vienkartiniuose mokslo leidiniuose:

1. Vinsas Janušonis, Gintautas Virketis, Gintarė Pučinskaitė. Sirgusių ūmiu miokardo infarktu ir mirusių pacientų klinikinių duomenų retrospektyvinė analizė. *Sveikatos mokslai*, 2013, rugsėjis–spalis, t. 23, Nr. 5, p. 69–77. ISSN 1392-6373.
2. Rimantas Stašys, Gintautas Virketis. Konceptualūs skubiosios medicinos pagalbos valdymo modeliai. *Vadybos mokslas ir studijos – kaimo verslų ir jų inf-*

rastruktūros plėtrai, 2014, Nr. 36 (3), p. 644–652. ASU. ISSN 1822-6760.

3. Gintautas Virketis. Kai kurių valdymo teorijų palyginimas skubiosios medicinos pagalbos valdymo kontekste. *Sveikatos mokslai,* 2014, t. 24, Nr. 5, p. 100–106. ISSN 1392-6373.
4. Gintautas Virketis, Vinsas Janušonis, Vita Kvekšaitė. Skubi medicinos pagalba: tarpstacionariniai pervežimai. *Tiltai*, 2016, Nr. 1, p. 15–37. KU. ISSN 1392-3137.
5. Gintautas Virketis, Rimantas Stašys, Vilius Butrimas. Patient Flow Managment in Emergency Medicine Using Triage Scales. *Health Sciences,* 2016, Vol. 26, No. 4, p. 93–100. ISSN 1392-6373.

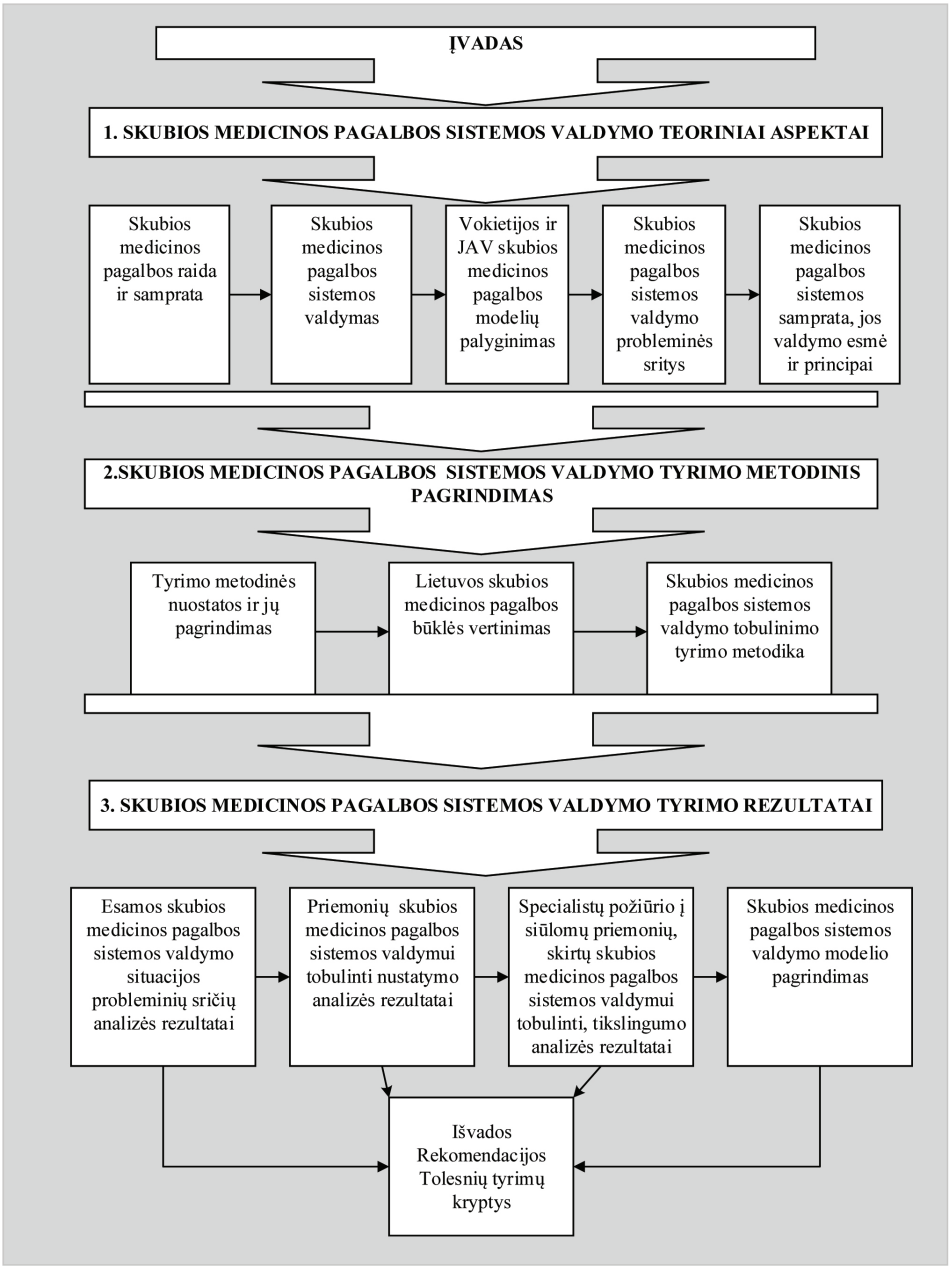
Mokslinėse konferencijose skaityti pranešimai:

1. Gintautas Virketis. Pranešimas: *Skubios sveikatos priežiūros paslaugų vystymas Klaipėdoje (apžvalga).* Tarptautinė konferencija „Šiuolaikinė universitetinė ligoninė: valdymo ir funkcionavimo principai“. Klaipėdos universitetinė ligoninė, Klaipėdos universitetas, 2012-03-15.
2. Gintautas Virketis, Rimantas Stašys. Stendinis pranešimas: *Skubiosios medicinos pagalbos valdymo teorinė analizė.* Tarptautinė mokslinė-praktinė konferencija „Ekonomikos ir vadybos mokslo bei studijų inovatyvūs sprendimai“. Aleksandro Stulginskio universitetas, 2014-06-19–20.
3. Gintautas Virketis Pranešimas: *Skubi medicinos pagalba: tarpstacionariniai pervežimai.* Respublikinė konferencija: 2016 m. vidaus ligų diagnostikos ir gydymo moduliai. LSMU MA Vidaus ligų klinika, Klaipėdos universitetinė ligoninė. Klaipėda, 2016-02-18.
4. Gintautas Virketis. Pranešimas: *Skubios pagalbos teikimo ypatumai*. Respublikinė konferencija: 2016 m. vidaus ligų diagnostikos ir gydymo aktualijos. LSMU MA Vidaus ligų klinika, Klaipėdos universitetinė ligoninė. Klaipėda, 2016-11-30.

Disertacijos apimtis ir struktūra

Disertacijos apimtis yra 246 puslapiai (su priedais – 296 psl.). Disertacinį darbą sudaro įvadas, trys dalys ir darbą apibendrinančios išvados, literatūros sąrašas bei priedai. Darbe pateikti 78 paveikslai, 33 lentelės, 18 priedų. Rengiant mokslinį darbą, naudotasi 403 literatūros šaltiniais.

Disertaciją sudaro trys pagrindinės dalys. Disertacinio darbo tyrimo loginė schema pateikta 1 paveiksle.



1 pav. Disertacinio darbo tyrimo loginė schema

1

Skubios medicinos pagalbos sistemos valdymo teoriniai aspektai

1.1 Skubios medicinos pagalbos raida ir samprata

Siekiant išanalizuoti SMP sistemos valdymo sampratą, veikimo pobūdį ir ribas, visų pirma reikia apžvelgti į SMP sistemos istorinę raidą ir SMP sampratas (Simpson, Hancock, Chuang, 2008; Wen, Geduld, Nagurneyir kt., 2011).

Vieni iš pirmųjų apie SMP poreikį pradėjo kalbėti graikai. Jie atkreipė dėmesį į pirmosios medicinos pagalbos principus ir paslaugas (Sakr, Wardrope, 2000). Gerasis Samarietis tvarstydavo pakelėse keliauninkų žaizdas, gydė aliejais ir vynu. Tokio sėkmingo gydymo įrodymai dokumentuojami jau nuo 1500 m. pr. Kr. (Martinez, 2010). G. Bodiwala (2007) nurodo, kad pirmieji įrašai datuojami 300 m. pr. Kr., kai SMP praktika užsiiminėjo indų gydytojas Charakas.

Tikrosios skubios medicinos pagalbos atsiradimo pradžia reikėtų laikyti I a. pr. Kr. karo medicinos atsiradimą sustiprėjusioje Romos valstybėje ir IV mūsų eros (m. e.) amžių, kai prie kelių, vedančių į Jeruzalę, buvo pradėti statyti namai, kuriuose pakeleiviams būdavo teikiama medicinos pagalba. Ankstyvaisiais viduramžiais medicina sparčiau tobulėjo arabų kalifatuose, kur kūrėsi akademijos, ligoninės, buvo išrandami nauji vaistai, nustatomos ar atpažįstamos naujos ligos. Europoje tuo metu dažniau buvo gydoma liaudies medicinos priemonėmis, didesnis pakilimas atsirado tik Renesanso laikotarpiu. SMP priemonės, pvz., galūnių amputacija, šautinių žaizdų gydymas, siejamos su to laikotarpio karo medicina (Bodiwala, 2007).

Kryžiaus žygių metu, XI–XVI a., Švento Jono vienuoliai mokė žmones pirmosios pagalbos principų, dėl to ne vienas riteris ar piligrimas karo lauke galėjo išvengti mirties. XI a. sužeistų karių priežiūra, ypač sužeistųjų mūšio lauke, buvo vienas iš svarbiausių akstinų, įrodančių SMP svarbą. 1092 m. Anglijoje įkuriama tarnyba, kurios užduotis buvo pirmos pagalbos teikimas pakeleiviams. XV a. Olandijoje organizuojama tarnyba skęstantiesiems gelbėti. Nepaisant to, mokslininkai M. Shahas (2006), R. Martinezas (2010) labiau yra linkę manyti, kad gana *moderni karinė SMP sistema* pradėjo vystytis tik prancūzų karvedžio Napoleono laikais (1797–1815 m.), kai buvo svarbu teikti pagalbą sužeistiems kariams, juos rūšiuojant ir perkeliant į karo lauko medicinos pagalbos stotis. Pamokos, išmoktos per pilietinį karą XIX a. antrojoje pusėje Šiaurės Amerikoje, vėliau padėjo formuoti civilių SMP sistemą.

G. Fitzgeraldas (1998) nurodo, kad vystantis kapitalizmui bei nenutrūkstamai vykstant karams atsirado greitosios pagalbos tarnybos, kurios priklausė valstybei, mokymo įstaigoms, savanorių organizacijoms, ligoninėms, draudimo kompanijoms ar net privatiems asmenims. Ilgainiui pradėti plėtoti pirmosios medicinos pagalbos principai ir greitosios medicinos pagalbos (GMP) paslaugos. 1863 m. Ženevoje įkurta Raudonojo Kryžiaus organizacija, kurios pirminis tikslas – rūpintis ligoniais ir sužeistaisiais. Tuo metu atsirado pirmieji GMP ekipažai, galėję teikti pirmąją medicinos pagalbą nukentėjusiesiems. Europoje GMP tarnybos pradėjo sparčiai kurtis po Vienos operos teatro gaisro 1881 m.

Rusijoje bandyta pradėti organizuoti greitąją medicinos pagalbą 1818 m., tačiau nesėkmingai. Antras organizavimo etapas prasidėjo tik nuo 1826 m., kai mėginta įvesti etatą gydytojo, turinčio organizuoti pagalbą staiga susirgusiesiems, kuriems reikalinga neatidėliotina medicinos pagalba. Šiai tarnybai jau nebuvo numatytas tiesioginis ryšys su militarinėmis struktūromis. GMP tarnyba buvo įkurta tik 1844 m., bet ji dar neturėjo savo transporto ir teikdavo pirmąją pagalbą tik tiems, kuriuos kas nors pristatydavo arba patys sugebėdavo ateiti. Rusijoje GMP stotys atsirado tik nuo 1898 m. Po Spalio revoliucijos pradėjo kurtis bendra GMP visoje tuometinėje Rusijoje (Медицина,1989).

Nuo 1915 m. oro transportas pritaikomas transportuoti nukentėjusiuosius traukiantis serbų armijai iš Albanijos. 1919 m. įkurta Tarptautinė Raudonojo Kryžiaus ir Raudonojo Pusmėnulio judėjimo federacija, kuri atstovauja judėjimui tarptautiniu lygmeniu (Shah, 2006; Martinez, 2010).

Anot B. Zinco (2006), iki 1960 m. SMP buvo silpniausia grandis visoje sveikatos priežiūros sistemoje. Tai buvo neintegruota sistema, daugiausia atliekanti pacientų transportavimą į ligonines. Nebuvo jokių specializuotų mokymo programų gydytojams ir kitam medicinos personalui, neužtikrintos aukštos kokybės SMP paslaugos, trūko gydymo protokolų, specialaus transporto, įrangos, komunikacijos priemonių ir paslaugų, tyrimų, įrodančių ikitarpstacionarinės pagalbos naudą, galiausiai politinių sprendimų (Anderson ir kt., 2006; Shah, 2006). JAV nuo 1960 m. pradėjo kurtis PSPS,

kuriuose rotacijos principu dirbo internai, rezidentai ir pavieniais atvejais – gydytojai, turintys mažai pažangaus mokymo patirties (Kirsch ir kt., 1997). 1961 m. Jamesas D. Millsas kartu su kitais 23 gydytojais susibūrė vedami idėjos sukurti skubios medicinos gydytojo specialybę. Šie specialistai skubiais atvejais turėjo būti prieinami visą laiką, dieną ir naktį.

D. Bodiwala (2007), R. Suteris (2012) 1960–1973 m. laikotarpį įvardija kaip *modernios SMP sistemos atsiradimą*. Medicininės, istorinės, socialinės aplinkybės lėmė gerokai daugiau struktūrizuotos SMP plėtrą JAV: įrodyta gaivinimo, defibriliacijos, kardioversijos, medikamentinės terapijos nauda; pradėjo kurtis specializuoti traumų centrai; 1966 m. pasirodė Greitkelių saugumo aktas, kuriame įtrauktos skubios pagalbos teikimo rekomendacijos; 1973 m. priimtas SMP paslaugų teikimo aktas. Šių priemonių visuma prisidėjo prie „išgyvenimo grandinės“ koncepcijos (Shah, 2006; Martinez, 2010). SM specialybės atsiradimą (1972 m. Cincinačio universitete, JAV), anot T. Kirscho, S. J. Hollimano ir kt. (1997), lėmė šios priežastys: gydytojų susidomėjimas šia specialybe, vyriausybės palaikymas, kitų specialybių gydytojų ir medicinos personalo palaikymas, infrastruktūros – reikalingų patalpų ir įrangos SMP teikti – pritaikymas, mokymo programų gydytojams ir kitam medicinos personalui poreikis, kitų sričių specialistų prieinamumas dėl tolesnės pacientų medicinos priežiūros, tarpusavio bendradarbiavimo ir transportavimo sistemos plėtra, leidžianti plačiau panaudoti pacientams turimą reikalingą medicininę įrangą. XX a. 9-ajame dešimtmetyje Amerikos medicinos specialybių taryba pripažino, jog skubiai medicinos pagalbai teikti reikia atskiros specifinės kvalifikacijos, todėl pradėta rengti skubios medicinos gydytojus pagal rezidentūros programą (Kline, 2014).

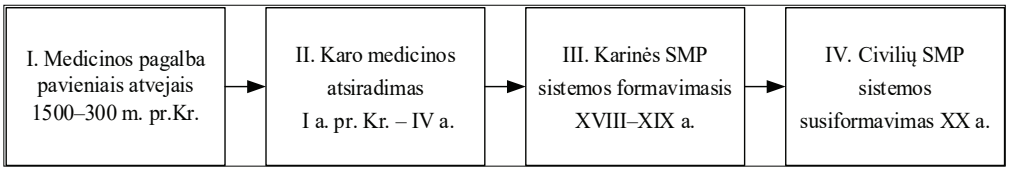
1984 m. JAV sudaryta SMP paslaugų vaikams programa, nors kaip atskira pediatrinės skubios pagalbos specializacija atsirado tik 1992 metais. 1986 m. priimtas Skubios medicinos pagalbos ir gimdymo aktas, suteikiantis teisę visiems JAV gyventojams gauti būtinąją medicinos pagalbą nepriklausomai nuo socialinės padėties (Zinc, 2010). 1988 m. – JAV nacionalinės greitkelių eismo saugumo administracijos priimta SMP paslaugų įvertinimo programa. Nuo 1990 m. JAV prasidėjo Traumų centrų sistemos kūrimas (Martinez, 2010). 1991 m. įkurta Tarptautinė skubios medicinos federacija – IFEM (Bodiwala, 2007).

Suvokus SMP svarbą, pradėta daug medicinos mokslinių tyrimų, kurių nauda, žvelgiant retrospektyviai, buvo abejotina. To priežastis buvo didelis farmacinių įmonių ir medicininių prietaisų, įrangos kompanijų fundavimas, rezultatus kreipiant jiems naudinga linkme. Todėl nuo XX a. 10-ojo dešimtmečio moksliniams tyrimams pradėti taikyti apribojimai: tyrėjas turėjo būti baigęs skubios medicinos gydytojo rezidentūrą, būtinai turėjo dirbti akademinį darbą, o tyrinėjimai buvo remiami tik Skubios medicinos fondo ir Akademinės skubios medicinos visuomenės (Kline, 2014).

Plėtojantis pasaulinei ekonomikai, atsivėrus Rytų Europos šalims, žlugus Tarybų Sąjungai, daugelyje šalių atsirado poreikis ir galimybės pagerinti SMP sistemas, ku-

riose svarbų vaidmenį vaidino socialinė, kultūrinė, ekonominė ir esamos sveikatos sistemos situacija. Toliau vyko SMP paslaugų sisteminimas, SMP specialistų kvalifikacijos steigimas, ikistacionarinės pagalbos tobulinimas. Tai leido pasiekti dabartinius SMP standartus (Hasegawa ir kt., 2002).

J. Kline (2014) po 2000 m. atliktų tyrimų teigia, kad pacientų sveikatos būklės išeitys labai priklauso nuo naudojamų pagalbos teikimo protokolų ir algoritmų, todėl pradėta juos vienodinti tarptautiniu mastu, remiantis įrodymais grįstos medicinos praktika, specialistų rekomendacijomis ir pan. A. Cameronas (2014) nurodo šiuos pasiekimus SMP raidoje: pasiekta, jog SMP būtų teikiama specializuotose ligoninėse, priėmimo skyriuose; atrasta, sukurta, pritaikyta ir naudojama daug specifinės įrangos ir medikamentų; pagerėjo ikistacionarinė priežiūra, ypač pacientų transportavimas, kai jo metu teikiama kvalifikuota pagalba; atsirado skubios medicinos gydytojo specializacija; nuolat vertinamas PSPS darbo veiksmingumas; įvesta daug „saugiklių“, remiamasi įrodymais grįsta medicina. Šie pasiekimai suprantami kaip SMP sistemos paslaugų teikimo plėtra, SMP sistemos plėtra, įskaitant ligoninių pagrindu sukurtus Priėmimo skubios pagalbos skyrius, bakalauro ir magistro studijų sistemos sukūrimas ir skubios medicinos pagalbos mokymas, skubios medicinos gydytojo specialybės įtvirtinimas (Arnold, Holliman, 2005). SMP sistemos raida pateikta 2 paveiksle.



2 pav. SMP sistemos raida
Šaltinis: sudaryta autoriaus.

Toliau darbe nagrinėjama tik civilių SMP sistema.

Lietuvoje SMP išsamiau galima analizuoti tik nuo XX a. pradžios. 1902 m. grafų Tiškevičių iniciatyva įkurta Vilniaus GMP stotis. 1919 m. GMP stotis įkurta Kaune. Ligoniai į gydymo įstaigas buvo vežami specialiomis karietomis, kurias vėliau pakeitė sanitariniai automobiliai. 1919-01-12 Kaune dr. R. Šliūpo ir kitų progresyviai mąstančių medikų pastangomis įkurta Lietuvos Raudonojo Kryžiaus draugija (prieš Pirmąjį pasaulinį karą Kaune veikė Rusijos Raudonojo Kryžiaus skyrius). Nuo 1920 m. pradėta nemokamai gydyti vargingus žmones savivaldybių ir kitose ligoninėse. Buvo organizuojami mokymai medicinos personalui, patirtimi dalytasi Rytų Europos didžiuosiuose miestuose. Tarybų Sąjungos okupacijos metu GMP struktūra perorga-

nizuota, sukurtos pastotės. 1944 m. šalyje pradėjo veikti Tarybų Sąjungos sveikatos apsaugos sistema, įvestas centralizuotas valdymas. Iki Nepriklausomybės atgavimo (1990) buvo plačiai išplėtotas gydymo įstaigų, taip pat GMP stočių ir pastočių tinklas. SMP ikistacionariniame etape daugiausia teikdavo GMP tarnybų arba felčerių punktų specialistai. Didžioji dalis medicinos personalo GMP stotyse ir felčerinių punktuose buvo felčeriai akušeriai. Didesnėse GMP stotyse buvo atskiros specializuotos gydytojų brigados: kardiologų, neurologų, pediatrų, psichiatrų ir kt. Ganėtinai vėlai didžiųjų miestų GMP stotyse atsirado reanimacijos brigados. GMP stočių aprūpinimas transportu buvo nepakankamas. Automobiliai nebuvo tinkamai pritaikyti pacientams transportuoti, įranga minimali ir vaistų asortimentas siauras.

Lietuvos SMP sistemos kūrimas ir vystymas prasidėjo 1990 m., atgavus nepriklausomybę. SMP sistemos kūrimą, kaip ir kitose šalyse, skatino bendras sveikatos priežiūros sistemos vystymasis, didėjantis traumatizmas ir kardiovaskuliniai susirgimai, didėjantis skubių ambulatorinių paslaugų poreikis. Per daugiau nei 20 metų laikotarpį keitėsi GMP tarnybų struktūra, tarnyboje mažėjo gydytojų, tačiau daugėjo slaugytojų, apmokytų teikti kvalifikuotą pirmąją pagalbą. Nuo 2005 m., vadovaujantis tarptautine praktika, Lietuvoje pradėti rengti paramedikai, galintys teikti profesionalią medicinos pagalbą pagal naujausias rekomendacijas ir pasaulinius standartus. 2013 m. Lietuvoje, kaip ir daugelyje kitų šalių, pagal rezidentūros programą pradėta rengti skubios medicinos gydytojo kvalifikacijos specialistus.

Nors SMP sąvoka medicinos ar teisės srityse vartojama dažnai, tačiau vadybos moksle nėra aiškiai apibrėžta. S. Kaplanas (1997) teigia, kad 50 proc. problemų pasaulyje kyla dėl to, kad žmonės vartoja tuos pačius žodžius skirtingomis prasmėmis. Likusių 50 proc. problemų atsiranda dėl žmonių, vartojančių skirtingus žodžius ta pačia reikšme. Dėl neteisingo SMP sąvokų vartojimo vyksta teisiniai ginčai, priimami netinkami vadybiniai sprendimai su nepalankiomis pasekmėmis. Siekdami apibūdinti sąvokų aiškumą moksliniuose straipsniuose, skirtuose SMP tyrimams aprašyti, daugelis autorių linkę aiškinti sąvokas iš savo pozicijų. Pastaruoju metu sąvokų apibūdinimas labai akcentuojamas, nes kol neaiški SMP sąvoka, tiek akademinė bendruomenė, tiek medicinos ir valstybės tarnautojai diskutuoja skirtingose srityse (Calvello, Broccoli, 2013). Pasitelkę apibendrintą skubios pagalbos pavadinimo užklausą (angl.) *emergency care* galime rasti per 24 milijonus nuorodų, kuriomis pasinaudoję vargu ar rasime tai, ko iš tiesų ieškome (Calvello, Broccoli, 2013).

Užsienio mokslinėje literatūroje dažniausiai randama anglų k. vartojamų terminų, vartojamų skubiai pagalbai apibrėžti: *emergency care* (skubi pagalba), *urgent care* (urgentinė, skubi pagalba), *immediate care* (artimiausia, neatidėliotina pagalba), *extra care* (papildoma priežiūra). Medicinos žodyne (Medical Dictionary, 27th Edition, 1988) terminas *emergency* verčiamas kaip *nelauktas ar staigus įvykis*; *nelaimingas atsitikimas; skubus ar neatidėliotinas poreikis*. Daugelio autorių anglų kalba vartojamas terminas *emergency care* („skubi pagalba“) į lietuvių kalbą verčiamas ir supran-

tamas kaip „skubi medicinos pagalba“, kuriai suteikti reikia pacientą stacionarizuoti; skubi medicinos pagalba dėl ūmios traumos ar ligos, kuri kelia tiesioginį pavojų žmogaus gyvybei ar ilgalaikį sveikatos sutrikimą. Šioje situacijoje gali prireikti pagalbos iš kito asmens, kuris idealiu atveju turėtų būti tinkamos kvalifikacijos suteikti reikiamą pagalbą, dėl kurios reikalingumo ir skubumo gali spręsti pats nukentėjusysis. Priklausomai nuo atvejo sunkumo ir teikiamo gydymo kokybės, ji gali reikalauti kelių lygių sveikatos priežiūros paslaugų dalyvių, nuo nukentėjusiesiems teikiančių pirmąją pagalbą neatidėliotinos medicinos specialistų iki skubią pagalbą teikiančių gydytojų.

Anot K. Kocherio (2010), skubi medicinos pagalba – tai kvalifikuota asmens sveikatos priežiūros paslauga, kuri teikiama nedelsiant gydytojo arba gydytojo kartu su kitais asmens sveikatos priežiūros specialistais. Skubios medicinos pagalbos tikslas, anot K. Forslundo (2007) – stabilizuoti pacientus, kurių sužalojimai ar ligos kelia grėsmę jų gyvybei.

Termino *urgent care* (urgentinė, skubi pagalba) vartojimas neretai suprantamas kaip sinonimas SMP sąvokai, tačiau galima įžvelgti problemą, kad tarp šių sąvokų – *urgent care ir emergency care* – nėra takoskyros. *Urgentinės* ir *skubios pagalbos* terminų suvienodinimas ir netikslus vartojimas kelia problemų. Dėl šios priežasties sunku suprasti ir atskirti, kokias prasmes vienam ar kitam terminui suteikia autoriai. Abu terminai, verčiami iš anglų į lietuvių kalbą, reiškia „skubus“, tačiau jų esmė skirtinga, ir galiausiai prasmė suprantama tik iš konteksto. Medicinos žodyne (Medical Dictionary, 27th Edition, 1988) terminas *urgency* verčiamas kaip staigus įtikinamas noras šlapintis. Mokomuosiuose šaltiniuose (https://medical.mit.edu/services/urgent-care) terminas *urgentinė pagalba* (angl. *urgent care)* įvardijamas kaip ambulatorinės pagalbos kategorija, reikalaujanti, kad būtų nedelsiant teikiama nesudėtinga pagalba, nepriskirta teikti stacionaro sąlygomis. Skubios (urgentinės) pagalbos centruose teikiama pagalba apima tokias situacijas kaip patempimai, nušalimai, sumušimai, nubrozdinimai ir kiti panašūs sužalojimai. Urgentinei pagalbai suteikti reikia atlikti radiologinius ir įprastus kraujo tyrimus. Tokie skubios pagalbos centrai išsiskiria iš panašių ambulatorinių sveikatos priežiūros centrų mažesne įrangos, gydymo sąlygų apimtimi ir dažniausiai neveikia visą parą (Rodak, 2013). Todėl *urgentinės pagalbos* terminas gali būti vartojamas dvejopa prasme. Pirmu atveju – tai ambulatorinio lygmens sveikatos priežiūros institucijų teikiama SMP paslauga (Models of International Emergency Medical Service systems, 2009). Antru, labai retu, atveju *urgentinės pagalbos* sąvoka dar vartojama chirurginių operacijų eilės tvarkai (pirmumui ir skubumui) nustatyti.

Medicinos žodyne (Medical Dictionary, 27th Edition, 1988) anglų kalbos terminas *immediate* verčiamas kaip „tiesioginė pagalba, be niekieno įsikišimo, suteikiama nedelsiant“. *Immediate care* – verčiama kaip „artimiausia, neatidėliotina priežiūra“. Daugelio tai suprantama kaip pagalba, teikiama nedelsiant ar neatidėlio-

jant, savo apimtimi yra labiau panaši į aukščiau aprašytą „*urgent care*“, tačiau pasaulyje pirmiausia teikiama bendrosios praktikos gydytojų, kurie yra ar turėtų būti „arčiausiai“ paciento, kad galėtų „nedelsiant“ suteikti minimalios apimties ir nesudėtingą pagalbą dažniausiai visuomenei pasitaikančiais atvejais – dėl sumušimų, patempimų, nedidelių įpjovimų, staigaus karščiavimo ir pan. Tai pagalba, teikiama vaikštantiems pacientams, kurie gali ateiti pas bendrosios praktikos gydytoją, dėl šios pagalbos netikslinga gaišti laiko priėmimo skubios pagalbos skyriuose (http://immedcare.com/).

Dar vienas terminas, vartojamas SMP apibūdinti – *ekstra*. Medicinos žodyne (Medical Dictionary, 27th Edition, 1988) terminas *ekstra* verčiamas kaip „papildymas, papildomas arba išorėje“. *Extra care* verčiama kaip „papildoma pagalba ar priežiūra“ ir suprantamas kaip sveikatos priežiūros paslaugos ar pagalba, teikiama vyresnio amžiaus žmonėms namuose arba specialiose įstaigose, siekiant užtikrinti jų patogų ir orų gyvenimą senatvėje (http://extra-care.org/). Lotynų kalba *extra* reiškia „skubu“ arba „skubiai“. Matyt, todėl nelietuviškas terminas *ekstrinė pagalba*, medikų dažnai vartojamas medicinos pagalbos skubumui įvardyti, plačiai paplitęs medikų bendruomenėje ir žinomas visuomenėje. Tačiau terminas *ekstrinė pagalba* nėra ekvivalentas terminui *skubi medicinos pagalba*, ir praktinis jo vartojimas labiau apsiriboja nustatant operacijų atlikimo eilės tvarką. Dažnai terminas *ekstra tvarka* pavartojamas chirurgijoje, nusakant operacijos atlikimo pradžios laiką. Tačiau jis yra gana netikslus, nes *ekstra* tvarka operacija gali būti atlikta po valandos, dviejų valandų arba net po paros (ekstrinė atidėta operacija). Šiuo metu terminas *extra* laikomas buvusios tarybinės medicinos mokyklos palikimu ir įneša daugiau netikslumo nei mokslinės ar praktinės naudos.

Mokslininkai SMP sąvokas aiškina nevienodai. V. Janušonis (2008) pažymi, kad, remiantis septyniomis sveikatos apibrėžimų grupėmis, skubią medicinos pagalbą būtų galima priskirti proceso ir gyvybiškumo mato grupėms. V. Janušonis (2008) taip pat akcentuoja, jog grupiniai sveikatos apibrėžimai turi nemažai trūkumų kaip apibrėžimuose vartojamų sąvokų įvertinimo problema. Kai kurie mokslininkai (Sanchez, Hirzel ir kt., 2013) teigia, kad SMP yra esminė dalis bet kokioje išvystytoje sveikatos priežiūros sistemoje ir ji apima visas medicinos sritis (medicinos profilius). Tai reiškia, kad bet kuri medicinos sritis platesniu požiūriu (terapija, chirurgija, ginekologija ir kt.) ar siauresniu požiūriu pagal medicinos profilius (kardiologija, neurologija, endokrinologija, traumatologija ir kt.) apima ligas ir būkles, kurios yra priskirtinos kažkuriai SMP kategorijai. SMP terminų sampratos pateiktos 1 lentelėje.

1 lentelė. SMP sąvokų apibrėžimai

Terminas	Sąvoka	Autorius / šaltinis
Skubi medicinos pagalba (angl. *emergecy care*)	Nelauktas ar staigus įvykis, nelaimingas atsitikimas, skubus ar neatidėliotinas poreikis.	Medical Dictionary, 27th Edition, 1988
	Pacientų, kurių sužalojimai ar ligos kelia grėsmę jų gyvybei, stabilizavimas.	K. Forslund (2007)
	Kvalifikuota asmens sveikatos priežiūros paslauga, kuri teikiama nedelsiant gydytojo arba gydytojo kartu su kitais asmens sveikatos priežiūros specialistais.	K. Kocher (2010)
	Stacionarizavimas dėl pavojaus žmogaus gyvybei ar ilgalaikio sveikatos sutrikimo, gali būti reikalinga kelių lygių sveikatos priežiūros paslaugų dalyvių pagalba.	K. Rodak (2013);
Skubi medicinos pagalba (angl. *urgent care*)	Ambulatorinės pagalbos kategorija, reikalaujanti, kad būtų nedelsiant teikiama nesudėtinga pagalba, nepriskirta teikti stacionaro sąlygomis.	https://medical.mit.edu/services/urgent-care; K. Rodak (2013); Models of International Emergency Medical Service Systems (2009)
Skubi medicinos pagalba (angl. *immediate care*)	Artimiausia, neatidėliotina priežiūra (teikiama bendrosios praktikos gydytojų).	Medical Dictionary, 27th Edition, 1988
	Pagalba, teikiama vaikštantiems pacientams.	http://immedcare.com/
Skubi medicinos pagalba (angl. *extra care*)	Papildoma pagalba ar priežiūra.	Medical Dictionary, 27th Edition, 1988
	Pagalba, teikiama vyresnio amžiaus žmonėms namuose arba specialiose įstaigose, siekiant užtikrinti jų patogų ir orų gyvenimą senatvėje.	http://extra–care.org/

Šaltinis: sudaryta autoriaus.

Apibendrinant nagrinėtas ir 1 lentelėje pateiktas sąvokas galima teigti, kad tiek moksliniu, tiek praktiniu požiūriu SMP sąvoką labiausiai atitinka anglų kalbos terminas Emergency care, apimantis šiuos veiksnius:

- *įvykio netikėtumas;*
- *sveikatos būklės sunkumas (gresia pavojus paciento gyvybei);*
- *pagalbos teikimo skubumas (poreikis teikti nedelsiant, neatidėliojant);*
- *pagalbos teikimo kvalifikuotumas (poreikis kvalifikuotos priežiūros, stacionarinių paslaugų).*

Autorius pateikia SMP sąvoką, kuria toliau bus vadovaujamasi darbe: ***Skubi medicinos pagalba*** *– tai kvalifikuota medicinos pagalba, kuri teikiama dėl netikėto, sunkaus sveikatos būklės sutrikimo per kiek įmanoma trumpesnį laiką. Kiti terminai – urgent care, immediate care, extra care, – verčiami kaip „skubi medicinos pagalba", neapima visų ankščiau apibūdintų veiksnių.*

***

Apibendrinus skubios medicinos pagalbos raidos etapus – medicinos pagalba pavieniais atvejais, karo medicinos atsiradimas, karinės SMP sistemos formavimasis bei civilių SMP sistemos formavimasis – galima teigti, kad didelę įtaką SMP vystymuisi darė nenutrūkstamai vykę karai ir su tuo susijusi sužeistų karių priežiūra. XX a. susiformavusi civilių SMP sistema charakterizuojama kaip Lietuvos SMP sistemos kūrimosi pagrindas.

SMP sąvokų aiškumas atskleidžiamas per praktinę veiklą. Nors užsienio mokslinėje literatūroje anglų kalba vartojami terminai emergency care, urgent care, immediate care ir extra care vartojami skubiai pagalbai apibrėžti, tačiau tik terminas emergency care apima visus SMP sampratą apibūdinančius veiksnius. Galima teigti, jog ***skubi medicinos pagalba*** *– tai kvalifikuota medicinos pagalba, teikiama dėl netikėto, sunkaus sveikatos būklės sutrikimo per kiek įmanoma trumpesnį laiką.*

Kadangi nėra vieno geriausio metodo, kaip valdyti SMP, tai būtina įvertinti jau žinomas valdymo kryptis. Valdymo teorijos, kurių kontekste pasirinkta analizuoti SMP valdymą, sieja pastarąją discipliną su nelaimingų atsitikimų bei ligų prevencija, pasirengimą joms bei veikimą esant gyvybei ir sveikatai pavojingoms situacijoms. Valdymo teorijų pritaikomumas sveikatos priežiūros įstaigoms valdyti leidžia pamatyti, kokiais principais yra organizuojamas darbas SMP sistemoje.

1.2. Skubios medicinos pagalbos sistemos valdymas

Pagrindinis sveikatos vadybininkų tikslas, kaip teigia A. D. Kaluzny ir S. M. Shortellio (2006), padėti išlaikyti ir sustiprinti gyventojų sveikatą. Pasaulinė praktika rodo, kad sveikatos priežiūros vadybininkai remiasi valdymo teorijomis, kuriomis vadovaujamasi apskritai visame organizacijų valdymo moksle, tačiau priklausomai nuo organizacijos vykdomos veiklos jose taikomi skirtingi principai. Teigiama (Olumn, 2004), kad tie vadovai, kurie savo kasdieniame darbe taiko keletą valdymo teorijų, turi daugiau galimybių savo organizacijai, veiksmingiau ir efektyviau pasiekia tiek individualius, tiek ir visos organizacijos tikslus. Išskiriami trys pagrindiniai valdymo tikslai:

- Užtikrinti organizacijos tikslų ir uždavinių įgyvendinimą su mažiausiomis sąnaudomis ir minimaliausiais nuostoliais.
- Tinkamai pasirūpinti darbuotojų sveikata, gerove ir sauga.
- Apsaugoti organizacijos išteklius, įskaitant ir žmogiškuosius.

Valdymo teorijų ar jų paskirų aspektų taikymas gali būti naudingas valdant žmogiškuosius išteklius, laiku ir tinkamai priimant sprendimus, teikiant kokybiškas paslaugas, kuriant organizacines struktūras ir pagrindžiant kitas SMP sistemos valdymo veiklas. Viena kuria nors valdymo teorija, kuri galėtų visapusiškai atskleisti SMP sistemos vykdomas veiklas, remtis negalima, kadangi SMP sistemos valdymas yra susijęs su priežastinių kintamųjų gausa. Todėl ieškant teorinio SMP sistemos valdymo pagrindimo analizuotos ne tik klasikinės, bet ir šiuolaikinės valdymo teorijos: profesionaliosios biurokratijos teorija, situacinė valdymo teorija, įrodymais grįsto valdymo teorija, visuotinės kokybės vadybos teorija, sistemų teorija.

Profesionaliosios biurokratijos valdymo teorija. Sveikatos priežiūros organizacijos yra sudėtingi sisteminiai dariniai, sudaryti iš pavienių individų, kurie savo ruožtu sudaro įvairias veiklos grupes, deklaruojančias savo interesus, įsitikinimus, vertybes ir pageidavimus. Sveikatos priežiūros įstaigos paprastai atstovauja tradiciniams veiklos organizavimo modeliams. Ligoninės laikomos sudėtingos struktūros organizacijomis su įvairiomis specialistų grupėmis: vadovais, administratoriais, gydytojais, slaugytojais, paramedikais, pagalbiniais darbininkais ir pan. Darbas ligoninėse paprastai pabrėžia santykį tarp profesijos ir biurokratijos. Valstybinės ir viešosios sveikatos priežiūros organizacijos neretai vertinamos kaip profesionaliosios biurokratijos atstovės su biurokratine valdymo struktūra (Isossari, 2011). Profesionaliosios biurokratijos teorija vadybos moksle priskiriama klasikinėms valdymo teorijoms.

Remiantis H. Minzbergu (1983, 1992), profesionaliajai biurokratijai yra būdinga centralizacija ir decentralizacija. Darbas yra stabilus ir standartizuotas, todėl iš anksto numatomi rezultatai. Standartizacija pabrėžia žinių galią, specialistų mokymą, užtikrinant aukštą tokių specialistų darbo kontrolę. Paprastai aukštos kvalifikacijos specialistai turi galią daryti poveikį administracijos sprendimams toje srityje, kuri tiesiogiai apima specialisto darbą. Padalinių (šiuo atveju ligoninės) struktūra yra autonomiška (decentralizuota) ir gali priimti savarankiškus sprendimus vienoje ar kitoje situacijoje. Įvairios situacijos, pasitaikančios gydymo įstaigose gydant pacientus, neretai priklauso nuo gydytojų profesionalų, o ne nuo ligoninės administracijos, kuri yra tiesiogiai atsakinga už visų profesionalių gydytojų darbą, tad gydytojams profesionalams, atliekantiems konkrečią užduotį, suteikiama autonomija (Nang Phan, 2013).

Profesionalioji biurokratija unikali tarp visų H. Mintzbergo suskirstytų penkių kategorijų. Tokią biurokratiją galima vadinti demokratiška – suteikiančia galios savo darbuotojams, t. y. profesionaliems medikams. SMP srityje dirbantys medikai – aukš-

to profesionalumo lygio darbuotojai. Šių specialistų pagrindinė funkcija – besąlygiškai teikti SMP, ištikus skubios pagalbos atvejams. Šie specialistai yra tiesiogiai susiję su savo organizacija (šiuo atveju ligonine arba kito pobūdžio gydymo įstaiga, teikiančia SMP paslaugas), kurioje veikla yra daugiau ar mažiau centralizuota, tačiau jų darbo principai leidžia reikiamu laiku ir reikiamoje vietoje priimti atitinkamus sprendimus, kurie padėtų išsaugoti paciento gyvybę, arba priimti sprendimai sustabdytų nepageidautinus ligos reiškinius. Suteikta autonomija priimti sprendimus leidžia medikams patiems tobulinti savo įgūdžius ir taikyti juos asmens sveikatai ar gyvybei pavojingose situacijose. Taigi suteikta autonomija leidžia SMP medikams tobulinti savo įgūdžius be tam tikrų trukdžių. Profesionalioji biurokratija palaiko aukštą darbuotojų profesionalumo lygį, o tai keičia darbuotojų elgseną, jiems nereikia daugybės taisyklių ir procedūrų, reglamentuojančių jų elgesį (Mintzberg, 1992).

Tuo tarpu gydymo įstaigos administracija kontroliuoja ir vertina SMP srityje dirbančių profesionalų darbą per jų pasiektus rezultatus, vadinasi, atlieka centralizavimo funkciją. Ligoninės administracija prižiūri, koordinuoja bei organizuoja SMP medikų darbą, kontroliuoja, kaip atliekamos organizacijai pavestos užduotys. Skubios pagalbos srityje dirbantys medikai organizuoja savo darbą, remdamiesi savo profesinėmis bei specialiosiomis žiniomis, tačiau derina savo atliekamą darbą prie konkrečios hierarchinės struktūros, t. y. konkrečios ligoninės (Muntlin, 2009).

Situacinė valdymo teorija. Situacinė valdymo teorija grindžiama organizacijos tikslų įgyvendinimu esant įvairioms situacijoms arba aplinkybėms (Stoner, 2006). Situacija yra suprantama kaip aplinkybių visuma, kuri konkrečiu laiku daro poveikį organizacijai. Remiantis šiuo teoriniu požiūriu, SMP sistemos valdymas turi būti itin lankstus bei sugebėti tinkamu laiku ir tinkamoje vietoje rasti tinkamą sprendimą problemai spręsti. Vadovaujantis šia teorija, organizacijos darbo rezultatai priklauso nuo aplinkos aspektų, t. y. nenumatytų aplinkybių bei įstaigos organizacinės struktūros. C. Kathan-Selckas (2007) išskiria šiuos esminius situacinės teorijos komponentus: užduoties aplinka, organizacijos struktūra ir organizacijos veikla.

Užduoties aplinka – tai priemonės, kuriomis bus siekiama pagrindinio tikslo. Teikiant SMP tai gali būti: medicinos personalas, specializuotas transportas, atitinkami medikamentai ir įranga. Šioje vietoje argumentuotam vienos ar kitos gydymo taktikos pasirinkimui ar įrangos naudojimui skiriamas ypatingas dėmesys.

Organizacinė struktūra – bendruoju požiūriu turi atskirti organizacijos padalinių pagrindinius uždavinius ir paskirstyti užduotis atitinkamiems darbuotojams. Vėliau šios dalinės užduotys turi būti integruotos į visuomenę siekiant bendro tikslo. Sveikatos priežiūros įstaigų intensyviosios terapijos skyrių vienas pagrindinių tikslų yra teisingai diagnozuoti priimamų pacientų būklę. Galimi specialistai diagnostikos procese: reikiamo profilio gydytojai, slaugytojai, rentgeno, diagnostikos kabinetų, laboratorijos specialistai ir pan. Visų specialistų atliekamas užduotis būtina organizuoti darniai, kad būtų pasiekiamas tikslas – pacientui suteikiama reikalinga pagalba. Taigi

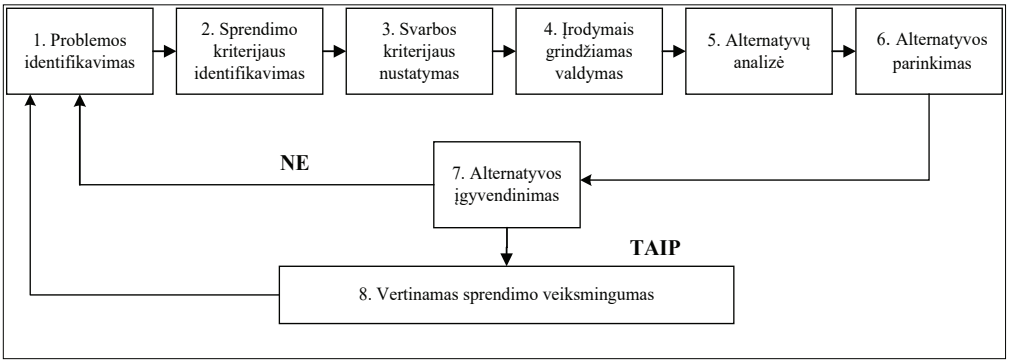
organizacinė struktūra – tam tikri mechanizmai, galintys diferencijuoti ir reintegruoti atliekamas užduotis. Joje matyti visi reikalingi elementai: atliekamos užduoties diferencijavimas, koordinavimas, standartizavimas ir kt. (atliekamos procedūros remiantis tam tikrais standartais).

Organizacijos veikla – sveikatos priežiūros įstaigose gali būti įvairiausių veiklos formų, t. y. nuo gydymo įstaigų atliekamo administracinio darbo iki specializuotų gydymo paslaugų teikimo.

C. Kathan-Selckas (2007) siūlo SMP sistemos valdyme, atsižvelgiant į situacinės teorijos taikymą, išskirti šiuos elementus: kokybišką priežiūrą, priežiūros kainą ir pacientų gyvenimo kokybę. Kiekvienas elementas tarpusavyje yra glaudžiai susijęs bendram tikslui pasiekti. Tokiu atveju PSPS teikiamos paslaugos orientuotos į klinikinį, ekonominį, socialinį veiksmingumą ir teikiamų paslaugų kokybę.

Įrodymais grįsto valdymo teorija. Įrodymais grįsto valdymo (ĮGV) teorija skatina sveikatos priežiūros įstaigų vadovus ištirti mokslines teorijas bei prielaidas ir taikyti jas praktikoje. Tačiau kai kurie mokslininkai perspėja, kad vadovai, priimantys atitinkamus sprendimus, turėtų kritiškai vertinti valdymo srities empirinius tyrimus (Hewison, 2004; Russeau, Manning, Denyer, 2008). V. Janušonis (2011), atlikęs įrodymais grįsto sveikatos priežiūros organizacijų valdymo tyrimą, akcentuoja ĮGV sprendimų sveikatos priežiūros organizacijose priėmimo sudėtingumą ir didelę atsakomybę dėl jų rezultatų. ĮGV teorijos pastaraisiais metais sparčiai vystosi sveikatos priežiūros srityje ir taiko principą, kad sveikatos priežiūros įstaigų vadovai turėtų remtis moksliniais įrodymais, siekdami efektyvių darbo rezultatų. Taip galima veiksmingiau rūpintis pacientais (Kovner, Fine, Aquila, 2009). ĮGV pamažu vystosi slaugos, visuomenės sveikatos, sveikatos politikos formavimo ir kitose sveikatinimo srityse.

SMP veikla pasižymi sudėtingu ir greitu darbo tempu, tad skubus sprendimų priėmimas kelia klausimus: kokį sprendimą priimti, ar priimtas sprendimas yra teisingas ir kt.? Kaip teigia D. M. Rousseau ir E. G. Barendsas (2011), ĮGV yra sprendimų priėmimo procesas, kai derinamas kritinis mąstymas, naudojami geriausi turimi mokslo įrodymai ir praktinė patirtis. ĮGV gali būti suprantamas ir kaip procesas, turintis tam tikrus etapus: mokslinio klausimo formulavimą, mokslinio tyrimo rezultatų ir įrodymų rinkimą, tyrimo kokybės vertinimą ir pritaikomumą praktikoje. Sprendimų ĮGV teorija sveikatos priežiūros srityje rodo, kad sprendimų priėmimas yra procesas, o ne paprastas aklas pasirinkimas tarp alternatyvų. Pasak A. R. Kovnerio ir kt. (2009), ĮGV susideda iš keleto elementų, pateiktų 3 paveiksle.



3 pav. Sprendimų priėmimo procesas įrodymais grįsto valdymo srityje
Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal A. R. Kovner ir kt. (2009).

Sprendimo priėmimo procesas prasideda nuo problemos identifikavimo. Sprendimų priėmėjas naudoja įvairaus pobūdžio informaciją, reikalingą konkrečiam tyrimui atlikti, ją identifikuoja, nustato, ką reikėtų ištirti pirmiausia, ieško galimų tyrimo alternatyvų, jas analizuoja bei įgyvendina. Vėlesniuose sprendimo priėmimo etapuose kliniškai vertinamas sprendimo veiksmingumas. Esant veiksmingam sprendimui vėl grįžtama prie pirmo etapo kitoms problemoms spręsti.

ĮGV reikalauja naujų įgūdžių iš medicinos personalo. Svarbiausias gebėjimas – ieškojimas aktualių empirinių įrodymų, kuriais remiantis būtų galima nuspręsti, kokį gydymo metodą pasirinkti. Pasitelkus įrodymais grindžiamus kriterijus, sveikatos priežiūros sistema gali tam tikra prasme valdyti sudėtingus atvejus, kurie iškyla sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procese. V. Janušonis (2011) nurodo, kad sveikatos priežiūros sistema, deklaruojanti ĮGV, turi turėti:

- sveikatos priežiūros vadybininkų komandą;
- tinkamą ir efektyvią sveikatos priežiūros struktūrą;
- sveikatos priežiūros kokybės vadybos sistemą;
- sveikatos priežiūros akreditavimo (licencijavimo) sistemą;
- kompetentingą sveikatos priežiūros audito sistemą;
- naujų technologijų ir inovacijų vertinimo bei diegimo sistemą;
- žmogiškųjų išteklių (sveikatos priežiūros vadybininkų) rengimo sistemą;
- griežtą paslaugų teikėjų (sveikatos priežiūros organizacijų) ir paslaugų mokėtojų (ligonių kasų) funkcijų atskyrimą;
- skaidrią ir aiškią išteklių paskirstymo sistemą.

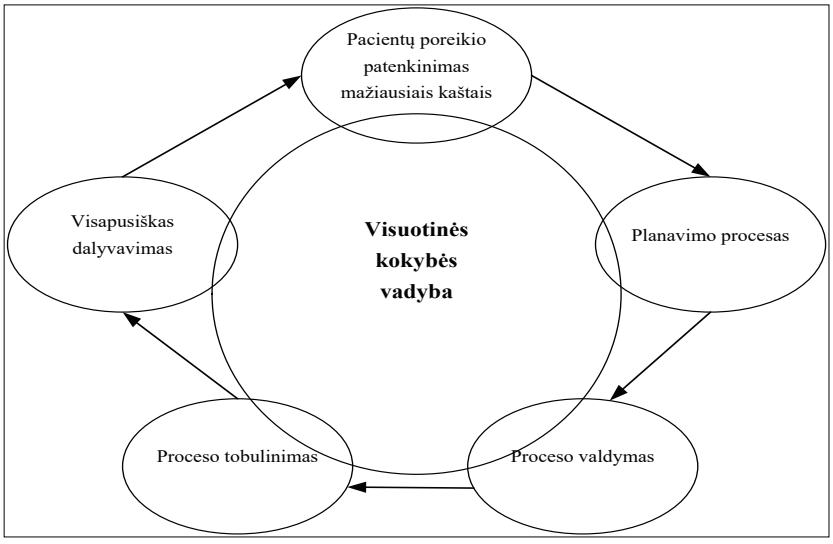
Kaip pavyzdį šiai teorijai iliustruoti galima pasitelkti keturis SMP sistemos valdymo principus – prevencijos, pasirengimo, reagavimo ir pagalbos teikimo (gydymo). Įvardytų keturių principų teorinio modelio išbandymas praktikoje leidžia šį modelį naudoti kaip pagrindą SMP organizuoti valstybiniu mastu (Malcom, 2010).

Visuotinės kokybės vadybos teorija. Visuotinė kokybės vadyba (VKV) laikoma vadybos teorijos metodologija, kurios tikslas – tobulinti visus organizacijos veiklos aspektus tam, kad gerinant paslaugų kokybę ir mažinant kaštus būtų kuo geriau patenkinti klientų poreikiai (Vanagas, 2008). G. Patelis (2008) teigia, jog konkurencinga aplinka nepalieka vietos klaidoms, todėl reikia džiaugtis klientais ir atsakingai ieškoti naujų būdų, kaip patenkinti jų lūkesčius.

Sveikatos priežiūros kokybė – gyvybiškai svarbus elementas sveikatos priežiūros institucijose. Ligoninės ir kitos sveikatos priežiūros institucijos laipsniškai įgyvendina VKV, mažindamos išlaidas, gerindamos teikiamų paslaugų veiksmingumą, teikdamos aukštos kokybės pacientų priežiūros paslaugas. VKV ligoninėse apima ne tik pacientų pasitenkinimą teikiamomis paslaugomis, bet ir strateginį planavimą bei lyderystę, nuoseklų siekiamų rezultatų vykdymą, personalo mokymąsi, nuolatinį veiklos tobulinimą, faktinį požiūrį į sprendimų priėmimą ir pan. (Patel, 2008).

Atlikti tyrimai rodo, kad pagrindinis veiksnys, skatinantis nusiskundimus dėl SMP teikimo – ilgas paslaugų laukimo laikas. Pastebimas tam tikras atotrūkis tarp sveikatos priežiūros specialistų idealo ir SMP realybės. Kokybės vadybos kliūtys, teikiant SMP, gali būti sumažintos tobulinant specialistų komandinį darbą, vystant atitinkamas lyderių savybes, gaunant išorinę paramą bei stiprinant SMP organizavimą (Muntlin, 2009). VKV strateginis planavimas SMP srityje apima tokius veiksnius: kintančios pacientų priežiūros sistemos, reikalingos medicininės įrangos įsigijimas, komandinių santykių sukūrimas tarp medicinos personalo teikiant SMP paslaugas ir pan. (Patel, 2008).

VKV modelis SMP kontekste pateikiamas 4 paveiksle.



4 pav. Visuotinės kokybės vadybos modelis SMP veikloje
Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal P. Vanagas (2008).

Kokybės užtikrinimas – planuojami sistemingi veiksmai, už kuriuos atsakinga tiek ligoninės administracija, tiek komandoje dirbantys medikai. Kokybės užtikrinimas suprantamas kaip: vidaus auditas, veiklos tobulinimas, personalo, dirbančio SMP srityje, mokymas, klientų diagnostinių tyrimų analizė, medicininių pretenzijų sprendimas ir panašūs atvejai. Norint užtikrinti SMP teikiamų paslaugų kokybę, reikia siekti, kad tinkami veiksmai būtų atliekami reikiamu laiku ir vietoje, nuolat gerinama klinikinių intervencijų kokybė. Planuotai nustatomos SMP tobulinimo sritys yra pirmas žingsnis tolesniems kokybiškiems sprendimams priimti.

Sistemų teorija. Sistemų teorija vadybos moksle orientuota į sudėtingus organizacijų tarpusavio santykius. Sistema sudaryta iš nuolat bendraujančių, tarpusavyje susijusių organizacijų ar grupių, kurios sudaro besiformuojančią visumą. Sistemų teorija apima labiau holistinį požiūrį ir telkia dėmesį į bendrus darbo organizavimo, organizacijų tarpusavio santykius bei darbuotojų, kurie tarpusavyje sąveikauja, elgesį organizacijose. Sistemų teorija padeda suprasti skirtumus tarp individų, grupių, organizacijų, bendruomenių, didesnių socialinių sistemų, jų sąveikavimą tarpusavyje ir žmogiškojo veiksnio indėlį jose. Pati savaime ši teorija yra gana plati pagal esmę ir supratimą, leidžia organizacijų vadovams koordinuoti organizacijose veikiančius veiklos planus ir darbą organizuoti kaip kolektyvinę visumą dėl bendro organizacijos tikslo (Enock, 2005). Sistemų teorijos pagrindiniai elementai, kurių pagrindu ji veikia ir kuria organizacijai vertę, pateikti 2 lentelėje.

2 lentelė. Sistemų teorijos pagrindiniai elementai

Sistemų teorijos elementai	Organizacijai kuriama vertė
Ribos	Įsivaizduojama linija aplink sistemą, kuri reguliuoja informacijos ar išteklių srautą iš organizacijos ar į ją
Centras	Sistema, kurioje susitelkiama kurti bendras paslaugas
Subsistema	Sistemos centro išorė, jos aplinka, t. y. viskas, kas vyksta sistemos išorėje
Atvira sistema	Sistemų informacijos ar išteklių pasikeitimas tarpusavyje ir informacijos tekėjimas iš organizacijos ir į ją

Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal K. Enock (2005).

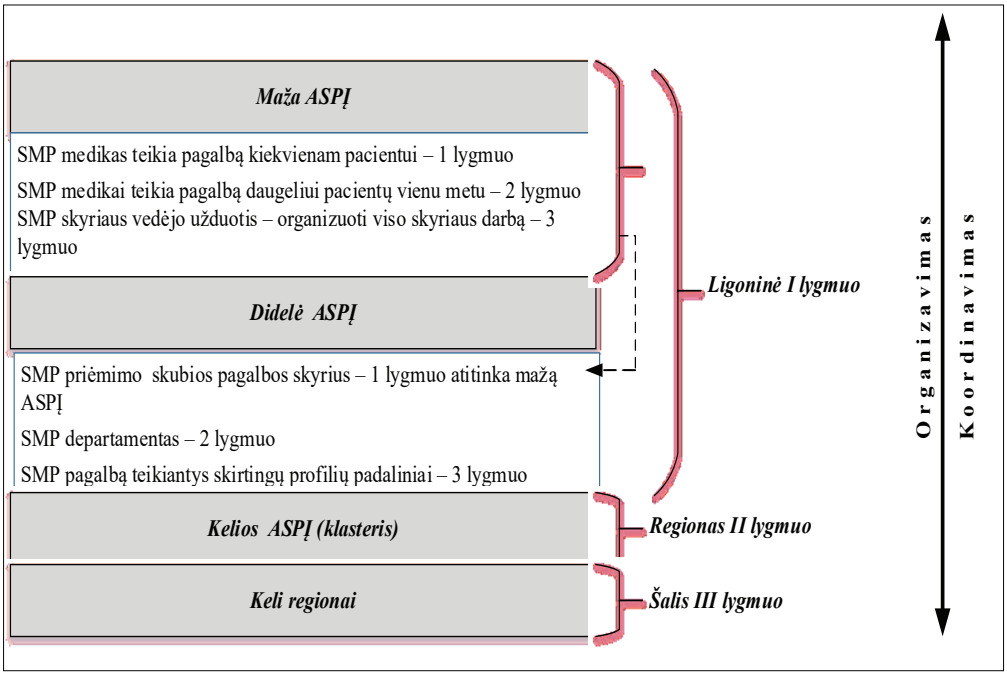
SMP sistema atitinka sistemos teorijos pagrindinius elementus, įvardytus 2 lentelėje. Organizaciniu požiūriu SMP gydymo įstaigoje organizuojama trimis skirtingais lygmenimis (5 pav.):

1. Pirmas lygmuo: SMP medikai teikia pagalbą konkrečiam pacientui.

2. Antras lygmuo: SMP medikai teikia pagalbą daugeliui pacientų vienu metu. Šioje vietoje gydytojas ne tik teikia pagalbą, bet ir tam tikra prasme vadovauja bei skirsto prioritetus visam likusiam personalui, kokius veiksmus reikėtų atlikti;

3. Trečias lygmuo: SMP skyriaus vedėjo užduotis – organizuoti viso skubios pagalbos skyriaus darbą, pvz., išteklių paskirstymą, laiko planavimą ar pan. (Smith, Feied, 1999).

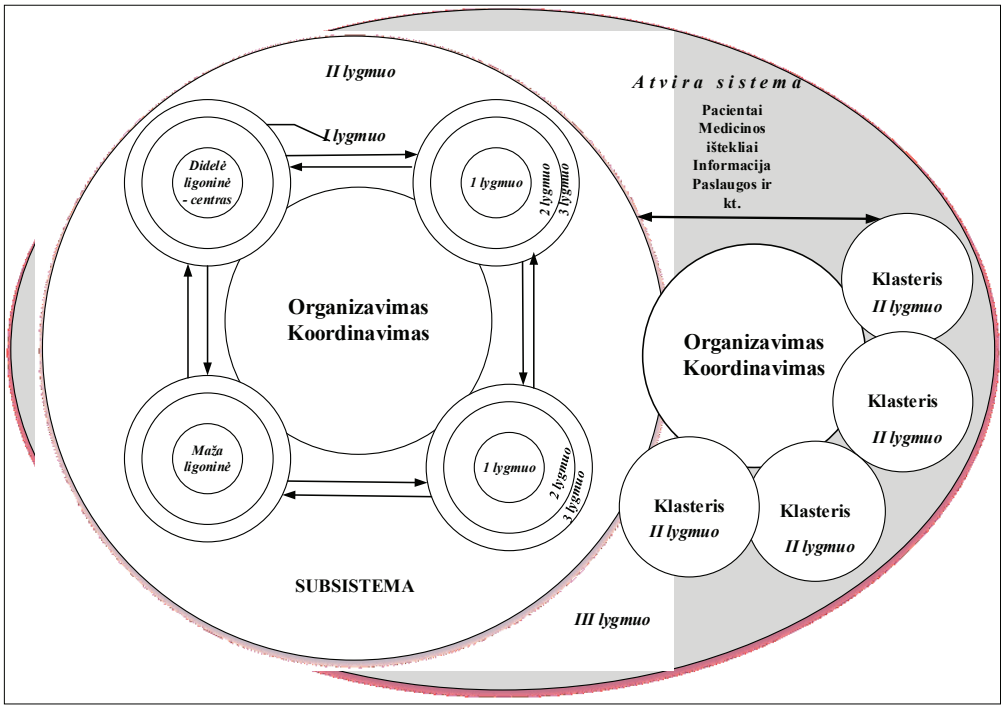
SMP organizavimo lygmenys pateikti 5 paveiksle.



5 pav. SMP organizavimo lygmenys

SMP skyriai – ligoninės padaliniai, kuriuose pacientui suteikiama paslauga, o ją gavęs pacientas išeina. SMP skyriai ligoninėse vertinami kaip klinikiniai padaliniai, į kuriuos pacientai patenka su ūmiais sveikatos sutrikimais ir iš jų išleidžiami, kai paciento būklė yra ištirta, įvertinta ir stabilizuota. Taip susikuria natūrali pacientų migracijos sistema. Tačiau yra pacientų, kurie iš Intensyviosios terapijos skyriaus perkeliami į kitą ligoninės skyrių ar kitą ligoninę. Tokiu atveju pacientai migruoja į kitas gydymo įstaigas, vadinasi, pacientas patenka į kitą gydymo ar priežiūros sistemą, kurios tarpusavyje susijusios (Smith, Feied, 1999). Trijų lygmenų SMP organizavimas ligoninėje (didelėje ar mažoje), kaip atskiroje sistemoje, šalies mastu atitinka ligoninės, arba SMP organizavimo I lygmenį. Gydymo įstaigų klasteris – sujungtos regioninės gydymo įstaigos – regiono, arba SMP organizavimo II lygmuo. Šalies, arba SMP organizavimo III lygmuo suprantamas kaip sistema – ligoninių tinklas (insultų, traumų, infarktų, onkologijos), kuriame teikiama konkreti (specifinė) būtinoji medicinos pagalba, kitaip tariant, specializuotos medicinos paslaugos. SMP organizavimas

ne tik ligoninėje, bet ir regione bei apskritai visos šalies mastu, ko gero, yra vienas iš geriausių pavyzdžių, kaip gali veikti sistemų teorijos aukštesniame lygmenyje, jau ne organizacijos, bet šalies mastu. SMP klasterių sistemos modelis pateiktas 6 paveiksle.



6 pav. SMP klasterių sistemos modelis

Klasterių sistemos (6 pav.) esmė – dinamiškas ryšys tarp klasterių ar atskirų sveikatos priežiūros institucijų tam tikroje geografinėje erdvėje, kad būtų optimizuoti turimi ištekliai sveikatos priežiūrai ir laiku suteikiama reikiama pagalba pacientui. Klasterinėje sistemoje ribos suvokiamos per tai, kaip tarpusavyje gydymo centrai keičiasi reikalingais informacijos, medicinos ištekliais, paslaugomis ir kt.

Klasteriams būdinga tai, kad juose sutelktos įmonės konkuruoja tarpusavyje, bet kartu ir bendradarbiauja tose srityse, kuriose galima išlaisvinti bendrų veiksmų sinerginius efektus (pvz., bendri tyrimų-plėtros darbai) (Jusevičius, 2012). Klasterių sistemoje veikiantiems gydymo centrams lengviau gauti reikiamą informaciją, susijusią su ligonio būkle, tyrimais ir gydymo eiga. Informacijos srauto tekėjimas klasterio sistemoje naudingas ir tarp atitinkamos srities gydytojų, kai klasterių sistema leidžia medikams bendradarbiauti bei konsultuotis tarpusavyje, priimant vienokį ar kitokį sprendimą (atvira sistema, ribos). Ligoninių klasterių sistemoje veikiančiais gydymo

centrais įvardijamos suskirstytos geografinės vietos, kuriose koncentruojasi siauros specializacijos gydytojai ir kuriose dėl sudarytų darbo sąlygų bei išteklių jiems patogiausia dirbti. Taip pacientams sudaromos sąlygos laiku ir vietoje gauti reikalingą medicinos pagalbą. Atvirai sistemai prilygintini klasterių sistemoje esantys gydymo centrai. Jie bendradarbiauja su vienodo ir skirtingo lygmenų asmens sveikatos priežiūros įstaigomis konsultacijų, ligonių transportavimo, tyrimų ir kitose srityse.

Taigi sistemų teoriją galima suprasti kaip tam tikrą ryšį tarp visumos komponentų, kuriuos sudaro skirtingos organizacijos ir skirtingų mokslo sričių disciplinos. Susistemintos valdymo teorijos pagal kriterijus pateiktos 3 lentelėje.

3 lentelė. Valdymo teorijos pagal kriterijus

Valdymo kriterijai / teorijos	Profesionaliosios biurokratijos teorija	Situacinė teorija	Įrodymais grįsto valdymo teorija	VKV teorija	Sistemų teorija
Atliekamas darbas	Stabilus ir standartizuotas	Priklauso nuo situacijos	Privalo būti pagrįstas įrodymais	Kokybiškas paslaugų teikimas	Svarbus kolektyviškumas
Bendradarbiavimas	Bendradarbiavimas: medikai – medikai, medikai – administracija	Darnus medikų komandos bendradarbiavimas, teikiant skubią pagalbą	Bendradarbiaujama tiek atliekant tyrimus, tiek išbandant juos praktikoje	Vadovų ir pavaldinių partnerystė, siekiant patenkinti paciento poreikius	Bendradarbiaujama tiek ligoninės viduje, tiek su skirtingo lygmens gydymo įstaigomis
Centralizacija	Personalas tiesiogiai pavaldus ligoninės administracijai. Sprendimai dėl ligonių gydymo priimami gydytojų	–	–	–	Siaurų profilių specialistų centralizacija atskirose gydymo įstaigose
Decentralizacija	Personalas savarankiškai organizuoja veiklą nustatytoms užduotims atlikti	Savarankiškai organizuoja veiklą nustatytoms užduotims atlikti	Tyrimai atliekami nepriklausomai nuo ligoninės administracijos	Sprendimai priimami decentralizuotai	Sprendimai priimami decentralizuotai

Valdymo kriterijai / teorijos	Profesionaliosios biurokratijos teorija	Situacinė teorija	Įrodymais grįsto valdymo teorija	VKV teorija	Sistemų teorija
Koordinavimas	Administracija – medikai; medikai – skubi pagalba	Gydytojai koordinuoja viso personalo, teikiančio skubią pagalbą, darbą	Koordinuoti pavedama tiriamojo darbo vadovui	Pagrindiniai VKV koordinavimo principai pavedami ligoninės administracijai	Darbas koordinuojamas ligoninės viduje ir tarp kitų gydymo įstaigų
Žmogiškieji ištekliai	Profesionalūs medikai	Profesionalūs, nuolat besimokantys medikai	Profesionalūs, nuolat besimokantys medikai	Profesionalūs medikai, nuolat besimokantys medikai	Profesionalūs medikai, nuolat besimokantys medikai
Standartizavimas	Veikla griežtai standartizuota	Medikų darbas remiasi standartais	Atliekami standartizuoti tyrimai	Veikla reglamentuota kokybės standartų	Veikla reglamentuota kokybės standartų, medikų atliekamas darbas standartizuojamas
Informacijos cirkuliavimas	Ligoninės viduje	Ligoninės viduje ir tarp kitų gydymo įstaigų	Ligoninės viduje ir tarp kitų gydymo įstaigų	Ligoninės viduje ir tarp kitų gydymo įstaigų	Ligoninės viduje ir tarp kitų gydymo įstaigų
Personalo žinios	Atnaujinimas planuojamas	Nuolat atnaujinamos	Nuolat atnaujinamos	Nuolat atnaujinamos	Nuolat atnaujinamos

Šaltinis: sudaryta autoriaus.

Vienareikšmiškai įvardyti, kuri valdymo teorija (3 lentelė) geriausiai atitiktų skubios pagalbos valdymo specifiką, sudėtinga ir iš dalies subjektyvu. Esminis analizuotų teorijų bruožas yra tas, kad jos iš dalies gali paaiškinti praktinę SMP sistemos veiklą. Atsižvelgiant į valdymo teorijų kriterijų apibūdinimą, galima sėkmingai tobulinti SMP paslaugas teikiančių organizacijų valdymą, nes teorinis pagrindas leidžia aiškiau suvokti praktinius valdymo veiksmus, principus ir specifiškumą:

- taikant klasikinę – profesionaliosios biurokratijos – teoriją praktikoje matyti, kad SMP srityje dirbantys medikai vaidina esminį vaidmenį teikiant šias paslaugas, nes jų veikla yra absoliučiai decentralizuota priimant pagrindinius gydymo sprendimus, tuo tarpu organizaciniai skubios pagalbos elementai yra li-

goninės administracijos prerogatyva, taigi bendra medikų veikla priklauso nuo centralizuotos valdymo sistemos;

- praktinė *situacinės valdymo teorijos* reikšmė medikų, dirbančių su SMP siekiančiais pacientais, visuomet reikalauja teorijoje deklaruojamų esminių dalykų, tokių kaip „pagalba reikiamu laiku, reikiamoje vietoje“. Vadovaujantis situatyvine teorija, reikiamos medicinos pagalbos teikimas priklauso nuo situacijos sudėtingumo;
- įrodymais grįsto valdymo teorijos ir skubios pagalbos elementai tarpusavyje glaudžiai susiję tiek medicinos tyrimų, tiek darbo organizavimo prasmėmis. Atlikti medicinos tyrimai leidžia medikams juos taikyti praktikoje, tuo tarpu teoriniai organizaciniai metodai leidžia numatyti būdus ir schemas, kaip reaguoti ir kaip veikti, atsitikus realiam skubios pagalbos atvejui;
- *visuotinė kokybės vadybos teorija* leidžia SMP skyrių personalui savo paslaugas organizuoti taip, kad atitiktų pacientų ar jų artimųjų poreikius. Siekiant įgyvendinti VKV teorinius principus praktikoje, būtinas ne tik šios srities medikų, bet ir ligoninės administracijos bendras darbas, kurį sudaro nemažai komponentų – nuo etikos principų, kurių būtina laikytis, iki lyderystės, užtikrinančios visuotinę kokybę, teikiant skubios pagalbos paslaugas;
- *sistemų teorija* leidžia SMP vertinti kaip vieną svarbesnių sveikatos priežiūros sistemos elementų, kur SMP kaip disciplina pati savo viduje susieta daugybe vidinių ir išorinių sistemų. Pateikti sistemų teorijos elementai SMP kontekste leidžia lengviau juos identifikuoti. G. Kaplanas ir kt. (2015) teigia, kad naudojama sisteminio požiūrio strategija leidžia į sveikatos priežiūros paslaugų teikimą įtraukti mokslines įžvalgas, galinčias išgryninti procesų ir elementų tarpusavio priklausomybę ir šios tarpusavio priklausomybės poveikį sveikatos pasekmėms. Šis požiūris taip pat yra susijęs su sistemų modeliavimu, tiria planavimo ar politikos pokyčius, optimizuoja bendrą našumą teikiant geresnes sveikatos priežiūros paslaugas už mažesnę kainą ir mažesnėmis sąnaudomis. Svarbiausia, kad sisteminio požiūrio strategijos pabrėžia visų sistemų ir posistemių, kurios turi įtakos sveikatos priežiūrai, integraciją ir jų optimizavimą kaip visumą. Sistemų teorijos požiūris į sveikatos priežiūrą apima sistemos orientaciją į paciento ir šeimos poreikius ir perspektyvas. Ši teorija pabrėžia supratimą apie sistemos pasiūlos ir paklausos elementus, plėtoja duomenų analizės bei vertinimo strategijų gebėjimus ir įtraukia besivystančias technologijas. Galiausiai ji yra susijusi su kuriamų paslaugų kokybės kultūra, suteikia galimybę eksperimentuoti, nustatyti apribojimus ir mokytis iš atliktų tyrimų (Kaplan ir kt., 2015).

Apibendrintoje valdymo teorijų lentelėje (3 lentelė) pateikta nagrinėtų teorijų raiška pagal atskirus kriterijus. Atlikus nagrinėtų valdymo teorijų analizę pagal atitinkamus kriterijus matyti, kad geriausiai SMP sistemos valdymo principus atitinka sistemų teorija.

Rizikos valdymas. Apskritai sveikatos priežiūros rizikos valdymas – tai organizuotos pastangos nustatyti, įvertinti ir pagal galimybes sumažinti riziką pacientams, lankytojams, organizacijos personalui ir jos turtui (Kavaler, Spiegel, 2003). Anot M. Greene ir kt. (2012), SMP rizikos valdymas yra galimų problemų ankstyvas pripažinimas ir valdymas. Galima teigti, kad rizikos valdymo sistema apibūdina veiklos procesus padalinyje, organizacijoje ar visoje sistemoje, identifikuoja ir išmatuoja pagrindinius pavojus, yra kontrolės priemonė rizikai sumažinti. Ch. R. Grassie ir kt. (2013) teigia, kad rizikos valdymas yra priemonė apriboti išteklių nuostolius, sumažinti blogas išeitis pacientams ir pagerinti darbuotojų bei pacientų saugumą. Kadangi rizikos valdymas daugiausia susijęs su pastangomis apsaugoti išteklius ir padidinti pacientų bei darbuotojų saugumą, riziką, teikiant SMP, galima įvardyti kaip paciento sveikatos pažeidimo ir išteklių netekimo tikimybę, kadangi kiekvienas priimtas sprendimas yra daugiau ar mažiau rizikingas. Rizikos yra visuose SMP teikimo etapuose (dispečerinėje priimant skambutį, GMP operacijose – atvykimas ne laiku, netinkamas paciento būklės įvertinimas, atsisakymas suteikti paslaugas, PSPS etapuose – ne laiku atlikta paciento apžiūra, netinkama paslaugų kokybė, neteisingai nustatyta diagnozė, neteisingas gydymas, komunikavimo ir dokumentavimo klaidos ir kt.), kurių kiekvienas turi savo ypatumų. Tačiau bet kurios rizikos valdymo programos tikslas yra užtikrinti saugią aplinką savo darbuotojams, pacientams ir lankytojams. Riziką SMP galima sumažinti paslaugų teikėjams ir vadybininkams naudojant prieinamas priemones ir instrumentus. Švietimas yra laikomas geriausia gynybos priemone su kasdieniame darbe susiduriamu neapibrėžtumu. Manoma, kad fizinės ir psichinės sveikatos išlaikymas gali gerokai sumažinti stresą, išsekimą, dėmesio stoką ir taip sumažinti klaidų (Maggiore, 2011). Todėl rizikos valdymo tikslas – žmogiškųjų, materialinių-techninių ir informacijos išteklių išsaugojimas ir didinimas, nepageidautinų įvykių sumažinimas, organizacijos rizikos valdymo strategijos numatymas.

M. Greene ir kt. (2012) pateikia trijų tipų rizikos vertinimo strategijas: reaktyviąją (angl. *reactive*), iniciatyviąją (angl. *proactive*) ir nuspėjamąją (angl. *predictive*). *Reaktyvioji strategija* – reaguoti į įvykius, kurie jau įvyko. Ši startegija yra labiausiai paplitusi reakcija į įvykusias saugos problemas, bet neturėtų būti vienintelė ir pirmoji, siekiant išvengti incidentų. *Iniciatyvioji strategija* pasižymi aktyviu rizikos veiksnių nustatymu. Manoma, kad apie 96 proc. saugos problemų galima pamatyti, išgirsti ar atrasti aktyviai dalyvaujant ir domintis organizacijos veikla, įsigilinant į joje vykstančius procesus. *Nuspėjamoji strategija* pasireiškia aplinkos ir procesų analize, rizikos prognoze. Vadovaujantis šią strategija, siekiama vykdyti sistemos pokyčius per problemų atpažinimą, poreikių nustatymą ir švietimą. Strategijos, kurios yra svarbios valdant riziką, apima šias kryptis (Grassie ir kt., 2013; Pickard ir kt., 2014; Pickard ir kt., 2015):

- edukaciją apie naujus įvykius ir su tuo susijusius teisminius ginčus;
- politikos ir naujų standartų, kuriais siekiama išvengti klaidų, gerinti bendrą SMP sistemą, aptarimą ir patvirtinimą;

- diskusijas apie naujas rizikos mažinimo priemones ir programas, saugios įrangos naudojimą;
- intensyvius personalo mokymus, siekiant užtikrinti reikiamus įgūdžius ir tinkamą sveikatos priežiūrą.

V. Janušonis (2005) išskiria šiuos pagrindinius rizikos valdymo uždavinius, kurie tinka visoms sveikatos priežiūros organizacijoms, teikiančioms SMP:

- identifikuoti rizikos šaltinius;
- išskirti veiklos didelės rizikos operacijas;
- išskirti didelės rizikos objektus;
- numatyti išlošimų ir praradimų tikimybę ir parengti jų nustatymo metodiką;
- numatyti leistiną rizikos laipsnį atskiroms organizacijos veiklos operacijų grupėms;
- numatyti atsakomybę už praradimus, adekvačią rizikos laipsniui;
- sumažinti organizacijos veiklos riziką.

Vertinant riziką atsižvelgiama į tokias dimensijas kaip galimybė įvykiui įvykti, t. y. dažnumą, ir jo poveikį darbo aplinkai ir darbuotojams – nuostolingumą. Kitaip tariant, kaip dažnai tai gali įvykti ir kaip dėl to gali būti blogai. Dažnumas gali būti toks: labai dažnas, dažnas, nedažnas, beveik niekada. Nuostolingumas gali būti toks: kritinis, rimtos pasekmės, nedidelis poveikis, mažas poveikis. Sutapdinus rizikos dažnumą su nuostolingumu, gaunami skirtingi deriniai – nuo labai reto, bet labai nuostolingo, iki labai dažno, bet mažo poveikio. Siekiant kuo mažesnės rizikos, rizikos valdymo procesas dažniausiai skirstomas į šešis ar penkis žingsnius, dar vadinamus rizikos valdymo algoritmu (4 lentelė).

4 lentelė. Rizikos valdymo algoritmas

1. Rizikos identifikavimas	Pagal statistinę informaciją, praeities duomenis, praktines žinias sudaromas grėsmių sąrašas. Grėsmės gali būti sugrupuotos į grupes, atsižvelgiant į tai, kokias grupių veiklos sritis grėsmės veikia ir kokių gali turėti didžiausių neigiamų pasekmių. Šie sąrašai turi būti nuolat peržiūrimi ir papildomi. Svarbu, kad nustačius problemas būtų galima pereiti prie konkrečių veiksmų.
2. Rizikos vertinimas	Tai tikimybės, kad konkreti grėsmė gali paveikti konkrečias veiklos sritis ir sukelti nepageidautinų padarinių, nustatymas. Rizikos vertinimas gali būti kokybinis – rizika vertinama ne skaičiais ar procentais, o tik sąvokomis (maža, vidutinė, didelė), dėl to tikslių rezultatų nėra pasiekiama, ir kiekybinis – sudėtingas metodas, kuriuo gaunami tikslūs duomenys apie galimas rizikas. Šis metodas gerokai efektyvesnis nei pirmasis, rizika tampa visiškai valdoma, galima tiksliai ir greitai prognozuoti jos poveikį, įvertinti tai finansiškai ir pasirinkti geriausią rizikos valdymo būdą.

3. Rizikos valdymo priemonių parinkimas	Tai toleruotinų ir netoleruotinų rizikų atrinkimas ir būdų bei priemonių, užtikrinančių efektyvų apsisaugojimą nuo jų, parinkimas. Svarbu, kad rizikos valdymo priemonės kaštai būtų mažesni nei pačios rizikos sukelti nuostoliai, taip pat svarbu, kad ji būtų patikima ir nesukeltų kitos, nevaldomos, rizikos.
4. Rizikos kontrolė	Dažniausiai realūs procesai skiriasi nuo numatytų bei reglamentuotų ir svarbu atlikti atitinkamą koregavimą prieš kitą ciklą, kad atsiradę nukrypimai neiškraipytų valdymo proceso.
5. Rizikos pasekmių įvertinimas	Tai išlošimų ir pralošimų įvertinimas, kai vertinamos ne tik tiesioginės, bet ir netiesioginės išlaidos.
6. Organizacijos veiklos korekcija įvertinus rizikos pasekmes	Tai organizacijos pasirengimas valdyti riziką: nustatomos veiksmų sekos, asmenys, atsakingi už tam tikras sritis, sudaromos sąlygos nuolat rinkti išorinius ir vidinius duomenis, reikalingus rizikos valdymo procesui stebėti ir tobulinti.

Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal P. I. Dworsky (2009); V. Janušonis (2005).

Rizikos valdymo algoritmas (4 lentelė) gali padėti nustatyti esamas ar galimas problemas ir numatyti priemones joms sumažinti arba pašalinti. Išsami rizikos valdymo programa yra sisteminis metodas, kuris padeda ištirti ir nustatyti SMP sistemos valdymo problemines sritis ir priemones problemoms šalinti, užkirsti kelią arba apsisaugoti nuo galimos rizikos.

***

Atlikta mokslinės literatūros analizė patvirtino samprotavimus, kad vienos ar apskritai iš pagrindų SMP sistemos valdymą pagrindžiančios valdymo teorijos nėra. Atlikus klasikinės ir šiuolaikinių valdymo teorijų analizę ir atsižvelgus į tokius kriterijus kaip nelaimingų atsitikimų ir ligų prevencija, pasirengimas joms ir realūs veiksmai teikiant SMP, nustatyta, kad geriausiai SMP sistemos valdymo esmę ir specifiką galima paaiškinti sistemų teorijos nuostatomis. Šis teorinis požiūris labiausiai tinkamas, kadangi susijęs su sistemų modeliavimu, tiria planavimo ar politikos pokyčius, optimizuoja bendrą našumą teikti geresnes sveikatos priežiūros paslaugas už mažesnę kainą ir mažesnėmis sąnaudomis. Svarbiausia, kad sistemų teorija pabrėžia visų sistemų ir posistemių, kurios turi įtakos sveikatos priežiūrai, integraciją ir jų optimizavimą kaip visumą. Ji pabrėžia supratimą apie sistemos pasiūlos ir paklausos elementus, plėtoja duomenų analizės ir vertinimo strategijų gebėjimus bei įtraukia naujai vystomas pa-

žangias technologijas. Galiausiai ji yra susijusi su kuriamų paslaugų kokybės kultūra, suteikia galimybę eksperimentuoti, nustatyti apribojimus ir mokytis iš atliktų tyrimų.

Rizikos valdymas ir klaidų prevencija padeda optimizuoti SMP paslaugų teikimą. Sudaryta išsami rizikos valdymo programa yra svarbi visos SMP sistemos valdymo dalis. Tokia programa turi apimti politiką, kuria būtų aktyviai siekiama išvengti klaidų, o jų įvykus – analizuoti klaidas atgaline data. Šios programos pagrindiniai elementai turėtų būti intensyvus personalo mokymas, siekiant užtikrinti tinkamus įgūdžius, griežta dokumentacijos politika, kuriami standartizuoti medicinos protokolai, tinkami klaidoms mažinti ir valdyti.

Sistemų valdymo teorija labiausiai tinka siekiant palyginti skirtingus SMP sistemos modelius, kurių privalumas yra tas, kad sudaromos prielaidos palyginti Lietuvos SMP sistemos valdymą su pasaulyje lyderiaujančių šalių gerąja praktika ir susidaryti pagrindą toliau tobulinti Lietuvos SMP sistemos valdymo modelį.

1.3. Vokietijos ir JAV skubios medicinos pagalbos modelių palyginimas

Nors pasaulyje egzistuoja skirtingos SMP sistemos, tačiau trūksta bendrų aprašų ar kriterijų, kuriais remiantis būtų galima palyginti skirtingų šalių SMP sistemas. Tarptautiniame lygyje siekiant jas palyginti dažniausiai naudojami nespecializuoti rodikliai, nurodantys kokios specialybės medikai teikia SMP paslaugas, ar yra šių specialistų mokymo programų. Plačiai taikomas geografinis metodas, kiti mokslininkai SMP sistemas apibūdina pagal tai, kiek jos panašios ir kiek skiriasi nuo šių modelių (Arnold, Holliman, 2005; Steptoe, Corel ir kt., 2011). Modelis, vadinamas „pažangiu“, skirsto SMP sistemas į tris grupes: neišplėtotas, plėtojamas ir brandžias. Kiekviena grupė matuoja tokius sisteminius rodiklius kaip specialybių sąrašas, mokymų skaičius, ikitarpstacionarinės pagalbos lygis, pacientų priežiūros ir valdymo sistemų išmanymas (Arnold, 1999).

Mokslininkai yra pateikę SMP sistemos skirtingose šalyse alternatyvų palyginimo metodą per PSPS, kaip pagrindinio SMP vieneto, vertinimo prizmę. Šio metodo nauda dvejopa: jis leidžia suvokti galimą įvairovę ir suteikia neutralų pagrindą palyginti SMP sistemas. PSPS apibūdinančios savybės pateiktos 5 lentelėje.

Penkiuose žemynuose pagal tai, kaip teikiama SMP, buvo palyginti septynių valstybių PSPS, išskiriant keturias pagrindines savybes (5 lentelė), tinkamas PSPS apibūdinti. Remiantis keliomis charakteristikomis, lengviau suprasti, kokie yra galimi skirtingi PSPS deriniai, kurie skirtingose šalyse gali atrodyti visiškai nepriimtini, kadangi, atsižvelgiant į kitokius, tik tai šaliai būdingus, išorinius veiksnius, gali gerokai skirtis teikiamos pagalbos veiksmingumas. Kiti mokslininkai (Camargo, Ginde ir kt., 2009) pateikia praktiškesnį skirstymą pagal lovų skaičių, nusiskundimų pobūdį,

5 lentelė. PSPS apibūdinimo savybės

Lokalizacija	Išdėstymas	Laikotarpis	Aptarnaujamų pacientų tipas
Ligoninėje Ne ligoninėje Satelitas Autonominis Pirminės sveikatos priežiūros pagrindu	Sugretintas: • su pagalbos pirmumo nustatymu • be pagalbos pirmumo nustatymo Nesugretintas	Visą parą Ne visą parą Sezono metu Kintamu laiku	Visi gyventojai Suaugusieji Vaikai

Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal Steptoe Corel ir kt. (2011).

paslaugų teikėjus, teikiamų specializuotų paslaugų profilius, pavyzdžiui, traumų ar insultų centrai.

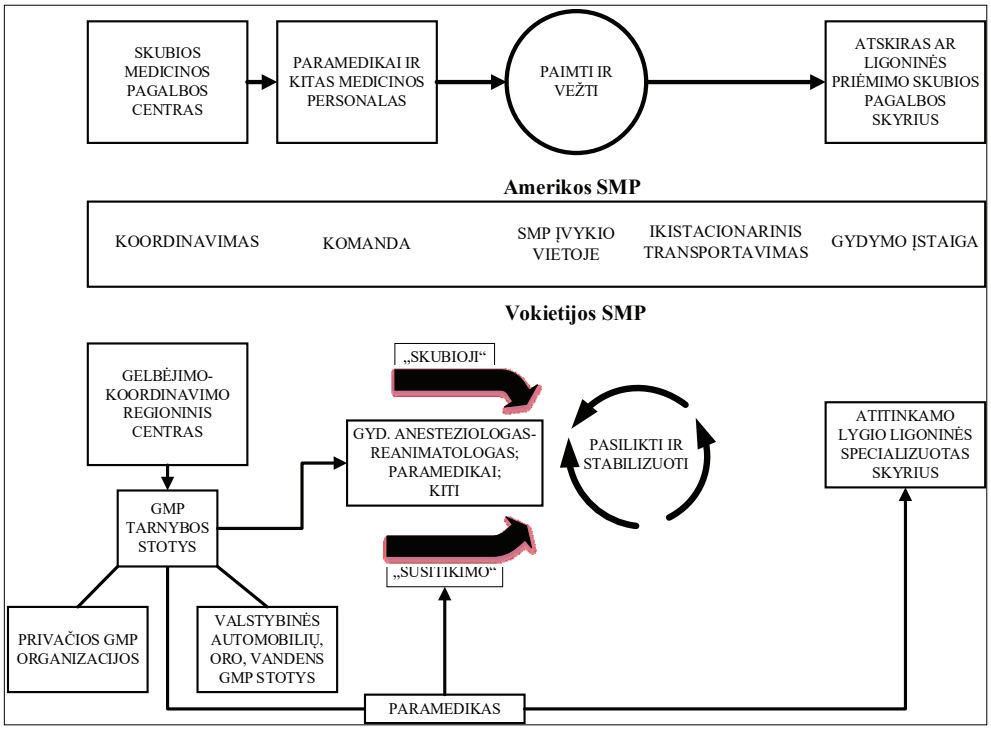
Pastaruoju metu, siekiant labiau apibūdinti skirtingų šalių SMP sistemas, bandoma įtraukti daugiau parametrų: PSPS dirbančių gydytojų specialybių statusas, galimybė gauti medicininį išsilavinimą rezidentūros metu, draugijų ar mokslo tarybų sertifikacija, nacionalinių SMP organizacijų veikla, atliekami moksliniai tyrimai SMP srityje, moksliniai žurnalai ir duomenų bazės (Sikka, Margolis, 2005). Tačiau nė viena SMP sistema daugelyje šalių nėra plačiau priimta, kadangi kiekviena šalis labiau orientuojasi į savo sistemos savybes, vietos aplinkybes ir vietos sprendimus.

Ikistacionarinė pagalba įvykio vietoje tiesiogiai siejama su mirčių dažniu. Jei sunkiai sergančiam ar sužalotam žmogui laiku nesuteikiama būtinoji pagalba („auksinė valanda“), palankios prognozės galimybė kritiškai mažėja. Adekvati ikistacionarinė pagalba yra tiek pat svarbi kiek ir pats pagalbos teikimo laikas (Bahadori, 2014).

ES atsakingos institucijos siekia suformuoti bendrą visoms Sąjungos šalims SMP teikimo koncepciją, kuri apimtų gerąsias abiejų modelių praktikas (Al-Shaqsi, 2010). Daugelis šalių Europoje naudoja šiuos SMP valdymo modelius, tobulindamos ikistacionarinės pagalbos teikimą. Moderni medicinos įranga ir greitosios pagalbos automobiliai, telemedicina, nuolat besimokantis personalas (gydytojai, slaugytojai, paramedikai, techniniai darbuotojai), moderni vadyba yra šių modelių veikimo, inovatyvumo, kokybiškumo pagrindas.

Pažangiose pasaulio šalyse nuo 1970 m. ikistacionarinė SMP tradiciškai skirstoma į du skirtingus modelius (sistemas) – anglų-amerikiečių ir prancūzų-vokiečių, pagal kuriuos atliekamos tos pačios funkcijos, tačiau skirtingais būdais. Abu modeliai laikosi vienodo principo – naudojant šiuolaikines technologijas ir gydytojų paslaugas, suteikti pacientui SMP paslaugas, kartu siekiant, kad šios paslaugos atitiktų kuo aukščiausius kokybės standartus (Anthony, 2011).

Vokietijos ir JAV modeliai dažniausiai yra taikomi organizuojant SMP teikimą pasaulinėje praktikoje, nes yra veiksmingi net ekstremaliomis situacijomis. Vokietijos ir JAV SMP teikimo palyginimo schema pateikta 7 paveiksle.



7 pav. Vokietijos ir JAV SMP teikimo schema

Šių modelių (7 pav.) esminiai skirtumai matomi lyginant juos pagal atskirus požymius, detaliai apibūdintus tolesnėje analizėje. Didžiojoje dalyje Europos valstybių istoriškai labiau išplėtotas prancūzų-vokiečių modelis, tačiau atotrūkis tarp šių modelių sparčiai nyksta dėl nuolat tobulinamo valdymo.

Pagal Vokietijos Federacinės Respublikos konstituciją, SMP paslaugų (angl. *emergency medical services* – EMS) teikimas organizuojamas atskirai kiekvienoje iš 16 Vokietijos federacinių sričių. Vokietija turi plačią nacionalinę antžeminę, vandens ir oro gelbėjimo sistemą. SMP ir gelbėjimo organizacijos yra valstybinės, pvz., Vokietijos Raudonojo Kryžiaus organizacija (angl. *German Red Cross*), Darbininkų samariečių organizacija (angl. *Workers Samaritan Federation*), Maltos ordino (angl. *The Order of Malta*), gaisrininkų (vok. *Feuerwehr*), automobilininkų klubo (vok. *Allgemeiner Deutscher Automobil-Club* – ADAC) ir įvairių privačių bendrovių. Tokia

organizacijų įvairovė su savais standartais, reglamentais ir jurisdikcija yra laikoma sistemos „stiprybės šaltiniu“ (http://www.johanniter.de/).

Vokietija turi visapusišką sveikatos draudimo sistemą, ir tik 0,183 proc. gyventojų yra neapdrausti. Vokietijos sveikatos apsaugos sistema buvo sukurta kaip galingas įrankis, apimantis pacientus nuo traumos įvykio iki reabilitacijos (Sturm, Pape, Dienstknecht, 2013). Vokietijos politikų požiūris buvo sumažinti nelaimingų atsitikimų skaičių per traumų prevenciją ir teikti geresnę priežiūrą įsteigiant GMP sistemą, siekiant laiku ir kvalifikuotai suteikti pirmąją medicininę pagalbą. Tačiau nelaimingi atsitikimai ir jų pasekmės Vokietijoje išlieka pagrindine mirties priežastimi iki 40 metų amžiaus. Dažniausios įvykio vietoje nustatytos diagnozės: 51,9 proc. – galvos traumos, 35,5 proc. – lūžusios galūnės, 17,0 proc. – krūtinės traumos, 10,2 proc. – pilvo traumos ir 7,6 proc. – stuburo lūžiai (Canadian Journal of Surgery, 1995). Traumos turi didžiulį socialinį ir ekonominį poveikį individams, taip pat ir visai visuomenei. Jaunesnių nei 50 metų amžiaus žmonių mirtingumo lygis didesnis nuo traumų negu nuo ligų (piktybinių navikų, širdies ir kraujagyslių ligų).

Vokietijos SMP sistemos valdymo modelio pagrindą sudaro finansavimas, fundamentalieji moksliniai tyrimai ir kokybės valdymas (Westhoff, Hildebrand ir kt., 2003). Vokietijos SMP sistema sudaryta iš gerai išvystytos GMP gydytojų tarnybos ir specializuotų skyrių ligoninėse. Vokietijoje GMP iškvietimui naudojamas bendras telefono numeris: **112**. Vidutinis GMP atvykimo į iškvietimą laikas yra 7,8 min. Stabilizuojant ligonio būklę, naudojamos modernios pirmosios pagalbos priemonės. Pacientams transportuoti, be tradicinių GMP automobilių, naudojami sraigtasparniai. Daugeliu atvejų pacientams pirmoji pagalba teikiama netransportuojant jų į gydymo įstaigas. Laikomasi principo „pasilikti ir stabilizuoti“ (ligoninė pas pacientą). Laikantis šio principo, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas pasilieka įvykio vietoje, stabilizuoja ligonio būklę, ir tik kritinės būklės pacientas transportuojamas į stacionarines sveikatos priežiūros įstaigas, kuriose yra intensyviosios terapijos skyriai. Vokietijoje GMP paslaugos, kurios apima dispečerinės pagalbos gydytojus, yra laikomos vienomis geriausių pasaulyje. Siekiant užtikrinti greitą ir profesionalią pagalbą, šalyje yra sukurtos gelbėjimo pajėgos, kurios koordinuoja specialiuosius gelbėjimo centrus. Šalyje yra apie 400 gelbėjimo-koordinavimo centrų (vok. *Rettungsleitstellen*), kuriuos koordinuoja 854 gydytojai, 52 gydytojai dirba gelbėjimo stotyse su sraigtasparniais. Vokietija yra padalyta į 326 „gelbėjimo sritis“. Tipiškas sritis apima beveik 1 100 km^2 su 2,5 milijonų gyventojų (Westhoff, Hildebrand ir kt., 2003).

SMP turi aiškias principines nuostatas:

- intervalo be terapijos tarp įvykio ir gydymo įstaigos sumažinimas;
- pakankamo ir kvalifikuoto ikiklinikinio gydymo užtikrinimas;
- transportavimo laiko sumažinimas;
- paciento transportavimas laiku į atitinkamo lygmens stacionaro skyrių (jei reikia, ir aplenkiant arčiau esančias mažas ligonines).

Skyriai yra aprūpinti standartizuotais diagnostikos ir gydymo protokolais, kvalifikuotais gydytojais bei visą parą skyriuje dirbančia komanda. Ši valdymo koncepcija padėjo sumažinti traumas patyrusių žmonių mirtingumą nuo 40 proc. 1972 m. iki 18 proc. 1991 m. (Haas, Hoffmann ir kt., 1995).

Šiam modeliui priskiriamas paslaugas atlieka medikai, turintys ilgametę patirtį ir praktiką dirbti su pažangiausiomis medicinos technologijomis. Paprastai pagal šį pagalbos modelį pagalbą turi teikti profesionalus savo srities specialistas – gydytojas (Anthony, 2011). Medikai yra profesionaliai parengti įvairiausių medicinos sričių atstovai, papildomai besispecializuojantys ikistacionarinės pagalbos teikimo srityje. Daugeliu atvejų šiame modelyje pagrindinis vaidmuo tenka gydytojui anesteziologui-reanimatologui (Bahman, 2007).

Darbas organizuojamas profesionalius medikus traktuojant kaip neatsiejamą ikistacionarinės pagalbos sistemos grandį. GMP gelbėjimo sistema yra dviejų tipų (pakopų): „stacionari“, kai gydytojas keliauja GMP automobiliu, ir „susitikimo“, kai gydytojas ir GMP tarnyba keliauja atskirai ir susitinka įvykio vietoje (Canadian Journal of Surgery, 1985). SMP sistema, kai pagrindinę visos medikų brigados ašį sudaro profesionalus medikas, neretai dar vadinama „susitikimo sistema“ (vok. *Rendezvous System*). Šios „susitikimo“ sistemos esmė yra suteikti reikiamą medicininę profesionalią pagalbą nelaimingo atsitikimo įvykio vietoje. Tokioje situacijoje tinkamas ligonio arba nukentėjusiojo būklės įvertinimas leidžia optimaliai parinkti gydymo taktiką (Bahman, 2007; Bahadori, 2014). Nuo 1970 m. pradžios Vokietijoje buvo įdiegta sraigtasparnių GMP tarnyba (toliau – sraigtasparnių tarnyba; HEMS: angl. *Helicopter Emergency Medical Service*). Šiuo metu tokių stočių yra 51. Sraigtasparnio veiksmų spindulys apima 50–70 km, kad sraigtasparnis bet kurio įvykio vietą pasiektų per 12–15 min. Sraigtasparnis prireikus privalo pakilti per 2 minutes gavus iškvietimą. Kiekvienais metais atliekama daugiau kaip 67 000 skridimų, iš jų apie 10 proc. sudaro netikri iškvietimai. Ši sraigtasparnių tarnyba dažniausiai naudojama įvairių traumų atvejais, ypač antžeminiam transportui sunkiai prieinamose vietose. 2002–2012 m. buvo atliekamas tyrimas, siekiant įrodyti sraigtasparnių tarnybos gelbėjimo sistemos nepriklausomą išgyvenamumo naudą pacientams per pastaruosius 10 metų. Mokslininkai iškėlė hipotezę, kad pacientai, gabenami sraigtasparnių tarnybos, patiria trumpesnį priešstacionarinį transportavimo laiką, dėl to sumažėjo mirtingumas (Andruszkow, Hildebrand ir kt., 2014). Šių mokslininkų atliktos tiesinės regresijos analizė parodė, kad sraigtasparnių tarnybos gelbėjimo sistemos nuo 2002 iki 2012 m. gerokai sumažino transportuojamų pacientų mirtingumą, tačiau sistema turėtų būti naudojama dažniau įvairių traumų atveju, siekiant užtikrinti įrodytą naudą.

Sužalotus pacientus transportuoti sraigtasparniais yra brangu, o nauda iki galo neįrodyta. Naujausi retrospektyviniai tyrimai įrodo nesugebėjimą kontroliuoti atitikties tarp aukštos kvalifikacijos gyvybės palaikymo ir brangaus aukštos kvalifikacijos įgulos apmokėjimo. Nors sraigtasparnių tarnyba tapo svarbia ikiklinikinių traumuotų pa-

cientų gydymo sudėtine dalimi daugelyje šalių, tačiau manoma, kad dėl prieštaringų šios tarnybos poveikio ir sąnaudų efektyvumo įrodymų (pvz., aukšta finansų našta, sraigtasparnių tarnybos prieinamumas dėl oro sąlygų ir t. t.) reikia atlikti įvairius tyrimus, siekiant tikslingai pateisinti išlaidas, riziką ir naudą (Borst, Davies ir kt., 2014). Vokietijoje taip pat yra antrinio (tarpstacionarinio) pacientų transportavimo specializuotu autotransportu ir sraigtasparniais tarnyba, kuri vadinama Mobiliu intensyviosios terapijos vienetu (angl. *Mobile Intensive Care Units*). Čia dirba SMP gydytojas arba gydytojas anesteziologas-reanimatologas 24 valandas per parą (24/7/365). Šios tarnybos paskirtis – transportuoti sunkios būklės pacientus tarp ligoninių, kai būtinas nepertraukiamas gydymas ir reikia stebėti paciento būklę.

Tačiau ir Vokietijos SMP sistema turi trūkumų. SMP paslaugų kokybė priklauso nuo formalios kvalifikacijos ir ekstremalių situacijų valdymo patirties. Nustatyta, kaip dažnai SMP gydytojai iš tikrųjų susiduria su sudėtingomis situacijomis už ligoninės ribų ir kaip dažnai turi atlikti skubias intervencijas. Vokietijos oro gelbėjimo tarnybos duomenimis, su tam tikromis ekstremaliomis situacijomis susiduriama gana retai: gaivinimas ir intubacija vykdoma tik kartą per 0,5–1,5 mėnesio, galvos traumos, insultai buvo gydomi tik kartą per 0,4–14,5 mėnesių. Nurodoma, kad yra daug skirtumų tarp antžeminės ir sraigtasparnio tarnybų suteiktų SMP paslaugų. Todėl ypač tose vietose, kur avarijų dažnis yra mažas, dirbančiųjų pagal GMP sistemą klinikinė patirtis, kaip valdyti ekstremalias situacijas, yra nuolat privalomai tobulinama (Gries, Zink ir kt., 2006).

Pastarąjį dešimtmetį Vokietijoje stebima nauja tendencija – PSPS vis dažniau veikia po gydytojų konsultacijų valandų, nors Vokietijoje sveikatos priežiūros pirminė sistema privalo išlaikyti 24 valandų budinčią tarnybą visiems pacientams. Apklausos duomenys atskleidė, kad gyventojai žino apie visą parą budinčias tarnybas (gydytojus) – 48,6 proc., 24,3 proc. – apklaustųjų teigė, kad patys atvyksta į skubios pagalbos skyrių, 13 proc. apklaustųjų skambina pagalbos numeriu 112. Vokietijoje pacientams transportuoti skirtas atskiras telefono numeris – 19222. Siekiama, kad būtų kuo daugiau gydytojų iškvietimų ir mažiau pacientai vyktų į PSPS, tačiau visuomenės požiūris į medicinos paslaugų naudojimą keičiasi – vis daugiau pacientų patys vyksta į PSPS (Rau, Mensing, 2005).

Dėl vis didėjančio finansavimo trūkumo, mažesnių ligoninių uždarymo, medicinos personalo trūkumo, siekiant mažinti SMP sistemos išlaidas bei tobulinant medicinos pagalbos kokybę, teisės aktais nustatyta tvarka vykdomas SMP tarnybų restruktūrizavimas. Nors iškvietimų atvejų skaičius šalyje santykinai didėja, ne visuomet SMP teikti reikia gydytojo. Tačiau įveikiant sudėtingas avarines situacijas Vokietijoje, SMP sistema išlieka sudėtinė: ikistacionarinės sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimas lieka pagrįstas gerai parengtais gelbėjimo tarnybų darbuotojais. Manoma, kad žmogiškųjų išteklių prasme šalyje svarbu turėti daugiau SMP gydytojų ir aukštos kvalifikacijos SMP darbuotojų, kad pavyktų išvengti dažnų avarinių situacijų padarinių (Gries ir kt., 2003).

Kai kurie mokslininkai (Platz ir kt., 2003) teigia, kad Vokietijoje taikomo SMP sistemos valdymo modelis nėra vertas šio statuso ir tikslinga būtų įvesti panašų į anglų-amerikiečių modelį.

JAV SMP tarnybos teikia skubios ikistacionarinės sveikatos priežiūros paslaugas ir transportavimo paslaugas. Šios tarnybos veiklos pagrindai reglamentuojami federalinės vyriausybės, nustatančios minimalius standartus, kurie turi būti užtikrinti visose valstijose. Dėl skirtingo gyventojų tankumo, topografijos, atstumo ir kitų sąlygų skirtingose valstijose gali būti labai skirtingos SMP sistemos ir jų teikiamos paslaugos.

Atskirų JAV valstijų valdžios institucijos dažniausiai pasitvirtina aukštesnius nei bendri SMP standartus. Atskirų JAV valstijų patvirtinti standartai laikomi naudingais (Kupas ir kt., 2016), kadangi:

- suvienodinta priežiūra nuosekliai apima visas paslaugų teikimo praktines sritis;
- galimybė reguliariai atnaujinti protokolus visoje valstijoje;
- geresnė prieiga didesnėms ir įvairių profilių ekspertų grupėms susipažinti su protokolais bei įtraukti į juos naujausią praktiką ir įrodymais grįstą priežiūrą;
- suvienodina įvairių tarnybų ar skirtinguose regionuose teikiamą SMP;
- standartizuoja veiklos rodiklių vertinimą, kokybės gerinimo procesus, skundų nagrinėjimą;
- galimybė lengviau mokyti SMP paslaugų teikėjus tenkinti vienodus lūkesčius;
- nuosekli kokybės duomenų atranka ir palyginimas.

Anglų-amerikiečių ikistacionarinės pagalbos teikimo modelio pagrindinę esmę sudaro gerai išvystyti SMP centrai su paramedikų brigadomis, besivadovaujantys „paimti ir vežti“ principu (pacientas į ligoninę). Šis požiūris reiškia minimalią ligonio stabilizavimo būklę įvykio vietoje ir greitą paciento gabenimą į atitinkamą sveikatos priežiūros instituciją. Pagrindinis modelio tikslas – kuo greičiau nugabenti pacientą ten, kur bus suteiktos jam reikalingos SMP paslaugos. Teikiant pagalbą paprastai bendradarbiaujama ir su gretutinėmis institucijomis, tokiomis kaip policija ar priešgaisrinė apsauga. Nors SMP yra valstybės finansuojama, paslaugos gali būti teikiamos bendrijų (viešųjų paslaugų teikėjų) ar privačių įstaigų (http://www.ems.gov/whatisems.htm). Mažose bendruomenėse šios paslaugos gali būti teikiamos bendruomenės savanorių.

Standartiškai šio modelio darbuotojai – profesionalūs įvairaus profilio paramedikai, slaugytojai, techniniai darbuotojai ar kitas GMP personalas (Bahadori, 2014). Pacientų transportavimui dažniau naudojami GMP automobiliai, kurie pagal įrangą ir teikiamų paslaugų lygį yra trijų tipų (pirmo, antro ar trečio tipo). Esant būtinybei, naudojamos oro greitosios pagalbos tarnybos, kurios yra valdomos federalinės, valstijų ar vietinės valdžios, įskaitant valstijų ar vietos policiją, gaisrinės departamentą. Visi pacientai, remiantis šiuo modeliu, transportuojami tiesiai į tas sveikatos priežiūros institucijas, kuriose yra PSPS (Bahman, 2007).

GMP personalą sudaro mažiausiai du darbuotojai. Įgulos sertifikavimo lygis skiriasi priklausomai nuo valstijos jurisdikcijos, tačiau daugeliu atvejų tai yra vairuotojas ir pirmosios pagalbos teikėjas. Tokia struktūra vadinama pradinio gyvybės palaikymo brigada (angl. *Basic Life Support Unit* – BLS). Kiti personalo deriniai apima vieną arba du paramedikus ir vadinami pažangaus gyvybės palaikymo brigada (angl. *Advanced Life Support* – ALS).

JAV stebimas ryškus SMP paslaugų padidėjimas – 1996 m. 90,3 mln. vizitų, 2009 m. 124 mln. vizitų (padidėjimas 35 proc.). Vidutiniškai tai 41,5 vizitų 100 asmenų, lyginant su buvusiais 34,2/100 vizitais 1996 m. (padidėjimas 18 proc.). Taip pat didesnis poreikis SMP paslaugų vyresniems žmonėms – per 60 vizitų 100 žmonių, perkopusių 75 metus (Suter, 2012). Vieną procentą kritinės būklės pacientų iš karto prireikė gaivinti. Labai sunkių pacientų, kurie buvo priimti per 15 min., sudarė 10,8 proc. Sunkių pacientų, kurie buvo apžiūrėti per 15–60 min., buvo 36,6 proc. Nesunkių pacientų, kurie buvo apžiūrėti per 1–2 val., buvo 22 proc. Ambulatorinių, kurie buvo priimti per 2–24 val. – 8,1 proc., likę 13 proc. nebuvo skirstyti į kategorijas (Pitts ir kt., 2008).

Pastaruoju metu JAV ligoninių PSPS, be tradicinio vaidmens teikti skubias ir gyvybę gelbstinčias paslaugas, tenka teikti pirminės sveikatos priežiūros paslaugas milijonams amerikiečių, kurie nėra drausti ar neturi galimybės gauti sveikatos priežiūros paslaugų kitur. Ligoninių priėmimo skyriai, kurie yra kartu ir traumų centrai, pagal federalinės valdžios nurodymą, turi priimti, įvertinti, stabilizuoti visų pacientų būklę, nepriklausomai nuo jų sugebėjimo apmokėti už paslaugas. Mokslininkai (Warden ir kt., 2007) teigia, kad dėl tokio teisinio reikalavimo SMP yra perkrauta, per mažai skiriama lėšų šiai misijai vykdyti ir kad tolesnės pasekmės yra nuspėjamos. Todėl mokslininkai mano, kad ši situacija blogina apdraustiems pacientams patekti į PSPS, o visiems pacientams blogina teikiamų paslaugų kokybę.

Mokslininkai iš JAV nacionalinės akademijos medicinos instituto (Institute of Medicine of the National Academies, 2007) nurodo keletą probleminių sričių, turinčių įtakos JAV teikiant skubią medicinos pagalbą. Įskaitant PSPS perpildymą ir SMP specialistų, kurių pagalbos gali prireikti PSPS, trūkumą, stebimas gerokas pacientų vizitų į PSPS pagausėjimas, tačiau kartu PSPS skaičiaus sumažėjimas. Vizitų skaičiaus padidėjimas siejamas ne tik su sveikatos priežiūros paslaugų teikimo prievole nedraustiems pacientams, bet ir vakarais ar savaitgaliais padidėjusiu vizitų skaičiumi pas draustus asmenis, kuriems šeimos gydytojai tokiu metu nepasiekiami.

Vokietijos ir JAV SMP modeliai, palyginti su Lietuvos situacija, pagal atitinkamus požymius pateikti 6 lentelėje.

6 lentelė. Vokietijos, JAV ir Lietuvos SMP sistemų požymių palyginimas

Požymis / Šalis	Vokietija	JAV	Lietuva
SMP kvietimo numeris	112	911	112
GMP personalas (brigada)	Gydytojas anesteziologas reanimatologas, terapeutas, chirurgas, pediatras ir kt. medicinos personalas	Paramedikas ir kt. medicinos personalas	Bendrosios praktikos slaugytojas (felčeris), paramedikas ir kt. medicinos personalas
SMP sistemos pakopos	Dvipakopė sistema: stacionari ir susitikimo	Vienpakopė sistema: SMP centrai su paramedikų brigadomis	Vienpakopė sistema: GMP tarnyba
GMP tarnyba	Antžeminė, vandens, oro	Antžeminė, vandens, oro	Antžeminė
GMP pavaldumas	Valstybinis, atskirų organizacijų, privatus	Valstybinis, bendrijų, privatus	Valstybinis, privatus
SMP tarnybos veiklos reglamentavimas	Atskiros federacinės srities lygiu	Federalinės vyriausybės lygiu, valstijų ar vietinės valdžios lygiu	Vyriausybės lygiu
Vidutinis GMP atvykimo į iškvietimą laikas	7,8 min.	9,5 min.	16 min.
SMP teikimas	Pagalba įvykio vietoje ar pas pacientą namuose (pasilikti ir stabilizuoti)	Pagalba retai teikiama įvykio vietoje (paimti ir vežti)	Minimalus pagalbos teikimas įvykio vietoje
Paciento transportavimas	Tiesiai į specializuotą skyrių	Į PSPS	Į PSPS
Pagalbos teikimo ir transportavimo laikas	Ilgas	Trumpesnis nei Vokietijos	Trumpesnis nei Vokietijos
Diagnostikos standartų ir gydymo protokolų taikymas	Visos procedūros maksimaliai standartizuotos	Minimalūs standartai turi būti užtikrinti visose valstijose, atskirų valstijų valdžios institucijos pasitvirtina aukštesnius SMP standartus	Minimalūs standartai
Tarpstacionarinio pacientų transportavimo sistema	Specializuotas autotransportas ir sraigtasparnių tarnyba	Specializuotas autotransportas ir sraigtasparnių tarnyba	Specializuotas autotransportas: SKP ir SSKP

Požymis / Šalis	Vokietija	JAV	Lietuva
SMP koordinavimas	Koordinavimo centrai	Atskirų valstijų valdžios institucijos	SAM
Sveikatos apsaugos sistemos (SAS) sukuriamos išlaidos, skiriamos 1 gyventojui	Mažesnės nei JAV	Didesnės nei Vokietijoje	Mažesnės nei Vokietijoje ir JAV

Kaip parodyta 6 lentelėje, Lietuvos SMP turi daugiau panašumų su JAV SMP modeliu. Nepaisant nedidelių atstumų, lyginant Lietuvą su Vokietija ar JAV, vidutinis GMP atvykimo laikas į iškvietimą Lietuvoje yra ilgiausias.

***

Vokietijoje ir JAV SMP sistemos valdymo modelių privalumai leidžia šiose šalyse pastebimai sumažinti pacientų mirtingumo rodiklius, kadangi abu modeliai sudaryti iš daugelio nepriklausomų komponentų, kurie tarpusavyje sąveikauja ir lemia produktyvią SMP sistemos veiklą. SMP valdymas, pasitelkiant minėtų modelių kombinavimą – mišrų modelį, kai SMP teikimui užtikrinti naudojami atskiri minėtų modelių komponentai, visiškai įmanomas. Suprantama, kad idealaus modelio nėra, kadangi niekur nėra ir nebus idealių sąlygų – palankios ekonominės politinės situacijos, neribotų finansinių, žmogiškųjų išteklių ir kt. modeliui įgyvendinti, tačiau tinkamai panaudoti atskiri komponentai gali duoti sinerginį poveikį visai SMP sistemai.

1.4. Skubios medicinos pagalbos sistemos valdymo probleminės sritys

Mokslininkai pripažįsta, kad nėra patvirtintų bendrų standartų, pagal kuriuos būtų galima įvertinti, kuri SMP sistema veikia „sėkmingai“ (Washko, 2015). Todėl moksliniuose straipsniuose išskiriamos problemos ar net probleminės sritys, apimančios SMP veiklos aplinką, pacientų transportavimą, būklės vertinimą, SMP paslaugų kokybę, personalo mokymą ir kvalifikacijos kėlimą, organizacinę kultūrą, sistemos finansavimą, bendradarbiavimą atliekant mokslinius tyrimus ir kt. Susistemintos probleminės sritys, kurios, autoriaus nuomone, šiuo metu yra svarbios ir daro reikšmingą įtaką SMP sistemos valdymui: PSPS užimtumas, pagalbos pirmumo įvertinimas, slaugytojų vaidmuo pacientų atrankai, tarpstacionarinis transportavimas, visuomenės švietimas.

Priėmimo skubios pagalbos skyrių užimtumas. PSPS yra pagrindinis vienetas SMP sistemos struktūroje (pagrindinė ašis). Nors skirtingose šalyse PSPS įvardijamos problemos panašios, dažnai ryškus heterogeniškumas ir skirtumai PSPS veiklos

organizavimo srityje (Jaklic ir kt., 2012). Ligoninių PSPS neplanuotai ir nevaldomai padidėję pacientų srautai gali iš esmės pabloginti tose ligoninėse teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Pokyčius pacientų srautų optimizavimo, paslaugų kokybės užtikrinimo linkme stabdo ambivalentiškas mąstymas, jog problemos neišsprendžiamos be didelio kapitalo arba papildomo personalo, tačiau pastebėta, kad PSPS pokyčiai yra strategiškai suvaldomi bei nebrangūs (Sayah ir kt., 2014). Nors stacionarinė ir ambulatorinė pagalba yra dvi tos pačios sveikatos priežiūros sistemos pusės, SMP yra jas jungianti grandis, kadangi dėl SMP į stacionarines ASPĮ kreipiasi asmenys su ūmia patologija, lėtinės patologijos paūmėjimu, ypač tie, kurių ilgai trunkanti liga buvo nekontroliuojama ambulatoriškai. Kreipimųsi dėl SMP skaičius turi įtakos PSPS funkcionavimui (Asplin ir kt., 2003).

Užsienio mokslininkų straipsniuose PSPS perpildymo ar užimtumo problema nagrinėjama eilių ir ilgo SMP paslaugų laukimo kontekste. PSPS perpildymas kelia iššūkį visai sveikatos priežiūros sistemai ir yra įvardijamas kaip visame pasaulyje didėjanti problema (Rehmani, 2004; Pham ir kt., 2006; Bernstein ir kt., 2008; Hoot, Aronsky, 2008; Fisher ir kt., 2009; Shen, Hsia, 2011; Kocher ir kt., 2012). Mokslininkai teigia, kad PSPS perpildymą lemia padidėjęs pacientų apsilankymų skaičius PSPS, senėjanti populiacija (Lowthian ir kt., 2011, 2012). JAV apsilankymų skaičius PSPS nuo 1995 iki 2009 m. padidėjo 41 proc. (nuo 96,5 mln. iki 136,1 mln.), bet kartu per tą laikotarpį PSPS skaičius sumažėjo 27 proc. (nuo 2 446 iki 1 779), kartu smarkiai sumažintas lovų skaičius ligoninėse (Kellermann, 2006; Sayah ir kt., 2014). Švedijoje PSPS apsilankymų skaičius per ketverių metų laikotarpį išaugo 21 proc., pralenkdamas populiacijos augimą, kuris per tą patį laikotarpį sudarė 4,5 proc. (Andersson, 2006). Prancūzijoje nuo 1996 iki 2008 m. apsilankymų skaičius PSPS kasmet didėjo po 4,3 proc. (Durand ir kt., 2012; Lowthian, 2012). Austrijoje perpildymas stebėtas 84 proc. PSPS, kuriuose būna daugiau nei 20 000 vizitų per metus. Tokių PSPS Austrijoje nuo 2006 m. iki 2013 m. buvo 17 proc. (Sanchez ir kt., 2013). Skirtingi autoriai nurodo, kad PSPS teikiamų paslaugų apimtys didėja nuo 3 iki 6 proc. per metus (Puig-Junoy ir kt., 1998; Sinclair, 2003; Ovens, 2011; Lowthian ir kt., 2012). Šių paslaugų padidėjimas labai dažnai siejamas su neskubiais pacientais, kurie Italijoje sudaro 19,6 proc. besikreipiančiųjų, Švedijoje – 27 proc., Prancūzijoje – 29 proc., Ispanijoje – 29,6 proc., o Jungtinėje Karalystėje – 40,9 proc. (Bianco ir kt., 2003).

Australazijos skubios medicinos pagalbos kolegijos (angl. *Australasian College for Emergency Medicine* – ACEM) duomenimis, mažėjant ligoninių skaičiui, apsilankymų skaičius kasmet didėja 3,5 proc. (Richardson ir kt., 2009). Remiantis JAV nacionalinės sveikatos priežiūros tyrimo duomenimis, nuo 2001 iki 2012 m. PSPS apsilankymų skaičius išaugo iki 2,7 mln., kurių didžiąją daugumą sudaro draudimą turintys asmenys (Billings ir kt., 2000; Durand ir kt., 2012), priešingai paplitusiam įsitikinimui, jog perpildymą sukelia neapsidraudę asmenys (Asplin ir kt., 2003; Wilper ir kt., 2008; Durand ir kt., 2012). Nepaisant kai kur mažėjančių pacientų srautų, vis

vien susiduriama su panašiomis problemomis, nes reaguojant į mažėjančius pacientų srautus buvo sumažintas personalo skaičius. Neatsižvelgiant į atvejų PSPS įvairovę ir darbo krūvį, ilgėja laukimo ir įvairių procesų trukmė, didėja personalo poreikis (Wai ir kt., 2009; Pines ir kt., 2010).

Žvelgiant į šiuolaikines tendencijas: populiacijos augimą ir senėjimą; padidėjusį draustų ir nedraustų pacientų apsilankymų skaičių PSPS, viena vertus, ir mažėjantį pirminių sveikatos priežiūros centrų ir PSPS skaičių, mažinamą personalo skaičių, nepakankamus personalo įgaliojimus teikti pagalbą, nepakankamą finansavimą ir kt., galima teigti, kad PSPS perpildymo problema yra ir ateityje ji tik didės. Siekiant plačiau išanalizuoti galimas PSPS perpildymo, užimtumo ir eilių problemas, pirmiausia reikia bendros diskutuojamo dalyko sampratos. Moksliniuose straipsniuose nurodomi PSPS perpildymo ir užimtumo sąvokų apibūdinimai pateikti 7 lentelėje.

7 lentelė. PSPS perpildymo ir užimtumo sąvokos

Sąvokos	**Apibūdinimas**	Šaltinis
Perpildymas (angl. O*vercrowding*)	Situacija, kurios metu *sutrinka PSPS funkcija* dėl to, kad pacientų, laukiančių apžiūros, tyrimų, gydymo ar išrašymo, skaičius viršija fizines skyriaus ar darbuotojų galimybes.	Australasian College for Emergency Medicine, 2002
Perpildymas (angl. O*vercrowding*)	PSPS užimtumo dėl pacientų, kurie gauna gydymą, *rodiklis*, išreiškiamas absoliučiu skaičiumi.	Hwang ir kt., 2004
Perpildymas (angl. O*vercrowding*)	Situacija, kuri atpažįstama tuomet, kai skubios medicinos pagalbos poreikiai *viršija* esamus išteklius pacientų priežiūrai PSPS, ligoninėje ar abiejose vietose kartu.	American College of Emergency Physicians, 2006
Perpildymas (angl. O*vercrowding*)	PSPS užimtumas dėl pacientų, laukiančių gydymo. Patikimų ir galimų plačiai taikyti metodų bei *kriterijų*, kurie *padėtų kategorizuoti pacientus* pagal būklės ūmumą ir sunkumą, *trūkumas.*	Richardson, 2006
Perpildymas (angl. O*vercrowding*)	GMP *automobilio nukreipimas* į kitą gydymo įstaigą dėl užimtumo, kiti subjektyvūs veiksniai (PSPS perpildymo pojūtis).	Richardson et Mountain, 2009
Perpildymas (angl. O*vercrowding*)	*Standartizuoti kriterijai*, kurie lengvai suprantami ir yra *pagrįsti veiksniais*, susijusiais tik su PSPS – *laukimo laikas, gydymo laikas, stacionarizavimo laikas.*	Hwang ir kt., 2011
Perpildymas (angl. O*vercrowding*)	*Patikimų* ir galimų plačiai taikyti metodų bei *kriterijų*, kurie padėtų kategorizuoti pacientus pagal būklės ūmumą ir sunkumą, *trūkumas.*	Durand ir kt., 2012
Užimtumas (angl. *Occupancy*)	*Dydis*, apibūdinantis perpildymą, pagal pacientų, laukiančių gydymo, skaičių.	Richardson, 2006

7 lentelėje sąvoka *perpildymas* skirtingų mokslininkų skirtingai traktuojama. Perpildymas apibūdinamas kaip: 1) situacija: sutrikusi funkcija; pagalbos poreikio viršijimas; GMP automobilio nukreipimas; 2) kriterijus: rodiklis, išreikštas absoliučiu skaičiumi; kriterijų trūkumas; standartizuotas kriterijus – laukimo laikas, gydymo laikas, stacionarizavimo laikas.

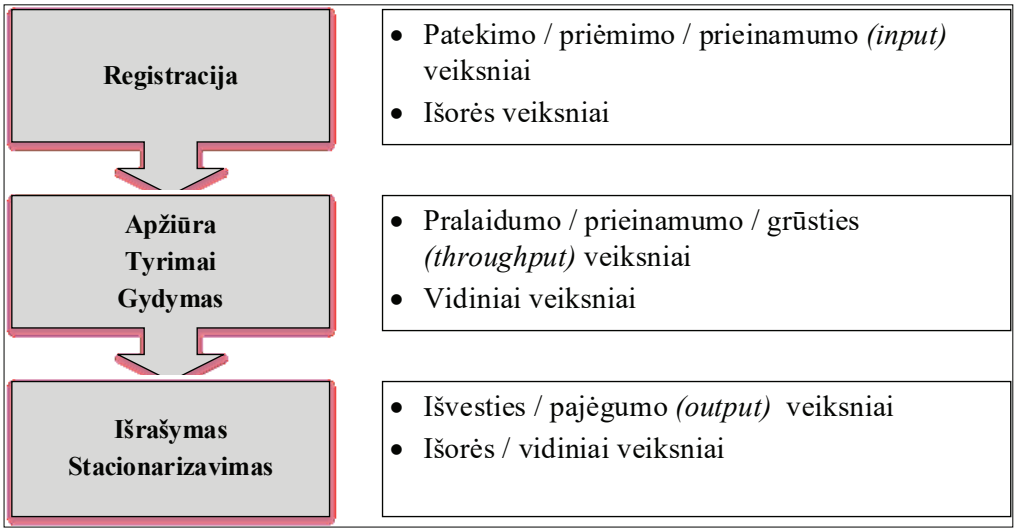
Apibendrinus pateiktas sąvokas, galima teigti, kad užsienio mokslininkai ***PSPS perpildymu*** *vadina tai, kas viršija komfortiškas ar įprastas PSPS veiklos apimtis ir momentines paslaugų suteikimo galimybes.* Autorius pateikia tokią PSPS perpildymo sąvoką: ***Priėmimo skubios pagalbos skyriaus perpildymas – klinikinė ir /ar vadybinė situacija, kai priėmimo skubios pagalbos skyrius užimtas (vertinant pagal ligoninėje ar šalyje nustatytus kriterijus), ligoninėje nesant nė vienos potencialiai laisvos lovos.*** PSPS pacientų apsilankymas nėra planuojamas ir gali būti (dažniausiai yra) kintantis, taigi ir darbo krūvis PSPS dirbančiam personalui yra kintantis. Jei PSPS darbo krūvis epizodiškai yra kiek didesnis, tačiau per tam tikrą protingą laiką su šiuo krūviu gali susitvarkyti pagal grafiką dirbantis PSPS personalas, tokios situacijos nereikėtų vadinti perkrovimu. Autoriaus pateikiama ***PSPS užimtumo*** sąvoka: ***PSPS yra „užimtas“ tada, kai pacientų, laukiančių eilėje, skaičius ar laukimo laikas iki patekimo pas gydytoją yra ilgesnis, nei nustatytas priimtinas (protingas) laukimo laikas.***

Nemažai diskusijų kelia PSPS užimtumui apibūdinti tinkamų kriterijų, kurie galėtų būti išskirti į skirtingas kategorijas, remiantis konkrečiais išoriniais ar vidiniais veiksniais, parinkimas. Mokslininkai pateikia tokį užimtumo veiksnių skirstymą: 1. PSPS veiksniai (pvz., laukimo laikas); 2. Su ligonine, bet ne su PSPS, susiję veiksniai (pvz., ligoninės lovų trūkumas); 3. Išoriniai veiksniai (GMP automobilio nukreipimas); 4. Šių veiksnių kombinacijos (Hwang ir kt., 2004). Kiti autoriai pateikia veiksnius, lemiančius PSPS užimtumą, tokius: priėmimo (angl. *input*); pralaidumo (angl. *throughput);* išvesties / pajėgumo (angl. *output*); daugiamatės skalės; subjektyvios gydytojo nuomonės (Wilper ir kt., 2008; Durand ir kt., 2012). PSPS procesų ir užimtumo veiksnių schema pateikta 8 paveiksle.

Priėmimo veiksniai (8 pav.) rodo pacientų atvykimo aspektus ir šaltinius; pralaidumo – gydymo ir diagnostikos proceso užstrigimą, grūstis (angl. *bottleneck*) pačiame PSPS; išvesties – tai veiksniai, atskleidžiantys užimtumą skirtinguose sveikatos priežiūros paslaugų teikimo etapuose, kurie turi glaudų ryšį su PSPS vykstančiais procesais, pradedant registracija ir baigiant stacionarizavimu ar išrašymu iš ligoninės.

Atliekant tyrimą dėl PSPS užimtumo, rekomenduoja atsižvelgti į šiuos papildomus veiksnius (Richardson, 2006):

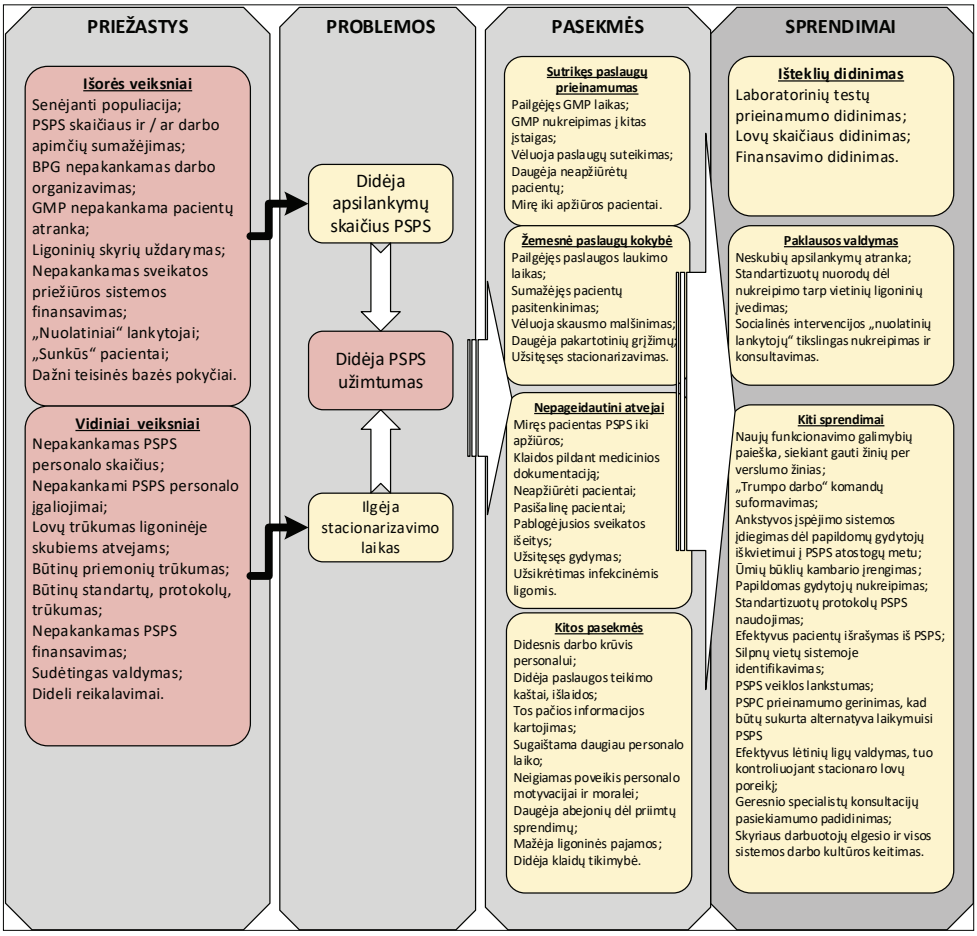
- ilgalaikiai veiksniai: užimtumas susijęs su prieinamumo bloku (angl. *access block*), kylančiu dėl stacionaro lovų užimtumo;
- sezoniškumas: PSPS užimtumo rodikliai padidėja žiemą;
- savaitės diena: daugelyje PSPS aktyvumo pikas yra pirmadieniais;
- paros metas: PSPS aktyvumas didžiausias vakare;



8 pav. PSPS procesų ir užimtumo veiksnių schema

- tarpstacionarinis transportavimas: trečio lygmens ASPĮ labiausiai susijusios su vėluojančiu transportavimu (atvykstančių pacientų) perpildymo metu arba pacientai per anksti išleidžiami į kitas ligonines, nors tokiu būdu tretinės ligoninės neprisiima atsakomybės. PSPS užimtumo vertinimo schema pateikiama 9 paveiksle.

PSPS užimtumas (9 pav.) sukelia daugelį neigiamų pasekmių, kurios skirstomos į kelias grupes: nepageidautinos išeitys, žemesnė paslaugų kokybė, tiekėjų praradimas, sutrikęs paslaugų prieinamumas ir kitos pasekmės (Wai ir kt., 2009; Pines ir kt., 2010). Ilgas paciento buvimas PSPS gali būti vertinamas kaip neefektyvus ir nenašus PSPS darbas. Kai kurių autorių duomenimis, vidutinis laukimo laikas iki gydytojo apžiūros siekia 46,5 min., o bendras apsilankymo PSPS laikas siekia 3,2 val. (McCaig ir kt., 2005). Kitų autorių duomenimis, apsilankymo PSPS laikas gali siekti 96 min., stacionarizuojamų pacientų –183 min. (Locker, Mason, 2005). Apsilankymo PSPS laikas varijuoja ir gali siekti nuo 180 min., iš kurių 5 minutės skiriamos įvertinimui ir 6 minutės iki gydytojo apžiūros, o kitas laikas skiriamas tyrimams (Amina ir kt., 2016). Didesniuose centruose vidutinis apsilankymo PSPS laikas gali siekti 305 minutes (Movahednia ir kt., 2013). Kai kurių mokslininkų duomenimis, vidutinis stacionarizavimo laikas trunka apie 3,7 val. (esant ilgiausio vidutinio buvimo PSPS laiko vidurkiui 8,3 val.), tačiau toks laikas skirtingomis savaitės dienomis gali skirtis ir iki vidutinio laiko 13,1 val. (Felton ir kt., 2011).



9 pav. PSPS užimtumo vertinimo schema

Trijų apklausų metu (Derlet, 2001) PSPS skyrių vedėjai didžiausiomis perpildymo pasekmėmis įvardijo: mirtingumą, vėluojantį paslaugų teikimą, nereikalingų procedūrų taikymą ir užsitęsusį nemalšinamą skausmą. Dėl ilgai užtrukusio laukimo PSPS didėja skaičius pacientų, kurie apskritai pasišalina nesulaukę apžiūros (Sayah ir kt., 2014). Nesugebėjimas suvaldyti pacientų srautų skatina darbuotojų nepasitenkinimą darbu (Smith ir kt., 2015), daro neigiamą poveikį personalo moralei (Wai ir kt., 2009; Melby ir kt., 2011; Vatnoy ir kt., 2013; Tekwani ir kt., 2013; Gallagher, 2015). Esant dideliam PSPS užimtumui, vienas populiariausių, tačiau daugiausia kritikos sulaukusių sprendimų buvo pacientus nukreipti iš labiau užimto PSPS į mažiau užimtą, dažniausiai toli esantį PSPS, remiantis ne medicininiais sprendimais, o finansiniais interesais (James, 1999).

Pagrindiniai sprendimai, esant dideliam PSPS užimtumui, suskirstyti į tris grupes:

1. Išteklių didinimas: laboratorinių testų prieinamumo didinimas (Lewandrowski, 2003); lovų skaičiaus ligoninėje didinimas (Donald ir kt., 2005); intensyviosios terapijos skyriaus lovų ir galimybių didinimas (Olshaker ir kt., 2006) ir kt.

2. Paklausos valdymas: neskubių apsilankymų atranka, standartizuotų nuorodų dėl nukreipimo tarp vietinių ligoninių įvedimas (sumažina GMP nukreipimus 41–75 proc.) (Vilke ir kt., 2004; Shah ir kt., 2006; Khanna, 2012; 2016), „nuolatinių lankytojų“ tikslingas mokymas ir konsultavimas ir kt.

3. Kitos priemonės: „trumpo darbo“ komandų formavimas, ankstyvo įspėjimo sistemos dėl papildomų gydytojų iškvietimo į PSPS atostogų metu (Hoot, Aronsky, 2008), skyriaus darbuotojų elgesio ir visos sistemos darbo kultūros keitimas (Ovens, 2011; Melon ir kt., 2013), ūmių būklių kambario (angl. *Acute Medical Admission Unit*) įkūrimas (Moloney ir kt., 2006), PSPC prieinamumo gerinimas, kad būtų sukurta lankymosi PSPS alternatyva (Wilper ir kt., 2008; Bain ir kt., 2010) ir kt. Europos šalių strategijos, kovojant su PSPS užimtumo problema, pateiktos 1 priede.

Pagalbos pirmumo įvertinimas. Pacientų pagalbos pirmumo įvertinimo aiškumo trūkumas kelia nesutarimus tarp BPG, GMP, PSPS darbuotojų ir pacientų, atsižvelgiant į tai, kad nėra standartizuotų skalių ar protokolų pagalbos pirmumui ir skubai nustatyti arba jais nesinaudojama, nors jie galėtų pagrįsti ir objektyvuoti paciento skundus, atitinkančius galimą laukimo trukmę ir numatomas intervencijas. PSPS tikslas yra užtikrinti SMP paslaugas gyventojams, kai tampa neprieinamos ar ribotos kitų medicinos pagalbą teikiančių įstaigų ar tarnybų galimybės.

Viena iš dažniausiai naudojamų ir veiksmingiausių priemonių – Pagalbos pirmumo nustatymo skalės (*Triage*) (toliau – pirmumo nustatymo skalė). Pagrindinis pirmumo nustatymo skalių tikslas yra rūšiuoti atvykstančius pacientus, pirmiausia atrenkant tuos, kurie negali ilgai laukti (Gilboy, 2012; Abelson, Lindwall, 2012). Paciento įvertinimas vyksta įvairiose grandyse, pradedant pagalbos skambučio operatoriumi bendrajame pagalbos centre (BPC). Toliau tai atlieka GMP darbuotojas įvykio vietoje arba medikų brigada PSPS. Paciento būklės įvertinimo, kaip proceso, rezultatas yra gerai suplanuotos SMP teikimas pacientui, stabilizuojant ir palaikant jo gyvybines funkcijas bei numatant tolesnę veiksmų seką.

Medicinos pagalbos pirmumo ir skubos vertinimas gali būti pagrįstas tiek gyvybinių funkcijų vertinimu, tiek ir pagrindiniu skundu (Hansen ir kt., 2011; Malstrom ir kt., 2012; Matheny ir kt., 2012). Tarptautiniu mastu nėra prieita susitarimo, į kuriuos kriterijus labiausiai turėtų būti atsižvelgiama (Wulp ir kt., 2008; Odell ir kt., 2009; Oldroyd, Day, 2010; Farrokhnia ir kt., 2011; Lidal ir kt., 2013; Gallagher ir kt., 2015). Gydytojo sprendimo priėmimą dėl SMP teikimo pirmumo gali lemti tokie veiksniai: paciento ypatumai (apranga, švara, provokuojantis būdas ar elgesys); nepriklausomi veiksniai (cirkadiniai ritmai, paros laikas, sezoniniai pokyčiai); endogeniniai (nerimas, depresija, emocijų (ne)valdymas); sveikatos priežiūros specialisto sutrikimai

(Croskerry ir kt., 2010). Vertintojų (gydytojų, slaugytojų) subjektyvių veiksnių pašalinimas, įtraukiant standartizuotus gyvybinių funkcijų parametrų stebėjimus, lemia tai, kad tampa daug lengviau nuspėti tokias išeitis kaip netikėta mirtis, pakartotinio sugrįžimo poreikis, ir pagerina skubios medicinos pagalbos paslaugų kokybę (Domagala ir kt., 2009). GMP automobilio darbuotojai taip pat neturi lengvai pritaikomo, įrodymais pagrįsto ir patikimo pagalbos pirmumo nustatymo instrumento, padedančio klasifikuoti pacientus dar ikistacionarinėje aplinkoje ir tinkamo perduoti PSPS darbuotojams (Smith ir kt., 2015).

Nors nemažai šalių neturi valstybiniu lygmeniu patvirtintų Pagalbos pirmumo nustatymo skalių, galima naudotis esamomis, tačiau svarbu atkreipti dėmesį, kad šių sistemų sėkmingas taikymas priklauso nuo vietinio konteksto, pavyzdžiui, populiacijos, ligoninės dydžio, išteklių, topografijos ir kt. veiksnių (Lidal ir kt., 2013; Smith ir kt., 2015; Gallagher ir kt., 2015). Pasaulyje išpopuliarėjo tos skalės, kurios buvo pradėtos naudoti vystantis Skubios pagalbos skyriams ir centrams. Dažniausiai naudojamos ir plačiausiai paplitusios šios pagalbos pirmumo nustatymo skalės:

- ATS (angl. *Australian triage system*),
- MTS (angl. *Manchester triage system*);
- CTAS (angl. *Canadian triage assessment system*);
- ESI (angl. *Emergency severity index*);
- METTS (angl. *Medical Emergency Triage and Treatment System*).

Skubios pagalbos slaugytojų asociacija 2003 m. (angl. *The Emergency Nurses Association*) ir Amerikos skubios pagalbos gydytojų kolegija (angl. *American College of Emergency Physicians*) 2005 m. pateikė rekomendaciją naudoti penkių lygių Pagalbos pirmumo nustatymo skales PSPS. 2010 m. šios organizacijos atnaujino rekomendacijas, siūlydamos naudoti Skubios pagalbos indeksą – ESI arba panašią sistemą, kurią sudarytų penkios pacientų būklės sunkumo kategorijos.

ESI ir CTAS yra sistemos, pagrįstos pacientų skirstymu į penkias kategorijas. Tyrimai rodo, kad jų patikimumas ir pagrįstumas panašūs. Šiomis sistemomis vertinamas paciento būklės sunkumas ir SMP teikimo skubumas. Tačiau ribotas yra šių sistemų tikslumas nuspėjant stacionarizavimo tikimybę (Smith ir kt., 2015). ESI yra algoritmu paremta sistema, kuria vertinamas paciento būklės sunkumas ir atkreipiamas dėmesys į išteklius, kurių poreikis rodo Pagalbos pirmumo nustatymo kategoriją. ESI sistemos trūkumais įvardijami šie dalykai: norint ja naudotis, paramedikai ir slaugytojai turi būti skirtingai apmokyti; skirtingai suvokiamas vertinimas lėtinėmis ligomis sergančių ir traumas patyrusių pacientų; vyresni pacientai, vertinami pagal ESI, gali būti nepakankamai įvertinti, todėl priskirti ne tokiai skubiai kategorijai. Skirtingai nuo ESI, CTAS sistema sudaryta iš išplėstinio klinikinių skundų sąrašo, simptomų ir modifikuojančių veiksnių. CTAS yra patikima ir pagrįsta taikyti tiek pediatriniams pacientams, tiek suaugusiesiems, kartu pastebėta stipresnė koreliacija tarp būklės sunkumo ir išteklių poreikio vyresniems pacientams (Lee ir kt., 2013). METTS, naudoja-

ma nuo 2005 m., taip pat turi penkias kategorijas. Švedijoje 97 proc. PSPS pasitvirtino METTS vertinimo skalę, kuri gali būti naudojama ir greitosios pagalbos automobilyje. Penkių dažniausiai naudojamų Pagalbos pirmumo nustatymo skalių esminių kriterijų palyginimas pateiktas 2 priede.

Slaugytojų vaidmuo pacientų atrankai. Siekiant patenkinti paciento lūkesčius negaišti laiko ligoninėje, bet kuo greičiau būti ištirtam ir gauti visą reikiamą pagalbą, dažniausiai jie nukreipiami ištirti į PSPS (Wai ir kt., 2008). Šis sprendimas atitinkamai didina tikslios diagnostikos poreikius ir reikalavimus, todėl pacientai užtrunka PSPS, ir tada svarbus vaidmuo tenka slaugytojams. Mokslininkai (Melby ir kt., 2010) išskiria *du esminius rodiklius, apibūdinančius SMP kokybę: tai laikas nuo atvykimo iki paciento būklės įvertinimo ir laikas nuo atvykimo iki paciento stacionarizavimo*. Jungtinės Karalystės ir JAV PSPS slaugytojai paskutinį dešimtmetį buvo vienas iš svarbiausių veiksnių, stengiantis suvaldyti pailgėjusį laukimo laiką PSPS, todėl slaugytojų vaidmuo smarkiai išaugo.

Slaugytojų vaidmenį skirtingose šalyse sunkina klinikiniai, etiniai, legalumo, profesionalumo klausimai, bet teigiama, kad slaugytojai PSPS yra veiksmingi ir į pacientą orientuoti profesionalai, kurie gali pagerinti paciento buvimo PSPS kokybę (Griffin, Melby, 2006; Elsom ir kt., 2009; Sandhu ir kt., 2009). Slaugytojų atliekamas pacientų būklės vertinimas šiuo metu pagrįstas standartizuotu Pagalbos pirmumo nustatymo modeliu daugelyje pasaulio ligoninių (Abdulwahid ir kt., 2015). Pacientų būklės stebėjimas yra pirmas esminis žingsnis, siekiant atpažinti potencialiai blogėjančios būklės pacientą ir veiksmingai vykdyti jo priežiūrą. Gyvybiškai svarbu geriau suprasti slaugytojų stebėjimo ypatumus, siekiant pagerinti pacientų išgyvenamumo rodiklius, išvengti jų ligos progresavimo, kritiškos ligonio būklės, kad jis nepatektų į RITS ar tai nelemtų mirties (Lee ir kt., 2003; Odell ir kt., 2009; Vatnoy ir kt., 2013). Paprastai paciento būklę vertina PSPS gydytojas, tačiau slaugytojai, vertindami pacientų būklės ūmumą ar skirstydami juos į kategorijas, gali būti tiek pat naudingi kiek ir gydytojai. Tai lemia tokios jų savybės kaip įgūdis veikti ir priimti sprendimus savarankiškai, gebėjimas situaciją vertinti greitai ir kritiškai (Edwards, Sines, 2008; Widgren ir kt., 2008; Odell ir kt., 2009; Wolf, 2010; Abellson, Lindwall, 2012; Buschhorn ir kt., 2013).

Gyvybinių požymių stebėjimas, atliekamas slaugytojų, gali būti suskirstytas į dvi kategorijas: įprastą (rutiniškai atliekamą) ir savarankišką. Gyvybinių funkcijų rodiklių sekimas yra svarbus veiksnys, neleidžiantis veikti tokiam kintamajam kaip vertintojo subjektyvumas. Tai suteikia patikimumo numatant galimą riziką numirti arba atpažinti tuos pacientus, kuriems kilusi vienokia ar kitokia rizika galimam pablogėjimui buvimo PSPS metu (Oldroyd, Day, 2010; Widgren, Jourak, 2008; 2011). M. Odellis ir kt. (2009) mokslininkų tyrimų duomenys atskleidė, kad slaugytojai nedidelio laipsnio sprendimus priima vertindami gyvybines funkcijas. Šie rezultatai atliepia tas studijas, kuriose pažymima, kad gyvybinių parametrų stebėjimą slaugytojai dažnai ignoruoja arba suteikia per mažą reikšmę priimdami sprendimus. Tačiau netinkamas gyvybinių

rodiklių stebėjimas, negebėjimas laiku pranešti apie ligos progresavimą, kreipimasis ne laiku patarimo į gydytoją gali lemti nevisavertę stebimų pacientų priežiūrą.

Nepaisant to, kad tyrimai rodo, jog slaugytojai yra svarbiausi atpažįstant blogėjančios sveikatos būklės pacientus, sveikatos būklės blogėjimo progresavimas buvo pripažintas nedažna problema ir iš tiesų sunkiai atpažįstama (Cioffi, 2000; Andrews, Waterman, 2005), o PSPS slaugytojai nėra pasirengę atpažinti šią problemą. Kitaip tariant, sunkiai sergantys pacientai, negalintys pasirūpinti savimi, slaugytojams kelia didelį stresą, kuris jų yra suvokiamas kaip per didelis darbo krūvis (Odell ir kt., 2009; Domagala ir kt., 2009). Nustatyta, kad šalyse, kuriose dirba BPG ar patyrusios slaugytojos su papildomu parengimu, labai veiksmingai prisidedama prie PSPS darbo kokybės gerinimo. Slaugytojų priežiūra gali ne tik prilygti gydytojo suteiktai priežiūrai, bet ir teikti didesnį pasitenkinimą pacientui (Considine ir kt., 2006; Laurant ir kt., 2006; Crandon ir kt., 2008).

Manoma, kad pacientų pasitenkinimas yra susijęs su paslaugos teikimo laiku (Denny ir kt., 2003; Wai ir kt., 2009; Melby ir kt., 2010; Fry ir kt., 2014; Gallagher ir kt., 2015). Akivaizdu, kad didesnis slaugytojų įtraukimas į PSPS darbą gali sumažinti pacientų laukimo laiką, tačiau vyresniems žmonėms dėl netipiškų ir neakivaizdžių simptomų reikia didesnių slaugymo išteklių, t. y. laiko, sugaištamo vyresnių žmonių priežiūrai ir specializuotų slaugytojų rengimui. Skirdami daugiau laiko pagyvenusiems pacientams, jie mažiau gali pasirūpinti kitais pacientais.

Akcentuodami slaugytojų svarbą skiriant daugiau dėmesio ir laiko pacientui, mokslininkai (Butler ir kt., 2011; Malmstrom ir kt., 2012) teigia, kad didelę įtaką pacientų sveikatos išeitims turi ir nepakankamas slaugytojų skaičius, nes jų nepakanka, siekiant užtikrinti vyresnių pacientų poreikius. Teikdamas SMP, slaugytojas nustato pagalbos pirmumą ir priima sprendimą dėl būklės ūmumo bei sunkumo, taip pat įvertina galimų išteklių poreikį, tuo tarpu neskubios pagalbos situacijose nėra būtinybės nustatyti pagalbos pirmumą ar detaliai užrašyti išsakomus skundus lankantis pacientui. Įvertinant tai, jog nemažai daliai besikreipiančiųjų SMP nėra būtina (Lee ir kt., 2003), slaugytojo darbas gali būti sutelktas į tokių pacientų atpažinimą ir jų pagalbos pirmumo poreikio nustatymą.

Tarpstacionarinis transportavimas. Pastaruoju metu moksliniuose straipsniuose atkreipiamas dėmesys į tarstacionarinių pacientų srautų didėjimą (Gray ir kt., 2004; Lieshout ir kt., 2008; Fried ir kt., 2010; Gillman ir kt., 2013; Virketis ir kt., 2016a). Tarpstacionarinis transportavimas daro didelę įtaką žmogiškiesiems ištekliams, techninei įrangai, gabenimo sistemoms, regioninių ir tretinių sveikatos priežiūros centrų ištekliams, efektyviam SMP planavimui (Rourke, Kennard, 2001), todėl reikia bendros diskutuojamo dalyko sampratos.

Moksliniuose straipsniuose (Gray ir kt., 2004; Zanco, 2014) pateikiamos tokios pacientų transportavimo sąvokos: *pirminis paciento transportavimas* – „iš įvykio vietos į gydymo įstaigą“; a*ntrinis*, kitaip dar vadinamas *tarpstacionariniu transpor-*

tavimu – „iš vienos gydymo įstaigos į kitą, tęsiant paciento gydymą“, taip pat „bet koks paciento transportavimas iš vienos ligoninės tiesiai į kitą, patarus medicinos personalui, nepriklausomai, ar priėmė kita ligoninė, ar ne“. Tačiau ši *antrinio transportavimo* sąvoka tinkama tik tarpstacionariniam transportavimui, kai pacientas vežamas į aukštesnio lygmens paslaugas teikiančią ligoninę, jei dėl įvairių priežasčių to negali atlikti arčiausiai paciento gyvenamosios vietos esanti ligoninė.

Mokslininkai (Oakley, 1999; Faheem, 2003; Iwashyna, 2012) pagal svarbą įvardija šias tarpstacionarinio transportavimo problemas: personalo stoka, ilgas transportavimo laikas, komunikacijos tarp gydymo įstaigų trūkumas, mirtingumas transportavimo metu, paciento stebėsenos problemos. Atlikęs mokslinės literatūros analizę, autorius išskiria tarpstacionarinio transportavimo tyrimų kryptis, pateikiamas 8 lentelėje.

8 lentelė. Tarpstacionarinio transportavimo tyrimų kryptys

Tarpstacionarinio transportavimo tyrimų kryptys	Šaltinis
Sprendimo priėmimo transportuoti delsimas ir ilgas transportavimo laikas	Faheem, 2003; Schoetther ir kt., 2003; Craig, 2005; Wong, Levy, 2005; Iwashyna, 2012; Santry, Velmahos, 2012
Pacientų srautų nukreipimas	Gray ir kt., 2004; Warren ir kt., 2004
Tarpstacionariniam transportavimui taikomi nuostatai, algoritmai ar rekomendacijos	Warren ir kt., 2004; Robinson ir kt., 2006; Hennessy, Dempsey, 2009; Cowan ir kt., 2010; McNamara, McCormack, 2010; Chatwin ir kt., 2011; Burton, 2011; Fitzgerald ir kt., 2011; O'Donnell, 2011; Whiteley ir kt., 2011; Zanco, 2014
Transportuojant dalyvaujantis personalas, transportavimo komanda, kvalifikacijos atitikimas	Oakley, 1999; Faheem, 2003; Gray ir kt., 2004; Ligtenberg ir kt., 2005; Wong, Levy, 2005; Lieshout ir kt., 2008; Chatwin, 2011; Kue ir kt., 2011; Gillman ir kt., 2013
Transportavimo būdai ir paciento stebėsena transportavimo metu	Bartolomeo ir kt., 2001; Rourke, Kennard, 2001; Gray ir kt., 2004; BATLS, 2008; Goldhill ir kt., 2009
Transportavimo rezultatai, išeitys	Sampalis ir kt., 1999; Bellingan ir kt., 2000; Schoettker, 2003; Gray ir kt., 2004; Ligtenberg ir kt., 2005; Meisler, 2009; Kue ir kt., 2011; Leet ir kt., 2012; Gillman ir kt., 2013

Dažnai delsiama priimant sprendimą transportuoti pacientą, taip pat derinant stacionarizavimą su priimančia ligonine (Wong, Levy, 2005; Iwashyna, 2012). Nustatyta, kad transportavimui organizuoti reikia daugybės telefono skambučių (vidutiniškai 4,7), kai idealiu atveju reikėtų tik vieno (Craig, 2005). Pagrindinės delsimo priežastys: komunikavimo problemos su priimančiomis tretinio lygmens paslaugas teikiančiomis

ligoninėmis, sunkumai organizuojant transportą ar nedokumentuotos siunčiančioje įstaigoje atliktos intervencijos (Wong, Levy, 2005). Pacientų transportavimo proceso atidėliojimą rodo faktas, kad pacientai iš rajoninės ligoninės buvo sunkesnės būklės negu panašūs pacientai, kurie iškart pateko į tretinio lygmens įstaigas (nepaisant to, kad tretinio lygmens ligoninės dažniausiai gydo sunkiausius ligonius) (Santry, Velmahos, 2012).

Transportavimo trukmė vertinama kaip per ilga ir nurodomas transportavimo laiko vidurkis – 5–10 valandų (Faheem, 2003; Wong, Levy, 2005; Craig, 2005). P. Schoettheris ir kt. (2003) išskiria tris transportavimo laiko intervalus: ikistacionarinis laikas (nuo GMP iškvietimo iki patekimo į ligoninę), stacionarinis laikas (nuo patekimo į ligoninę iki tarpstacionarinio transportavimo), transportavimo laikas (nuo išvežimo iš siunčiančiosios ligoninės momento iki patekimo į aukštesniojo lygmens gydymo įstaigą). Nurodoma, kad stacionarinis laikas buvo 343 ± 310 min., tarpstacionarinio transportavimo organizavimo vidutinis laikas 112 ± 80 min., laikas iki aukštesnio lygmens pagalbos suteikimo – 443 ± 322 min.

Didžioji dalis (73 proc.) transportuojamų pacientų tretinio lygmens paslaugas teikiančias įstaigas pasiekia pasibaigus darbo valandoms. Nustatyta, kad po operacijų, kurios atliekamos neįprastomis darbo valandomis, mirtingumas didesnis (Wong, Levy, 2005). Lietuvoje tokio pobūdžio duomenys nėra kaupiami, todėl nėra galimybės palyginti.

Siekiant veiksmingai planuoti ir organizuoti ligoninių darbą, svarbu nustatyti, kur prireikus turi būti transportuojamas pacientas, jei arčiausiai esanti ligoninė negali suteikti reikiamos pagalbos. Mokslininkų (Gray ir kt., 2004; Warren ir kt., 2004) manymu, tai turėtų sumažinti antrinio transportavimo skaičių, ypač transportuojant pacientus su galvos traumomis. Teigiama, kad aiškios ar bent preliminarios paciento stacionarizavimo vietos numatymas leidžia tiksliau planuoti stacionaro lovų užimtumą.

Didėjant trapstacionarinio transportavimo poreikiui, atsiranda būtinybė šį procesą kontroliuoti, apibrėžiant transportavimo normas, standartus ir pan. Moksliniuose straipsniuose (Warren ir kt., 2004; Chatwin ir kt., 2011; Zanco, 2014) pateikiami tarpstacionarinio transportavimo nuostatai arba transportavimo algoritmai. JAV tarpstacionarinio transportavimo nuostatai rekomenduoja užtikrinti, kad visi tarpstacionarinio transportavimo atvejai atitiktų teisinius reikalavimus. Į nuostatus įtraukta pirminio paciento vertinimo, stabilizavimo, informuoto paciento sutikimo, rodančio transportavimo riziką ir naudą, medicinos indikacijų transportuoti, siunčiančio ir priimančio gydytojų bendravimo dokumentacija. Nors pateikiamos gairės, kaip transportuoti traumuotą pacientą (Wong, Levy, 2005), tačiau labai trūksta informacijos apie sprendimų priėmimą transportuojant skubios pagalbos reikalaujančius chirurginio profilio pacientus.

Mokslininkų (Ligtenberg ir kt., 2005; Wong, Levy, 2005; Kue ir kt., 2011) nuomone, specialios ligonių transportavimo specialistų komandos turėtų labai pagerinti

kritiškai sunkių pacientų būklę ir sumažinti ankstyvą mirtingumą. Ten, kur yra patyręs personalas, prieš transportavimą atliekamų intervencijų kokybė dažnai geresnė už mažiau įgūdžių turinčio personalo teikiamą pagalbą. Taip yra todėl, kad labiau patyręs personalas geba įvertinti būklės sunkumą ir iš anksto kontroliuoti problemas, kurios gali iškilti transportavimo metu. Mokslininkai (Ligtenberg ir kt., 2005; Lieshout ir kt., 2008) nurodo, kad tik kai kuriuose Nyderlandų regionuose naudojamasi visiškai įrengtais intensyviosios medicinos pagalbos automobiliais, kuriuose lydinčiąją komandą sudaro intensyviosios medicinos pagalbos gydytojas ir slaugytoja, tuo tarpu daugelyje įprastų greitosios medicinos pagalbos automobilių lydintysis yra tik palaikyti gyvybę gebantis paramedikas. Maždaug 90 proc. transportavimo atvejų yra organizuojami siunčiančiosios įstaigos personalo, naudojant tos įstaigos įrangą ir transportą. Tačiau mažų ligoninių medicininis ir slaugos personalas dažnai nėra tinkamai apmokytas ir neturi reikiamos patirties.

Kad transportavimo komandos efektyviai naudotų išteklius, įgautų reikiamos patirties ir nepamirštų įgūdžių, reikia organizuoti personalo mokymus. Pvz., kritinės būklės vaikų transportavimas reikalauja specialių įgūdžių, taip pat lydintieji asmenys turi būti gydytojas ir slaugytoja, kurie turi pediatrinių intensyviosios priežiūros įgūdžių ir nuolat treniruojasi. Vis dėlto daugelis kritiškai sunkių pacientų transportavimo tarp ligoninių metu lydimi nepatyrusių praktikantų, retai prižiūrint medikams su didesne patirtimi, – tai gali lemti rimtas komplikacijas. Specializuota transportavimo komanda vadinama komanda, kuri atvyksta iš tretinio lygmens paslaugas teikiančios gydymo įstaigos tam, kad transportuotų kritinės būklės pacientus iš siunčiančiosios ligoninės.

JAV intensyviosios medicinos tarybos pateiktose gairėse nurodoma, kad kritiškai sunkų pacientą turėtų lydėti bent du žmonės, kartu su reanimobilio vairuotoju, tarp jų būtinai gydytojas, slaugytoja ar paramedikas, turintis aukštesnio lygio gyvybės palaikymo įgūdžių (Faheem, 2003; Wong, Levy, 2005; Chatwin, 2011). Mokslininkų (Lieshout ir kt., 2008) atlikti tyrimai atskleidė, kad personalas jau po 15 min. treniruočių geba priimti teisingus sprendimus, planuojant transportuoti pacientą, naudodamasis gairėmis, kuriose pagrindinis dėmesys skirtas diagnozei ir paciento būklei.

Nurodomi dažniausi tarpstacionarinio pacientų transportavimo būdai: 56,6 proc. greitosios pagalbos automobiliu, 42,3 proc. privačiu automobiliu, 0,6 proc. sraigtasparniu, 0,1 proc. lėktuvu (Rourke, Kennard, 2001). Aeromedicininė evakuacija skirta nukentėjusiesiems gabenti oro transportu į gydymo įstaigą arba iš vienos gydymo įstaigos į kitą (BATLS, 2008). Mokslininkų nuomone (Gray ir kt., 2004), oro transporto naudojimo galimybė turi būti svarstoma, kai atstumas didesnis nei 80 km arba transportavimo trukmė ilgesnė nei 90 min. Taigi nors oro transportas, toks kaip sraigtasparnis, tampa vis prieinamesnis, tačiau nebūtinai idealus, kai nėra nusileidimo aikštelės greta priėmimo skyriaus, taip pat, kai nėra medicinos personalo, specialiai apmokyto oro transporto saugumo, bendravimo, evakuacijos ir kitų procedūrų. Ka-

riniai sraigtasparniai, pritaikyti transportuoti pacientus, nėra skraidantys greitosios pagalbos automobiliai, pagalbos teikimo galimybės skrydžio metu yra ribotos. Kita vertus, turima mažai duomenų apie sraigtasparnių saugumą, nepageidautinus įvykius tokio transportavimo metu, aukšto triukšmo lygio įtaką stebėsenai ir kt. Atsižvelgiant į šiuos aspektus, galima teigti, kad vertesnis ir priimtinesnis pacientams transportuoti yra antžeminis būdas, t. y. greitosios medicinos pagalbos automobiliais.

Mokslininkai (Gray ir kt., 2004; Ligtenberg ir kt., 2005; Kue ir kt., 2011) rekomenduoja, kad visi transportavimo atvejai vyktų esant stabiliai paciento būklei. Tada tikėtina, kad paciento sveikatos išeitys bus optimalios. Tyrimų duomenimis (Ligtenberg ir kt., 2005; Leet ir kt., 2012; Gillman ir kt., 2013), 32 proc. transportuojamų pacientų būna kritinės būklės ir 2,1 proc. jų miršta. Kiti autoriai nurodo mirtingumą nuo 3 iki 27 proc. netgi tada, kai transportuojant pacientą dalyvauja specialiai apmokytos komandos. Yra patvirtintų įrodymų, kad sveikatos priežiūros kokybė pagerėja, jeigu naudojamasi specialistų komandomis iš priimančiosios įstaigos (Gray ir kt., 2004; Kue ir kt., 2011). G. Bellingano ir kt. (2000) tyrime nurodoma, kad transportavimas lydint specialiai tam apmokytai komandai, lyginant su standartiniu greitosios pagalbos transportavimu, kai lydi gydytojas iš siunčiančiosios gydymo įstaigos, lemia tai, jog daugiau pacientų atvežama stabilios būklės, o mirtingumas per pirmąsias 12 valandų sumažėja nuo 7,7 proc. iki 3 proc.

Visuomenės švietimas. JAV SMP sistema akcentuoja pirmosios pagalbos teikimo įgūdžių lavinimą ir visuomenės švietimo būtinumą (Emergency medical services: agenda for the future, 2010). Visa tai, ką visuomenė žino apie pirmosios pagalbos teikimą iš masinių informavimo šaltinių, nesuteikia visuomenei pagrindinių žinių ir įgūdžių. Visuomenės švietimas pirmosios medicinos pagalbos klausimais turėtų būti nepertraukiama veikla visoje SMP sistemoje, taip būtų galima sėkmingai informuoti visuomenę ir suteikti naudingos informacijos apie traumų bei staiga ištikusių sveikatos sutrikimų prevenciją.

Žinios, kaip suteikti pirmąją pagalbą, yra vienas svarbiausių veiksnių, siekiant užkirsti kelią įvairioms traumoms ar sužeidimams. Mokslininkų skaičiavimu pirmosios pagalbos įgūdžių ir žinių trūkumas sudaro 75–90 proc. mirčių, komplikacijų arba yra pagrindinė žmogaus neįgalumo priežastis (Lippmann ir kt., 2011). Pirmosios pagalbos teikėjas turėtų mokėti greitai ir tiksliai įvertinti situaciją bei ramiai susidoroti su gyvybei pavojų keliančiomis situacijomis. Pirmosios pagalbos mokslinių tyrimų literatūroje itin akcentuojamas dėmesys pirmosios medicinos pagalbos įgūdžių lavinimui ir apskritai visuomenės švietimui šiuo klausimu (Gledon ir kt., 1987). JAV specialistai akcentuoja, kad visuomenės švietimas turėtų būti tęstinis ir apimti: prevenciją, sveikatos būklės identifikavimą, sveikatos priežiūros institucijų pasiekimą ir pradinį gydymą (Emergency medical services: agenda for the future, 2010).

Lietuvoje visuomenės švietimas nėra išplėtotas. Daugiausia atliekami mokymai dėl sveikatos būklės identifikavimo vairuotojų rengimo kursų metu. Panašius moky-

mus atlieka Krizių tyrimų centras, kurio pagrindinis uždavinys organizuoti ir vesti mokymus SMP dirbantiems medikams, darbuotojams ir transporto priemonių vairuotojams, kurie įpareigoti įvykio vietoje teikti pirmąją pagalbą nukentėjusiesiems. Tai parodo, jog pirmoji medicinos pagalba yra skirta tik paskirų profesinių grupių atstovams, tačiau nėra kalbama apie nuoseklų programinį visuomenės švietimą. *Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos pasirengimo veiklai ir veiklos krizių ir ekstremalių situacijų atvejais koncepcijoje* (VŽ, 2003, Nr. 28-1150) minimas visuomenės švietimas ekstremalių situacijų klausimais, tačiau pasigendama konkrečios ir aiškios veiklos šiame darbo bare.

***

Atlikta analizė leidžia daryti prielaidą, kad geriausiai PSPS perpildymo ir užimtumo problemos sprendžiamos geriau organizuojant personalo darbotvarkę, koordinuojant pacientų srautus, naudojant standartizuotus būklės vertinimo protokolus. PSPS užimtumo veiksmingu valdymu laikomas tam tikrų rodiklių ***(SMP paslaugų suteikimo trukmės, paciento būklei įvertinti skiriamo laiko norma, pagalbos pirmumo nustatymo skalių PSPS ir GMP naudojimo lygis)****, įvertintų tyrimuose, pasiekimas ir didesnis PSPS veiklos lankstumas. Atlikus PSPS perpildymo ir užimtumo sampratų analizę, autorius pateikia savo apibrėžtas PSPS perpildymo ir užimtumo sąvokas.*

Nagrinėtas pagalbos pirmumo įvertinimas pagalbos pirmumo nustatymo skalių naudojimo aspektu. Kaip pagrindinis objektas nagrinėtos 5 lygių pagalbos pirmumo nustatymo skalės. Standartizuota, lanksti ir nuolat tobulinama pagalbos pirmumo nustatymo skalė padeda išlaikyti saugią ir veiksmingą sveikatos priežiūros sistemą, didina pacientų pasitenkinimą dėl sutrumpėjusio laukimo laiko, leidžia daugiau laiko skirti kritiškai sergantiems pacientams, sumažina medicininių klaidų skaičių. Pagerėjęs PSPS pacientų sveikatos būklės vertinimas ir tikslingas nukreipimas tyrimams atlikti ar konsultuotis pas atitinkamus specialistus užtikrina tinkamų išteklių paskirstymą ir pasiekiamumą, pagerina pacientų ligos išeitis, sumažėja tiek pacientų, tiek PSPS komandos nepasitenkinimas.

Slaugytojų vaidmuo pacientų atrankai analizuotas slaugytojų vaidmens praplėtimo, įtraukimo į komandinį darbą PSPS, profesionalumo neapribojimo tik gydytojų paskyrimų vykdymu, įgalinimu vykdyti pacientų būklės vertinimą, koordinuojant besikreipiančių pacientų priežiūrą, aspektu. Autorius mano, kad slaugytojo vaidmens praplėtimas yra sistemiškas sprendimas siekiant gerinti pacientų atranką ir tuo mažinti didėjančius SMP pacientų srautus.

Tarpstacionarinio transportavimo veiklos atskleidimas problemų identifikavimu rodo transportavimo svarbą sisteminiu lygmeniu, nes pritaikytos intervencijos šioje SMP sistemos posistemėje daro įtaką tokiems rezultatams kaip sumažėjęs transportuojamų pacientų mirtingumas, pagerėjęs paslaugų prieinamumas ir kokybė. Paci-

entų transportavimo problemų daugiaaspektis įvertinimas pagal nustatytus rodiklius apibūdina paskirų šalių tarpstacionarinio transportavimo valdymą ir jį lemiančius veiksnius, transportavimo galimybių vystymą, įtaką pacientų sveikatos būklei ir tolesnes sveikatos išeitis, siūlo tolesnes saugaus ir kokybiško pacientų transportavimo vystymo kryptis. Pacientų transportavimo kokybiniams rodikliams autorius priskiria transportuojamų pacientų būklės vertinimo protokolų naudojimo lygį, transportavimo brigados iškvietimo laiką nuo paciento patekimo į žemesnio lygmens, nei reikalauja paciento būklė, stacionarinę ASPĮ iki SKP iškvietimo; SKP išvykimo į kviečiančiąją įstaigą laiką nuo iškvietimo; atsisakymų vykti į kviečiančiąją ASPĮ skaičių ir priežastis; transportavimo metu ir per 24 val. nuo atvežimo mirusių pacientų skaičių; atvežtų operuotų pacientų skaičių per 24 val. nuo atvežimo.

Visuomenės įtraukimas ir švietimas pirmosios pagalbos teikimo klausimais yra esminis komponentas visoje SMP sistemoje, tačiau nėra pakankamai išplėtotas. Nuoseklus ir tęstinis pirmosios pagalbos mokymas leistų kur kas labiau sumažinti traumų ar ligų pasekmių skaičių.

1.5. Skubios medicinos pagalbos sistema, jos valdymo esmė ir principai

Anot C. Donaldsono (1996), sveikatos priežiūros poreikiai gali būti patenkinti tik naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis, kurios yra sistemos veiklos rezultatas. SMP sistema apibūdinama labai įvairiai. SMP sistema nėra tik paciento transportavimas į ligoninę. Tai yra skubi medicinos priežiūra, apimanti daugelį žmonių, įstaigų ir kitų komponentų, kurie vaidina svarbų vaidmenį kaip vientisos ir koordinuotos sistemos dalis.

JAV nacionalinė greitkelių saugumo administracija (2011) akcentuoja 10 sistemos komponentų, kuriuos rekomenduoja kaip standartą SMP sistemai: 1) išsamūs GMP ir traumų sistemos teisės aktai; 2) išteklių valdymas ir administravimas; 3) profesinis mokymas; 4) komunikavimo sistema (911, ryšių įranga, ryšių centrai, įranga, gebėjimas bendrauti tarp GMP, stacionarų, policijos ir gaisrinės tarnybų); 5) transportavimo sistema (žemės, oro, vandens); 6) infrastruktūra (ligoninės, traumų centrai, specializuoti centrai); 7) traumų sistemos visiška integracija su GMP sistema; 8) gydytojo dalyvavimas; 9) visuomenės informavimas, švietimas ir prevencija; 10) duomenų rinkimas, kokybės gerinimas ir vertinimas, tyrimai.

A. E. Kuehlis ir kt. (2002) nurodo šiuos SMP sistemos komponentus:

- kvalifikuotas medicinos personalas;
- įstaigų tinklas;
- moderni medicinos įranga, galinti užtikrinti kokybišką pagalbos teikimą, susidarius skubios pagalbos reikalaujančiam atvejui; ir pateikia SMP sistemos skirstymą priklausomai nuo:

- paslaugų lygio (pagrindinis, tarpinis, paramedikas, specialistas);
- organizacijos tipo (vyriausybinė ar nevyriausybinė organizacija, ligoninė, savanoriai ir kt.);
- pavaldumo (šalies, miesto, rajono, ligoninės, privatus ir kt.).

R. Martinezas (2010) SMP sistemą pateikia kaip 14 komponentų visumą. Mokslininkas vaizduoja SMP sistemą kaip didelį apskritimą, kuris jungia elementus, aktyvuojamus atsitikus įvykiui – traumai, ūmiai ligai ir kt. Apskritimo išorėje esantys lapeliai parodo sistemos elementų veiksmus. Apskritimo viduje esančios rodyklės rodo, kokių profilių pacientams teikiamos paslaugos. Pasiruošimą kiekvieną dieną bet kokiam skubiam atvejui rodo SMP sistemos visapusiškumas, apimantis 14 sistemos komponentų. Tokiai sistemai palaikyti ir plėtoti reikia visų valdymo lygmenų suinteresuotų šalių atstovų atsakingo planavimo, pasirengimo ir pasiaukojimo. Esminiu SMP sistemos trūkumu nurodoma integracijos su esama sveikatos priežiūros sistema stoka.

Disertacijos autoriaus nuomone, JAV nacionalinės greitkelių saugumo administracijos ir mokslininkų (Kuehl ir kt., 2002; Martinez, 2010) pateikti SMP sistemos komponentai plačiai atskleidžia SMP sistemos struktūrinius komponentus, tačiau to nebepakanka moderniai SMP sistemai apibūdinti. Nors R. Martinezo pateiktoje schemoje SMP sistema aktyvuojama atsitikus įvykiui, autoriaus nuomone, įvykis aktyvuoja SMP teikimo procesą, kuris yra tik viena iš SMP sistemos dalių ir atitinka medicininio valdymo bei klinikinės priežiūros komponentus.

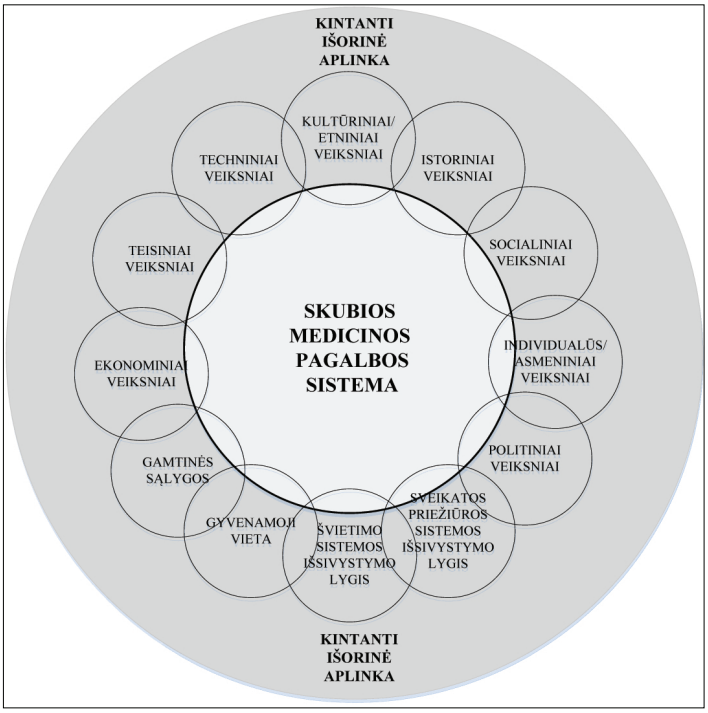
Tobulinant SMP sistemą mokslininkai (Jaklič, Kovač, 2015) siūlo atsižvelgti į šiuos konkrečius veiksnius:

- gyventojų skaičių;
- vyresnių nei 65 metų gyventojų dalį populiacijoje;
- geografines sąlygas ir teritorinį atstumą;
- grėsmės dėl nelaimingų atsitikimų, eismo ir panašių atvejų lygį;
- įvykių dažnį tam tikroje teritorijoje;
- transportavimo galimybių išvystymą;
- atstumą iki ligoninių; tarnybų galimybę suteikti SMP paslaugas.

Be nurodytų konkrečių veiksnių, SMP sistemos vystymuisi įtakos turi ir kintanti išorinė aplinka bei kiti veiksniai (10 paveikslas).

SMP sistemai įtakos turintys veiksniai, pateikti 10 paveiksle, disertacijos autoriaus suskirstyti į dvylika kategorijų. Jų įtaka SMP sistemai nėra vienoda. Didžiausią įtaką SMP sistemai turi esanti sveikatos priežiūros sistema, su kuria SMP sistema yra tiesiogiai integruota per paslaugų profilius ir paslaugų teikimo lygius.

Apibendrinant galima teigti, jog ***skubios medicinos pagalbos sistema*** *– tai skubios medicinos pagalbos personalas, infrastruktūra, finansai ir kiti sistemos elementai bei ryšiai tarp jų, užtikrinantys veiksmingas, prieinamas ir kokybiškas, vietines, regionines ar nacionalines skubios medicinos pagalbos paslaugas*.



10 pav. SMP sistemai įtakos turintys veiksniai
Šaltinis: sudaryta autoriaus.

Viena iš SMP sistemos valdymo raidos ypatybių yra ta, kad, keičiantis sveikatos priežiūros paslaugų administravimo ar valdymo paradigmoms, keičiasi ir SMP sistemos valdymą apibūdinančios sąvokos. Mokslininkai (Brinkerhoff, Bossert, 2013) teigia, kad valdymas yra vis labiau pripažįstamas kaip svarbus veiksnys sveikatos sistemos veikloje, tačiau dėl skirtingai vartojamų sąvokų konceptualiai ir praktiškai yra menkai suprantamas. Teoriškai (Calvello, Broccoli, 2013) SMP sistemos terminas yra siauresnis nei SMP sistemos valdymas.

Nors sistema ir pasižymi savireguliacija, bet yra valdoma. Mokslininkai (Garner, Mann ir kt., 2015) teigia, kad moksliniu požiūriu SMP sistemos valdymas yra aktualus, nes priimami vadybiniai sprendimai turi reikšmingą įtaką pacientų mirtingumui. SMP sistemos valdymą mokslininkai apibūdina skirtingai:

- P. Andersonas ir kt. (2006) teigia, kad SMP sistemos valdymas šiandien traktuojamas kaip *koordinuota veikla*, teikiama per integruotas sistemas, palengvinanti SMP tęstinumą tarp bendruomenės, ikistacionarinės ir stacionarinės sveikatos priežiūros. SMP yra skirta populiacijos sergamumui, mirtingumui ir

neįgalumui dėl ūmių ligų ir sužalojimų minimizuoti, kiek įmanoma maksimaliai naudojant turimus išteklius;

- T. Fleishmannas ir G. Fulde (2007) SMP valdymą įvardija kaip *sistemą, valdančią žmogiškuosius ir medicininius išteklius*, siekiant užtikrinti pagalbą ištikus nelaimingam atsitikimui. SMP sistemos valdymo esmė – ligų ir nelaimingų atsitikimų prevencija, pasirengimas veikti nelaimingo atsitikimo ar ligos atveju, greitas reagavimas ir gydymas. Tikslas – išvengti arba sumažinti mirties ir neįgalumo atvejų. Vienas iš esminių SMP sistemos valdymo aspektų – SMP tarnybų teikiamos paslaugos;
- A. I. Glendonas, S. F. McKenna ir kt. (1987) SMP tarnybų ir įstaigų teikiamas paslaugas apibūdina kaip *dėsningai veikiančią sistemą*, koordinuotai ir laiku pacientams teikiančią personalo, įrangos ir patalpų paslaugas, siekiant išsaugoti jų gyvybines funkcijas;
- O. M. Arazas (2013) teigia, kad darnus ir lankstus SMP sistemos valdymas − viena iš prioritetinių sričių visoje sveikatos apsaugos sistemoje, pradedant moksliniais tyrimais, baigiant įvairiapusiu kontrolės mechanizmu. Gerai veikianti vadovavimo ir kontrolės struktūra kartu su vadovaujančiais lyderiais privalo atitinkamai *skirstyti išteklius*, užtikrinti *nuoseklią informacijos sklaidą*;
- SMP sistemos valdymas apima greitą, koordinuotą ir *nenutrūkstamą procesą, planavimą, organizavimą* bei planų įgyvendinimą; gebėjimas kiek įmanoma labiau imtis *prevencinių priemonių*, *greitai reaguoti* ir apsaugoti asmenis esant kritinei sveikatos būklei (Bahman, 2007);
- M. Alperas (2002) apskritai sveikatos priežiūros valdymo tobulinimą sieja su *sektoriaus, sistemų ir organizacijų, infrastruktūros, technologijų ir procesų pokyčiais*. Tobulinimo tikslu nurodo efektyvų sveikatos priežiūros sistemos lėšų naudojimą.

SMP sistemos valdymas reikalauja lanksčios, pritaikomos ir stiprios organizacinės struktūros, nes SMP sistema visada turi būti pasiruošusi visiems įmanomiems kritiniams atvejams. Neretai moksliniuose straipsniuose, apibūdinančiuose valdymą, žodis *valdymas* pakeičiamas žodžiu *pasirengimas* (angl. *preparedness*) (Emergency managment: Definition, 2013). Toks žodžių įvairiapusiškumas iš dalies susijęs su SMP sistemoje vykstančiais procesais, kurie leidžia užtikrinti sistemos nuolatinę pasiruošimo būseną. Tuo ji supanašėja su SMP organizavimu ekstremalių situacijų atvejais. SMP sistemos valdymo procese pagal poveikį įvykiui tradiciškai skiriami keturi principai – prevencijos, pasirengimo (planavimo), reagavimo ir pagalbos (gydymo). Jų esmė – užtikrinti kuo veiksmingesnę nelaimingų atsitikimų, traumų ir ligų prevenciją, imantis visų reikiamų atsargumo priemonių, personalo ir visuomenės švietimo bei reikalingų išteklių efektyvaus naudojimo. Moksliniuose straipsniuose šie principai vadinami „visapusiškuoju skubios medicinos pagalbos valdymu“ arba „pagrindiniais skubios medicinos pagalbos valdymo principais“ (Malcom, 2010). Tarp SMP sistemos valdymo principų svarbi tarpusavio darna ir priklausomybė, tuo užtikrinant visapusišką, ilgalaikį ir darnų SMP teikimą. SMP valdymo principai pateikiami 9 lentelėje.

9 lentelė. SMP valdymo principai

Principai	Apibūdinimas
Prevencija	Kuo labiau sumažinti pavojaus mastą žmogaus sveikatai ir gyvybei, kartu kurti saugesnę bendruomenę. Susijusi su ilgalaikiais sprendimais kaip sumažinti traumų, nelaimingų atsitikimų ar ligų skaičių. Identifikuoti rizikos veiksnius ir tikslingai, kryptingai, pasitelkiant įvairias priemones, sumažinti nelaimių ir pavojų poveikį.
Pasirengimas (planavimas)	Tam tikros užduotys, jų planavimas ir įgyvendinimas. Nuolatinis tęstinis procesas, įtraukiant valstybinį ir nevalstybinį sektorius bei nevyriausybines organizacijas nustatant grėsmes, pažeidžiamumą ir reikiamų išteklių skaičių. SMP veiklos galimybių kūrimas, organizavimas, esamos veiklos gerinimas, personalo mokymas, įrangos atnaujinimas, uždaviniai, programos, reglamentuojančios SMP veikimo principus.
Reagavimas	SMP mobilizavimas. SMP teikimas nukentėjusiems asmenims, naudojant visas sistemas ir reikiamus išteklius.
Pagalba (gydymas)	Žmogaus gyvybinių funkcijų atstatymas, kokios jos buvo prieš įvykstant nelaimingam atsitikimui. Pagalba ar gydymas po incidentinių atvejų gali užtrukti metus ar mėnesius, nes juo siekiama atkurti žmogaus fizines savybes, emocinę ir socialinę gerovę.

Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal E. B. Malcom (2010)

Prevenciniai veiksniai (9 lent.) kuriami tam, kad SMP sistema turėtų ilgalaikį ir tvarų poveikį bendruomenei. G. D. Haddowas ir kt. (2010) pažymi, kad būtent ši SMP sistemos valdymo dalis esme skiriasi nuo kitų ekstremalių situacijų valdymo funkcijų. Prevencija, vykdant dėsningą sveikatos apsaugos politiką ir SMP sistemos valdymą, gali kur kas labiau padėti sumažinti nelaimingų atsitikimų, ligų skaičių ir padidinti išgelbėtų žmonių gyvybių skaičių.

SMP ilgalaikės perspektyvos ir valdymas visuomet priklauso nuo vykdomos valstybės politikos, atsakingų už ekstremalių situacijų valdymą asmenų bei medikų bendro darbo planavimo (Robinson, Eller ir kt., 2013). Daugelio pasaulio valstybių, pasak D. Henstro (2010), pasirengimo planai ir pagrindinė funkcinė atsakomybė deleguota vietos savivaldos institucijoms. Ligoninių SMP teikimo planai turi būti integruoti bei nukreipti ir į kitų gydymo įstaigų – rajoninių, regioninių, respublikinių – SMP teikimo planus, siekiant užtikrinti optimalią pagalbą. Reakcija į paskutinio dešimtmečio nelaimes paskatino padidėjusią visuomenės kontrolę, suteikė naujus reguliavimo principus ir įgaliojimus, padidino sveikatos priežiūros įstaigų tarpusavio integracijos poreikį (Spieler, Singer, Cumminds, 2008; Padmanabhan, 2008).

Reagavimo etape pirminė grandis, kuri atsiliepia į nelaimės šaukimą, paprastai nėra profesionalūs medikai. SMP specialistų komanda gali būti sudaryta ne tik iš profesionalių medikų, bet ir iš krašto apsaugos ar policijos ekipažų, jeigu yra būtinybė.

Gydymo ir įprastų organizmo funkcijų atstatymo procesai tęsiasi tol, kol žmogui trukdantys sutrikimai būna pašalinti tiek, kad jis galėtų grįžti į įprastinį gyvenimo ritmą (Emergency Response and Recoverv, 2013).

SMP sistema, laikydamasi pagrindinių valdymo principų, užtikrina keturias pagrindines veiklas: visuomenės saugumą, visuomenės sveikatą, reagavimą nelaimių atveju ir sveikatos priežiūrą. Kadangi ligoninės turi būti pasiruošusios ne tik tradiciniams SMP teikimo atvejams, bet ir kilusiems dėl galimų teroristinių išpuolių ar įvairių ginklų naudojimo, ligoninių pasirengimas skubiems atvejams yra prioritetas. Stichinių nelaimių, ekstremalių įvykių ar karo metu SMP sistema patenka į kitą struktūrą (pvz., ekstremalių situacijų ar šalies saugumo), kur tampa jos dalimi ir toje valdymo struktūroje atlieka paskirtas funkcijas (Washko, 2012).

SMP sistemos valdymo tikslas yra nukreipti sistemą visuomenei reikšmingiems tikslams pasiekti per valdymo funkcijas, laikantis principinių nuostatų. SMP sistemos valdymas remiasi šiomis principinėmis nuostatomis (Emergency management: Definition, 2013):

- visapusiškumas: atsakingos institucijos bei atsakingi už skubios pagalbos valdymą asmenys turi apsvarstyti visus galimus nelaimingų atsitikimų, ligų, traumų atvejus ir efektyviai juos spręsti;
- progresyvumas: atsakingos institucijos ir atsakingi asmenys privalo imtis prevencinių bei parengiamųjų priemonių ir ruošti bendruomenę galimiems nenumatytiems atvejams;
- rizikos valdymas: SMP valdymas turi būti paremtas rizikos valdymu, t. y. rizikos identifikavimu, rizikos analize ir poveikio analize;
- integralumas: atsakingos institucijos ir atsakingi asmenys privalo užtikrinti gydymo įstaigų vientisumą teikiant SMP paslaugas;
- bendravimas: būtinas atsakingų institucijų vadovų platus ir nuoširdus santykių palaikymas tarp asmenų ir organizacijų, siekiant užtikrinti pasitikėjimą, komandos atmosferą, bendravimo palengvinimą ir pan.;
- koordinavimas: vadovai, atsakingi už SMP valdymą, sinchronizuoja visą bendrą veiklą, kad suinteresuotosios šalys galėtų pasiekti bendrą tikslą;
- lankstumas: vadovai, atsakingi už SMP valdymą, taiko kūrybiškus ir inovacinius metodus, spręsdami skubios pagalbos teikimo klausimus;
- profesionalumas – vadovai, atsakingi už SMP valdymą, vertina ir naudoja naujausias žinias, susijusias su administruojama sritimi, jų veikla grindžiama etikos praktika ir nuolatiniu tobulėjimu.

Apibendrindamas SMP sistemos valdymo sampratas, autorius pateikia SMP sistemos valdymo sąvoką: ***skubios medicinos pagalbos sistemos valdymas*** *– sistemos veiklos, funkcionavimo užtikrinimas per su tuo susijusius valdymo organus, procesus ir priemones, siekiant SMP sistemai iškelto prieinamumo ir kokybės tikslo. Toliau darbe bus vadovaujamasi šia SMP sistemos valdymo sąvoka.*

Išnagrinėjus pasirinktos tyrimo krypties būklę, atlikus literatūros šaltinių disertacijos tema analizę, vadovaujantis disertacijos autoriaus pateiktomis SMP sistemos ir SMP sistemos valdymo sampratomis, sudarytas **teorinis SMP sistemos valdymo modelis**. Autoriaus nuomone, SMP sistema geriausiai paaiškinama sistemų teorijos pagrindu. Sistemai būdingos šios savybės:

- sistemą sudaro tam tikri komponentai;
- sistemos komponentai tam tikru būdu turi būti tarpusavyje susiję;
- sistema perdirba arba skirsto tam tikrus išteklius;
- sistema turi tikslus, t. y. sistema kažką atlieka ir siekia rezultato.

Esminiai sistemų elementai – struktūriniai komponentai, ryšiai, tikslai, ribos, aplinka. Visoms sistemoms būdingas transformacijos procesas: įeiga, procesas ir išeiga. Sistemose transformacijos procesą valdo informacija.

Vadovaujantis įvardytomis sistemos savybėmis ir elementais, SMP sistemos modelį sudaro šie elementai (12 pav.): įeiga ir išvestis; struktūriniai komponentai; vidiniai ryšiai tarp komponentų; integracija su sveikatos sistema; paslaugų teikimo lygiai; tikslai (funkcijos) ir procesai rezultatui pasiekti; grįžtamasis ryšys valdymo tobulinimui užtikrinti; sistemos ribos, atskiriančios sistemos ir ne sistemos elementus; išorinė aplinka ir ryšiai, per kuriuos vyksta integracija su kitomis sistemomis. Toliau pateikiami komentarai apie sistemos principu sudaromą SMP sistemos modelį.

SMP sistema yra sociotechninė sistema, jos išteklius sudaro informacija, teisinis ir organizacinis reglamentavimas, technologijos, materialiniai ištekliai, žmogiškieji ir finansiniai ištekliai. SMP sistemą sudaro šie struktūriniai komponentai: pacientai, žmonių ištekliai, materialiniai ir finansiniai ištekliai, įranga, informaciniai ištekliai, teisinis reglamentavimas, tikslai, prieinamumas, transportas, medicininis valdymas, sveikatos priežiūros veikla, ryšiai ir komunikavimas, personalo mokymas, visuomenės švietimas, vertinimas. SMP sistemos vidiniai ryšiai apima visus sistemos komponentus ir užtikrina sklandų transformacijos procesą.

SMP sistema maksimaliai integruota su esama sveikatos priežiūros sistema, kadangi jas sieja tokie patys paslaugų teikimo etapai (ikistacionarinis ir stacionarinis), kintančios aplinkos veiksniai, populiacijos demografinis ir klinikinis specifiškumas (vaikai, suaugusieji, nėščiosios, kardiologiniai pacientai, traumuoti pacientai, apsinuodijusieji ir kt.), teikiamos sveikatos priežiūros elementai (visuomenės sveikata, pirminė priežiūra, reabilitacija), valdymo struktūros ir proceso komponentai.

SMP sistemos veikla yra labai plati, apimanti ikistacionarinę pagalbą nuo pirmojo reagavimo į skubios pagalbos atvejį iki SMP komandos (medikų, slaugytojų) darbo intensyviosios terapijos skyriuose, taigi SMP sistemą pagal paslaugų teikimo vietą skirsto į keturis etapus: 1) ikistacionarinį SMP etapą, kurio tikslas: teikti pirmąją pagalbą nelaimės vietoje ir transportuoti pacientą į artimiausią gydymo įstaigą; 2) stacionarinį SMP etapą, arba SMP organizavimą ligoninėje, kurio tikslas: užtikrinti greitą ir veiksmingą sveikatos priežiūrą esant nelaimės ar ligos atvejui bei kiek įmanoma

labiau sumažinti iš to kylantį sergamumą bei mirtingumą; 3) tarpstacionarinį SMP etapą, kurio tikslas – nenutrūkstamas SMP paslaugos teikimas ir tolesnis paciento transportavimas pagal paslaugos teikimo poreikį; 4) postacionarinis etapas, kurio tikslas – paciento transportavimas po stacionarinių paslaugų suteikimo į gydymo, slaugos, reabilitacijos ar globos paslaugas teikiančias įstaigas, palaikomasis ar reabilitacinis gydymas.

SMP teikimą aktyvuoja įvykis – nelaimingas atsitikimas, ūmi arba lėtinė paūmėjusi liga.

SMP sistema neturi aiškios ribos. SMP sistema, susieta ryšiais ne tik su vidiniais sistemos komponentais, bet ir su kitomis sistemomis, sudaro tinklinę daugiaryšę sistemą. Per jos ribas vyksta pasikeitimas informacija, paslaugomis, medicininiais ir kt. ištekliais su kitomis organizacijomis. Tokios sąsajos užtikrina integruotą paslaugų teikimą su kitomis sistemomis (įstaigomis) ir sudaro klasterį (žr. 6 pav.). Sistema sieja kelias įstaigas pagal pavaldumą, todėl jos struktūra yra hierarchinė. Sistemos tikslą sudaro visų įstaigų / organizacijų bendra veikla, priklausomai nuo jų paskirties. Šiuolaikiška ir kruopščiai sukonstruota SMP sistema, taip pat ir pirminiame sveikatos priežiūros paslaugų teikimo lygmenyje, lemia geresnius gydymo rezultatus ir mažesnes sveikatos priežiūros išlaidas kituose sveikatos priežiūros paslaugų teikimo lygmenyse (Jaklič, Kovač, 2015). SMP sistemos rezultatai: geresnis paslaugų prieinamumas ir pagerinta kokybė, sumažėjęs mirtingumas, sumažėjęs mirštamumas, sumažėjęs sergamumas, pailgėjusi gyvenimo trukmė, sumažėję neįgalumo atvejai, padidėjęs darbingumas. Atgalinio ryšio principo sistema gauna informaciją apie numatytų rezultatų pasiekimą, išteklių poreikį, pokyčių poreikį ir kt. Atliekant neatitikties nustatytiems rezultatams koregavimą, vykdomas sistemos valdymo tobulinimas.

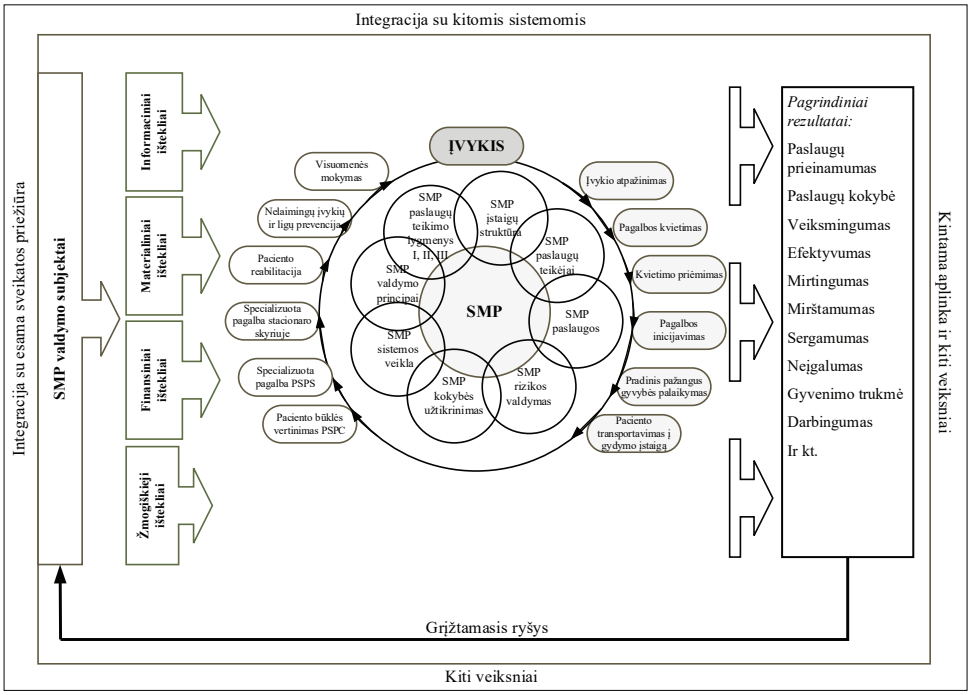
Sistemos valdomumą rodo šių valdymo požymių nustatymas analizuojant sistemą:

- valdymo subjekto ir objekto buvimas;
- valdymo subjektui suteikti ištekliai;
- sistemos veiklos kryptingumas;
- sistemai iškeltų tikslų, atitinkančių visuomenės poreikius ir interesus, pasiekimas;
- sistemos elementų tarpusavio sąveikos buvimas;

SMP sistemos valdymo teorinis modelis pateikiamas 11 paveiksle.

Pateiktame modelyje (11 pav.) sistemos branduolys pavaizduotas daugiasluoksniu apskritimu, kadangi taip geriausiai perteikti sistemos struktūrinius komponentus ir susieti juos su sistemoje vykstančiu transformacijos proceso valdymo ir SMP sistemos tikslo vykdymu laiko atžvilgiu:

- Laikas – vienas iš esminių veiksnių. Nors ir nepriskiriamas sistemos struktūriniams komponentams, bet yra svarbus tiek atskiruose paslaugų teikimo etapuose kaip paslaugos teikimo kokybės ir paslaugos prieinamumo rodiklis, tiek ir vertinant paslaugos teikimo proceso trukmę apskritai iš paciento pozicijos.



11 pav. SMP sistemos valdymo teorinis modelis

- SMP paslaugų teikimo lygiai: I – pirminis (pirminė sveikatos priežiūra), II – antrinis (antrinė sveikatos priežiūra), III – tretinis (tretinė sveikatos priežiūra).
- SMP paslaugų teikimo etapai: ikistacionarinis, stacionarinis, tarpstacionarinis, postacionarinis).
- SMP paslaugas teikiančių įstaigų (vykdomųjų subjektų) struktūra: privačios įstaigos, nevyriausybinės organizacijos, vyriausybinės organizacijos, PSPC, BPC, GMP, PSPS, ligoninės, poliklinikos, tarpstacionarinės tarnybos (SKP, SSKP), klasteriai.
- SMP paslaugų teikėjai: pats asmuo, nukentėjusio asmens artimieji ar kartu esantys asmenys, vyriausybinių organizacijų atstovai (gaisrininkai, policininkai, muitininkai, kariškiai ir kt.), NVO atstovai, paramedikai, bendrosios praktikos slaugytojai, gydytojai, kitas medicinos personalas.
- SMP paslaugos: pirmoji pagalba, pirmoji kvalifikuota medicinos pagalba, būtinoji pagalba, skubi pagalba, skubi specializuota pagalba, skubi konsultacinė pagalba, stebėjimo paslauga, transportavimo paslauga.
- SMP rizikos valdymo procesas: identifikavimas, įvertinimas, valdymo priemonių parinkimas, kontrolė, pasekmių įvertinimas, organizacijos veiklos korekcija.

- SMP kokybės užtikrinimas: kokybės planavimas, proceso valdymas, proceso tobulinimas, visapusiškas dalyvavimas, pacientų poreikių tenkinimas mažiausiomis sąnaudomis.
- SMP sistemos veikla: visuomenės saugumas, visuomenės sveikata, reagavimas nelaimės atveju, prevencija.
- SMP sistemos valdymo principai: pasirengimas, reagavimas, pagalba, prevencija.
- SMP įvykio seka: įvykio atpažinimas, pagalbos kvietimas, kvietimo priėmimas, pagalbos inicijavimas, pradinis arba pažangus gyvybės palaikymas, paciento transportavimas į gydymo įstaigą, paciento būklės diagnozavimas PSPS, specializuota pagalba, ankstyvoji reabilitacija, nelaimingų įvykių ir ligų prevencija, visuomenės mokymas.
- Transformacijos proceso valdymas apima: žmogiškųjų, materialinių, finansinių, informacinių sistemų, vidinių ir išorinių ryšių (komunikacinių), teisinio reglamentavimo, medicininio vadovavimo, sveikatos priežiūros teikimo valdymą. Dėl transformacijos proceso teikiamos paslaugos, kurios sudaro sistemos veiklos rezultatą. Grįžtamojo ryšio principu rezultatas vertinamas tikėtinu rezultatu.

Sudarius teorinį SMP sistemos valdymo modelį, toliau darbe siekiama patikrinti šį modelį empiriniu tyrimu ir išanalizavus SMP esamą situaciją pateikti sprendimus dėl tobulinimo priemonių įgyvendinimo.

***

Atlikta mokslinės literatūros analizė patvirtino, kad bendros SMP sistemos valdymo sąvokos nėra. *SMP sistemos valdymo* sąvokai išnagrinėti pasirinktas toks nuoseklumas – pirmiausia išnagrinėta *SMP sistemos* sąvoka: ištekliai, SMP sistemos struktūriniai komponentai, vidiniai ir išoriniai sistemos ryšiai, SMP sistemai įtakos turintys išoriniai veiksniai, rezultatai. Apibendrinus SMP sistemą galima charakterizuoti kaip integruotą su esama ikistacionarine ir stacionarine sveikatos priežiūra ir struktūrizuotą sistemą, apimančią pažangiausius medicinos mokslo pasiekimus, specializuotos pagalbos teikimą, mokslinius tyrimus, teisinį reglamentavimą, darbo rezultatų vertinimą, teikiamų SMP paslaugų saugumą ir veiksmingumą. Teoriniu aspektu SMP sistemos valdymas charakterizuojamas sistemos veiklomis ir valdymo principais. Sistemos veiklas sudaro *visuomenės saugumas, visuomenės sveikata, reagavimas nelaimių atveju ir sveikatos priežiūra. Valdymo principus sudaro pasirengimas, reagavimas, pagalba ir prevencija*.

2

Skubios medicinos pagalbos sistemos valdymo tyrimo metodinis pagrindimas

2.1. Tyrimo metodologinės nuostatos ir jų pagrindimas

Mokslinės literatūros analizė išryškino SMP sistemos valdymo tobulinimo būtinybę. Suformavus SMP sistemos valdymo teorinį modelį (11 pav.), svarbu empiriniu tyrimu ištirti SMP sistemos valdymo silpnąsias puses, problemas, jos mastus ir, remiantis šio tyrimo rezultatais, įvertinti bei pasiūlyti konkrečias priemones, kuriomis būtų galima tobulinti SMP sistemos valdymo procesą ASPĮ lygmenyje ir apskritai nacionaliniame lygmenyje. Kitaip tariant, GMP ir ASPĮ struktūra, žinodama silpnąsias darbo organizavimo sritis, valdymo sprendimais gali pagerinti ir optimizuoti savo veiklą. Tačiau kad tai įvyktų, politikai, sveikatos vadybininkai ir kitų suinteresuotųjų šalių atstovai turi atsižvelgti į teikiamus siūlymus ruošdami ir priimdami teisės aktus ar ilgalaikes strategijas, koordinuoti pagrindines veiksmų kryptis dar sprendimų priėmimo etape.

Tyrimo metodologinės nuostatos. Siekiant pagrįsti tyrimo metodologiją, šioje disertacijoje remtasi mokslininkų R. Tidikio (2003), K. Kardelio (2003; 2007), B. Bitino ir kt. (2008), I. Luobikienės (2008), A. Valackienės (2009), E. Pedhazuro, L. Schmelkino (2013), J. Valuckienės ir kt. (2015) bei kitų specialistų mokslinių tyrimų metodiniais reikalavimais, atskleidžiančiais tyrimo strategijos, tyrimo imties, tyrimo validumo (patikimumo), duomenų rinkimo ir apdorojimo, etikos ir kt. aspektus. Metodologija – tai tyrimo metodų taikymo logika, kuria grindžiamas kurio nors metodo pasirinkimas. Metodologija leidžia išskirti ir apibrėžti tyrimo koncepciją, t. y.

pagrindinę idėją ir pagrindinius teorinius teiginius, kuriais remiantis sumanytas tyrimas, be to, korektiškai nusakyti tyrimo metodus (Gintalas, 2011). Pasirinkti tyrimo metodai turi būti ne tik efektyvūs, bet ir validūs (tinkami). Metodo validumas suvokiamas kaip jo tinkamumas matuoti būtent tai, ką norima matuoti. Matavimas yra metodas, leidžiantis tyrinėjamiems objektams pagal tam tikras taisykles priskirti skaičius ir taip juos paaiškinti (Pedhazur, Schmelkin, 2013).

Socialiniuose moksluose plačiai taikoma *antrinė duomenų analizė*. Labai dažnai ši analizė atliekama su kitų tyrėjų ir institucijų surinktais duomenimis, statistiniais duomenimis, atliekant teisinių dokumentų analizę. Antriniai duomenų analizės šaltiniai gali būti bet kokie, tiek kokybiniai, tiek kiekybiniai duomenys, todėl nurodoma antrinių duomenų šaltinių įvairovė (Butkevičienė, Vaicekauskaitė, 2010). Antrinių duomenų analizė atliekama laikantis reikalaujamų principų: informacija turi būti patikima ir pagrįsta. Tikrinant informacijos patikimumą, dokumentas turi atitikti šiuos reikalavimus ir kriterijus:

- autentiškumo (dokumento originalumas ar nuorašo patikimumas);
- patikimumo (dokumento teksto sudarymo, surašymo kruopštumas, tikslumas);
- atstovavimo: ar tekstas tipiškas panašaus pobūdžio dokumentams;
- reikšmingumo: ar tekstas aiškus, suprantamas.

Esant nevienalytei problemai, siekiant kuo daugiau sužinoti apie tyrimo objektą, pasirenkamas žvalgomasis tyrimas (Babbie, 1975), t. y. atliekamas žvalgybinis, aprašomasis ar analitinis (reiškinį paaiškinantis) tyrimas. Šis metodas padeda gauti tam tikrą pažintinę ir praktinę informaciją. Pagrindinis žvalgomojo tyrimo tikslas – iškelti idėjų pagrindiniam tyrimui. Jis taip pat gali būti sėkmingai naudojamas sudarant ir tikrinant anketos bei standartinio interviu klausimų turinį ir galimus atsakymų variantus (Tidikis, 2003). Žvalgomasis tyrimas paprastai suprantamas kaip pradinis tyrimas. Jis dažniausiai atliekamas pradinėse tyrimo stadijose, kol dar nevisiškai aišku, kiek ir kokio tyrimo reikia. Naudojamas didelėms, neaiškioms problemoms skaidyti į siauresnes (Unterhauser, 2006).

Kiekybinis tyrimas yra sisteminis empirinis socialinio reiškinio tyrimas, kurio metu pasitelkiamos statistinės, matematinės ar skaičiavimo technikos. Jo tikslas – išvystyti ir pritaikyti matematinius modelius, teorijas bei hipotezes, susijusias su tiriamu reiškiniu. Tiriant kiekybiškai, užduodami siauri, specifiniai klausimai ir į juos tikimasi gauti tikslius, vienareikšmius atsakymus. Kiekybiniam tyrimui būdingas siekis ieškoti išorinių reiškinio požymių, išgaunant įvairius rodiklius, kurie gali būti išreikšti skaičiais ir matuojami (Mellenbergh, 2008).

Tokio socialinio reiškinio kaip SMP veiklos tobulinimas tyrimas taip pat turi remtis matematiniais (kiekybiniais) metodais – empiriniu tyrimu, kuriame duomenys renkami organizacijų darbuotojų (tiriamosios imties) apklausos metodu. R. Tidikis (2003) pažymi, kad *anketinė apklausa* yra vienas populiariausių sociologinio tyrimo metodų.

Imties formavimas. Nustatant empirinio tyrimo imtį galima remtis įvairiomis metodikomis, pvz., generalinės aibės visumos ir imties tūrio lentele arba įvairių atvejų skaičiumi (Kardelis, 2005; Žydžiūnaitė, 2008) ar specialiomis imties dydžio interne-

tinėmis skaičiuoklėmis. Planuojant tyrimus, svarbu nustatyti reikalingą minimalų tiriamųjų skaičių, kad būtų galima padaryti statistiškai reikšmingas išvadas. Imtį reikia apskaičiuoti atsižvelgiant į populiacijos dydį, pasirinkus 5 proc. paklaidą ir 95 proc. tikimybę. Imčiai apskaičiuoti naudojama internetinė imties dydžio nustatymo skaičiuoklė, pateikiama interneto svetainėje http://www.surveysystem.com/sscalc.htm.

Dalyvavusių tyrime tiriamosios imties respondentų nuomonių raiška, atsakant į anketų klausimus, vertinama atsižvelgiant į darbuotojų užimamas pareigas ir pareigų lygmenį, vertinimai diferencijuojami atsižvelgiant į darbuotojų lytį, stažą, išsilavinimą ir kitas sociodemografines charakteristikas. Kiekybiniuose tyrimuose duomenų rinkimo apklausos metodu pasirinkimą lemia tyrimo tikslas, nedideli kaštai, trumpas duomenų kaupimo laikotarpis, anketos pateikimo respondentams palankios galimybės, objektyvumas ir duomenų apdorojimo paprastumas. Pateikus keletą klausimų, galima per trumpą laiką gauti daugybę informacijos (Kardelis, 2005; Tidikis, 2003).

Duomenys gali būti renkami įvairiais metodais – testavimu, apklausa, stebėjimu, eksperimentu ir t. t. Testavimas (anketinė apklausa) socialiniuose moksluose yra pagrindinis duomenų rinkimo metodas, leidžiantis atsakyti į klausimus kas? kiek? kaip? kada? Pagrindinės priežastys, dėl kurių duomenims gauti pasirenkama anketinė apklausa, yra šios: galimybė užtikrinti pakankamą atrankos dydį, galimybė apklausos metu instruktuoti respondentus, kontroliuoti situaciją, duomenis gauti greitai, galimybė renkamus duomenis struktūruoti (Luobikienė, 2008). Kiekybiniai apklausos tyrimai leidžia nustatyti požymių pasikartojimo dažnį, atlikti jų statistinę analizę.

Tyrimo instrumentas ir jo validumas. Kiekybinio empirinio tyrimo, kuriame duomenys renkami apklausos metodu, instrumentas yra klausimynas (anketa, testas). Klausimyno įvadinėje dalyje paaiškinamas tyrimo tikslas, užtikrinamas konfidencialumas, nurodoma anketos užpildymo tvarka. Toliau anketose pateikiami klausimai, sudaryti atsižvelgiant į tyrimo tikslą ir uždavinius. Klausimai gali būti atvirieji – tokie, į kuriuos atsakymus laisva forma pateikia respondentas, ir uždarieji – tokie, į kuriuos iš anksto pateikiamas galimų atsakymų rinkinys. Be to, sudarant klausimyną taikomi specialūs reikalavimai, susiję su tyrimo validumu. Tyrimo validumo (t. y. patikimumo, vidinio nuoseklumo) užtikrinimo reikalavimas apibūdinamas kaip kompleksas duomenų apie tai, kokių savybių atžvilgiu gali būti daromos tyrimo išvados ir jų pagrįstumo laipsnis atsižvelgiant į naudojamus testus (klausimynus). Klausimyno skalės vidiniam nuoseklumui (angl. *scale internal consistency*) įvertinti bus naudojamas Cronbacho alfa (*Cronbach's alpha*) koeficientas, kuris remiasi atskirų klausimų, sudarančių klausimyną, koreliacija ir įvertina, ar visi skalės klausimai pakankamai atspindi tiriamąjį dydį bei įgalina patikslinti reikiamų klausimų skaičių skalėje. Jeigu atskirų klausimų dispersijų suma yra artima visos skalės dispersijai, vadinasi, atskiri klausimai tarpusavyje nekoreliuoja, t. y. jie neatskleidžia to paties dalyko. Tokiu atveju, klausimyno skalė yra sudaryta iš atsitiktinių klausimų ir Cronbacho alfa koeficientas yra artimas 0. Jeigu visos skalės dispersija yra ženkliai didesnė už atskirų klausimų dispersijų sumą, vadinasi, atskiri

klausimai tarpusavyje koreliuoja, t. y. jie atspindi tą patį dalyką. Tokiu atveju Cronbacho alfa koeficientas yra artimas 1 (Pukėnas, 2009). Cronbacho alfa koeficiento reikšmė gerai sudarytam klausimynui turėtų būti didesnė už 0,7 (Vaitkevičius, Saudargienė, 2006), kai kurių autorių teigimu, – už 0,6 (Pukėnas, 2009).

Tyrimo rezultatų analizė. Apklausos tyrimo duomenims apdoroti taikomi kiekybinio tyrimo duomenų sisteminimo ir analizės metodai. Duomenims apdoroti dažniausiai naudojama šiuo metu labai paplitusi statistinė programa SPSS (angl. *Statistical Package for Social Sciences*), su kurios pagalba vertinamas klausimyno patikimumas, koreliacija tarp klausimų, pateikiamos patikimos statistinės analizės išvados. Analizuojant anketinės apklausos duomenis, taikomi aprašomosios ir statistinės analizės metodai.

Siekiant metodiškai pagrįsti SMP sistemos veiklos tobulinimo sprendimus, SMP sistemos valdymo tobulinimo diagnozavimo proceso eiga pateikiama 12 paveiksle. Tyrimo eigos procesas susideda iš trijų vienas po kito einančių etapų, iš kurių SMP sistemos veiklos diagnostika apima du etapus, tobulinimo sprendimai – 1 etapą.

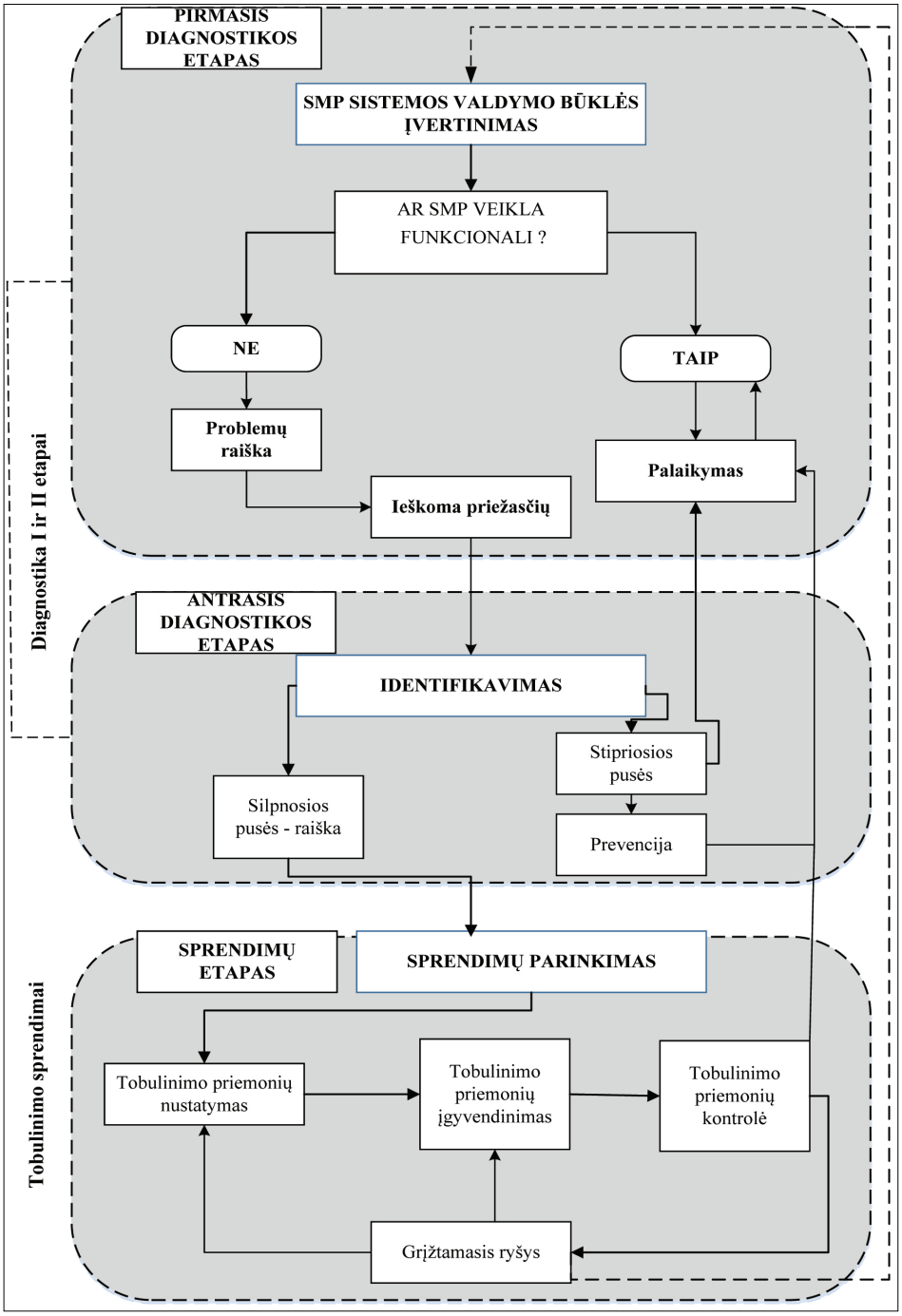
I etapas – veiklos funkcionalumo nustatymas. Atliekama SMP sistemos valdymo aplinkos ir situacijos Lietuvoje analizė, įvertinama demografinė ir mirtingumo nuo įvairių ūmių ligų ir nelaimingų atsitikimų situacija, visų SMP grandžių pagalbos teikimo analizė.

II etapas – stipriųjų ir silpnųjų veiklos pusių identifikavimas. Šis etapas, atliktas mokslinės literatūros analizės metodu, atskleidžia, ar SMP sistemos veikla yra funkcionali, atsižvelgiant į tokius aspektus kaip teisinė veiklos bazė, paskirtis, tikslas, dydis, struktūra, komandos struktūra, vaidmenys, kompetencija ir kt. veiksniai. Šiuo žingsniu nustatomos problemiškos SMP sistemos veiklos funkcionalumo sritys ir galimos priežastys. Stipriosios pusės turi būti išsaugomos ir palaikomos, silpnųjų reikia atlikti papildomą analizę, kuri įgyvendinama trečiame etape ir suteikia prielaidų veiklos tobulinimo sprendimams priimti ir tinkamai realizuoti.

III etapas – SMP sistemos veiklos tobulinimo sprendimai, grindžiami empiriniu tyrimu. Šiame etape parenkami darbo tobulinimo sprendimai, nustatomos tobulinimo priemonės, jos įgyvendinamos ir atliekama jų kontrolė. Tobulinimo priemonių kontrolė būtina tam, kad grįžtamuoju ryšiu galima būtų įvertinti įgyvendinamų priemonių parinkties pagrįstumą.

***

Disertacijos 2.1 poskyryje aptarti socialinių mokslų tyrimų metodologiniai reikalavimai, atskleidžiantys tyrimo strategijos, tyrimo imties, tyrimo validumo (patikimumo), duomenų rinkimo ir apdorojimo, etikos ir kt. aspektus. Skubios medicinos pagalbos sistemos valdymo tyrimui atlikti sudaryta SMP sistemos valdymo tobulinimo diagnozavimo proceso eiga. Tyrimas bus atliekamas dviem – diagnostikos ir tobulinimo sprendimų priėmimo – etapais. Diagnostikos etapas pagrįstas antrinių duomenų analize – statistinių duomenų ir teisinės bazės analize. Tobulinimo sprendimai grindžiami empiriniu kiekybiniu tyrimu.



12 pav. SMP sistemos valdymo tobulinimo diagnozavimo proceso eiga

Šaltinis: sudaryta autoriaus

2.2. Lietuvos skubios medicinos pagalbos būklės vertinimas

Demografinė situacija. Lietuvos sveikatos statistikos Higienos instituto (HI SIC, 2016) duomenimis, Lietuvoje jau daugiau nei 20 metų stebimas spartus Lietuvos gyventojų skaičiaus mažėjimas (Gaidelytė, 2016b). Demografinė situacija Lietuvoje 1990–2015 m. pateikta 3 priede. 2016 m. pradžioje Lietuvoje gyveno 2 mln. 888 tūkst. gyventojų, t. y. 33,3 tūkst. mažiau nei 2015 metų pradžioje ir 809,8 tūkst. mažiau nei 1990 m. (3 mln. 697,8 tūkst.). Lietuvos gyventojų skaičiaus pokyčiai pateikiami 10 lentelėje.

10 lentelė. Lietuvos gyventojų skaičiaus pokyčiai 1990–2015 m.

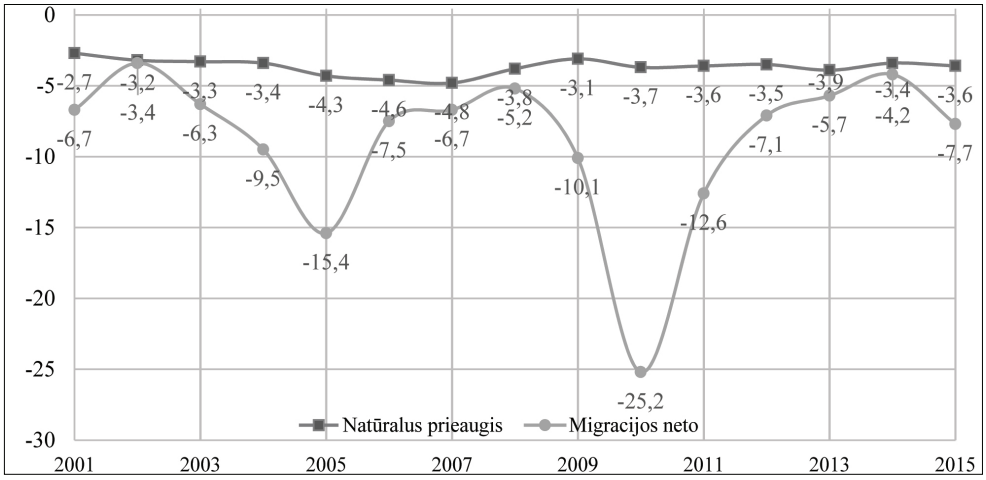
Metai	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Gyventojų skaičius	3 697,8	3 629,1	3 499,5	3 322,5	3 097,3	3 028,1	2 987,8	2 957,7	2 932,4	2 904,9

Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas, 2015 m.

Per dvidešimt šešerius metus (10 lentelė) Lietuvos gyventojų sumažėjo 21,89 proc., t. y. kiek daugiau nei penktadaliu, iš jų daugiausia mažėjo 2001–2015 m. – šiuo laikotarpiu gyventojų skaičius sumažėjo 17,47 proc. Gyventojų skaičiaus mažėjimo priežastys yra kelios, esminės iš jų – didelė emigracija ir neigiama natūrali gyventojų kaita – mažas gimstamumas ir didelis mirtingumas. Europos migracijos tinklo duomenimis, emigravusių iš Lietuvos asmenų skaičius per nepriklausomybės metus siekia apie 869 tūkst., o tai yra beveik ketvirtis gyventojų, gyvenusių Lietuvoje 2005 metais. Lyginant su šiuo metu esamu gyventoju skaičiumi, tai kiek mažiau nei trečdalis. Pagal emigracijos rodiklius tūkstančiui gyventojų, šie rodikliai yra vieni didžiausių Europoje. Emigracijos pikai kartojosi kas 5 metai (2005 m. – 57,885 tūkst., 2010 m. – 83,157 tūkst.), o nuo 2010 m. emigracija mažėja, tačiau išlieka didelė: 2014 m. išvyko 36,6 tūkst., 2015 m. išvykusių asmenų skaičius vėl padidėjo – 44,533 tūkst. Daugiau nei pusė (59,2 proc.) emigrantų buvo 20–39 metų amžiaus, 55 proc. emigravusiųjų buvo vyrai (EMN, 2016).

Sveikatos informacinio centro duomenimis (2016), natūralus gyventojų prieaugis nuo 1994 m. yra neigiamas. Natūralaus prieaugio ir migracijos tūkst. gyventojų santykis pateikiamas 13 paveiksle.

Gimusiųjų skaičius, lyginant su 1990 m., sumažėjo labai ženkliai (1990 m. – 56868, 2015 m. – 31475, t. y. mažiau 25393 gimusiais). Paskutinį dešimtmetį gimusiųjų skaičius svyruoja nedaug ir siekia kasmet apie 30 000. Lyginant standartizuotą gimusiųjų skaičių 1 000 gyventojų, nuo 2002 m. stebimas saikingas didėjimas: 2002 m. gimstamumo rodiklis sudarė 8,6/1 000, tuo tarpu 2015 m. gimstamumo rodiklis siekė 10,8/1 000 gyventojų.

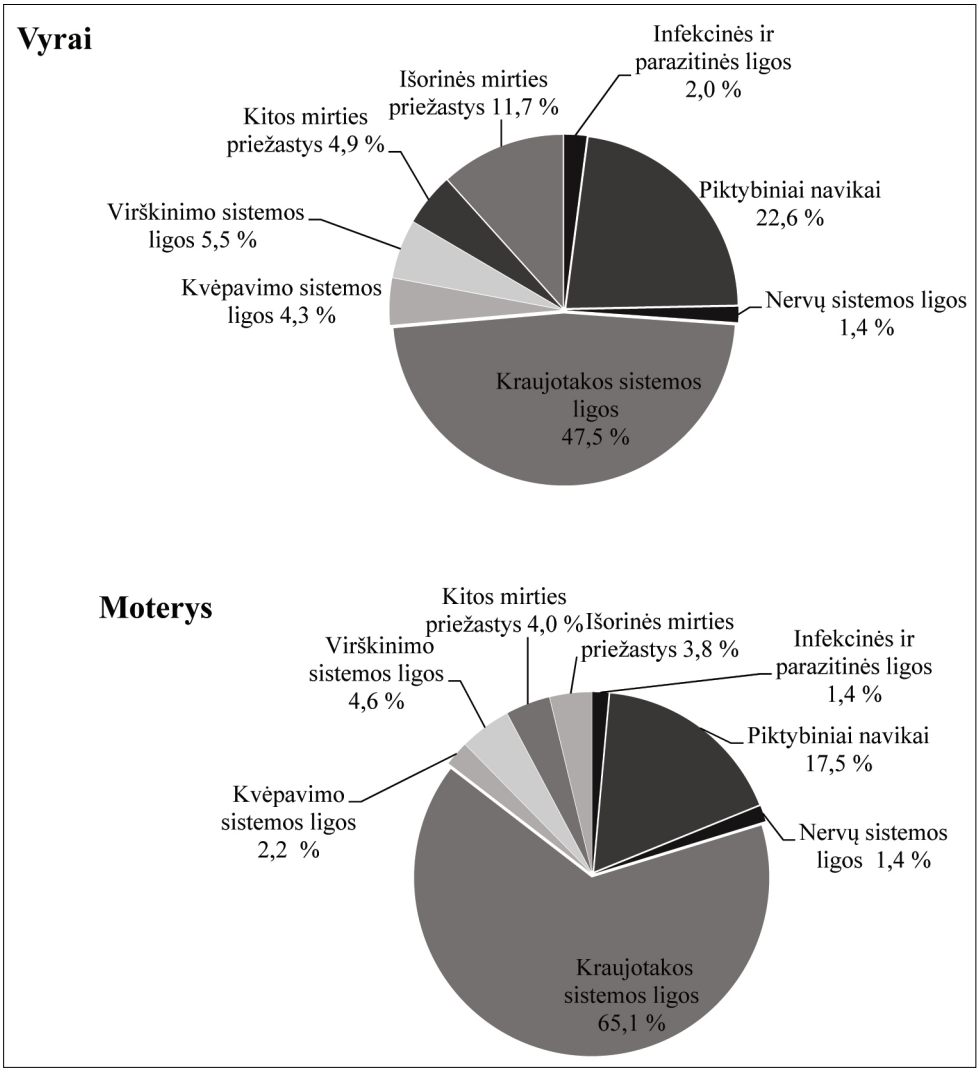


13 pav. Natūralus prieaugis ir migracija vnt./tūkst. gyv.
Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas. Lietuvos sveikatos statistika 2015.

Mirtingumas dėl traumų, nelaimingų atsitikimų ir dažniausiai pasitaikančių ligų. Mirusiųjų skaičius, lyginant absoliučius skaičius nuo 1990 m., didėja nedaug ir siekia apie 40 tūkst. kasmet. Lyginant standartizuotą mirtingumą tūkst. Gyventojų, stebimas pastovus didėjimas nuo 11,5/1 000 1997 m. iki 14/1 000 2013 m. 2014 m. mirtingumo rodiklis kiek sumažėjo ir sudarė 13,7/1 000 gyventojų. 2015 m. standartizuotas mirtingumo rodiklis tūkst. gyventojų padidėjo labiausiai nuo 1996 m. ir pasiekė 14,4/1 000 gyventojų. Lyginant Lietuvos mirtingumo duomenis 100 tūkst. gyventojų pagal atnaujintą Europos standartą, standartizuoti vyrų ir moterų mirtingumo rodikliai 2001–2015 m. kinta nedaug (SIC, 2016), vyrų svyruoja apie 2 100/100 tūkst., moterų – 1 100/100 tūkst. gyventojų. Standartizuoti mirtingumo rodikliai Lietuvoje 2001–2015 m. pateikti 4 priede.

Lietuvos gyventojų mirtingumo struktūra pagal pagrindines mirčių priežastis daugelį metų išlieka panaši, vyrauja kraujotakos sistemos ligos, piktybiniai navikai, išorinės mirties priežastys, virškinimo sistemos ir kvėpavimo sistemos ligos. Trys pagrindinės mirties priežastys – kraujotakos sistemos ligos, piktybiniai navikai ir išorinės mirties priežastys, 2015 m. sudariusios 84,1 proc. visų mirusiųjų (SIC, 2016), pateiktos 14 paveiksle.

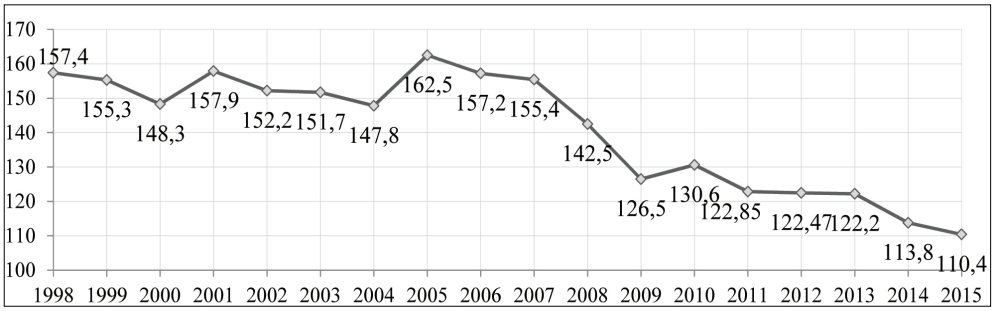
Nuo kraujotakos sistemos ligų 2015 m. mirė 56,5 proc. (23 587), t. y. daugiau kaip pusė visų mirusiųjų. Didžiausią mirusiųjų nuo kraujotakos sistemos ligų dalį sudarė asmenys, mirę nuo išeminės širdies ligos (65,4 proc.) ir cerebrovaskulinių ligų (24,5 proc.). Didžioji dalis (86,2 proc.) mirusiųjų nuo kraujotakos sistemos ligų buvo 65 metų ir vyresnio amžiaus asmenys. 2015 m. nuo piktybinių navikų mirė 8 348 asmenys. Iš jų daugiausia mirė nuo trachėjos, bronchų ir plaučių vėžio – 1 338 asmenys, skrandžio vėžio – 698, priešinės liaukos – 521, krūties vėžio – 520 (SIC, 2015). Tirtų



14 pav. Pagrindinės vyrų ir moterų mirties priežastys 2015 m., proc.
Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Mirties priežastys 2015 (2016).

605 pacientų, sirgusių ūmiu miokardo infarktu 2006–2011 m. ir gydytų Klaipėdos universitetinėje ligoninėje, 87,8 proc. buvo per 55 m. amžiaus (Janušonis ir kt., 2013).

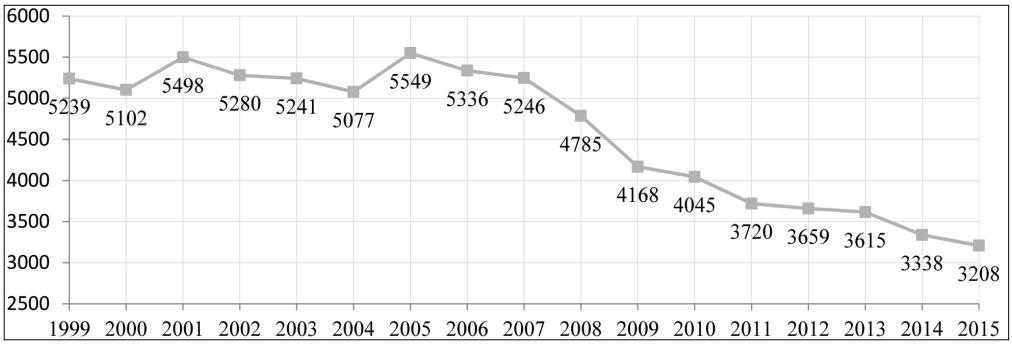
Nors mirtingumas dėl išorinių mirties priežasčių pastarąjį penkmetį mažėja, tačiau pagal standartizuotą mirčių skaičių 100 tūkst. gyventojų nuo 1998 m. jis vis dar išlieka aukštas. Mirtingumo dinamika 1998–2015 m. dėl išorinių priežasčių Lietuvoje pateikiama 15 paveiksle.



15 pav. Mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių dinamika Lietuvoje: mirčių skaičius vnt./100 tūkst. gyventojų 1998–2015 m.

Šaltinis: sudaryta autoriaus remiantis Lietuvos statistikos departamento 2016 m. duomenimis.

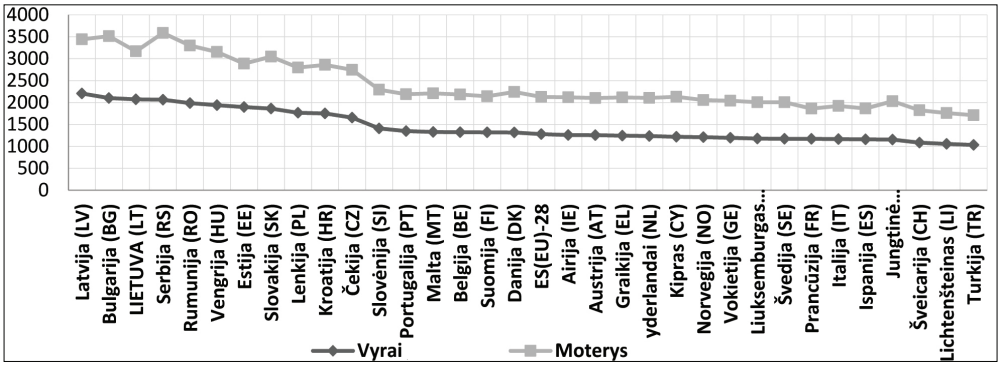
Faktinis gyventojų mirčių dėl išorinių priežasčių skaičius sparčiai mažėja, ir šis mažėjimas siejamas su bendru gyventojų skaičiaus mažėjimu. Mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių dinamika 1998–2015 m. Lietuvoje pateikta 16 paveiksle.



16 pav. Mirtingumo dėl išorinių priežasčių dinamika Lietuvoje: faktinis gyventojų mirčių skaičius 1998–2015 m., vnt.

Šaltinis: sudaryta autoriaus remiantis Lietuvos statistikos departamento 2016 m. duomenimis.

Mirtingumo dėl dažniausiai pasitaikančių išorinių mirties priežasčių grupės išliko beveik tos pačios. 2015 m. sumažėjo paskendusių, sušalusių ir savižudžių, tačiau toliau daugėjo mirusiųjų nuo atsitiktinių apsinuodijimų narkotikais ir alkoholiu. Nužudymų ir kritusių iš aukščio, mirusių transporto įvykiuose skaičius 2015 m. išliko panašus kaip ir 2013–2014 m. Mirusių asmenų dėl išorinių priežasčių skaičius vnt. pagal diagnozių grupes 2010–2015 m. pateiktas 5 priede. Pagal standartizuotus mirtingumo rodiklius dėl visų priežasčių 100 tūkst. gyventojų Europos šalyse, 2015 m. duomenimis, Lietuvos rodikliai lieka vieni blogiausių ir lenkia tik Latviją ir Bulgariją (17 paveikslas).



17 pav. Standartizuoti mirtingumo rodikliai kai kuriose Europos šalyse. Visos priežastys (vnt./100 tūkst. gyventojų pagal atnaujintą Europos standartą)

Šaltinis: EUROSTAT 2012 m. duomenys; Lietuvos 2014 m. duomenys.
Pastaba: ES – 28 ES šalių vidurkis.

Pagal standartizuotus mirtingumo rodiklius 100 tūkst. gyventojų dėl kraujotakos sistemos ligų Lietuva yra 4 vietoje, dėl piktybinių navikų atitinkamai 6 vietoje Europoje, pagal išorinių mirčių priežastis Lietuva daugelį metų ir toliau išlieka pirma Europoje.

Nuo 2001 m. stebimas sparčiau mažėjantis vyrų mirtingumas. Tai turėjo įtakos vyrų vidutinės gyvenimo trukmės padidėjimui 3,2 metų, moterų vidutinė gyvenimo trukmė per tą patį laikotarpį padidėjo tik 2,5 metų. Šiuo metu vyrų ir moterų vidutinės gyvenimo trukmės skirtumas yra 10,8 metų: vyrų 69,1 metų, moterų – 79,9 metų. Kaimo gyventojų vidutinė gyvenimo trukmė 2,8 metų trumpesnė nei miesto gyventojų (SIC, 2015).

Ilgėjant vidutinei gyvenimo trukmei, mažėjant gimstamumui ir išliekant didelei emigracijai, stebimas santykinis Lietuvos gyventojų senėjimas. 2015 m. pradžioje 18,7 proc. visų gyventojų buvo 65 metų ir vyresni, o lyginant su 2005 m. jų buvo tik 15,8 proc. SIC 2016 duomenimis, 18–64 m. amžiaus asmenys serga rečiausiai – tik 71 proc. buvo nustatyta bent viena liga ar trauma. Tuo tarpu vyresnių nei 65 m. asmenų grupėje net 91,1 proc. nustatytos ligos, iš kurių dominavo dorsalgijos, artropatijos, katarakta, glaukoma, įvairios kilmės anemijos, cukrinis diabetas, astma. 65 proc. žmonių, vyresnių nei 65 metų, serga daugybinėmis lėtinėmis ligomis, o 85 metų amžiaus grupėje šis skaičius šokteli iki 85 proc.

GMP, SMP paslaugų teikimo ir situacijos analizė. GMP teikiamų paslaugų apimtys yra svarbus ambulatorinės sveikatos priežiūros veiklos, kaip vienos iš ikistacionarinės pagalbos dalies ir kaip vieno iš SMP etapo, vertinimo aspektas. GMP suteiktų paslaugų skaičiaus dinamika 2001–2015 m. 1000-iui gyventojų pateikiama 11 lentelėje.

11 lentelė. GMP suteiktų paslaugų skaičiaus dinamika 2001–2015 m. vnt./tūkstančiui gyventojų

Metai	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Paslaugų skaičius	234,3	224,6	225,2	218,1	218,7	216	216,2	191	182,6	190,2	219,1	220,5	225,5	223,7	230,5

Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal HI SIC, 2016.

2001–2010 m. GMP teikiamų paslaugų skaičius sumažėjo 44,1 paslauga tūkstančiui gyventojų (nuo 234,3 iki 190,2) (HI SIC, 2013). Tačiau nuo 2010 m. paslaugų skaičius vėl pradėjo šiek tiek didėti ir 2015 m. tūkstančiui gyventojų teko 230,5 paslaugos, t. y. tik 3,8 paslaugomis (nuo 234,3 iki 230,5) mažiau nei 2001 m. Paslaugų skaičius galėjo didėti dėl uždarytų kai kurių stacionarinių paslaugų teikimo rajonų ligoninėse.

GMP paslaugų struktūrą sudaro keturios paslaugų grupės: ūmūs susirgimai ir būklės, ligonių transportavimas, nelaimingi atsitikimai ir nėštumo, pogimdyminio laikotarpio patologijos. GMP suteiktų paslaugų struktūroje pagalba dažniausiai teikiama ūmių susirgimų ir būklių atvejais. Nuo 2001 m. iki 2011 m. stebimas paslaugų skaičiaus mažėjimas ūmių susirgimų ir būklių grupėje, tačiau po 2011 m. stebimas tolygus didėjimas iki 2015 m.

GMP suteiktos pagalbos struktūra 2001–2015 m. pateikta 12 lentelėje.

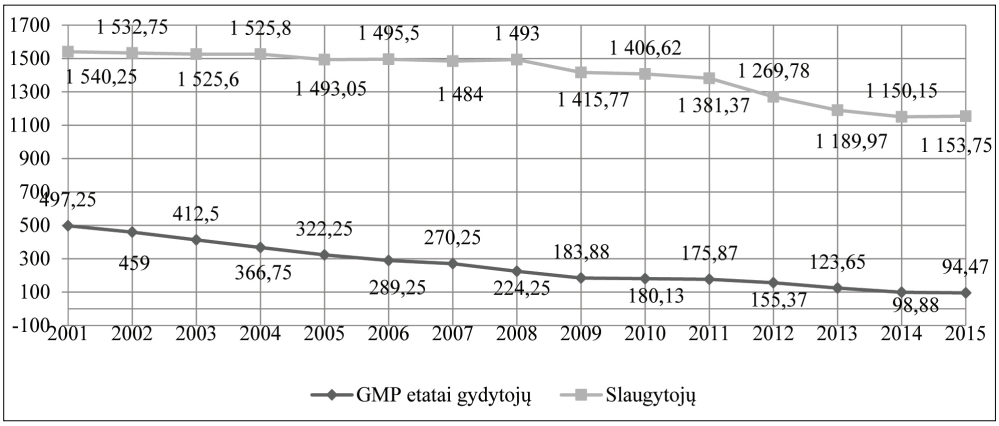
12 lentelė. GMP suteiktos pagalbos struktūra 2001–2015 m.

Suteikta medicinos pagalba	2001	2001	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ūmūs susirgimai ir būklės	79,4	78,7	78,6	77,4	76,2	75,6	75,4	75,2	75,2	74,9	74,1	74,5	76,1	74,7	74,2
Nelaimingi atsitikimai	11,6	11,8	11,9	12,6	13	13,5	13,6	13,5	13,6	13,3	13,5	13,2	12,4	14,5	14
Ligonių transportavimas	8,6	9,1	9,5	9,7	10,4	10,5	10,6	10,9	10,7	11,4	12,1	12	11,2	11,6	11,6
Nėštumo, pogimdyminio laikotarpio patologijos	0,9	0,9	0,9	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2

Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal HI SIC leidinius *Lietuvos gyventojų sveikata* ir *Sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2001–2015 m*., metines GMP ataskaitas: http://sic.hi.lt/spec_info/met_ata.ph.

Ūmių susirgimų ir būklių grupę sudaro tie pacientai, kurie kreipiasi dėl kraujotakos sistemos ligų (išeminės širdies ligos ir cerebrovaskulinių ligų), onkologinių susirgimų ar kvėpavimo nepakankamumo progresavimo. Šie susirgimai išlieka dažniausiomis mirties priežastimis Lietuvoje. 2015 m. ūmūs susirgimai ir būklės bendroje GMP paslaugų struktūroje sudaro 74,2 proc., tačiau lyginant su 2001 metais – 5,2 proc. mažiau. Ligonių transportavimas, nelaimingiems atsitikimams ir nėštumo bei pogimdyminio laikotarpio patologijai tenkanti procentinė GMP paslaugų dalis ženkliai mažesnė. Paslaugų dėl nelaimingų atsitikimų teikimas yra antroje vietoje ir su nedideliais svyravimais didėja nuo 11,6 proc. 2001 m. iki 14 proc. 2015 m. (padidėjimas 2,4 proc.). Ligonio transportavimo paslauga GMP paslaugų struktūroje užima trečią vietą ir yra nuolat didėjanti nuo 8,6 proc. 2001 m. iki 11,6 proc. 2015 m. (padidėjimas 3,2 proc.). Nėštumo ir pogimdyminio laikotarpio patologijos grupė GMP paslaugų struktūroje yra ketvirtoje vietoje, ir šių paslaugų teikimas be svyravimų mažėja nuo 0,9 proc. 2001 m. iki 0,2 proc. 2015 m. (mažiau 0,7 proc.).

Nors GMP teikiamų paslaugų skaičius 1000-iui gyventojų 2001–2015 m. kito labai nedaug, GMP darbuotojų dinamika tuo pačiu laikotarpiu kinta ženkliau darbuotojų etatų mažėjimo linkme: slaugytojų etatų sumažėjo 25,08 proc., gydytojų etatų – 81 proc. Lyginant paskutinių penkerių metų dinamiką, stebimas gydytojų etatų sumažėjimas 46,2 proc. (nuo 175,87 etatų iki 94,47 etatų), slaugytojų etatų sumažėjimas 18,76 proc. (nuo 1 415,77 etatų iki 1 153,75 etatų). GMP darbuotojų etatų dinamika 2001–2015 m. pateikta 18 paveiksle.



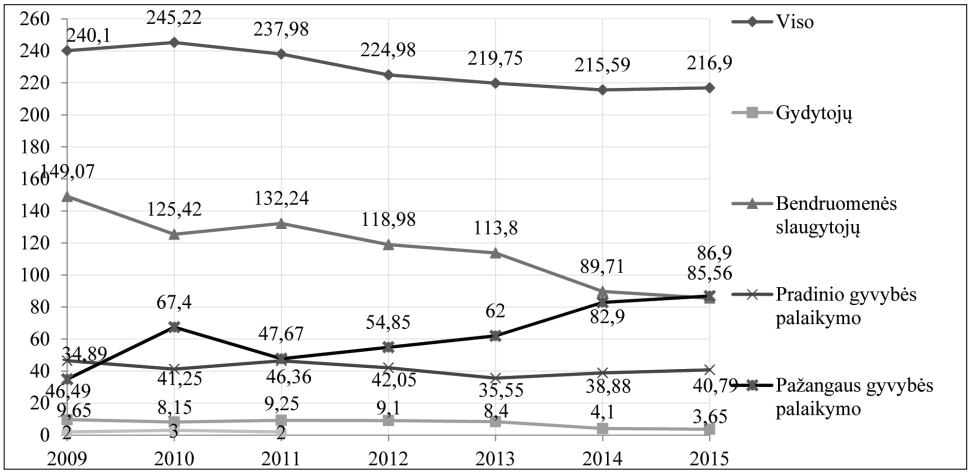
18 pav. GMP darbuotojų etatų dinamika 2001–2015 m.

Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal metines GMP ataskaitas: http://sic.hi.lt/spec_info/met_ata.ph.

Toks staigus slaugytojų ir gydytojų etatų sumažėjimas siejamas su 2002 m. patvirtinta GMP paslaugų teikimo koncepcija, pagal kurią pasirinktas toks greitosios

pagalbos teikimo modelis, kai pacientas daugeliu atvejų vežamas pas gydytoją, t. y. pagal **anglų-amerikiečių model**į.

Per 2009–2014 m. bendras GMP brigadų skaičius sumažėjo dar 10,2 proc. Tačiau tuo pačiu metu vyko ir GMP brigadų galutinis perprofiliavimas, kuris siejamas su 2002 m. GMP koncepcija, nes GMP brigadų profiliai per 2000–2016 m. keitėsi net tris kartus. Nuo 2000 m. iki 2005 m. buvo bendro profilio brigados, felčerių brigados ir specializuotosios brigados: anesteziologų-reanimatologų, kardiologų, neurologų, pediatrų, traumatologų ir kitos. Nuo 2006 m. iki 2008 m. buvo tokių profilių brigados: gydytojų, bendruomenės slaugytojų, specializuotos: anesteziologų-reanimatologų, kardiologų, neurologų, vaikų ligų gydytojų, psichiatrų ir kitos. Nuo 2009 m. iki šiol GMP brigados skirstomos taip: bendruomenės slaugytojų, pradinio gyvybės palaikymo, pažangaus gyvybės palaikymo, gydytojų ir specializuotos. Išvažiuojamųjų brigadų skaičiaus kitimo tendencijos 2009–2015 m. pateikiamos 19 paveiksle.



19 pav. Išvažiuojamųjų GMP brigadų skaičius vnt. 2009–2015 m.

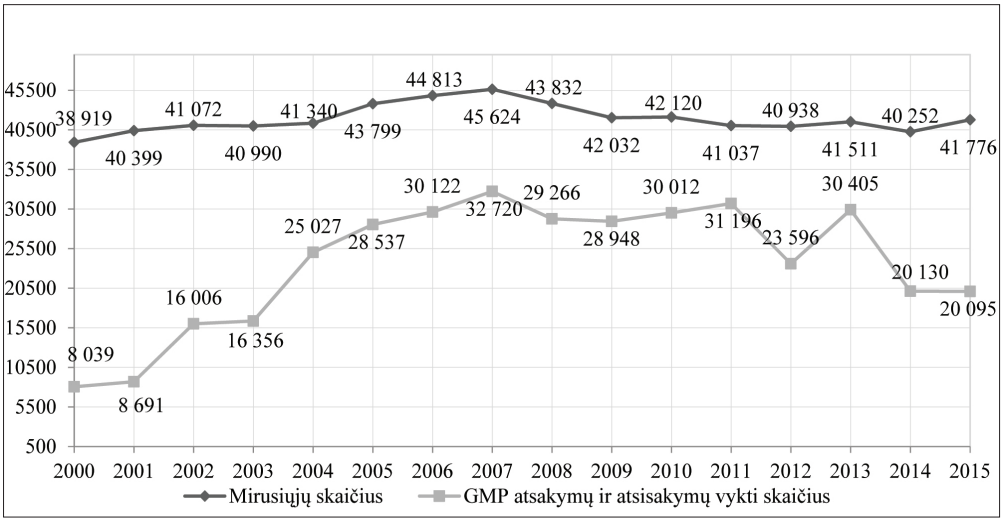
Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal metines GMP ataskaitas: http://sic.hi.lt/spec_info/met_ata.ph.

Kaip matoma 24 paveiksle, per 2009–2015 m. bendruomenės slaugytojų brigadų sumažėjo 42,61 proc., gydytojų brigadų sumažėjo 62,7 proc. Specializuotų brigadų nuo 2011 m., pagal GMP metines ataskaitas, visai neliko. Tačiau per tą patį laikotarpį pradinio gyvybės palaikymo brigadų padaugėjo 16,9 proc., pažangaus gyvybės palaikymo brigadų padaugėjo net 2,5 karto (nuo 34,89 iki 86,9).

Nuo 2000 iki 2009 m. stebimas pastovus GMP išvykimų skaičiaus mažėjimas – 24,85 proc. 2010 m. metais stebimas iškvietimų skaičiaus saikingas padidėjimas, tačiau 2015 m., lyginant su 2000 m., išvykimų skaičius išlieka mažesnis 16,98 proc. Per

analizuojamą 2000–2015 m. laikotarpį mažėjant bendram gyventojų skaičiui ir GMP etatų bei brigadų skaičiui, sumažėjo ir išvykimų pas pacientus skaičius, o tai galėjo sąlygoti išliekantį aukštą gyventojų mirtingumą. GMP išvykimų skaičiaus santykis su mirusiųjų skaičiumi 2001–2015 m. pateiktas 6 priede.

Nepaisant esamo didelio mirtingumo, 2000–2011 m. kilo ir iki 2013 m. išliko didelis GMP atsisakymų (dėl pacientų įvardytų ūmių susirgimų ir būklių) vykti pas pacientus skaičius. Lyginant 2000 m. su 2013 m., atsisakymų skaičius padidėjo 3,78 karto. Nors 2015 m. atsisakymų vykti skaičius lyginant su 2013 m. sumažėjo 33,9 proc., tačiau tai neturėjo pastebimos įtakos mirtingumui, kuris turi tendenciją didėti. GMP atsakymų ir atsisakymų vykti skaičiaus santykis su mirusiųjų skaičiumi pateiktas 20 paveiksle.



20 pav. GMP sistemos veikla 2001–2015: GMP atsakymų ir atsisakymų vykti skaičius
*Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal metines 2001–*2015 m. GMP ataskaitas: http://sic.hi.lt/spec_info/met_ata.ph.

Lyginant GMP suteiktas ir atsakytas bei atsisakytas teikti paslaugas matoma, kad asmenų, kuriems GMP suteiktos paslaugos, gerokai mažėjo iki 2009 m., toliau kilo iki 2008 m. lygio, tačiau buvusio suteiktų paslaugų skaičiaus nepasiekia net 2015 metais. Tuo tarpu atsisakymų teikti paslaugas skaičius beveik pastoviai kilo, ir tik nuo 2014 m. ženkliai sumažėjo. Tai paaiškinama tuo, kad dalis iškvietimų galėjo būti be indikacijų, tai yra būklės, kurias turėtų gydyti BPG, bet gyventojai įprastai kvietė GMP, ir jiems buvo atsakyta. 2015 m. asmenų, kuriems GMP suteiktos paslaugos, padidėjimas, tikėtina, yra susijęs su principu daugiau vežti, siekiant išvengti konfliktų, ir ketvirtu paslaugų restruktūrizacijos etapu, kuris pasižymi SMP paslaugų prieinamumo pablogėjimu rajono ligoninėse. GMP suteiktų ir atsakytų bei atsisakytų teikti paslaugų santykis pateiktas 7 priede.

2000–2015 m. GMP į ligonines nuvežamų pacientų skaičius išaugo 1,6 karto. Ypač pacientų vežimas į stacionarus padidėjo 2010 m. Tai tiesiogiai susiję su 2010 m. SAM priimtu įsakymu dėl pacientų siuntimo į atitinkamo lygmens asmens sveikatos priežiūros įstaigas (Žin., 2010, Nr. 21-1010) ir trečiu gydymo įstaigų bei paslaugų restruktūrizavimo etapu (Žin., 2009, Nr. 150-6713). Iš nuvežtų į stacionarus stacionarizuojamų pacientų skaičius nuolat mažėjo iki 2014 m. 2015 m., lyginant su 2014 m., stacionarizuotų pacientų, atvežtų GMP, skaičius padidėjo 1 567 atvejais. Tačiau procentais atvežtų GMP į PSPS ir atvežtų GMP ir stacionarizuotų skirtumas ir toliau didėja. 2000 m. stacionarizuoti pacientai sudarė 69,3 proc., 2015 m. stacionarizuoti pacientai sudarė tik 25 proc., t. y. tik ketvirtadalis GMP atvežamų pacientų į PSPS yra stacionarizuojama. Taigi stacionarizuojamų pacientų, atvežtų GMP, 2000–2015 m. sumažėjo 44,3 proc. Per tą patį laikotarpį asmenų, kuriems GMP suteikta ambulatorinė pagalba, skaičius šiek tiek svyruoja. 2011 m. buvo pasiektas GMP suteiktų ambulatorinių paslaugų pikas (augimas 47,5 proc. lyginant su 2000 m.), tačiau paskui stebimas tolygus suteiktų ambulatorinių paslaugų teikimo mažėjimas iki 2014 m., 2015 m. – vėl saikingas ambulatoriškai suteiktų paslaugų didėjimas. Lyginant su 2000 m. GMP ambulatoriškai suteiktomis paslaugomis, ambulatoriškai suteiktų paslaugų skaičius padidėjo tik 24,2 proc. Pacientams GMP suteiktos ambulatorinės pagalbos, nuvežtų į stacionarą ir stacionarizuotų pacientų santykis pateiktas 8 priede.

Bendrosios praktikos gydytojų ir priėmimo skubios pagalbos skyriuose SMP paslaugų teikimo ir situacijos analizė. 2015 m. palyginti su 2013 m. bendras apsilankymų pas ambulatorines paslaugas teikiančius gydytojus skaičius padidėjo 6,3 proc. arba apsilankymų skaičius vienam gyventojui padidėjo nuo 7,61 iki 8,34 karto per metus (padidėjimas 0,73 karto). Atskirai imant apsilankymų pas pirminio lygmens gydytojus skaičius per tą patį laikotarpį padidėjo 6,99 proc., apsilankymų pas gydytojus specialistus skaičius padidėjo iki 7,14 proc. (SIC, 2016). Miestų savivaldybių gyventojai lankėsi pas gydytojus dažniau (11,3 apsilankymų vienam gyventojui) negu rajonų savivaldybių gyventojai (6,8 apsilankymų vienam gyventojui). Pas gydytojus specialistus rajonų savivaldybių gyventojai lankėsi 4,5 kartų rečiau negu miestų savivaldybių gyventojai. Tarp visų apsilankymų 68,2 proc. sudarė apsilankymai pas pirmines sveikatos priežiūros paslaugas teikiančius bendrosios praktikos gydytojus (BPG) (SIC, 2016). Kokia dalis šių apsilankymų pas šeimos gydytoją buvo dėl SMP, duomenų nėra.

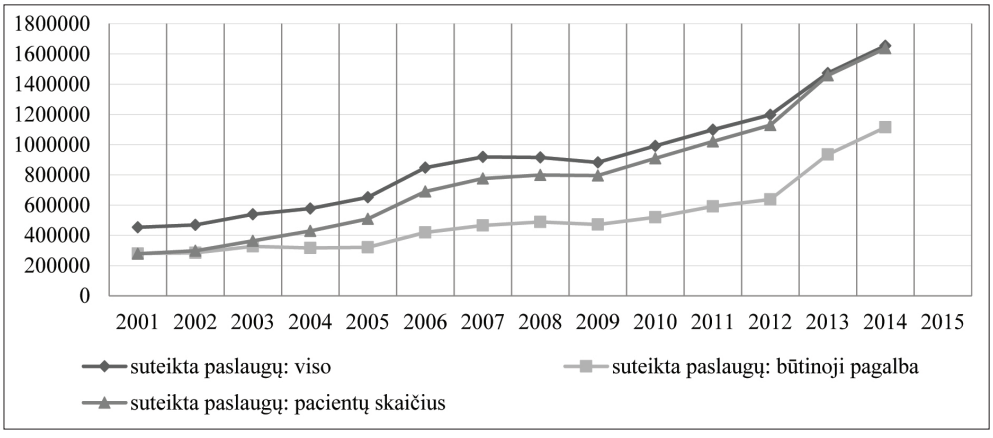
Atlikti tyrimai parodė, kad esant geresnėms sąlygoms pasinaudoti ambulatorinėmis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis, pacientai yra rečiau stacionarizuojami. Tai patvirtina nuomonę, kad pagal išvengtinos stacionarizacijos rodiklius galima vertinti ir ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą (Mekšriūnaitė, Gurevičius, 2015).

Apsilankymų pas gydytojus duomenys HI SIC duomenų bazėje yra nuo 1985 m. ir pateikiami 9 priede: Apsilankymų pas gydytojus skaičius 1985–2015 m. Dėl atskirais laikotarpiais skirtingo duomenų įtraukimo į apsilankymų pas gydytojus sąrašą 1985–2015 m. duomenų palyginti negalima. Nuo 2006 m., pagal informacinės siste-

mos SVEIDRA duomenis, į apsilankymų pas gydytojus skaičių įeina: apsilankymai ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigose, gydytojų apsilankymai namuose, pacientų apsilankymai stacionarinės įstaigos priėmimo skyriuose, greitosios medicinos pagalbos gydytojų suteikta pagalba, ambulatorinė dienos stacionaro pagalba.

Aukščiau pateikti duomenys apie visus apsilankymus pas gydytojus nerodo, kiek iš šių apsilankymų tenka PSPS dirbantiems gydytojams. Šios paslaugos „pasislepia“ po atskirų profilių (pvz., chirurgų, ortopedų, traumatologų, vidaus ligų gydytojų ir kt.) paslaugomis. Kaip teigia S. Burokienė (2015), oficialios paslaugų teikimo statistikos vaikų PSPS nacionaliniu lygmeniu taip pat nėra. Ligoninių PSPS paslaugų teikimo metu pildomos analogiškos ambulatorinės sveikatos priežiūros statistinės formos (f.025-a/LK), todėl apsilankymai ligoninių PSPS priskiriami prie bendro apsilankymų skaičiaus. Bendras apsilankiusių pacientų (identifikuoti asmenys) skaičius PSPS 2001–2014 m. laipsniškai didėjo: nuo 278 401 paciento 2001 m. iki 1 637 465 pacientų 2014 m. Apsilankiusių pacientų skaičius 2014 m. palyginti su 2001 m. padidėjo 5,9 karto. Atkreiptinas dėmesys, kad kai kurie pacientai lankosi priėmimo skyriuje kelis kartus per metus, todėl bendras paslaugų skaičius priėmimo skyriuje neatitinka pacientų skaičiaus. Medicininių paslaugų (įvairių specialistų konsultacijų, stebėjimo paslaugų), suteiktų priėmimo skyriuje, skaičius taip pat kasmet didėja: nuo 453 273 paslaugų 2001 m. iki 1 654 236 paslaugų 2014 m., tai atitinka paslaugų padidėjimą 3,64 karto.

Stebima SMP paslaugų dalies PSPS augimo tendencija. PSPS pacientų skaičius, bendrai PSPS suteiktos paslaugos ir iš jų dėl SMP suteiktos paslaugos 2001–2014 m. (vnt.) pateiktos 21 paveiksle.



21 pav. PSPS pacientams suteiktos paslaugos 2001–2014 m. (vnt.)
Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal HI SIC, 2015.

Lyginant 2001 m. su 2014 m., būtinosios pagalbos apimtis PSPS išaugo 4 kartus (nuo 279 179 iki 1 114 650 paslaugų). SMP apimtis procentine išraiška nuo bendro suteikto paslaugų skaičiaus PSPS per tą patį laikotarpį kito nedaug: nuo 61,6 proc. iki 67,4 proc. visų paslaugų, suteiktų PSPS.

Skubios konsultacinės (SKP) ir skubios specializuotos konsultacinės pagalbos (SSKP), tarpstacionarinių SMP paslaugų teikimo ir situacijos analizė. SKP veiklos apimtys pateiktos 13 lentelėje.

13 lentelė. Skubios konsultacinės pagalbos veiklos apimtys 2009–2015 m.

SKP veikla/metai	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Iškvietimų skaičius	3 796	4 236	4 241	4 134	4 355	4 565	4 461
Konsultuota pacientų	3 541	4 129	4 055	4 360	4 434	4 775	4 586
Atlikta diagnostinių ir gydomųjų procedūrų	1 479	1 498	1 615	1 304	1 432	1 555	1 311
Atlikta operacijų	3						
Transportuota ligonių	3 777	4 364	4 251	4 370	4 408	4 755	4 453

Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal VLK duomenis

SKP ir SSKP iš dalies rodo tarpstacionarinės pagalbos apimtis ir ligonių transportavimo poreikį. Lyginant 2009–2015 m. duomenis matyti, kad teikiamų paslaugų apimtys saikingai didėja. Iškvietimų skaičius padidėjo nuo 3 797 iki 4 461 atvejo per metus (664 atvejais, 17,5 proc.). 2015 m. transportuota 676 ligoniais daugiau nei 2009 m. (daugiau 17,9 proc.). 2015 m. atlikta 1 045 konsultacijomis daugiau nei 2009 m. (padidėjimas 29,5 proc.). Diagnostinių procedūrų skaičius išlieka panašus, nors 2015 m. saikingai mažėjo. Operacijos kitose ligoninėse, išskyrus 2009 m., nebeatliekamos. Toks pastarųjų rodiklių sumažėjimas 2013 m. gali būti nulemtas ligoninių ribotų galimybių sudaryti sąlygas reikiamoms procedūroms ar operacijoms atlikti, todėl stengiamasi negaišti laiko, ir sudėtingų bei komplikuotų ligų ar traumų atvejais pacientai gydyti transportuojami į respublikinio lygmens ligonines (Stašys, Virketis, 2014).

SSKP duomenys rodo, kad iškvietimo, pacientų konsultavimo, atliktų procedūrų ir operacijų bei transportavimo apimtys, lyginant 2009–2015 m., kinta. Specializuotos skubios konsultacinės pagalbos veiklos apimtys 2009–2015 m. pateikiamos 14 lentelėje.

14 lentelė. Specializuotos skubios konsultacinės pagalbos veiklos apimtys 2009–2015 m.

SSKP veikla/metai	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Iškvietimų skaičius	1 767	986	1 004	1 118	977	854	1 030
Konsultuota pacientų	1 914	1 011	1 078	1 180	1 041	909	1 276
Atlikta diagnostinių ir gydomųjų procedūrų	113	65	67	84	45	33	24
Atlikta operacijų	231	80	92	86	55	40	70
Transportuota ligonių	153	122	121	134	123	113	376

Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal VLK duomenis.

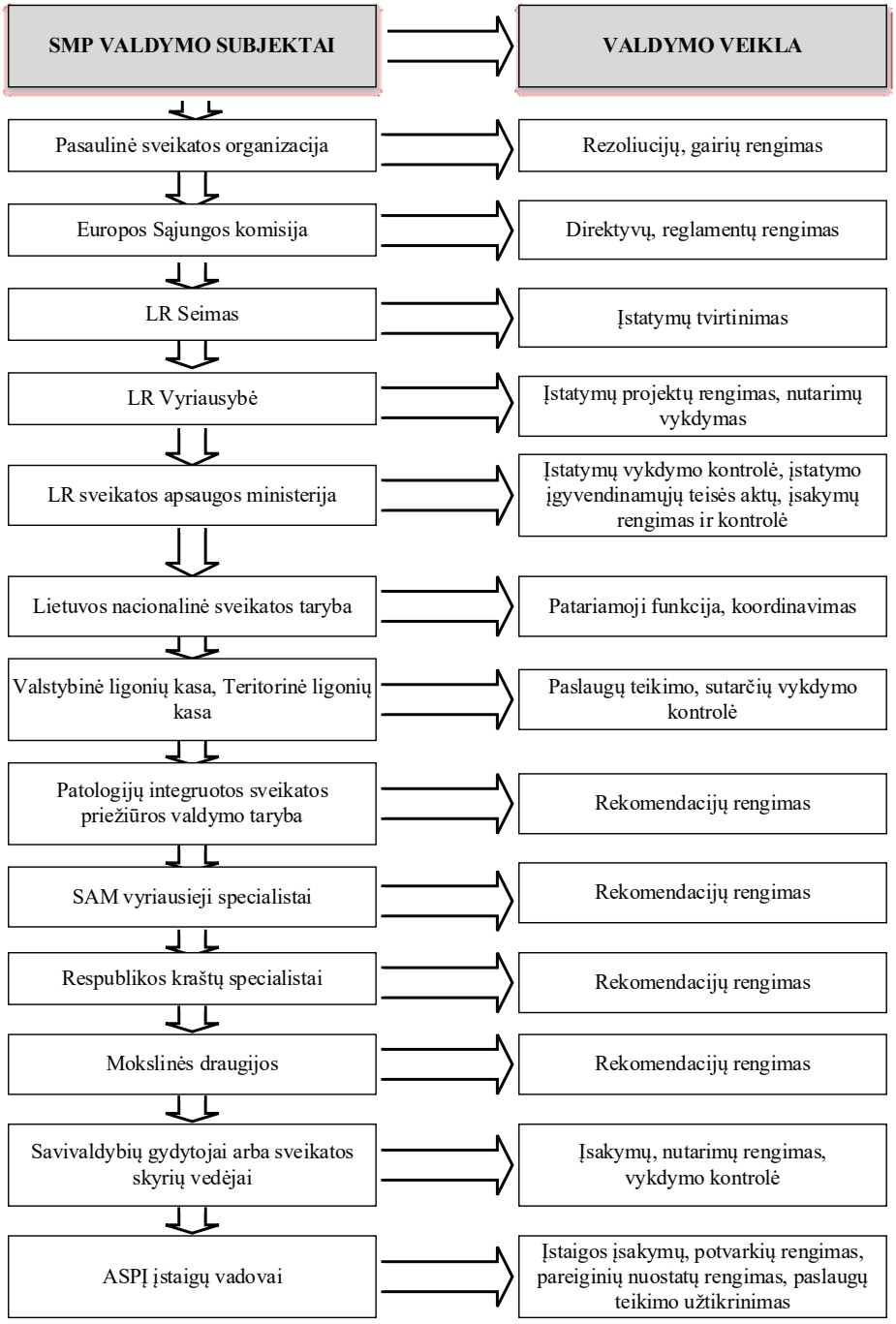
Iškvietimų skaičius sumažėjo 737 atvejais (41,2 proc.), konsultacijų skaičius sumažėjo 638 atvejais (33,3 proc.). 2015 m. atlikta 89 procedūromis ir 161 operacija mažiau nei 2009 m. Tačiau transportuota 223 pacientais daugiau. Toks SSKP tarnybos darbo sumažėjimas gali būti lemtas menko paskirų specialistų, pvz., kraujagyslių chirurgų, poreikio. Didesnės apimties kraujagyslių chirurgijos operacijas galima atlikti tik respublikinio lygmens ligoninėse, todėl patiems specialistams vykti netikslinga. Pacientai yra saugiai ir greitai transportuojami SKP anesteziologų-reanimatologų tarnybos. Vadovaujantis šia nuostata galima teigti, jog ligonių transportavimas tiesiai į respublikinės reikšmės gydymo įstaigas leidžia VLK taupyti lėšas, o SSKP tarnybos darbas (ligonių transportavimas, konsultavimas ir pan.) atliekamas tik esant itin sunkiems atvejams.

Lietuvoje dėl vykdomo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo bei vis labiau centralizuojamų stacionarinių paslaugų tarpstacionarinių pacientų srautai didėja (Virketis ir kt., 2016a). *Per 2000–2015 m. į ligonines GMP vežamų pacientų skaičius išaugo 1,6 karto. Ligonio transportavimo paslauga GMP paslaugų struktūroje užima trečią vietą ir, lyginant 2001 ir 2015 m., padidėjo 3 proc. Kokia dalis iš GMP transportuojamų pacientų yra antrinio ar tretinio transportavimo, duomenys nėra pateikiami. Apie tarpstacionarinės pagalbos apimtis iš dalies galima spręsti ir remiantis pateiktais SKP bei SSKP veiklos rodikliais. Pacientai klasterių apimtyje dažniausiai yra transportuojami GMP brigadų ir SKP tarnybų, bet neretai ir pačių gydymo įstaigų automobiliais su minimalia paciento stebėsena ir pagalbos teikimo galimybe transportavimo metu. Dėl administravimo ir struktūrizuotos apskaitos trūkumo tarpstacionarinių pacientų transportavimo duomenys jau esančių klasterių apimtyje nėra pateikiami. Dėl informacijos trūkumo kyla neatsakytų klausimų, kurie yra svarbūs siekiant valdyti tarpstacionarinių pacientų srautus: a)* kokio amžiaus pacientai ir dėl kokių patologijų yra *transportuojami tarp ligoninių; b) kaip paskirstyti šie pacientų srautai; c) kokio pavaldumo brigados (GMP ar stacionarinių ASPĮ)*

atlieka transportavimą ir kokią pagalbą teikia transportavimo metu; d) kokiu laiku vyksta ir kiek trunka transportavimas; e) kiek nuo patekimo į pirmą ligoninę praėję laiko iki antrinio transportavimo ir kokia pagalba buvo suteikta; f) kokiai daliai pacientų ir kokios apimties operacijos (procedūros, manipuliacijos ir pan.) atliktos per 24 val. po transportavimo; g) dėl kokių priežasčių mirė per pirmas 24 val. atvežti pacientai; *h) kodėl pacientams, kurie buvo kritinės būklės, buvo taikytas antrinis transportavimas SKP reanimobiliais? Daugelyje ligoninių dėl SMP teikiančių skyrių (PSPS, Reanimacijos ir intensyviosios terapijos, chirurginio profilio skyrių) uždarymo SMP pacientams gali tapti sunkiau prieinama arba suteikta nekokybiškai ir nelaiku (10-ies rajoninių ligoninių chirurgijos skyriai uždaryti po trečio restruktūrizacijos etapo). Nors pacientų srautai iš tokių ligoninių siekiant suteikti SMP bus nukreipti į universitetų ar didžiųjų miestų ligonines, apie kokybišką pacientų transportavimą į šias įstaigas ir atgal dar diskutuojama (Virketis ir kt., 2016a).*

Skubios medicinos pagalbos sistemos valdymo teisinis reglamentavimas. Lietuvoje skubios medicinos pagalbos apimtis ir jos teikimo ypatumus nustato Europos Sąjungos ir Lietuvos Respublikos įstatymai bei kiti teisės aktai. Lietuvos sveikatos sistemos valdymas yra pagrįstas informacija, administravimu, finansais bei ekonominiu reguliavimu ir įstatymų leidžiamuoju lygiu realizuojamas per Lietuvos Respublikos Seimo sprendimus, kurių vykdymą koordinuoja Vyriausybė, o vykdymo kontrolė pavesta Sveikatos apsaugos ministerijai (LR Aukščiausiosios Tarybos nutarimas, 1991. Žin., 1991, Nr. 33-893).

SMP yra viena svarbiausių asmens sveikatos priežiūros sričių, rodančių šalies sveikatos sistemos išsivystymo lygį ir vyriausybių požiūrį į savo šalies gyventojus bei rūpestį jų saugumu. Lietuvoje SMP teikimo tvarka ir mastas nustatyti pagal Europos Tarybos reglamento Nr. 1408/71/EEC „Dėl socialinės apsaugos sistemų taikymo pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims, savarankiškai dirbantiems asmenims ir jų šeimos nariams, persikeliantiems Bendrijoje“ nuostatas, 2004 m. balandžio 29 d. Europos Tarybos reglamento (EB) Nr. 883/2004 „Dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo“ nuostatas (OL 2004 L 166, p. 1, su paskutiniais pakeitimais, padarytais 2013 m. gruodžio 19 d. Komisijos reglamentu (ES) Nr. 1372/2013 (OL 2013 L 346, p. 27)). 2013 m. ES reglamento pakeitimai padaryti atsižvelgiant į 2007 m. gegužės 23 d. Pasaulinėje sveikatos asamblėjoje (*World Health Assembly* – WHA) priimtą rezoliuciją p. 60.22 „Sveikatos sistemos: Skubios pagalbos sistema“, kurioje nurodoma, jog visos šalys „...siektų užtikrinti, kad pagrindinės skubios medicinos pagalbos paslaugos būtų prieinamos visiems žmonėms, kuriems jų reikia“ (Mock ir kt., 2008). SMP sistemos valdymo subjektų hierarchija ir jų atliekami valdymo veiksmai pateikiami 22 paveiksle.



22 pav. SMP sistemos valdymo subjektų hierarchija ir valdymo veiklos schema

22 paveiksle vaizduojama SMP sistemos valdymo subjektų hierarchija parodo, kad nacionalinis teisinis reglamentavimas yra pagrįstas PSO gairėmis ir rezoliucijomis, kurias ES komisija pateikia direktyvų ir reglamentų pavidalu ES šalims narėms. Šalies įstatymų leidėjai perkelia direktyvas į teisės aktus tokia apimtimi, kad neprieštarautų direktyvose nurodytoms kryptims.

Septynioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Seimo 2016 m. gruodžio 13 d. nutarimu Nr. XIII-82, pagrindiniu sveikatos politikos tikslu įvardijamas siekis ilginti gyvenimo trukmę, gerinti gyvenimo kokybę. Šio tikslo bus siekiama veikiant penkiomis kryptimis, iš kurių efektyvios ir skaidrios sveikatos apsaugos sistemos formavimo kryptis siejasi su SMP sistemos valdymu. Nurodytos su SMP sistemos valdymu susijusios ir bendrai sveikatos sistemos efektyvumą didinančios veiklos kryptys pateikiamos 15 lentelėje.

15 lentelė. SMP efektyvumą didinančios veiklos kryptys

Eil. Nr.	SMP veiklos efektyvumą didinančios veiklos kryptys
1.	Pirminės asmens sveikatos priežiūros prieinamumo ir kokybės didinimas, operatyvus kvalifikuotų ir prieinamų paslaugų teikimas
2.	ASPĮ kokybės rodiklių stebėsenos sistemos tobulinimas
3.	Sveikatos sistemos stebėsenos sistemos stiprinimas, duomenų naudojimas vykdant mokslinius tyrimus
4.	Antrinio ir tretinio gydymo įstaigų pasiekiamumo didinimas, užtikrinant transportavimo paslaugas kaimų, miestelių ir rajonų gyventojams
5.	GMP tarnybos veiklos kokybės ir efektyvumo didinimas
6.	Integruotos sveikatos priežiūros sistemos (klasterių) tobulinimas ir skatinimas
7.	Teikiamų ASPĮ paslaugų įkainių perskaičiavimas pagal sąnaudas
8.	Gerų darbo sąlygų medikams sudarymas, technologinių ir organizacinių priemonių darbui palengvinti įdiegimas
9.	Teisinių problemų sprendimas
10.	Žmogiškųjų išteklių rengimo ir mobilizavimo klausimų sprendimas
11.	Visuomenės informuotumo didinimas

Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal Lietuvos Respublikos Seimo 2016 m. gruodžio 13 d. nutarimą Nr. XIII-82.

Efektyvios ir skaidrios sveikatos apsaugos sistemos formavimo kryptyse (15 lentelė) akcentuojama, kad veiksminga medicinos pagalba lemia visos sveikatos sistemos kokybę, o efektyvią sveikatos sistemą galima padaryti sveikatos apsaugos politikoje užtikrinant veiksmingą sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, bendradarbiavimą su visuomenės sveikatos specialistais, bendruomenėmis, nevyriausybinėmis organizacijomis.

Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programoje (TAR, 2014-06-30, 2014-09403) akcentuojama, kad Valstybės ir savivaldybių institucijos, siekdamos efektyvesnio sveikatos sistemos valdymo, turi:

- tobulinti viešąjį valdymą, kad būtų didinamas viešojo valdymo proceso veiksmingumas ir geriau tenkinami visuomenės poreikiai;
- tobulinti darbuotojų kvalifikaciją, ugdyti gebėjimus pasinaudoti turima patirtimi ir duomenų bazėmis apie mokslo įrodymais pagrįstas sveikatinimo priemones, diegti informacines technologijas.

Šie nurodymai tinka tiek visai sveikatos priežiūros sistemai, tiek ir paskirų jos dalių, šiuo atveju SMP sistemos, valdymui tobulinti, vadovaujantis atitinkamais valdymo metodais. Valdymo metodai yra visuma valdymo veiklos būdų, kurie nukreipti sistemos tikslams, uždaviniams ir funkcijoms įgyvendinti. V. Janušonis (2008) išskiria šiuos valdymo metodus:

- pagal veiklos turinį: organizaciniai (administraciniai-tvarkomieji), ekonominiai-finansiniai, socialiniai-psichologiniai, teisiniai; organizacinių, ekonominių, socialinių-psichologinių ir teisinių metodų kombinacija;
- pagal poveikį valdymo objektui: tiesioginio ir netiesioginio poveikio;
- pagal taikymo apimtį: bendrasistemiai, posisteminiai, elementiniai.

Vienas iš plačiausiai taikomų SMP sistemos valdymo metodų – teisinių-organizacinių metodų kombinacija.

Esminiai Lietuvos Respublikos teisės aktų nuostatai, reglamentuojantys SMP teikimą: Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnio (Žin., 1992, Nr. 33-1014); Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 9 d. ir 2013 m. gegužės 16 d. nutarimų, Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2014 m. vasario 26 d. sprendimo „Dėl Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimo nuostatų išaiškinimo“; Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimu Nr. XII-964, ketvirto tikslo, 4.1, 4.2 ir 4.6 uždavinių; Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymo 47 straipsnio (Žin., 1994, Nr. 63-1231; Žin., 1998, Nr. 112-3099); Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012–2016 metų programos įgyvendinimo prioritetinių priemonių, patvirtintų Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2013 m. kovo 13 d. nutarimu Nr. 228 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012–2016 metų programos įgyvendinimo prioritetinių priemonių patvirtinimo“, XI skyriaus „Sveikatos tausojimo ir stiprinimo, asmens ir visuomenės sveikatos apsaugos politika“ 185 priemonės „Siekiant efektyvaus nacionalinės sveikatos priežiūros įstaigų sistemos funkcionavimo, parengti ir įgyvendinti kito sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo planą“; Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. gegužės 14 d. nutarimo Nr. 590 „Dėl profesijų, darbų ir veiklos sričių darbuotojų bei transporto priemonių vairuotojų, buvusių kartu su nukentėjusiaisiais ar ligoniais nelaimingų atsitikimų ar ūmaus gyvybei pavojingo susirgimo vietose ir privalančių suteikti jiems

pirmąją pagalbą, sąrašo patvirtinimo, taip pat įstatymų nustatytų kitų asmenų kompetencijos šiais klausimais nustatymo“ (Žin., 2003, Nr. 48-2123); Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2000 m. balandžio 14 d. nutarimo Nr. 423 „Dėl Valstybinės traumatizmo profilaktikos 2008–2010 metų programos patvirtinimo“ (Žin., 2000, Nr. 32-903) bei LR SAM įsakymų, turinčių tiesioginę įtaką SMP valdymui, reikalavimais.

Lietuvoje SMP sistemos valdymo teisinis reglamentavimas yra glaudžiai susijęs su vykstančiomis sveikatos priežiūros sistemos reformomis. V. Janušonis (2012) sveikatos reformą įvardija kaip procesą, nukreiptą į organizacinių ir valdymo struktūrų keitimą, taip pat į finansavimo šaltinių, finansavimo mechanizmų, sveikatos priežiūros mechanizmų ir sveikatos priežiūros išteklių keitimą visos šalies mastu valstybiniame ir privačiame sektoriuose, prevencinėje, gydomojoje ir visuomenės sveikatos srityse, užtikrinant pirminio, antrinio ir tretinio lygmenų sveikatos priežiūrą.

SMP sistemos valdymo teisinis reglamentavimas ypač susijęs su trečiu (VŽ, 2009, Nr. 150-6713) ir ketvirtu (TAR, 2015-19823) sveikatos priežiūros įstaigų tinklo optimizavimo ir paslaugų restruktūrizavimo etapais, GMP dispečerinių pertvarkymu (TAR, 2015-06423), pacientų srautų reguliavimu (VŽ, 2010, Nr. 21-1010), integruotos paslaugų struktūros (klasterių) diegimu (TAR, 2014-00358; TAR, 2014-01758). Nors teisės aktų, reglamentuojančių SMP, pakanka, tačiau juose trūksta nuoseklumo, subalansuotumo, skirtingų ministerijų veiklos suderinamumo ir koordinavimo. Kartais atskiros teisės aktų nuostatos tarpusavyje prieštarauja, neatskleidžia bendros veiklos krypties ir sistemiškumo. Pasitaiko, kad teisės aktai priimami neįsigilinus į jų taikymą ribojančias aplinkybes, todėl vėliau dažnai keičiami. SMP sistemos valdymo teisinį reglamentavimą disertacijos autorius skirsto į 3 grupes, kurios įgalina sistemiškai išanalizuoti ir atskleisti SMP sistemos valdymo teisinio reglamentavimo turinį bendrame sveikatos priežiūros kontekste:

1. Bendros teisinės nuostatos.
2. SMP paslaugų teikimo apimčių ir atsakomybės nustatymas bei SMP pacientų srautų valdymas:

2.1. GMP paslaugų ir pacientų srautų reglamentavimas;
2.2. BPG paslaugų ir pacientų srautų reglamentavimas;
2.3. PSPS paslaugų ir pacientų srautų reglamentavimas;
2.4. SKP paslaugų ir pacientų srautų reglamentavimas;
2.5. stacionarinių paslaugų ir pacientų srautų reglamentavimas.

3. SMP paslaugų apmokėjimo reglamentavimas.

Bendros Lietuvos teisinės nuostatos. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas (VŽ, 1998, Nr. 112-3099, 19 str.) būtinajai medicinos pagalbai priskiria pirmąją medicinos pagalbą ir institucinę (nestacionarinę ir stacionarinę) skubią medicinos pagalbą. Būtinoji medicinos pagalba (BMP) priskiriama valstybės laiduojamai (nemokamai) sveikatos priežiūrai, o tai reiškia, kad būtinoji medicinos pagalba LNSS įstaigose teikiama nemokamai visiems nuolatiniams Lietuvos gyventojams, neatsižvelgiant į

tai, ar jie apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu, taip pat neatsižvelgiant į paciento apsilankymų įstaigoje per kalendorinius metus skaičių ir jo gyvenamąją vietą. Užsienio šalių piliečiams, asmenims be pilietybės, nepriskiriamiems nuolatiniams Lietuvos gyventojams, LNSS įstaigos teikia būtinąją medicinos pagalbą SAM nustatyta tvarka, jei Lietuvos Respublikos tarptautinės sutartys nenustato kitaip. Įvykus nelaimingiems atsitikimams, avarijoms, ekologinėms ir gaivalinėms nelaimėms, ūmiems susirgimams, kai reikia gelbėti nukentėjusių asmenų gyvybę, pirmąją medicinos pagalbą nedelsiant privalo suteikti sveikatos priežiūros, farmacijos specialistai ir kiti asmenys, kurie su nukentėjusiaisiais yra nelaimingo atsitikimo ar ūmaus susirgimo vietose.

LR sveikatos sistemos įstatymas iš esmės apibrėžia būtinąją pagalbą ir nurodo, kad atitinkamo lygmens pagalbą privalo teikti ne tik sveikatos priežiūros specialistai, bet ir kiekvienas pilietis. Sveikatos sistemos įstatyme nuo 2015 m. sausio 1 d. įsigaliojo nuostata, kad GMP paslaugos laikomos paslaugomis, skirtomis gyvybei gelbėti ir išsaugoti (Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos 2014 m. gruodžio 4 d. įstatymo Nr. XII-1387 (nuo 2015 m. sausio 1 d.) (TAR, 2014-12-12, 2014-19560 redakcija). Ši nuostata atsirado po LR Konstitucinio Teismo (KT) 2014 m. vasario 16 d. sprendimo „Dėl Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimo nuostatų išaiškinimo“. LR KT 2013 m. gegužės 16 d. nutarimu (VŽ, 2013, Nr. 52-2604) konstatavo, kad LR Konstitucijoje yra įtvirtinta gyvybiškai būtinos medicinos pagalbos piliečiams garantija. Tačiau LR KT išaiškino, kad gyvybiškai būtinos nemokamos medicinos pagalbos piliečiams valstybinėse gydymo įstaigose garantija nėra tapati teisei į sveikatos priežiūrą, kuri piliečiams, kaip ir kitiems asmenims, užtikrinama įgyvendinant Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalyje įtvirtintą valstybės priedermę rūpintis žmonių sveikata ir laiduoti medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. Taigi gyvybiškai būtina medicinos pagalba žmogaus gyvybei gelbėti ir išsaugoti netapatintina su medicinos pagalba žmogaus sveikatai gelbėti ir išsaugoti. Deja, bet LR SAM dar nepatvirtino kriterijų, pagal kuriuos būtų aišku, kurios paslaugos priskiriamos medicinos pagalbai sveikatai gelbėti ir išsaugoti, o kurios – gyvybiškai būtinai (nemokamai) medicinos pagalbai žmogaus gyvybei gelbėti ir išsaugoti. Kadangi LR Konstitucijoje nemokamos medicinos pagalbos apimtis nėra apibrėžta, o Sveikatos sistemos įstatymo 47 straipsnyje tik išdėstytas valstybės laiduojamų (nemokamų) sveikatos priežiūros sričių sąrašas (jame įrašyta būtinoji medicinos pagalba), todėl tikslinga apibrėžti gyvybinio būtinumo požymius arba kitaip – medicinos pagalbos svarbos kriterijus. Autoriaus nuomone, turėtų būti nustatyti ir patvirtinti medicinos pagalbos svarbos kriterijai sveikatai gelbėti ir išsaugoti bei kriterijai gyvybiškai būtinai medicinos pagalbai – gyvybei gelbėti ir išsaugoti. I. Špokienė (2013) nurodo, kad „Įstatymų leidėjui artimiausiu metu reikės aiškiai nustatyti, ne tik „gyvybiškai būtinos medicinos pagalbos“ sampratą, bet ir tai, kurios medicinos paslaugos yra būtinosios, finansuojamos iš valstybės biudžeto visiems, o kurios nėra gyvybiškai būtinos ir finansuojamos iš PSDF, kitų šaltinių“.

Šiuo metu BMP mastą (kuris apima medicinos pagalbą žmogaus gyvybei gelbėti ir išsaugoti bei medicinos pagalbą žmogaus sveikatai gelbėti ir išsaugoti, jų neišskiria ir nenurodo kitaip) ir teikimo tvarką reglamentuoja SAM 2004 m. balandžio 8 d. įsakymas Nr. V-208 „Dėl Būtinosios medicinos pagalbos ir būtinosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo“ (VŽ, 2004, Nr. 55-1915; Nr. 134-4882). Įsakyme nurodyta, kad pirmoji medicinos pagalba – tai svarbiausi tikslingi veiksmai, skirti padėti kitų ar savo sveikatai bei gyvybei, panaudojant turimas medicinos ir (ar) kitokias priemones bei medžiagas. Ji tęsiasi:

- iki pacientui bus pradėta teikti skubioji institucinė medicinos pagalba nestacionarioje ar stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje;
- arba paciento būklė taps normali;
- arba bus konstatuota jo mirtis.

Kai gelbstima gyvybė asmenų, kuriems dėl nelaimingo atsitikimo, avarijos, ekologinės nelaimės arba dėl ūmaus susirgimo yra būtina medicinos pagalba, pirmąją medicinos pagalbą privalo nedelsdami suteikti sveikatos priežiūros, farmacijos specialistai ir kiti asmenys, buvę kartu su nukentėjusiaisiais ar ligoniais nelaimingo atsitikimo ar gyvybei pavojingo ūmaus susirgimo vietose. Pirmoji medicinos pagalba teikiama vadovaujantis Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. gegužės 14 d. nutarimu Nr. 590 „Dėl profesijų, darbų ir veiklos sričių darbuotojų bei transporto priemonių vairuotojų, buvusių kartu su nukentėjusiaisiais ar ligoniais nelaimingų atsitikimų ar ūmaus gyvybei pavojingo susirgimo vietose ir privalančių suteikti jiems pirmąją pagalbą, sąrašo patvirtinimo, taip pat įstatymų nustatytų kitų asmenų kompetencijos šiais klausimais nustatymo“, Sveikatos apsaugos ministro 2003 m. liepos 11 d. įsakymu Nr. V-450 „Dėl sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijos teikiant pirmąją medicinos pagalbą, pirmosios medicinos pagalbos vaistinėlių ir pirmosios pagalbos rinkinių“ (VŽ, 2003, Nr. 79-3605; 2004, Nr. 32-1030) ir 2011 m. rugpjūčio 31 d. įsakymu Nr. V-822 „Dėl gaivinimo standartų patvirtinimo“ (VŽ, 2011, Nr. 110-5214).

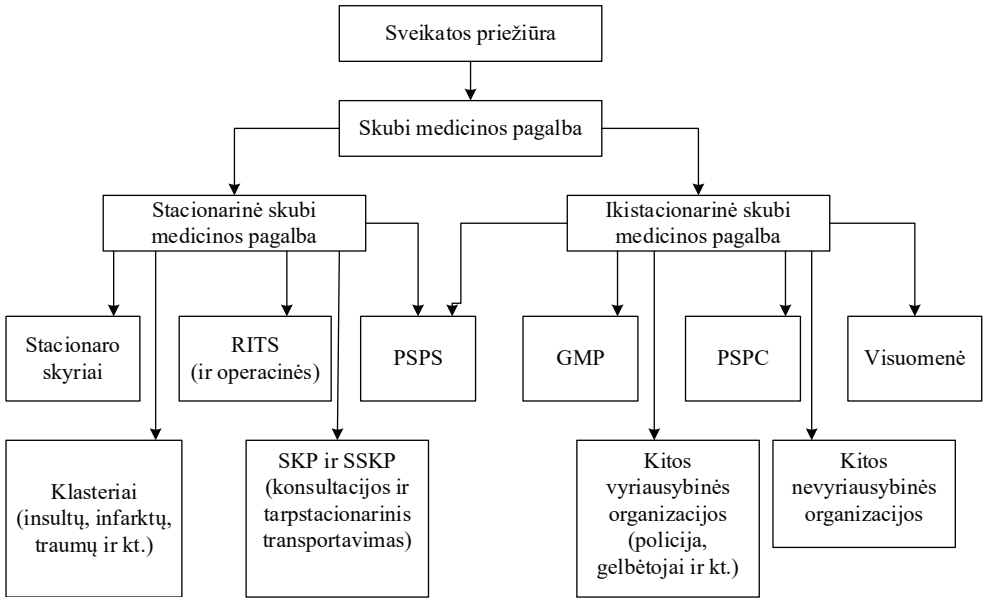
Skubiai sprendžiant pacientui iškilusias problemas dėl grėsmės gyvybei ar sveikatai, SMP apskritai laikytina visos sveikatos priežiūros sistemos pagrindiniu įrankiu ir galimybių rodikliu, yra stacionarinę ir ambulatorinę pagalbą jungianti grandis (Asplin ir kt., 2003, p. 175). Sveikatos priežiūrą SMP kontekste galima skirstyti į stacionarinę ir ikistacionarinę.

Autorius pateikia tokias stacionarinės ir ikistacionarinės pagalbos sąvokas, kuriomis vadovaujamasi darbe:

- **stacionarinė pagalba** – stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje įstaigoje teikiama būtinoji ir planinė, bendruosius ir specialiuosius stacionarinių paslaugų teikimo reikalavimus atitinkanti, kvalifikuota medicinos pagalba;
- **ikistacionarine pagalba** laikytina pirmoji pagalba, teikiama asmenų, kurie nėra sveikatos priežiūros ar farmacijos specialistai, bet yra kartu su sergančiu ar

nukentėjusiu asmeniu; nekvalifikuota medicinos pagalba, teikiama gelbėjimo ar patruliavimo veiksmus atliekančių tarnybų; kvalifikuota būtinoji medicinos pagalba, teikiama pirminiuose sveikatos priežiūros centruose, greitosios medicinos pagalbos tarnyboje ir priėmimo skubios pagalbos skyriuose dirbančio medicinos personalo.

P. Šerpyčio (2014) pateiktas ikistacionarinės pagalbos apibrėžimas „tai pagalba, teikiama pacientams pirmo kontakto su sveikatos priežiūros specialistais metu“ apimtimi yra siauresnis nei autoriaus pateiktas ikistacionarinės pagalbos apibrėžimas, nes ikistacionarinės pagalbos atveju pirmas kontaktas su sveikatos priežiūros specialistu galimas tik PSPS arba atvykus GMP specialistams. Ikistacionarinė pagalba apima įvairių tarnybų (policijos, gelbėtojų ir kt.) ir kitų asmenų (ne sveikatos priežiūros specialistų) teikiamą pirmą ar nekvalifikuotą medicinos pagalbą. SMP teikimo struktūra pateikiama 23 paveiksle.



23 pav. SMP teikimo struktūra

Šaltinis: sudarytas autoriaus.

SMP yra asmens sveikatos priežiūros įstaigose (teikiančiose ambulatorines ir (ar) stacionarias paslaugas) teikiama kvalifikuota asmens sveikatos priežiūros paslauga, t. y. teikiama gydytojo arba gydytojo kartu su kitais asmens sveikatos priežiūros specialistais. SMP mastas ir indikacijos, nurodyti 2004 m. balandžio 8 d. SAM įsakymu Nr. V-208 patvirtintoje SMP masto lentelėje, SMP pagal paciento sveikatos būklės sunkumą

skirstoma į keturias kategorijas. SMP, kuri turi būti teikiama nedelsiant, priskiriama 1 kategorijai, o neatidėliotinai teikiama SMP priskiriama 2–4 kategorijoms, kai dėl ūmių klinikinių būklių gresia pavojus paciento ir (ar) aplinkinių gyvybei arba tokios pagalbos nesuteikimas laiku sukelia sunkių komplikacijų grėsmę pacientams. Jei į asmens sveikatos priežiūros įstaigą tuo pat metu atvyksta keli pacientai, kuriems reikalinga SMP, o taip atsitinka ekstremalių situacijų atvejais ir esant dideliam PSPS užimtumui kasdienėje veikloje, ir ji negali būti suteikta visiems vienu metu, pirmiausia teikiama pacientams, kuriems reikalinga 1 kategorijos, o vėliau 2–4 kategorijų pagalba.

SMP turi būti teikiama tol, kol paciento būklė tampa stabili, t. y. kol tos būklės negalima priskirti nė vienai iš keturių kategorijų, įvardytų SMP masto lentelėje, kol pradedamas ilgalaikis paciento gyvybinių funkcijų palaikymas ir tokią būklę konstatuoja ne mažiau kaip trijų skirtingų specialybių gydytojų konsiliumas kartu su asmens sveikatos priežiūros įstaigos administracijos atstovu. Svarbu pažymėti, kad kreipiantis į asmens sveikatos priežiūros įstaigą dėl SMP gydytojo siuntimas neprivalomas. Teisės aktuose yra nustatytos ir būklės, kurios nepriskiriamos SMP, pvz., gimdyvei gimdymo metu teikiamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos nėra priskiriamos SMP, tačiau minėtasis sveikatos apsaugos ministro įsakymas įpareigoja gydymo įstaigas suteikti gimdyvei reikalingą pagalbą. SMP nepriskiriamos ir ilgalaikio gyvybinių funkcijų palaikymo paslaugos – dirbtinės plaučių ventiliacijos, hemodializės, dirbtinės širdies, dirbtinių kepenų bei organų ir audinių transplantacijos paslaugos. Kiekviena asmens sveikatos priežiūros įstaiga pagal kompetenciją privalo užtikrinti, t. y. organizuoti ir suteikti būtinąją medicinos pagalbą, o gydytojai, teikiantys SMP, privalo raštu įforminti SMP paslaugas medicinos dokumentuose.

Svarbu pažymėti, jog šiame būtinosios medicinos pagalbos teikimą reglamentuojančiame LR sveikatos ministro įsakyme (Žin., 2004, Nr. 55-1915; Nr. 134-4882) nėra nustatyto normatyvo, kiek laiko gali ar turi būti skirta vieno paciento apžiūrai, kiek asmens sveikatos priežiūros PSPS privalo vienu metu ar per parą priimti pacientų, kuriems reikalinga SMP (ir kaip tai koreliuoja su paslaugų apmokėjimu pagal sutartis su TLK). Galima susidaryti nuomonę, kad pacientų skaičius gali būti neribotas („guminiai“ PSPS), tačiau teikiamų paslaugų kokybė neturi nukentėti, o pinigų paslaugoms apmokėti yra tiek, kiek yra (nustatyta suma metams sutartyje su TLK, nepriklausomai nuo paslaugų viršijimo). PSPS veiklą reglamentuojančiame įsakyme (Žin., 2010, Nr. 148-7636) nurodyta, kad gali būti tiek postų, koks yra poreikis, ir kad tai sprendžia įstaigos vadovas. Toks reglamentavimas atskleidžia SMP sisteminio valdymo stoką aukščiausiame lygmenyje.

Būtinosios medicinos pagalbos teikimą reglamentuojančiame LR sveikatos ministro įsakyme (VŽ, 2004, Nr. 55-1915; Nr. 134-4882) nėra apibrėžta, kuo skiriasi stacionarinė ir ambulatorinė SMP. Įsakymas dėl būtinosios pagalbos nenurodo pirmosios pagalbos teikimo apimčių, nes SMP masto lentelėje būklės, dėl kurių gali tekti teikti pirmąją pagalbą, neįtrauktos. Įsakymas iš esmės pritaikytas stacionarinei SMP api-

brėžti, nes remiantis SMP kategorijų skirstymu, tik pavieniais atvejais teikiant SMP būtų galima apsiriboti ambulatorine pagalba. Įsakyme pateikta nuostata, kad SMP reikia teikti iki stabilizuosis paciento būklė ir nebeatitiks nė vienos iš keturių kategorijų. Taip pat ją reikia teikti iki tol, kol pacientui bus pradėtas ilgalaikis gyvybinių funkcijų palaikymas. Šį momentą turi patvirtinti gydytojų konsiliumas iš trijų skirtingų specialybių gydytojų kartu su administracijos atstovu. Šie teiginiai dar kartą patvirtina, kad šis įsakymas apibrėžia išskirtinai SMP teikimą stacionarinėmis sąlygomis, nes pacientas negali būti gydomas ambulatoriškai iki tol, kol jam atsiras ilgalaikis gyvybinių funkcijų palaikymo poreikis.

SMP paslaugų teikimo apimčių ir atsakomybės nustatymas bei SMP pacientų srautų valdymas: J.Verikienė ir D.Jankauskienė (2012) teigia, kad Lietuvoje vykdant sveikatos priežiūros reformą pablogėjo paslaugų prieinamumas pacientams pas šeimos gydytojus ir ambulatorinio antrinio lygio specialistus, o tai savo ruožtu sąlygojo tai, kad restruktūrizuotuose rajonuose GMP paslaugomis besinaudojančių pacientų dalis didesnė nei kituose rajonuose. Net 2/3 iš visų pacientų Lietuvoje (restruktūrizacijos paliestuose rajonuose šis rodiklis dar didesnis) kreipiasi į stacionarus dėl ūmių susirgimų ir traumų. Pacientai nesiregistruoja pas šeimos gydytoją iš anksto, bet vyksta tiesiai į gydymo įstaigą. Tokiu atveju įstaigos, teikiančios daugiaprofiles paslaugas, susiduria su problemomis, kaip efektyviai planuoti įstaigos išteklius, sąnaudas ir veiklos valdymą, kadangi gali planuoti tik apie trečdalį pacientų srauto.

LR KT 2013 m. gegužės 16 d. nutarimu (VŽ, 2013, Nr. 52-2604) konstatavo, kad Valstybės sveikatos politiką formuojančių ir įgyvendinančių valstybės institucijų pareiga užtikrinti pakankamą skaičių aukštos profesinės kvalifikacijos sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų visuomenės poreikiams tenkinti, kad sveikatos priežiūros paslaugos būtų visiems realiai prieinamos, taigi kad valstybėje nuolat veiktų pakankamas tinklas tinkamai paskirstytų įvairias sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų. Valstybė taip pat privalo prižiūrėti visų sveikatos priežiūros įstaigų veiklą ir kontroliuoti jų teikiamų paslaugų kokybę (VŽ, 2013, Nr. 52-2604). Darbe detaliau išnagrinėtas GMP, BPG, PSPS, SKP ir stacionarinių ASPĮ, teikiančių SMP paslaugas (pagal priskirtas funkcijas ir apimtis), ir su šiomis paslaugomis susijusių pacientų srautų reglamentavimas.

GMP skubios medicinos pagalbos reglamentavimas. SMP teikimas daugelyje valstybių yra reglamentuotas teisės aktais, užtikrinamas visą parą, dauguma yra finansuojama iš valstybės biudžeto ar privalomojo sveikatos draudimo lėšų (Report Ambulance care in Europe, Nederland, 2010). GMP personalas atlieka daug veiksmų ikistacionariniu laikotarpiu: pirminį ir antrinį paciento būklės vertinimą įvykio vietoje, teikia specializuotą medicinos pagalbą (pvz., trachėjos intubaciją, venos ar kaulų čiulpų punkciją), skiria medikamentų, siekdami stabilizuoti paciento būklę. Pradinio gyvybės palaikymo brigados sudėtis skirtingose šalyse gali būti įvairi, nes ruošiami skirtingi specialistai (Zakariassen ir kt., 2010).

Lietuvoje GMP – specializuota sveikatos apsaugos tarnyba, teikianti medicinos pagalbą nelaimingo atsitikimo (traumos, apsinuodijimo ir kt.) ir ūminės ligos atveju, kai delsti yra pavojinga žmogaus sveikatai ir gyvybei. Teikiama bet kuriuo paros metu gatvėje, įmonėje, įstaigoje, namuose arba nukentėjusysis ar ligonis vežamas į ligoninę (VŽ, 2007, Nr. 115-4713).

GMP veiklą reglamentuojančiuose teisės aktuose nurodoma, kad GMP tarnyba teikia neatidėliotiną medicinos pagalbą įvykio vietoje, informuoja artimiausias asmens sveikatos priežiūros įstaigas apie nukentėjusiuosius ir juos transportuoja. GMP stotys ir jų padaliniai išdėstomi atsižvelgiant į būtinosios medicinos pagalbos poreikį. GMP tarnybos uždavinys – pradėti teikti pirmąją medicinos pagalbą sergantiems arba sužeistiems asmenims įvykio vietoje ir, esant indikacijų, skubiai juos nugabenti į stacionarinę asmens sveikatos priežiūros įstaigą. GMP stotys (skyriai) teikia paslaugas nustatytoje teritorijoje. Teritorija nurodoma sutartyje su teritorine ligonių kasa (TLK), suderinus su apskrities viršininko administracija. Šioje sutartyje papildomai nustatoma teritorija, kurioje GMP stotis (skyrius) teikia paslaugas ekstremalių situacijų atvejais, ir šių paslaugų teikimo sąlygos.

GMP paslaugų teikimas yra licencijuojama veikla, šias paslaugas teikia ASPĮ, turinčios licenciją. Lietuvoje GMP paslaugos teikiamos teritoriniu principu – visose šalies savivaldybėse. Savivaldybių GMP stotys ar skyriai, veikiantys kaip savarankiški juridiniai vienetai ar pirminių ASPĮ padaliniai, priskirti Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos savivaldybių asmens sveikatos priežiūros viešųjų įstaigų nomenklatūrai (VŽ, 2010, Nr. 96-5002). GMP įstaigose dirbančių specialistų veikla pagrįsta komandinio darbo principais. GMP brigadose gali dirbti ne mažiau kaip du darbuotojai, iš kurių vienas yra medicinos darbuotojas, atliekantis GMP brigados vadovo funkciją (TAR, 2015-08-31, 2015-13193).

2013 m. lapkričio mėnesį įsigaliojo esminiai reikalavimai įstaigoms, teikiančioms GMP dispečerinės paslaugas: GMP dispečerinės tarnyba priima GMP iškvietimus; nustato ūmų (iš 29 pateiktų sindromų) gyvybei grėsmingą sindromą ir vertina paciento būklės sunkumą; perduoda informaciją apie iškvietimą GMP brigadoms, o prireikus – ir kitoms pagalbos tarnyboms, bei išsiunčia į įvykio vietą; koordinuoja visų tarnybų pajėgas įvykio vietoje; perduoda skambinančiajam pradinio gaivinimo ir kitų pagalbos teikimo iki GMP brigados atvykimo instrukcijas bei rekomendacijas dėl įvykio kontrolės (VŽ, 2012, Nr. 131-6618).

Pagal LR sveikatos ministerijos 2008 m. paskelbtus GMP paslaugų teikimo reikalavimus, GMP brigados yra skirstomos: *pradinio* gyvybės palaikymo ir *pažangaus* gyvybės palaikymo brigados. Daugiau nei pusė GMP įstaigos brigadų turi būti pažangaus gyvybės palaikymo. *Pradinio gyvybės palaikymo brigada* – tai GMP brigada, kurią sudaro medicinos personalas, galintis atlikti pradinio gyvybės palaikymo (angl. *Basic Life Support* – BLS) procedūras bei tinkamai transportuoti pacientą, ir tuo tikslu parengtas GMP automobilis. *Pažangaus gyvybės palaikymo brigada* – tai

GMP brigada, kurią sudaro medicinos personalas, galintis atlikti pažangaus gyvybės palaikymo (angl. *Advanced Life Support* – ALS) procedūras bei jas taikyti pacientui tinkamo transportavimo metu, ir tuo tikslu parengtas GMP automobilis (VŽ, 2007, Nr. 115-4713).

GMP reformavimas – svarbus valstybinės reikšmės uždavinys. Vienas pagrindinių reformos tikslų – greitesnis pacientų pristatymas į tas medicinos įstaigas, kuriose būtų galima laiku ir tinkamai suteikti reikiamą pagalbą. Poreikis Lietuvoje reformuoti GMP – centralizuotai koordinuoti GMP paslaugų teikimą, sukurti jos brigadų pajėgumo valdymo sistemą – atsirado siekiant užtikrinti pacientams kokybiškesnę GMP, efektyviau paskirstant jos išteklius. Keisti sistemą tapo būtina nustačius, jog ilgėjo pacientų transportavimo laikas, blogėjo GMP operatyvumas ir pan. Reformavus ir centralizavus GMP paslaugų valdymą, vietoj 56 GMP dispečerinių tarnybų liko 8, jose ir sutelktas GMP pajėgų valdymas. GMP dispečerinių valdomos teritorijos išdėstymas pateikiamas 24 paveiksle.

24 pav. GMP dispečerinių valdomų teritorijų išdėstymas
(Vilnius – oranžinė, Kaunas – *žalia, Šiauliai* – geltona, Klaipėda – mėlyna, Alytus – gelsva, Marijampolė – ruda, Panevėžys – rausva, Utena – *žydra)*

Šaltinis: https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos_sritys/Asmens_sveikatos_prieziura/GMP%202016.PDF.

Baigus įgyvendinti GMP reformą ir prasidėjus jos veiklos pirmiesiems žingsniams matyti, jog pacientai operatyviau sulaukia pagalbos, gerokai paspartėjo GMP teikiamos paslaugos. GMP paslaugų teikimo operatyvumą paskatino ir integruota sveikatos apsaugos sistema – klasteriai (gydymo centrai), pradėję savo veiklą šalyje insultų, infarktų, traumų ir onkologijos srityse. SAM patvirtintuose tvarkos aprašuose numatyti konkretūs reikalavimai GMP tarnyboms, koks turėtų būti jų darbo organizavimas esant SMP atvejui (VŽ, 2010, 21-1010). Tokiais atvejais pacientą, kuriam įtariami sunkūs ligos ar traumos atvejai, GMP tarnybos veža į artimiausią apskrities centro stacionarinę ASPĮ, kur gali būti suteikiama reikiama SMP. Jei pacientas atvežtas į apskrities stacionarinę ASPĮ, kuri neteikia paslaugų, būtinų paciento būklei stabilizuoti, šios ASPĮ PSPS gydytojas sprendžia dėl paciento transportavimo į kitą stacionarinę ASPĮ, kur šios paslaugos teikiamos, ir esant indikacijų organizuoja paciento transportavimą.

Įvykus įvykiui, kai pacientui reikia teikti SMP (1, 2, 3, 4 kategorijos), GMP privalo pacientą pristatyti (transportuoti) į artimiausią aukštesnio lygmens gydymo įstaigą. Jeigu GMP medikai, vietoje įvertinę paciento būklę, nustato, kad ji nestabili, veža į artimiausią gydymo įstaigą, kurioje yra Reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyrius. Aplinkybėms susiklosčius, kad paciento neįmanoma nugabenti į aukštesnio lygmens ASPĮ, GMP pacientą pristato į artimiausią ASPĮ, kuri pajėgi suteikti reikiamą pagalbą (VŽ, 2004, Nr. 55-1915). Lietuvoje sraigtasparniai medicinos tikslais naudojami gana ribotai. Šiuo metu galimas transportavimas sraigtasparniais *Mi-8T*, *Eurocopter 120B „Colibri“*, *Eurocopter AS365 N3+„Dauphin“*, *Eurocopter 135* ir *Eurocopter 145*. Pastarasis tinkamiausias, nes yra didesnis, gali skristi daugiau personalo, yra vietos sudėtingai medicinos įrangai.

LR SAM įsakymu (VŽ, 2004, Nr. 55-1915), SMP pagal paciento sveikatos būklės sunkumą skirstoma į keturias kategorijas, tačiau Lietuvoje GMP darbuotojai medicinos pagalbos teikimo skubumo pacientams nevertina pagal šias SMP kategorijas, bet formoje Nr. 110/a „Greitosios medicinos pagalbos kvietimo kortelė“ nurodo GMP iškvietimo skubumo kategoriją (Žin., 2013, Nr. 138-6972; Žin., 2010, Nr. 152-7756), kuri tik iš dalies koreliuoja su kategorijomis, nurodytomis SMP masto lentelėje. Todėl kyla motyvuotų PSPS darbuotojų priekaištų, kad GMP tarnybos atvežami pacientai, tinkamai neįvertinus jų sveikatos būklės, dažnai pagal pacientų pageidavimus (Virketis ir kt., 2016b).

BPG skubios medicinos pagalbos reglamentavimas. LR SAM įsakyme (VŽ, 2004, Nr. 160-5860, 3.5. p.) nurodoma, kad „prioritetine“ praktinės sveikatos apsaugos dalimi laikoma pirminės sveikatos priežiūros plėtra, siekiant, kad ja būtų sprendžiama iki 75–80 proc. sveikatos priežiūros problemų. Nemaža dalis sveikatos priežiūros problemų tenka būtinajai medicinos pagalbai, kuri priskirta bendrosios praktikos gydytojo (BPG) kompetencijai. Todėl būtinoji medicinos pagalba turi būti teikiama pagal Šeimos gydytojo medicinos normą (VŽ, 2006, Nr. 3-62), atsižvelgiant į LR SAM patvirtintą būtinosios medicinos pagalbos teikimo tvarką ir mastą (VŽ, 2004, Nr. 55-1915). Ši pagalba teikiama draudžiamiesiems, neįrašytiems į pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos aptarnaujamų gyventojų sąra-

šą ir Europos Sąjungos šalių apdraustiesiems valstybiniu sveikatos draudimu, pateikusiems vieną iš patvirtintos formos dokumentų, įrodančių draustumą. Būtinosios medicinos pagalbos teikimas ir būtinosios odontologinės pagalbos teikimas priskirtas prie „skatinamųjų“ pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų (VŽ, 2005, Nr. 143-5205; VŽ, 2013, Nr. 1-17). Abejotina, kad dėl būtinosios medicinos pagalbos teikimo tvarkoje (VŽ, 2004, Nr. 55-1915) įvardytų ūmių klinikinių būklių arba skubiai medicinos pagalbai teikti priskirtų indikacijų pacientas pats arba jo artimieji kreiptųsi į BPG, kadangi šios būklės yra per sunkios, kad pacientas pats kreiptųsi, ir per sudėtingos, kad BPG galėtų suteikti reikiamą pagalbą. Galimai tai būtų išimtiniai atvejai, kai nelaimingas atsitikimas ar būklės paūmėjimas įvyko tiesiog BPG kabinete. Tokiu atveju tikslinga suteikti pirmąją kvalifikuotą pagalbą ir iškviesti GMP pacientui transportuoti į PSPS.

Vadovaujantis LR SAM nustatyta tvarka (TAR, 2014-02-03, 2014-00910), ASPĮ, teikiančios pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros (PAASP) paslaugas, privalo užtikrinti, kad ūmios ligos atveju, kai pasireiškia karščiavimas, vidutinis skausmas (4–5 balai pagal vizualinę analoginę skausmo skalę), esant ramybės būsenos atsiranda dusulys, galvos skausmas ir svaigimas, koordinacijos sutrikimas, pykinimas ir vėmimas, staiga progresuojantis tinimas, patyrus įvairios kilmės traumų ir sužeidimų, pacientas dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų patektų pas BPG kreipimosi į ASPĮ dieną. To paties LR SAM įsakymo pakeitimas (TAR, 2014-00131) nustato, kad ASPĮ, teikianti PAASP paslaugas, privalo užtikrinti, kad jos aptarnaujamiems gyventojams visose atitinkamose normose ir specialistų pareiginėse instrukcijose numatytos paslaugos būtų teikiamos visą parą. Tačiau dažniausiai BPG dirba po vieną ir negali dirbti ištisus metus be pertraukos. Netgi nedideliuose PSPC, kur dirba komanda po tris ar keturis BPG, pagalbos teikimo užtikrinimas visą parą ištisus metus irgi yra komplikuotas. D. Bubnienės ir J. Ruževičiaus (2010) atlikto tyrimo duomenimis, net 84 proc. respondentų susidūrė su problema, kai dėl sveikatos sutrikimų turėjo kreiptis į gydytoją, bet jis tuo metu nedirbo. Galimai dėl to tvarka papildyta nuostata, kad ASPĮ, teikiančios PAASP paslaugas, prisirašiusių prie jos gyventojų aptarnavimą ne darbo metu užtikrintų pagal sutartis su kitomis ASPĮ, taip pat ir teikiančiomis stacionarines paslaugas, laikantis atskirų sąlygų.

Deja, tokio pobūdžio sutartys yra sudaromos retai, kadangi ASPĮ, teikiančioms PAASP paslaugas, tai yra ar gali būti per didelė finansinė našta. ASPĮ, teikianti PAASP paslaugas, negali kontroliuoti pacientų, kad jie nesant būtinumo nesikreiptų į ASPĮ, su kuria sudaryta sutartis. Netgi sudarius tokias sutartis, kyla teisinių ginčų dėl apmokėjimo ASPĮ, suteikusiai tokias paslaugas. Kita vertus, pacientas į kitą ASPĮ gali kreiptis dėl PAASP paslaugų jo pasirinktos ASPĮ darbo metu. ASPĮ, į kurią kreipėsi pacientas, negali žinoti, ar tuo metu paciento PAASP paslaugas teikianti įstaiga dirba ar ne. Dažniausiai pacientai kreipiasi į stacionarines paslaugas teikiančių ligoninių PSPS.

PSPS skubios medicinos pagalbos reglamentavimas. Skirtingai nei įprastame BPG ar gydytojo konsultanto kabinete, PSPS, priklausomai nuo ligoninės teikiamų profilių ir paslaugų lygio, turi būti atliekami visi diagnostiniai tyrimai ir konsultacijos 24 val. per parą,

7 dienas per savaitę, kiekvieną dieną per metus (24/7/365) (VŽ, 2010, Nr. 148-7636). Šie reikalavimai gerokai išaugina stacionarinių ASPĮ, kurios teikia būtinąją pagalbą, išlaidas.

Į PSPS pacientai dažniausiai kreipiasi dėl būtinosios pagalbos, tačiau pastaruoju metu daugėja besikreipiančiųjų ir nesant būtinosios pagalbos poreikio. Nemaža dalis pacientų į PSPS kreipiasi dėl įvairių sveikatos sutrikimų, kurie nepatenka į būtinosios pagalbos įsakyme (VŽ, 2004, Nr. 55-1915) įvardytų ūmių klinikinių būklių arba SMP teikiamų indikacijų sąrašą. LR SAM 2004 m. gegužės 24 d. įsakyme „Dėl specialiųjų reikalavimų stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos priėmimo-skubiosios pagalbos skyriui“ (VŽ, 2010, Nr. 148-7636) nurodyta, kad ASPĮ PSPS yra stacionarinės įstaigos padalinys, kuriame priimami pacientai, atvykę dėl būtinosios medicinos pagalbos ir stacionarizacijos. PSPS privalo būti visose stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Pagal teikiamas paslaugas PSPS gali būti trijų (A, B, C) tipų: A tipo – slaugos ir palaikomojo gydymo, tuberkuliozės ir infekcinių ligų ligoninėse, medicininės reabilitacijos, stomatologijos paslaugas teikiančiose stacionarinėse ASPĮ, B tipo – kitose antrines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose stacionarinėse ASPĮ, C tipo – tretines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose stacionarinėse ASPĮ.

PSPS dirba ir teikia būtinąją medicinos pagalbą visą parą. Priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje organizuojami darbo postai, kurių skaičius priklauso nuo per parą priimamų pacientų skaičiaus ir įstaigoje teikiamų paslaugų. Postų skaičių nustato įstaigos vadovas. Ši įsakymo nuostata glaudžiai siejasi su ekstremalių situacijų valdymo tvarkoje (VŽ, 2003, Nr. 28-1150) patvirtintomis nuostatomis dėl SPM organizavimo ir paslaugų nukentėjusiesiems teikimo, tačiau niekaip nesisieja su apmokėjimo už suteiktas paslaugas tvarka, nes paslaugas reikia suteikti visiems besikreipiantiesiems, o apmokėjimas neturi viršyti numatytos sumos sutartyje su TLK.

PSPS gali dirbti specialistai, kurie yra išklausę ne trumpesnį kaip 36 val. SMP teikimo kursą per paskutinius 5 metus. Pasibaigus darbo dienai, poilsio ar švenčių dienomis PSPS gali dirbti medicinos gydytojas, šeimos gydytojo ar kitą profesinę kvalifikaciją turintis gydytojas. Esant poreikiui kitų profesinių kvalifikacijų gydytojai konsultacijai turi atvykti per vieną valandą.

SMP pagalbos teikimo pacientams eilės tvarka nustatyta būtinosios pagalbos įsakyme (VŽ, 2004, Nr. 55-1915) įvardytų ūmių klinikinių būklių arba SMP teikiamų indikacijų sąraše, kuris apima keturias SMP kategorijas. Kitų algoritmų ar skalių, kurios būtų patvirtintos nacionaliniu mastu, skirtų pacientų pirmumo eilės tvarkai ar būklės sunkumui įvertinti, nėra patvirtinta.

Įgyvendinant sveikatos priežiūros ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo nuostatas (VŽ, 2009, Nr. 150-6713) ir siekiant užtikrinti pacientų srautų nukreipimą į atitinkamo lygmens ASPĮ stacionarinėms paslaugoms gauti, LR SAM įsakymu (VŽ, 2010, Nr. 21-1010) patvirtintas „Pacientų siuntimo į atitinkamo lygmens asmens sveikatos priežiūros įstaigas dėl stacionarinių skubių ir planinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų tvarkos aprašas“. Šis aprašas iš dalies prieštarauja paslaugų teikimo reikalavimams, nurodytiems

Licencijuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašuose (nurodyta, kad ASPĮ gali teikti paslaugas, patvirtintas įstaigos veiklai išduota licencija) (VŽ, 2006, Nr. 44-1619), ir iš dalies pablogino pacientams teikiamų paslaugų prieinamumą bei kokybę.

LR SAM įsakyme (VŽ, 2010, Nr. 21-1010) įtvirtinta nuostata, kad ASPĮ, kurioje buvo stabilizuota paciento būklė, turi organizuoti šio paciento transportavimą toliau gydyti į kitą ASPĮ, teikiančią reikalingas asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Ši nuostata įpareigojo ASPĮ ne tik stabilizuoti paciento būklę, bet ir atlikti tolesnį paciento transportavimą, neskiriant tam papildomo apmokėjimo už išlaidas, patiriamas paciento transportavimo metu.

Lietuvos duomenys apie PSPS bendrą apsilankiusių pacientų skaičių, medicinos paslaugų skaičių ir būtinosios pagalbos apimtis 2001–2014 m. pateikti ir išanalizuoti *PSPS SMP paslaugų teikimo ir situacijos analizės* dalyje. Iš pateiktų duomenų matoma PSPS apsilankymų ir paslaugų didėjimo tendencija. Pastaruoju metu iš visuomenės atstovų, žiniasklaidos ar politikų tenka išgirsti nepasitenkinimo dėl to, kad pacientams atvykus į PSPS tenka ilgai laukti, kol bus suteiktos SMP paslaugos. Lietuvos pacientų koordinacinės tarybos narių apklausos duomenimis, kurie kasmet pateikiami UAB „Health Consumer Powerhause“ organizacijai, Lietuvoje pailgėjo SMP laukimo laikas: 2013 m. pacientai nurodė, kad laukė mažiau nei 1 val., 2014 m. nurodytas laukimo laikas 2,5 val. (Gurevičius, 2015; Björnberg, 2015).

PSPS susitinka ambulatorinių ir stacionarinių pacientų srautai, taip pat vyksta ne tik tam tikrų rūšių paslaugų teikimas, bet ir pacientų diferencijavimas, todėl skirtingų rūšių paslaugų laukimo laikas skiriasi. Dėl skirtingų PSPS teikiamų paslaugų rūšių ir etapų suvokimo bei traktavimo įvairovės stebima tam tikra painiava. Autoriaus apibrėžtos PSPS teikiamų skirtingų rūšių paslaugų (pradžios ir laukimo) laiko sąvokos pateikiamos 16 lentelėje.

Toliau tyrime bus vadovaujamasi 16 lentelėje pateiktomis PSPS teikiamų skirtingų rūšių paslaugų laiko sąvokomis. Lietuvoje būtinosios medicinos pagalbos teikimo tvarka nustatyta SAM įsakymu (VŽ, 2004, Nr. 55-1915), kuriame nustatytos keturios kategorijos, kurioms esant ne vėliau kaip per nurodytą laiką turi būti pradėta teikti SMP. Šios kategorijos iš esmės apibrėžia laukimo PSPS laiką. LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatyme (TAR, 2016-07-14, 2016-20556) nurodyta, kad vienas iš įstaigų, teikiančių asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos rezultatų vertinimo rodiklių yra „vidutinis laikas nuo paciento kreipimosi į įstaigą gauti asmens sveikatos priežiūros paslaugą momento iki paskirto paslaugos gavimo laiko pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytas paslaugų grupes“. To paties įstatymo 15[3] straipsniu patvirtinti „maksimalūs asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo terminai“, bet juose nenurodyta, kokia laukimo eilė ar laikas laukiant SMP paslaugų PSPS yra laikytini kaip priimtini, nuo kada vertinami kaip ilgi, kada vertinti, kad PSPS yra užimti ar perpildyti? PSPS teikiamų paslaugų laiko schema pateikiama 25 paveiksle.

25 paveiksle pateikta PSPS teikiamų paslaugų laiko schema rodo, kad priklausomai nuo PSPS teikiamos paslaugos gali skirtis paslaugos laukimo laikas, paslaugos teikimo pradžia, paslaugos teikimo laikas.

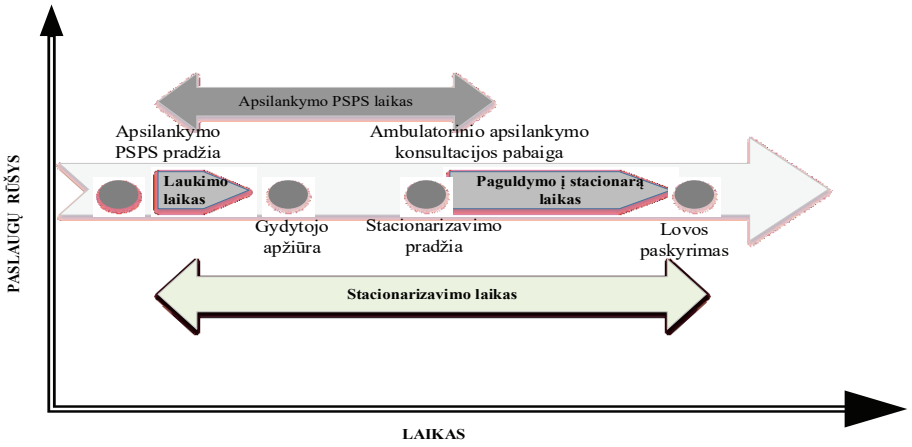
16 lentelė. PSPS teikiamų skirtingų rūšių paslaugų laiko sąvokos

Laiko sąvoka	Apibūdinimas
Apsilankymo PSPS pradžia	Paciento kreipimosi užregistravimo laikas ligoninės informacinėje sistemoje (registravimo žurnale)
Laukimo PSPS laikas	Laikas nuo paciento užregistravimo iki gydytojo ar paciento būklę vertinančios slaugytojos apžiūros pradžios
Apsilankymo PSPS laikas	Laikas nuo paciento užregistravimo PSPS iki ambulatorinio apsilankymo / konsultacijos pabaigos laiko (ambulatorinės kortelės uždarymo arba gydymo stacionare ligos istorijos užvedimo laiko). Apsilankymo laikas dar gali būti skirstomas į keletą etapų: laukimo PSPS laikas, gydytojo apžiūros (pradinio būklės įvertinimo) laikas, laukimo laikas iki tyrimų atlikimo, tyrimų atlikimo laikas, pakartotina gydytojo apžiūra ir gydymo paskyrimas, gydymo (paskirtos atlikti procedūros) laikas, dokumentacijos (išrašo) surašymo laikas (arba gydymo stacionare istorijos užvedimas)
Stacionarizavimo pradžia	Paciento gydymo stacionare ligos užregistravimo faktinis laikas ligoninės informacinėje sistemoje (registravimo žurnale)
Paguldymo į skyrių laikas	Laikas nuo sprendimo priėmimo stacionarizuoti pacientą (gydymo stacionare ligos istorijos užvedimo) iki lovos paskyrimo stacionaro skyriuje ligoninės informacinėje sistemoje
Stacionarizavimo laikas	Laikas nuo paciento apsilankymo PSPS pradžios iki lovos paskyrimo stacionaro skyriuje ligoninės informacinėje sistemoje (apsilankymo PSPS laikas kartu su guldymo į skyrių laiku)

SKP ir SSKP skubios medicinos pagalbos reglamentavimas. SKP tarnybai užsienio šalyse skiriamas nemenkas dėmesys. Tokia tarnyba laikoma viena iš sisteminių priemonių, pedančių greitesniu būdu pasiekti specializuotą gydymą. Pacientų transportavimas tarp ligoninių yra glaudžiai susijęs su ligoninių regionizavimu ir atliekamų paslaugų specifiškumu. Specializuotų gydymo centrų atsiradimas lemia ligonių transportavimą ne į artimiausią gydymo įstaigą, o į atitinkamo profilio ligoninę, kurioje pacientui bus suteikta tinkama pagalba (Emergency medical services: agenda for the future, 2010).

Lietuvoje SKP tarnyba įkurta 1999 m. Vykdant LR sveikatos draudimo įstatymo (VŽ, 1996, Nr. 55-1278) 20 str. 2 dalį ir siekiant šalyje užtikrinti kokybišką ir laiku suteiktą skubią konsultacinę tretinio ir antrinio sveikatos priežiūros lygmenų pagalbą, VLK ir Privalomojo sveikatos draudimo taryba (1998 m. gruodžio 10 d., protokolo Nr. 6) pasiūlė ir LR SAM patvirtino skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos organizavimo ir finansavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo programą su atskiru finansavimu įstaigoms, vykdysiančioms šią programą.

2008 m. LR SAM įsakymu Nr. V-39 „Dėl skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (VŽ, 2008,



25 pav. PSPS teikiamų paslaugų laiko schema

Nr. 33-1190) skubia konsultacine pagalba (SKP) ir skubia specializuota konsultacine pagalba (SSKP) laikomas dispečerinių tarnybų darbas, konsultantų atvykimas į asmens sveikatos priežiūros įstaigą, konsultavimas, diagnostinių bei gydomųjų procedūrų ir operacijų atlikimas, ligonio transportavimas į asmens sveikatos priežiūros įstaigą, kurioje būtų suteiktos reikiamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos.

Analizuojant LR sveikatos sistemos teisinę bazę, reglamentuojančią SKP veiklą, matyti, kad SKP, kaip ir visa Lietuvos sveikatos apsaugos reforma, perėjo tam tikrus pertvarkos etapus: iki 2008 m. buvo organizuojama vadovaujantis sveikatos apsaugos ministro 1999 m. sausio 15 d. įsakymu Nr. 24 „Dėl skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos užtikrinimo“. SKP buvo skirstoma į II (teikė 14 specialybių gydytojai) ir III lygio (teikė 16 specialybių gydytojai) sveikatos priežiūros pagalbą. Nuo 2008 m. (Žin., 2008, Nr. 33-1190) atsisakyta SKP skirstymo į lygius ir pereita prie skubios konsultacinės bei specializuotos skubios konsultacinės pagalbos skirstymo. SKP organizuojančios ASPĮ įstaigos: VšĮ LSMU Kauno klinikos, VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė, VšĮ Klaipėdos j**ūrininkų ligoninė, VšĮ Klaipėdos** respublikinė ligoninė, VšĮ Klaipėdos vaikų ligoninė, VšĮ Panevėžio ligoninė, VšĮ Šiaulių ligoninė, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos.

Nuo 2010 m. sausio 1 d. SSKP teikia gydytojas neurochirurgas, kitų šešių specialybių gydytojai šią pagalbą teikė tais atvejais, kai paciento negalima transportuoti į ASPĮ, kad būtų suteiktos reikiamos paslaugos. Nuo 2010 m. kovo 17 d. SSKP teikia gydytojas neurochirurgas, krūtinės chirurgas, kraujagyslių chirurgas bei veido, žandikaulio ir

(ar) burnos chirurgas. Nors SKP ir SSKP reglamentuoja ir įvardija vienodą teikiamos pagalbos esmę, tačiau šie du terminai skiriasi skirtingų profilių gydytojų teikiamomis paslaugomis bei apmokėjimu už suteiktas paslaugas. SKP teikia 4 specialybių brigados (gydytojas anesteziologas reanimatologas ir slaugytoja, gydytojas neonatologas ir slaugytoja, vaikų intensyviosios terapijos gydytojas ir slaugytoja, gydytojas kardiologas ar anesteziologas-reanimatologas ir slaugytoja). SSKP teikia 7 specialybių gydytojai (neurochirurgas, veido žandikaulių / burnos chirurgas, kraujagyslių chirurgas, krūtinės chirurgas, abdominalinis chirurgas, ortopedas-traumatologas, akušeris ginekologas) (Stašys, Virketis, 2014). Nuo 2013 m. liepos 1 d. rajoninių ligoninių, kurios po sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo neteko intensyviosios terapijos skyrių, vidaus ligų gydytojai, tobulinę intensyviosios terapijos žinias ne mažiau kaip 72 valandas, gali iškviesti SKP konsultantus ne tik Intensyviosios terapijos skyriuose, bet ir kituose skyriuose intensyviai gydomiems pacientams.

Iš dalies prie SKP galima priskirti ir nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarką (VŽ, 2013, Nr. 102-5056), kurios ankstesnis reglamentavimas turėjo labai didelę įtaką Lietuvoje naujagimių ir kūdikių mirtingumo mažėjimui. Šis įsakymas nustato nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo lygius, bendruosius ir specialiuosius paslaugų teikimo reikalavimus, paslaugų veiklos koordinavimą ir pacientų transportavimą, atsižvelgiant į teikiamų paslaugų reikalavimus.

Lietuvoje transportavimo mokymai vyksta tik pagal atskiras programas (traumų, naujagimių). Specialių tobulinimosi kursų gydytojams pacientų transportavimo tema iki šiol nėra organizuojama, ir aišku, kad jų trūksta. Aukštus reikalavimus personalui, transportui, stebėsenos įrangai šiuo metu Lietuvoje geriausiai atitinka skubios konsultacinės pagalbos brigados: suaugusiųjų anesteziologo-reanimatologo su slaugytoja, kardiologo ar anesteziologo-reanimatologo, vaikų intensyviosios terapijos ir neonatologo su slaugytoja.

Stacionarinių ASPĮ skubios medicinos pagalbos reglamentavimas. 1999–2000 m. parengti ir patvirtinti LR SAM įsakymai, reglamentuojantys vidaus ligų, vaikų ligų, chirurgijos, nėštumo patologijos, ginekologijos ir kitų stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų bendruosius ir specialiuosius teikimo reikalavimus (toliau – Paslaugų teikimo reikalavimai). Šie teisės aktai nustatė minimalius reikalavimus specialistams, radiologinių, endoskopinių, echoskopinių ir laboratorinių tyrimų atlikimą, diferencijavo ligas į grupes pagal gydymo sudėtingumą, nustatė lėšų joms diagnozuoti ir gydyti sąnaudas, atitinkamos paslaugos lygį. Reikalavimai buvo taikomi siekiant įvertinti, ar stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos atitinka bendruosius ir specialiuosius paslaugų teikimo reikalavimus. Tai lėmė ir turėjo įtakos ligonių srautų pasiskirstymui Lietuvos ligoninėse. Pastaruoju metu Paslaugų teikimo reikalavimai yra nurodyti Licencijuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašuose (VŽ, 2006, 44-1619).

Įvykdyti trys sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo etapai turėjo tiesioginių ir netiesioginių pasekmių stacionarinių pacientų srautams.

Pirmasis sveikatos priežiūros įstaigų tinklo ir paslaugų struktūros restruktūrizavimo etapas (toliau – pirmasis restruktūrizavimo etapas). LR Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. nutarimu Nr. 338 (VŽ, 2003, Nr. 28-1147) buvo patvirtinta Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategija ir pirmasis restruktūrizavimo etapas 2003–2005 m. laikotarpiu. Pirmajame restruktūrizavimo etape buvo vykdomos trys prioritetinės kryptys, iš kurių antroji kryptis – stacionarinių paslaugų optimizavimas ir alternatyvių veiklos formų plėtra – turėjo reikšmingą įtaką stacionarinių pacientų srautams. Pirmojo restruktūrizavimo etapo rezultatas – ligoninių tinklas sumažėjo 22 juridiniais vienetais. Dvylikoje rajono ligoninių, kuriose gimdymų skaičius neatitiko nustatyto kriterijaus – 300 gimdymų per metus – buvo uždaryti akušerijos skyriai. Atitinkamai pacientų srautai iš šių ASPĮ nukreipti į nustatytus kriterijus atitinkančias ASPĮ.

Antrasis sveikatos priežiūros įstaigų tinklo ir paslaugų restruktūrizavimo etapas (toliau – antrasis restruktūrizavimo etapas). LR Vyriausybės 2006 m. birželio 29 d. nutarimu Nr. 647 buvo reglamentuotas antrasis sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapas 2006–2008 m. laikotarpiu (VŽ, 2006, Nr. 74-2872). Šiame etape GMP automobilių parkas atnaujintas 26,1 proc. Kitų uždavinių, susijusių su SMP, nebuvo siekta.

Trečiasis sveikatos priežiūros įstaigų tinklo ir paslaugų restruktūrizavimo etapas (toliau – trečiasis restruktūrizavimo etapas). LR Vyriausybės 2009 m. gruodžio 7 d. nutarimu Nr. 1654 buvo patvirtinta Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programa 2009–2011 m. laikotarpiu, vėlesniu nutarimu pratęsta dar 2012 metais (VŽ, 2009, Nr. 150-6713). Programos tikslų ir uždavinių, siejamų su SMP, esmę sudarė:

- sveikatos priežiūros įstaigų tinklo optimizavimas: 27 juridinių vienetų sujungimas į devynis juridinius vienetus;
- sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimas: remiantis restruktūrizavimo programoje numatytais kriterijais, pagal teikiamų paslaugų struktūrą stacionarinės aktyvaus gydymo sveikatos priežiūros įstaigos buvo suskirstytos į tris lygmenis: rajono, regiono, respublikos. Respublikos lygmeniui priklauso 12 daugiaprofilių ligoninių, regiono lygmeniui – 11 ligoninių, rajono lygmeniui – 35 ligoninės. Dešimtyje rajono ligoninių 2010 m. buvo uždaryti stacionarinės chirurgijos skyriai, dviejose rajono ligoninėse uždaryti akušerijos skyriai. GMP dispečerinių skaičius sumažėjo nuo 56 iki 8 (TAR, 2015-12-16, 2015-19823).

Detaliau, kaip, tobulinant įstaigų tinklą ir teikiamų paslaugų struktūrą, suskirstytos atitinkamų lygmenų sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigų grupės ir kaip turėtų būti nukreipiami pacientų srautai pagal patologijas ir jas priimančias ligonines, pateikta LR SAM 2014 m. liepos 15 d. įsakyme Nr. V-810 „Dėl sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo iki 2025 metų plano patvirtinimo“ (TAR, 2014, 2014-07-21, 2014-10411). Šiuo įsakymu konstatuojama, kokią neigiamą įtaką paslaugų prieinamumui turėjo anksčiau atlikti ir įvardyti pokyčiai: sveikatos priežiūros paslaugų teikimo nutraukimas rajono ligoninėse apsunkino paslaugų prieinamumą kaimiškų teri-

torijų, ypač nutolusių nuo didesnių centrų, gyventojams; išliko didelių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo teritorinių netolygumų miesto ir rajonų gyventojams.

Ketvirtajame sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo iki 2025 m. plane numatytos tolesnės veiklos kryptys ir prioritetai, tiesiogiai ar iš dalies apimantys ir SMP sistemos valdymą (17 lentelė).

17 lentelė. Ketvirtajame sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo iki 2025 m. plane numatytos veiklos kryptys ir prioritetai

Veiklos kryptys	Prioritetai
1. Gerinti gyventojų sveikatos būklę ir ilginti gyvenimo trukmę.	Pacientų transportavimo sistemos tobulinimas ir transportavimo įkainių reglamentavimas.
2. Gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę, mažinti netolygumus tarp kaimo ir miesto.	Konkrečių prioritetų, susijusių su SMP, neišskirta.
3. Didinti sveikatos priežiūros įstaigų tinklo ir paslaugų struktūros valdymo bei organizavimo efektyvumą.	Sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūros reikalavimų parengimas nustatant sveikatos priežiūros paslaugų poreikiu grįstą įstaigų tinklo juridinių asmenų, patologijų (profilių) ir lovų skaičių, jų aprūpinimą medicinos specialistais, medicinos technologijomis ir įranga, informacinėmis bei transporto priemonėmis ir kt.
4. Įgyvendinti integruotų sveikatos priežiūros paslaugų plėtros ir patologijų valdymo modelius (TAR, 2014, 2014-07-21, 2014-10411).	• Išorinių mirties priežasčių mažinimas ir gydymo nuo politraumų sistemos tobulinimas; • sukūrimas ir įgyvendinimas tokio integruoto patologijų valdymo modelio (klasterių sistemos), kurio funkcionavimo pagrindinis principas būtų orientacija į paciento sveikatos sutrikimo sudėtingumo laipsnį bei medicinos pagalbos suteikimo operatyvumo svarbą; • konsoliduoto sveikatos priežiūros įstaigų tinklo, užtikrinančio sveikatos priežiūros paslaugų teikimo galimybes atitinkamose įstaigų grupėse pagal pacientų sveikatos būklės ir patologijų sudėtingumo pasiskirstymo srautus, modelio parengimas; • medicinos pagalbos suteikimo operatyvumo užtikrinimas per priklausomai nuo sveikatos sutrikimo medicinos požiūriu būtiną „auksinę valandą“; • vienodų gydymo protokolų kūrimas ir diegimas.

Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal TAR, 2014, 2014-07-21, 2014-10411.

Nagrinėtame įsakyme įvardyti prioritetai tik iš dalies koreliuoja su ankstesniu pagal datą LR Seimo nutarimu patvirtintos Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos (TAR, 2014-06-30, 2014-09403) 15.4. p. įvardyto ketvirto tikslo – „užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius“ – 96.1., 96.2. ir 96.6. punktuose išvardytais uždaviniais. Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programoje įvardyti šie uždaviniai siejasi su SMP sistemos valdymu:

- siekiant „užtikrinti sveikatos sistemos tvarumą ir kokybę, plėtojant sveikatos technologijas, kurių efektyvumas pagrįstas mokslo įrodymais“ (96.1. p.), būtina „didinti sveikatos statistikos duomenų patikimumą; patvirtinti ir įdiegti šalies mastu sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės bei efektyvumo vertinimo kriterijus ir rodiklių sistemą, reguliariai atlikti sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės ir efektyvumo lyginamąją analizę“;
- siekiant „plėtoti sveikatos infrastruktūrą ir gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, saugą, prieinamumą ir į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą“ (96.2. p.), reikalingas „efektyvių ir inovatyvių viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo infrastruktūros modelių diegimas ir plėtojimas įgyvendinant kompleksines programas, skirtas priešlaikiniam mirtingumui ir neįgalumui nuo lėtinių neinfekcinių ligų ir išorinių priežasčių, lemiančių didžiausius sveikatos skirtumus tarp atskirų gyventojų grupių ir teritorijų, mažinti“. Siekiant mažinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo skirtumus šalyje, *„sudaryti galimybes gauti paslaugas arčiau gyvenamosios vietos, reikia gerinti pirminės sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrą, stiprinti specializuotą ambulatorinę pagalbą, reabilitaciją ir skubią pagalbą; skatinti skirtingo lygmens sveikatos priežiūros įstaigų bendradarbiavimą, užtikrinant efektyvų viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimą ir pacientų srautų valdymą“.* Tai leistų efektyviau panaudoti žmogiškuosius išteklius, užtikrinti tolygesnį ir racionalesnį įrangos ir laboratorijų naudojimą, sudarant galimybes rajonų gyventojams gauti platesnio spektro ir aukštesnio lygio medicinos pagalbą;
- siekiant „užtikrinti sveikatos priežiūrą krizių ir ekstremalių situacijų atvejais“ (96.6. p.), reikia „parengti Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigas veikti krizių ir ekstremaliųjų situacijų atvejais, taip pat karinių operacijų metu ir vykdant priimančiosios šalies funkcijas; nustatyti Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos institucijų arba jų padalinių, žmogiškųjų ir materialinių išteklių panaudojimo, valdymo, sąveikos su kariniais vienetais būdus, užtikrinant medicininę paramą Lietuvos kariuomenės vykdomų karinių operacijų Lietuvoje metu“.

Tačiau vėliau priimtame SAM įsakyme „Dėl sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo iki 2025 metų plano patvirtinimo“ nėra LR Seimo nutarimu priimtoje Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programoje iškeltų uždavinių, kurie siejasi su SMP valdymu, tęstinumo. Minėtame SAM įsakyme dėl ligoninių tinklo konsolidavimo iki 2025 m. iškeliami kiti SMP paslaugų ir srautų valdymo prioritetai bei uždaviniai. To-

kie programiniai neatitikimai nurodo nepakankamą tarpžinybinį veiksmų koordinavimą rengiant ilgalaikes sveikatos programas ir sveikatos sistemos plėtros planus.

SMP paslaugų apmokėjimo reglamentavimas. Veiksminga SMP sistema turi užtikrinti paslaugų prieinamumą visiems, kam tokios pagalbos reikia, ir turi apimti tiek ikistacionarinę (BPG, PSPS, GMP, įskaitant ir ligonių transportavimą), tiek stacionarinę pagalbą. Visi SMP sistemos elementai yra būtini ir turi funkcionuoti darniai, kaip vientisa sistema (Buivydas, Černiauskas, 2009). Sunkios ligos ar sudėtingos traumos atveju reikia atlikti daugiau diagnostinių tyrimų ir specialistų konsultacijų ar procedūrų nei nesudėtingais, neskubiais atvejais, todėl teikiamos SMP kaina yra susijusi su paciento ligos ar sužalojimo sunkumu.

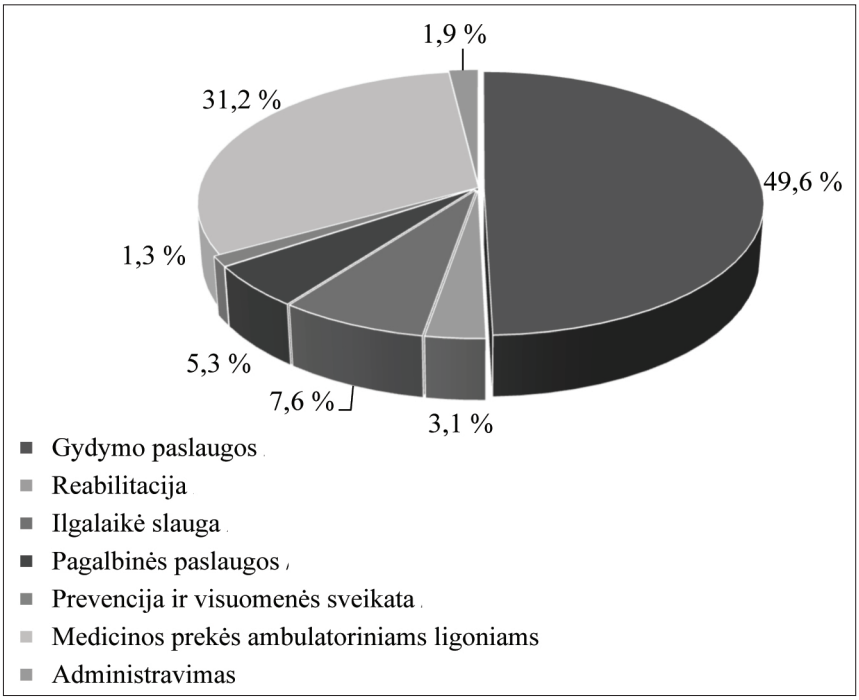
Atsižvelgiant į tai, kad du trečdaliai SMP paslaugų teikiama po tipinių darbo valandų (nuo 17 iki 8 val. ryto pirmadieniais–penktadieniais ir savaitgaliais) (Niska, Bhuiya, Xu, 2010), PSPS, turintys visus reikiamus išteklius, yra pranašesni ir gali suteikti paslaugas pacientams gerokai efektyviau nei bet kuri kita sveikatos priežiūros sritis. Amerikos skubios pagalbos gydytojų duomenimis, skubi pagalba yra teikiama labai ekonomiškai, kadangi per metus 136 milijonams PSPS pacientų gydyti tenka tik 2 centai nuo kiekvieno sveikatos priežiūrai skirto dolerio (Costs of Emergency Care Fact Sheet, 2015).

LR sveikatos draudimo įstatymo 21 str. 1 p. įvardijama, kad PSDF biudžeto išlaidas sudaro išlaidos, skiriamos šioms paslaugoms gauti: asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, kompensuojamiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms, centralizuotai perkamiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms, medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui, ortopedinėms techninėms priemonėms, sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms, privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidoms (Žin., 1996, Nr. 55-1278). Šioms paslaugoms suteikti skirtos išlaidos per 2010–2015 m. pateikiamos 10 priede. 2014 m. didžioji einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų dalis pagal sveikatos priežiūros funkcijas pateikta 26 paveiksle.

Išlaidų struktūroje (26 paveikslas) atskirai neišskiriama SMP ir gyvybiškai būtinai pagalbai iš Valstybės biudžeto skiriamų išlaidų dalis.

Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programoje nurodoma, kad vadovaujantis ES valstybių narių patirtimi stebima, jog augant ekonomikai bendrosios išlaidos (valstybės ir privačių išlaidų suma) sveikatos priežiūrai ES valstybėse didėja sparčiau negu ekonomikos augimas, kurį rodo bendrasis vidaus produktas. Santykinai spartesnis negu BVP sveikatos išlaidų augimo tempas yra paaiškinamas gyventojų senėjimu ir jų poreikių struktūros pokyčiais. Deja, tenka pažymėti, kad Lietuvoje valstybės finansavimo dalis tarp bendrųjų išlaidų sveikatos priežiūrai per 2004–2012 m. nekito ir sudarė 65–72 proc. bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų (TAR, 2014-06-30, 2014-09403).

Privalomojo sveikatos draudimo fondas yra pagrindinis sveikatos priežiūros finansavimo šaltinis. Valdžios ir visų išlaidų sveikatos priežiūrai dalis kinta priklausomai šalies ekonominio išsivystymo lygio, ekonominių krizių ir pan. Didžiausia valdžios sektoriaus išlaidų sveikatai dalis nuo BVP buvo 2009 m. – ekonominio pakilimo Lie-



26 pav. Einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra 2014 m.
Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas (2016 m.).

tuvoje metais. Išlaidų sveikatos priežiūrai dalis (proc.) nuo bendrojo vidaus produkto (BVP) 1989–2014 m. pateikta 11 priede.

2014 m. duomenimis, tarp Europos Sąjungos (ES) ir Europos laisvosios prekybos asociacijos (ELPA) šalių pagal išlaidų sveikatos priežiūrai dalį nuo BVP Lietuva užėmė vieną iš paskutinių vietų po Estijos, Latvijos ir Rumunijos (HI SIC, 2015). Vyriausybės 2012–2016 m. programos įgyvendinimo prioritetinėse priemonėse, patvirtintose Vyriausybės 2013 m. kovo 13 d. nutarimu, numatyta, kad PSDF biudžeto pajamos nuo 2013 m. sudarys 4,2 proc. nuo BVP. Pagal prognozes, PSDF biudžetas 2016 m. sudarys tik 3,9 proc., 2018 m. – 3,8 proc. nuo BVP (GŽ, 2015. Nr. 20 (623)). Kad PSDF biudžeto pajamos sudarytų 4,2 ar daugiau proc. nuo BVP, turi būti adekvati nustatytiems mokesčiams įmoka už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis. Deja, bet, kaip teigiama Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2015 m. nutarime, valstybės įmoka už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis yra 3,2 karto mažesnė už vidutinę dirbančiojo sveikatos įmoką ir tik 54 proc. dengia šių asmenų sveikatos priežiūros išlaidas (TAR, 2015-12-16, 2015-19823). Valstybės biudžeto įmokų už draudžia-

muosius valstybės lėšomis į PSDF biudžetą skiriama apie 0,4 mlrd. eurų, o išlaidų poreikis – 0,9 mlrd. eurų.

Nors Konstitucinio Teismo nutarimas (VŽ, 2013, Nr. 52-2604) buvo priimtas dar 2013 m., būtinajai pagalbai ir pagalbai, skirtai gyvybei gelbėti ir išsaugoti, pinigų trūksta (GŽ, 2015, Nr. 20 (623)). Įgyvendinant Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimą, nuo 2015 m. sausio 1 d., kad ir vėluojant, bet laipsniškai, priklausomai nuo šalies finansinių galimybių, pradedama taikyti nauja sveikatos priežiūros paslaugų, susijusių su žmogaus gyvybės gelbėjimu ir išsaugojimu, tvarka (VŽ, 1996, Nr. 55-1278; TAR, 2014-12-12, 2014-19561). Joje numatyta, kad greitosios medicinos pagalbos, skubios konsultacinės pagalbos, reanimacijos ir atitinkamos dalies operacijų paslaugos bus apmokamos iš valstybės biudžeto (TAR, 2014-06-30, 2014-09403).

Įvertinus pateiktus duomenis, galima konstatuoti, kad valstybės biudžeto asignavimai, skiriami PSDF biudžetui, yra nepakankami, kad būtų įgyvendinamos Vyriausybės nustatytos prioritetinės priemonės. Einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūroje atskirai arba kaip gydymo paslaugų dalis turėtų būti išskirta SMP skiriama suma, nurodant, kiek iš valstybės biudžeto skirta gyvybiškai būtinai pagalbai.

***

Vertinant SMP būklę Lietuvoje, pasirinktas toks nuoseklumas – išnagrinėta demografinė, mirtingumo dėl traumų, nelaimingų atsitikimų ir ligų situacija, atlikta GMP, BPG, PSPS, SKP, SSKP skubios medicinos pagalbos paslaugų teikimo ir situacijos analizė, išanalizuotas SMP sistemos valdymo teisinis ir paslaugų apmokėjimo reglamentavimas.

Išanalizavęs demografinę, mirtingumo nuo nelaimingų atsitikimų, traumų ir dažniausiai pasitaikančių ligų situacijas bei atlikęs SMP paslaugų teikimo per 15 metų laikotarpį vertinimą, disertacijos autorius nustatė tendenciją, kad *mažėjant Lietuvoje gyventojų, SMP paslaugų apimtys nemažėja*.

*Nepaisant to, kad gyventojų skaičius per paskutinius 15 metų sumažėjo 17,47 proc. (per 26 metus Lietuvoje gyventojų sumažėjo 21,89 proc.), GMP teikiamų paslaugų skaičius per 2001–2015 m. sumažėjo tik 1,6 proc. (3,8/tūkst. gyventojų). Tuo pačiu laikotarpiu slaugytojų, dirbančių GMP, etatų skaičius sumažėjo 25,8 proc., gydytojų etatų sumažėjo 81 proc. Toks GMP darbuotojų etatų skaičiaus mažėjimas yra neproporcingas gyventojų skaičiaus sumažėjimui. GMP paslaugų struktūroje nuo 2001 m. iki 2015 m. saikingai mažėja teikiamų paslaugų dėl ūmių susirgimų ir būklių bei nėštumo ir pogimdyminio laikotarpio patologijų, tačiau daugėja teikiamų paslaugų dėl nelaimingų atsitikimų ir ypa*č dėl ligonių *transportavimo. Ženkliai sumažėjus GMP brigadų skaičiui (paskutinį penkmetį 10,2 proc.), sumažėjo GMP išvykimų ir*

*padaugėjo atsakymų vykti pas pacientą ir atsisakymų skaičius. GMP etatų skaičiaus sumažėjimas, išvykimų pas pacientus skaičiaus sumažėjimas, atsisakymų vykti pas pacientus skaičiaus padidėjimas galėjo sąlygoti aukšto mirtingumo išlikimą. Didžioji dalis pacientų, kuriems teikiamos GMP paslaugos, nuvežami į stacionarus, tačiau jų stacionarizuojama vis mažiau. Todėl vis didesnis krūvis tenka ligoninių PSPS personalui, pacientams tenka ilgiau laukti, kol bus suteikta pagalba. Mažesnis pacientų stacionarizavimas gali būti susijęs ir su nepakankamu ligoninių pajėgumu ir ištekliais dėl įstaigų restruktūrizacijos. Dažnesnis pacientų vežimas į ligonines sietinas su GMP koncepcijoje pasirinktu paslaugų teikimo modeliu, paslaugų integracija ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacija. Dėl pasikeitusios apsilankymų pas gydytoją duomenų apskaitos negalima atlikti detalios besikreipiančių*jų dėl būtinosios pagalbos pas BPG *2001–2015 m. laikotarpio analizės, tačiau PSPS apsilankymų ir paslaugų skaičius tuo laikotarpiu padidėjo ženkliai (iki 5,9 karto), būtinosios pagalbos apimtis nuo bendro suteiktų paslaugų skaičiaus padidėjo nežymiai (5,8 proc.). Įvertinus tai, kad per paskutinius penkiolika metų Lietuvoje padaugėjo vyresnio amžiaus žmonių, turinčių daugiau lėtinių ligų, reikalaujančių daugiau sveikatos priežiūros paslaugų ir žmogiškųjų išteklių, galima teigti, kad SMP paslaugų poreikis ne sumažėjo, o padidėjo.*

Atlikta SMP sistemos valdymo aplinkos – teisinės bazės – analizė. Nustatyta, kad Lietuvoje SMP sistemai valdyti plačiausiai taikomas kompleksinis teisinis-organizacinis valdymo metodas. SMP sistemos valdymą reglamentuojančių teisės aktų, apimančių bendras teisines nuostatas, SMP paslaugų teikimo apimtis ir atsakomybę, SMP pacientų srautų valdymą, SMP paslaugų apmokėjimo reglamentavimą, analizė atskleidė, kad SMP sistemoje dominuoja problemos, susijusios su: žmogiškaisiais ištekliais, SMP pacientų srautų valdymu (pacientų atranka, būklės vertinimas, apžiūros laika*s, laukimo laikas, standartų poreikis), pacientų transportavimu, SMP paslaugų apmokėjimu ir mokamomis paslaugomis PSPS, visuomenės informavimo stoka. Toks problemų išryškinimas nurodo veiksmingo SMP sistemos valdymo trūkumą dėl teisinio reglamentavimo stokos, nepakankamo tarpžinybinių veiksmų koordinavimo, rengiant ilgalaikes sveikatos programas ir sveikatos sistemos plėtros planus.*

Atlikta analizė dėl skirtingų PSPS teikiamų paslaugų rūšių traktavimo įvairovės apibrėžiant atskiras sampratas, autorius pateikia savo sudarytas ***ikistacionarinės*** *ir* ***stacionarinės*** *pagalbos sampratas.*

*Identifikavus esamą ikistacionarinį SMP modelį, įvertinus analizuotus duomenis ir palyginus su klasikiniais laikomais anglų-amerikiečių bei prancūzų-vokiečių modeliais, nustatyta, kad Lietuvoje taikoma SMP pagalba labiau atitinka anglų-amerikiečių SMP modelį. Esminiais Lietuvos ir amerikiečių modelių skirtumais laikytina tai, kad Lietuvos GMP tarnyboje dar yra gydytoj*ų *brigadų, bet nėra atskirų, ne ligoninėms priklausančių PSPS.*

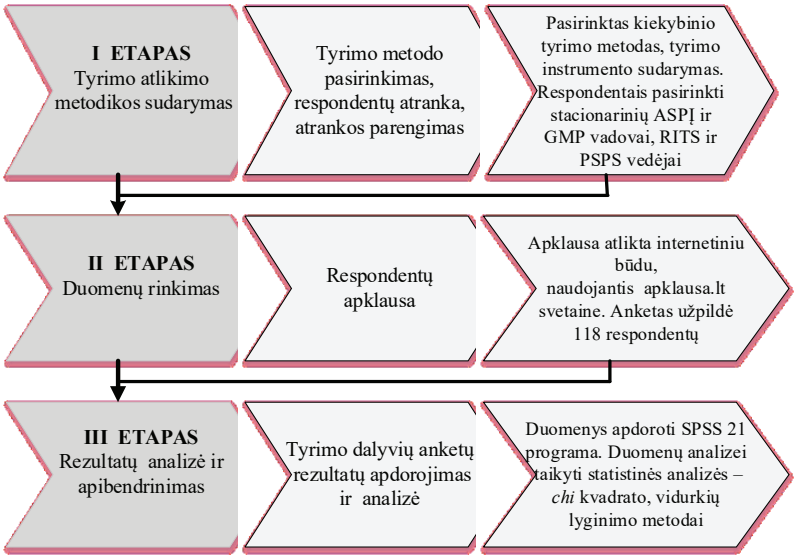
2.3. Skubios medicinos pagalbos sistemos valdymo tobulinimo tyrimo metodika

Tyrimo metodas, etapai. Atsižvelgiant į 2.1 poskyryje išdėstytas metodines nuostatas, siūlomo SMP sistemos valdymo modelio empiriniam pagrindimui pasirinktas ir atliktas kiekybinis tyrimas. Šis tyrimas įgalina atverti kiekybinius ir SMP veiklos gerinimo raiškos aspektus, atskleisti ir apibendrinti dėsningumus ir sąsajas, iškelti ir pagrįsti ginamuosius teiginius, empiriškai pagrįsti SMP sistemos valdymo modelį.

Kiekybiniu tyrimu siekiama pagrįsti ginamuosius teiginius:

1. *Siekiant veiksmingai valdyti pacientų srautus ir pagerinti skubios medicinos pagalbos prieinamumą, reikia pereiti nuo SMP keturių kategorijų prie penkių kategorijų atrankos sistemų.*
2. *Siekiant išspręsti žmogiškųjų išteklių trūkumą, tikslinga išplėsti slaugytojų kompetencijas ir panaudoti karo medikus.*
3. *Siekiant suvaldyti didėjantį tarpstacionarinį transportavimą ir užtikrinti nenutrūkstamą SMP paslaugų teikimą transportuojant, reikia detaliai reglamentuoti tarpstacionarinį transportavimą, transportuojamų pacientų būklės vertinimo ir medicinos dokumentacijos standartizavimą.*

Kiekybinis tyrimas vykdytas trimis etapais: 1 etape atliktas respondentų imties sudarymas, instrumentų parengimas; 2 etape vykdytas duomenų rinkimas (respondentų apklausa), 3 etape – rezultatų analizė ir apibendrinimas. Apibendrinti kiekybinio tyrimo etapai pateikiami 27 paveiksle.



27 pav. Kiekybinio tyrimo etapai

Respondentų imtis, atranka. Šio mokslinio darbo sudėtingumas ir specifika reikalauja, kad tyrimo metu surinkti duomenys būtų reprezentatyvūs ir informatyvūs. Gauti duomenys reikalingi disertacijos galutiniam tikslui pasiekti. Tokius duomenis gali pateikti respondentai – ekspertai. Ekspertai – tai asmenys, kurie dėl savo profesinės, vadybinės ir gyvenimo patirties turi didžiausią kompetenciją, patikimiausią, išsamiausią informaciją apie tiriamą problemą. Šiame tyrime ekspertais pasirinkti kompetentingi asmenys, turintys specialios patirties ir išmanantys tiesiogiai su ekspertizės objektu susijusią sritį. Jų kompetentingumo rodikliai yra didelis mokslinio ir praktinio darbo stažas, pareigybinė padėtis, geras įvairiuose lygmenyse vykstančių procesų suvokimas, galimybė daryti įtaką priimant sprendimus. Respondentais pasirinkti stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir greitosios medicinos pagalbos įstaigų vadovai, reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyrių (RITS) vadovai / vedėjai bei priėmimo skubios pagalbos skyrių vedėjai. Toks respondentų pasirinkimas nėra atsitiktinis, bet geriausiai atitinkantis tyrimui keliamus tikslus. Jie visi yra atitinkamo lygmens vadovai ar administratoriai, atsakingi tiek už teisės aktuose nurodytų normatyvų perkėlimą į įstaigos vidaus dokumentus, jų vykdymo užtikrinimą, tiek ir už tinkamų darbo sąlygų sudarymą eiliniams darbuotojams, problemų sprendimą čia ir dabar bei neišsprendžiamų, „užprogramuotų“ problemų sprendimų įgyvendinimo perdavimą aukštesniam pagal pavaldumą vadovui. Kiekvienos grupės ekspertai turi skirtingą, bet reikšmingą informaciją apie tiriamąjį objektą.

Respondentai atstovauja abiem SMP teikimo etapams – ikistacionariniam ir stacionariniam. Ikistacionariniam etapui atstovauja GMP vadovai, bet ne GMP „lauko pajėgos“ (angl. *field force*) ar „priekinės linijos darbuotojai“ (angl. *front-line workers)* (gydytojai, bendrosios praktikos slaugytojai, paramedikai, vairuotojai, dispečeriai), nors vertinant pagal paslaugų teikimo etapiškumą plačiąja prasme (ikistacionarinis etapas, stacionarinis etapas, postacionarinis etapas), jie yra priekinėje linijoje. Tačiau tikslas nebuvo surinkti pacientų skundus ar vyraujančias patologijas, bet įsigilinti į organizacinius vadybinius momentus ir trūkumus šioje SMP paslaugų teikimo grandyje. J.Verikienė ir D. Jankauskienė (2012) nurodo, kad GMP paslaugų teikėjai geriausiai vertina savo teikiamas paslaugas (GMP paslaugų prieinamumą), kartu prasčiausiai vertina sveikatos priežiūros paslaugų kokybę Lietuvoje apskritai ir mažiausiai pritaria vykdomai ASPĮ restruktūrizacijai. GMP paslaugų teikėjai pageidauja, kad būtų rengiamos specialios rekomendacijos ar algoritmai, palengvinsiantys pagalbos teikimą tam tikrose situacijose. Kadangi GMP struktūroje vyksta reorganizacija ir kartu sveikatos priežiūros paslaugų ir įstaigų reforma (tyrimo trečias etapas), GMP vadovai yra labiausiai susipažinę, turi pakankamai informacijos apie vykstančius procesus, gali išsakyti savo nuomonę ir pateikti reikšmingų siūlymų dėl GMP ir ASPĮ bendradarbiavimo, komunikacijos, veiklos koordinavimo.

Tarpinė grandis tarp GMP ir stacionarinių ASPĮ yra PSPS. PSPS grandis jungianti stacionarinę ir ikistacionarinę SMP (28 pav.). Daugeliu atvejų PSPS, kaip ir GMP, yra

pirmoji grandis arba priešakinė linija, kur kreipiamasi dėl SMP, kadangi dalis pacientų kreipiasi tiesiogiai patys. PSPS, kaip atskiras vienetas, yra labai svarbi grandis formuojant atitinkamą ikistacionarinį SMP valdymo modelį ir apskritai SMP paslaugų teikimo modelį. Dėl padidėjusių pacientų srautų PSPS vedėjams tenka spręsti esminius organizacinio prieinamumo aspektus, eilių klausimus, konfliktines situacijas, taip pat ir dėl aiškesnio teisinio reglamentavimo stokos. Todėl šiame tyrime labai svarbi yra PSPS vedėjų vadybinė (paslaugų teikimo) valdymo, išteklių, taip pat ir žmogiškųjų, planavimo patirtis.

Kita respondentų grupė – RITS vadovai / vedėjai, didžiąja dalimi organizuojantys tik SMP paslaugų (neskaitant atvejų po sudėtingų, išplėstinių planinių operacijų) teikimą. Tai sunkiausias ir sudėtingiausias SMP paslaugas teikiantis padalinys ligoninės struktūroje, reikalaujantis iš darbuotojų didelio profesinio pasirengimo, paslaugų teikimo reikalavimų išmanymo, organizacinių gebėjimų ir vadybinių žinių. RITS darbo organizavimo specifika yra išskirtinė, tokios nėra kituose SMP teikiančiuose stacionaro skyriuose. RITS dirbantys gydytojai teikia SKP paslaugas, tai reiškia, konsultuoja pacientus kitų stacionarinių ASPĮ RITS gydytojus telefonu arba tiesiogiai nuvykę į kviečiančią gydymo įstaigą. Prireikus atlieka pacientų transportavimą, t. y. atlieka antrinį tarpstacionarinį transportavimą. RITS vedėjams tenka esminis organizatoriaus vaidmuo komunikuojant su kitos įstaigos RITS gydytojais dėl perkeliamo paciento sveikatos būklės, priimant sprendimą dėl paciento transportavimo, o tai reiškia dėl papildomų priimančios pacientą įstaigos išteklių naudojimo, kitų teisinių ir etinių niuansų. Būtent RITS vedėjai geriausiai išmano tarpstacionarinių pacientų srautų valdymo ypatumus ir gali daryti ženklią įtaką šį procesui.

Ketvirta respondentų grupė – stacionarinių ASPĮ vadovai. Tai nebūtinai ASPĮ vadovai, bet ne žemesni nei ASPĮ direktorių ar vyriausiųjų gydytojų pavaduotojai, kurie įstaigoje tiesiogiai kuruoja SMP paslaugų organizavimą. Dėl daugelį metų besitęsiančios sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos ASPĮ vadovai turi didelę patirtį tiek organizuojant SMP paslaugų teikimą besikeičiant pacientų srautams, tiek ir įžvelgiant šio proceso trūkumus . Didžiausią dėmesį, organizuodami SMP paslaugų teikimą, ASPĮ vadovai turi skirti personalo trūkumo, funkcijų delegavimo, sudėtingų pacientų perkėlimo, netikslingo pacientų kilnojimo, paslaugų apmokėjimo ir kt. klausimams, todėl jiems tenka nuolat bendradarbiauti su kitų įstaigų vadovais, tiesiogine valdžia (steigėjais), SAM, specialistų rengimu užsiimančiomis aukštojo mokslo ir kitomis mokslo organizacijomis, kitomis suinteresuotosiomis šalimis.

Įvertinus platų interesų lauką SMP paslaugų organizavimo srityje, galima teigti, kad ASPĮ vadovai turi reikiamą specialią patirtį ir kompetenciją, jų išsakytos nuomonės yra patikimos ir reikšmingos tyrimo uždaviniams išspręsti bei ginamiesiems teiginiams pagrįsti.

Respondentai atstovauja dviem lygmenims: vietiniam – įstaigos ir nacionaliniam. GMP ir ASPĮ vadovai atstovauja abiem lygmenims, yra kompetentingi vertinti esamą

situaciją ir siūlyti pakeitimus nacionaliniu ir įstaigos lygmenimis. PSPS ir RITS atstovai, vertindami esamą situaciją, yra kompetentingesni teikti pasiūlymus organizacinėms priemonėms tobulinti vietiniame lygmenyje.

Šiame tyrime, sudarant reprezentatyvią respondentų imtį, naudoti Lietuvoje veikiančių ASPĮ ir GMP personalo duomenys apie šio tipo institucijų darbuotojų pareigas ir skaičių. Tikslas buvo atrinkti įstaigas, kad būtų reprezentuojama visos Lietuvos SMP sistema, t. y. apimami abu etapai – ikistacionarinis ir stacionarinis (tačiau iš ikitarpstacionarinės pasirenkant tik GMP grandį), visi stacionarinių ASPĮ lygmenys – rajono, regiono arba respublikos. Respondentai turėjo atitikti šiuos atrankos kriterijus – dirbti ASP įstaigoje, kurios steigėjas yra SAM arba Savivaldybė, pagal įstaigos lygmenį – rajono, regiono arba respublikos. Iš viso Lietuvoje apklausos vykdymo metu buvo 60 ligoninių ir 19 greitosios medicinos pagalbos stočių. Pagal atrankos kriterijus tiko 49 ligoninės (respublikos lygmens – 9 (18,4 proc.), regiono lygmens – 11 (22,4 proc.), rajono lygmens 29 (59,2 proc.) ir 19 (100 proc.) greitosios medicinos pagalbos stočių. Pagal atrankos kriterijus tinkančiose ASPĮ dirbo 168 asmenys, atitinkantys respondento statusą.

Kad būtų galima padaryti statistiškai reikšmingas išvadas, nustatytas reikalingas minimalus tiriamųjų skaičius. Šiame darbe imčiai apskaičiuoti, atsižvelgiant į populiacijos dydį, pasirinkta 5 proc. paklaida (angl. *confidence interval*) ir 95 proc. tikimybė (angl. *confidence level*). Šiame disertaciniame tyrime naudota internetinė imties dydžio nustatymo skaičiuoklė, pateikiama interneto svetainėje: http://www.surveysystem.com/sscalc.htm.

Kai imties populiaciją sudaro 168 asmenys, pasirinkus 5 proc. paklaidą ir 95 proc. tikimybę, ***apskaičiuotas tiriamųjų skaičius yra 117***. Taigi, kad būtų galima padaryti statistiškai reikšmingas išvadas, tiriamųjų imtis turėjo būti 117 ar daugiau asmenų.

Tyrimo apribojimai. Neįtrauktos universiteto tipo ligoninės; neįtrauktos respublikos lygmens asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurios teikia santykinai siauro profilio (vaikų, odontologijos, gimdymo) paslaugas; neįtrauktos rajono lygmens ligoninės, kurios neteikia reanimacijos ir intensyviosios terapijos paslaugų ar neturi reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyriaus; neįtrauktos privačios ligoninės, slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės, specializuotos ligoninės. Dėl galimos didelės tyrimo apimties neįtraukti tyrime dalyvaujančių ASPĮ kitų SMP paslaugas teikiančių skyrių vedėjai – administratoriai, kiti sveikatos priežiūros specialistai, tiesiogiai teikiantys SMP paslaugas pacientams. Manytina, kad ne tiek apimtis yra ribojantis respondentų dalyvavimą tyrime veiksnys, kiek jų patirties stoka organizuojant SMP paslaugų teikimą. Todėl jų nuomonė būtų ne tokia reikšminga ir patikima. Dėl tos pačios priežasties į tyrimą neįtraukti ir PSPC administratoriai bei gydytojai, tačiau tai nesumenkina jų indėlio į pacientų sveikatos priežiūrą. Atlikus tyrimą nustatyta, kad esant geresnėms sąlygoms pasinaudoti ambulatorinėmis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis pacientai yra rečiau stacionarizuojami (Mekšriūnaitė, Gurevičius, 2015).

Tyrimo instrumentų (anketų) parengimas. Literatūroje, atsižvelgiant į autoriaus planuojamą atlikti tyrimą, nerasta visiškai pritaikytų šio tyrimo uždaviniams ASPĮ ir ASPĮ darbo ypatumų specifikai tirti tinkamų instrumentų, todėl tiriamųjų apklausai sukurtos originalios keturių skirtingų tipų anketos, skirtos apklausai, atsižvelgiant į respondentų užimamas pareigas:

1. Skubios medicinos pagalbos valdymo anketa – reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyrių vadovams / vedėjams (12 priedas).
2. Skubios medicinos pagalbos valdymo anketa – priėmimo skubios pagalbos skyrių vedėjams (13 priedas).
3. Skubios medicinos pagalbos valdymo anketa – stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovams (14 priedas).
4. Skubios medicinos pagalbos valdymo anketa – greitosios medicinos pagalbos įstaigų vadovams (15 priedas).

Rengiant anketas buvo remiamasi kitų šalių mokslininkų B. I. Lidal, R. Rehmani, H. H. Hilde, T. B. James, E. V. Gunn, A. Sayah, L. Rogers, K. Devarajan, L. Kingsley-Rocker, L. F. Lobon, N. R. Hoot, D. Aronsky, Junwen Wang, Jingshan Li, K. Patricia, S. L. Bernstein, N. Jayaprakash, U. Hwang ir kt. mokslininkų rekomendacijomis klausimynams sudaryti, mokslo tiriamaisiais darbais ir publikacijomis, teoriniais apibendrinimais bei tyrime iškeltais uždaviniais.

Sudarant klausimynus, laikytasi bendrųjų metodinių reikalavimų (Mellenbergh, 2008):

- klausimai ir atsakymai turi būti visiems gerai suprantami;
- klausimai neturi būti per daug abstraktūs ir per daug tiesmukiški;
- klausimai ir atsakymai neturi įžeisti respondento;
- atsakymai turi atspindėti realią tikrovę, tiriamos problemos turinį;
- atsakymai turi būti išsamūs, aprėpti visus galimus variantus;
- neturi būti vienašalių klausimų, kurie galėtų sukelti nereikalingą išankstinį nusistatymą;
- klausiamojo neturi varginti anketos klausimų skaičius;
- reikia numatyti respondento kompetenciją atsakyti į klausimus;
- neteikti klausimų, kurie skatintų respondentą „pataikauti“ anketuotojui;
- anketa turi turėti pažintinę reikšmę, turi dominti respondentą, žadinti jo norą atsakyti į visus klausimus, skatinti analizuoti ir objektyviai vertinti reiškinius bei įvykius.

Klausimai suformuluoti taip, kad šio tyrimo duomenis būtų galima palyginti su kitų šalių mokslininkų tiriamaisiais darbais, įvertinti pokyčius ateityje, naudojant klausimynuose tas pačias ar panašias klausimų formuluotes.

Siekiant išgryninti pagrindiniam tyrimui iškeltas idėjas, patikslinti anketų klausimų formuluotes, validumą ir patikimumą, atlikta *pilotinė apklausa*. Šis tyrimo metodas apibrėžiamas kaip preliminarus tyrimas, atliekamas siekiant išnagrinėti problemos

turinį ir jos tolesnio sprendimo kryptis (Pranulis, 2007). Apklausa atlikta su 20 respondentų (5 ASPĮ vadovai, 2 GMP vadovai, 5 PSPS vedėjai, 8 RITS vadovai / vedėjai). Apklausai pateikta viena anketa su atskirai išskirtais klausimų blokais: būtinosios pagalbos sampratos klausimai; organizaciniai SMP klausimai; PSPS veikla; GMP veikla; pacientų srautai tarp ligoninių; bendras ligoninių SMP veiklos kontekstas. Gautos vertingos pastabos, į dalį kurių atsižvelgta sudarant galutines anketas. Rekomenduota, atsižvelgiant į respondentų pareigybes, neskirti visiems tų klausimų, kurie apima skirtingą administravimo sritį. Taigi, kad anketa būt**ų** aiški, neklaidinanti, sudaryta ne vienas, o visiems respondent**ų** tipams atskiri anketų variantai (12–15 priedai). Pilotinė apklausa parodė, kad aktualiausiomis problemomis laikomos pacientų srautų reguliavimas, tarpstacionarinis pacientų transportavimas ir žmogiškieji ištekliai bei kitos organizacinės problemos.

Anketų įvadinėje dalyje paaiškinamas tyrimo tikslas, užtikrinamas konfidencialumas, nurodyta anketos užpildymo tvarka. Anketose pateikiami probleminiai klausimai, sudaryti atsižvelgiant į numatytus tyrimo atlikimo etapus (18 lentelė).

18 lentelė. Probleminiai klausimai pagal tyrimo atlikimo etapus

Eil. Nr.	Probleminis klausimas	Anketų klausimai		
		Visų tipų respondentams*	PSPS vedėjams**	GMP vadovams***
1.	**Nustatyti esamą SMP sistemos valdymo situaciją ir problemines sritis**			
1.1.	Nustatyti nuomonę apie sąvokų tapatumą	2		
1.2.	Nustatyti, kaip suprantama „gyvybiškai būtina pagalba“ PSPS		11	
1.3.	Nustatyti esamą (vyraujantį) ikistacionarinės pagalbos modelį	11		
1.4.	Nustatyti PSPS žmogiškųjų išteklių poreikį	8		
1.5.	Nustatyti, kokie specialistai atlieka pirminį paciento būklės vertinimą PSPS	22		
1.6.	Nustatyti, ar yra patvirtinti kokybiniai pacientų apžiūros laiko rodikliai PSPS	26		
1.7.	Nustatyti, ar yra parengti PSPS klausimynai pacientų būklei vertinti		19	
1.8.	Nustatyti GMP dokumentavimo lygį			27, 28
1.9.	Nustatyti, pagal ką orientuojasi GMP transportuojant pacientą			29,30

Eil. Nr.	Probleminis klausimas	Anketų klausimai		
		Visų tipų respondentams*	PSPS vedėjams**	GMP vadovams***
1.10.	Nustatyti transportavimo tarp ligoninių poreikį, dažnumą ir būdus	34, 35, 36		
1.11.	Nustatymas dokumentavimo lygį perkeliant pacientus iš vienos ligoninės į kitą	48		
1.12.	Nustatyti veiksnius, ilginančius laukimo laiką priėmimo skubios pagalbos skyriuose	29		
1.13	Nustatyti, kodėl dėl SMP dažniau pasirenkama PSPS nei šeimos gydytojas	17		
1.14.	Nustatyti priežastis, dėl ko sumažėja GMP paslaugų, suteiktų vietoje pas pacientą, apimtys			31
1.15.	Nustatyti priežastis, darančias įtaką kokybiškoms SMP paslaugoms teikti	13		
2.	**Nustatyti priemones SMP sistemos valdymui tobulinti**			
2.1.	Nuomonė apie optimalų SMP kategorijų skaičių ir pavadinimus	14		
2.2.	Nuomonė apie slaugytojų įtaką atliekant pirminį paciento būklės vertinimą	24		
2.3.	Nuomonė, kokią įtaką pirminis paciento būklės vertinimas daro PSPS veiksmingumui	23		
2.4.	Nuomonė apie laukimo eilę ir laukimo trukmę	27, 28		
2.5.	Nuomonė apie paciento transportavimo vietą	32, 33		
2.6.	Sutikimo gavimo ir paciento perkėlimo į kitą įstaigą sprendimo priėmimas	37, 38		
2.7.	Veiksmai konsultuojantis su SKP ir transportuojant pacientą	41, 42		
2.8.	Nuomonė apie apmokėjimo už paciento transportavimą	45		
2.9.	Nuomonė apie mokamas PSPS paslaugas	19		
2.10.	Nuomonė apie visuomenės informavimą apie SMP	3		

Eil. Nr.	Probleminis klausimas	Anketų klausimai		
		Visų tipų respondentams*	PSPS vedėjams**	GMP vadovams***
3.	**Nustatyti specialistų nuomonę apie siūlomų priemonių, skirtų SMP sistemos valdymui tobulinti, tikslingumą**			
3.1.	Nuomonė, kuris ikistacionarinės pagalbos modelis turėtų būti taikomas	12		
3.2.	Nuomonė apie karo medikų tinkamumą SMP teikti	9		
3.3.	Specialistų nuomonė apie SMP kategorijų praplėtimo tikslingumą	15		
3.4.	Specialistų nuomonė apie SMP kategorijų žymėjimo GMP lape reikalingumą	16		
3.5.	Nuomonė apie PSPS užimtumo kriterijaus tinkamumą	31		
3.6.	Nuomonė apie perkeliamo paciento būklės vertinimo standartizuoto protokolo poreikį	49		
3.7.	Nuomonė apie paciento transportavimo gydytis pagal gyvenamąją vietą reglamentavimo tikslingumą	43, 44		
3.8.	GMP specialistų nuomonė apie atskiro telefoninio iškvietimo numerio tikslingumą			33
3.9.	Nuomonė apie kitų galimų priemonių srautams valdyti tinkamumą	50, 51		
3.10.	Nuomonė apie SMP ilgalaikės veiklos programos būtinumą	5		
3.11.	Nuomonė apie SMP veiklos koordinavimo tikslingumą	6		
3.12.	Nuomonė apie mokamų paslaugų tikslingumą	18		
3.13.	Nuomonė apie tinkamiausią visuomenės informavimo būdą	4		

* Anketoje visų tipų respondentams (numeriai pagal stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovų anketą).

** Anketoje tik priėmimo skubios pagalbos skyrių vedėjams.

*** Anketoje tik greitosios medicinos pagalbos įstaigų vadovams.

Likusieji anketų klausimai skirti tyrimo dalyvių demografinėms ir socialinėms charakteristikoms nustatyti.

Klausimų blokus skirtingų tipų anketose sudarė iš dalies vienodi, iš dalies skirtingi klausimų rinkiniai. Klausimai sudaryti atsižvelgiant į respondentų užimamų pareigų specifiką ir kompetencijas. Jais siekiama įvertinti skubią medicinos pagalbą organizuojančių ir vykdančių ASPĮ vadovų patirtį ir požiūrį į SMP valdymą, SMP paslaugų kokybę, aktualiausias SMP paslaugų organizavimo, teikimo, apmokėjimo problemas ir galimus vertinimo kriterijus, gauti siūlymus valdymui tobulinti. Klausimai, kurie pagal veiklos administravimo sritį netaikomi visiems respondentams, skirti tik atskiriems respondentų tipams (PSPS vedėjams, GMP vadovams). Teorinėje dalyje ir pilotinėje apklausoje išskirtos probleminės sritys, turinčios įtakos SMP sistemos valdymui, anketose sujungtos į keturis SMP klausimų blokus (19 lentelė).

19 lentelė. SMP problemų blokai ir klausimai

Problemų blokai	**Probleminės temos**	**Anketų klausimai**		
		Visų tipų respondentams	**PSPS vedėjams**	**GMP vadovams**
1.	SMP sampratų ir organizacinės problemos (sąvokos, visuomenės informavimas, veiksmų koordinavimas, mokamos paslaugos, modelio palyginimas)	2, 3, 4, 5, 6, 11, 12, 13, 14, 18, 19, 45	11	
2.	Žmogiškieji ištekliai (gydytojų trūkumas, slaugytojų poreikis)	8, 9, 22, 24		
3.	SMP pacientų srautų valdymas (pacientų atranka, būklės vertinimas, apžiūros laikai, laukimo laikai, standartų poreikis)	15, 16, 17, 23, 26, 27,28, 29, 31, 50, 51	19	27,28, 29, 30, 31, 33
4.	Pacientų tarpstacionarinis transportavimas	32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 41, 42,43, 44, 48, 49		

Klausimai, apimantys įvardytas problemas, anketose išdėstyti ne eilės tvarka, o pagal problemines sąsajas ir analizės etapus, kadangi kai kuriais aspektais problemos kartojasi. Dėl didelio kiekio duomenų ne visi anketose esantys klausimai buvo panaudoti tyrimui. Duomenys saugomi elektroniniu formatu ir pagal poreikį gali būti panaudoti tikslinant tyrimo rezultatus, mokslinėms publikacijoms.

Dalis anketų klausimų buvo pritaikyti išsamiau tirti kurią nors problemą. Jie sudaryti uždarojo Likerto skalės tipo pavidalu, suteikiančiu galimybę surinkti išsamius duomenis, o

respondentams – tiksliai ir greitai atsakyti į pateiktus klausimus. Mažesnė dalis anketų klausimų kombinuoti (derinantys uždaruosius atsakymų variantus su atviraisiais) ir atvirieji – šie klausimai skirti gauti iš respondentų reikiamą kokybinę (verbalinio tipo) informaciją. Likerto skalėje subjektyvios tyrimo dalyvių nuomonės buvo vertinamos koduojant nuo 1 (žemiausias vertinimas) iki 5 (aukščiausias vertinimas). Daugeliui teiginių respondentams leista naudotis atsakymo kategorija „Nežinau“ (Gaidys, 1999; Sullivan, 2006). Tokia kodavimo sistema palengvino interpretuoti ryšį tarp tiriamųjų polinkio sutikti arba nesutikti su teiginiais.

Detalus tyrimo anketos klausimų ir jų pagrindimo aprašas, atsižvelgiant į tris tyrimo uždavinius, pateikiamas tyrimo rezultatų dalyje.

Klausimynų skalės vidinis nuoseklumas. Klausimynų skalės vidiniam nuoseklumui (angl. *scale internal consistency*) įvertinti naudotasi Cronbacho alfa (*Cronbach's alpha*) koeficiento reikšmės nustatymu, kuris, remiasi atskirų klausimų, sudarančių klausimyną, koreliacija ir įvertina, ar visi skalės klausimai pakankamai atskleidžia tiriamąjį dydį bei įgalina patikslinti reikiamų klausimų skaičių skalėje. Jeigu atskirų klausimų dispersijų suma yra artima visos skalės dispersijai, vadinasi, atskiri klausimai tarpusavyje nekoreliuoja, t. y. jie neatspindi to paties dalyko. Tokiu atveju klausimyno skalė yra sudaryta iš atsitiktinių klausimų, ir Cronbacho alfa koeficientas yra artimas 0. Jeigu visos skalės dispersija yra ženkliai didesnė už atskirų klausimų dispersijų sumą, vadinasi, atskiri klausimai tarpusavyje koreliuoja, t. y. jie atspindi tą patį dalyką. Tokiu atveju Cronbacho alfa koeficientas yra artimas 1 (Pukėnas, 2009). Cronbacho alfa koeficiento reikšmė gerai sudarytame klausimyne turėtų būti didesnė už 0,7 (Vaitkevičius, Saudargienė, 2006), kai kurių autorių teigimu, – už 0,6 (Pukėnas, 2009).

Šiame darbe naudoto 1 klausimyno (Skubios medicinos pagalbos valdymo anketa – reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyrių vadovams / vedėjams) skalės vidinis nuoseklumas, apskaičiuotas SPSS 21.0 (angl. *Statistical Package for Social Sciences*), įvertintas Cronbacho alfa koeficientu, sudaro 0,635, 2 klausimyno (Skubios medicinos pagalbos valdymo anketa – priėmimo skubios pagalbos skyrių vedėjams) – 0,804, 3 klausimyno (Skubios medicinos pagalbos valdymo anketa – stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovams) – 0,942 ir 4 klausimyno (Skubios medicinos pagalbos valdymo anketa – greitosios medicinos pagalbos įstaigų vadovams) – 0,881. Tokios Cronbacho alfa koeficientų reikšmės atitinka klausimynų skalių vidinio nuoseklumo kriterijų reikalavimus.

Respondentų apklausa vykdyta 2015-02-13 – 2015-04-20 internetinės apklausos metodu, naudojantis *Apklausa.lt* svetaine. Įtrauktiems į atranką respondentams buvo iš anksto pranešta apie būsimą apklausą, jų paprašyta užpildyti tyrimo anketas. Anketas tinkamai užpildė iš viso 118 respondentų, iš jų – 35 reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyrių vadovai / vedėjai (1 tipo respondentai); 31 priėmimo skubios pagalbos skyrių vedėjas (2 tipo respondentai), 33 stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovai (3 tipo respondentai) ir 19 greitosios medicinos pagalbos įstaigų vadovų (4 tipo respondentai).

Anketų neužpildė ar netinkamai užpildė iš viso 69 iš 168 1, 2 ir 3 tip**ų** respondentai, atitinkantys atrankos kriterijus, jų atsako dažnis: 58,9 proc. 4 tipo respondentų iš viso Lietu-

voje yra 19, visi jie tinkamai užpildė anketas, atsako dažnis: 100 proc. Tinkamomis laikytos anketos, kuriose nurodyta respondento lytis ir atsakyta į daugumą anketos klausimų.

Rezultatų analizė. Anketų duomenų analizei naudota SPSS 21 programa. Statistinėje analizėje ryšiai tarp nominalinių požymių vertinti *chi* kvadrato (χ^2) kriterijumi, tarp intervalinių kintamųjų – vidurkių lyginimo statistiniais metodais. Statistiškai reikšmingam rezultatų skirtumui įvertinti pasirinktas $p < 0,05$, statistiškai labai reikšmingam – $p < 0,01$ lygmuo. Atsakymų variantai, pateikti Likerto tipo skalėse, apskaičiuoti kaip 5 balų sistemos vertinimo vidurkiai, kur 1 balas atitinka priešingą reikšmę 5 balams, o atsakymų variantai Nr. 6, atitinkantys reikšmę „nežinau“, interpretuoti kaip į klausimą „neatsakyta“.

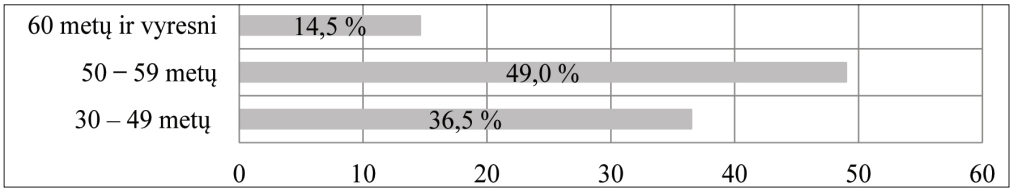
Tyrimo etika. Tyrimas buvo atliekamas vadovaujantis bendraisiais mokslinių tyrimų etikos principais (Hopf, 2004; Kardelis, 2007; Bitinas ir kt., 2008), ypač laikantis šių reikalavimų:

- respondentai tyrime dalyvauja laisva valia;
- užtikrinamas tyrimo dalyvių konfidencialumas;
- dalyviai gali **įrašyti savo nuomonę ar papildymą, jei klausimyne nebuvo tinkamo atsakymo;**
- surinkti duomenys nenaudojami prieš tyrimo dalyvius;
- analizuoti ir vertinti tik gauti duomenys;
- dalyviai teikia duomenis noriai ir atsakingai, turėdami tikslą, kad „kažkas pasikeis“;
- siekiant užtikrinti tyrimo dalyvių privatumą, gauta informacija saugoma nuo trečiųjų asmenų.

Tyrimo imties ypatumai. Tyrime dalyvavusių respondentų (iš viso – 118) bendrosios charakteristikos apėmė socialinę-demografinę ir darbinę-organizacinę kategorijas. Socialinėms-demografinėms respondentų charakteristikoms priskiriama respondentų lytis ir amžius. Darbinėms-organizacinėms respondentų charakteristikoms priskiriami darbo stažas, ASPĮ steigėjas, ASPĮ lygmuo, miestas / rajonas, kuriame dirba respondentas.

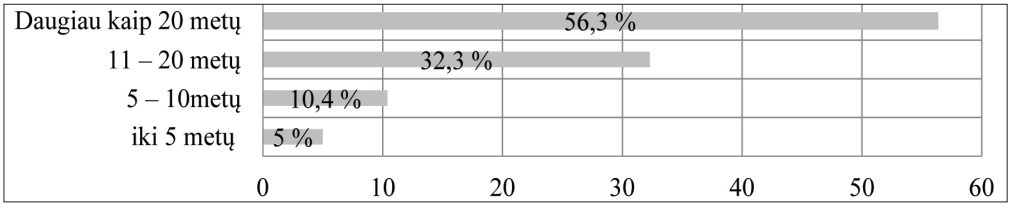
Tarp tiriamųjų daugiau buvo moterų negu vyrų: atitinkamai 64 (54,2 proc.) moterų ir 54 (45,8 proc.) vyrų. Toks atvejų pasiskirstymas atitinka vyraujančias tendencijas, kad sveikatos sistemoje dauguma darbuotojų yra moterys, tačiau prieštarauja tendencijai, kad tarp vadovų moterų yra mažiau negu vyrų.

Tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžių taip pat nebuvo tolygus: mažiausią dalį sudarė 60 metų ir vyresnio amžiaus tiriamieji (14,5 proc.), didžiausią – 50–59 metų amžiaus (49,0 proc.), likusią dalį (36,5 proc.) – 30–49 metų amžiaus grupės tiriamieji. Nors ne visi respondentai anketose nurodė savo amžių (nenurodė 18,6 proc.), tačiau pagal daugumos pateiktus duomenis galima teigti, kad ASPĮ vadovų ir RITS, PSPS vedėjų amžius pakankamai darbingas. Amžiaus nuo 30 iki 60 metų bendra suma sudaro 85,5 proc. (28 paveikslas).



28 pav. Tyrimo dalyvių skirstymas pagal amžiaus grupes, proc.

Atsižvelgiant į darbo stažą, didžiausią dalį (56,3 proc.) sudarė daugiau nei 20 metų stažą turintys darbuotojai, apie trečdalį (32,3 proc.) – 11–20 metų, apie dešimtadalį (10,4 proc.) – 5–10 ir tik 1 proc. sudarė iki 1 metų stažą turintys darbuotojai. Ilgas darbuotojų stažas rodo, kad respondentai turi pakankamos profesinės ir vadybinės patirties (29 paveikslas).



29 pav. Tyrimo dalyvių skirstymas pagal darbo stažą, proc.

Deja, Lietuvos sveikatos informacinio centro duomenų bazėje, kurioje duomenys apie sveikatos priežiūros žmonių išteklius yra nuo 1993 m., duomenų apie atskirų kategorijų darbuotojų (ASPĮ vadovų, gydytojų, slaugytojų ir pan.) amžių, lytį, darbo stažą nėra (Starkienė, Strička ir kt., 2011), todėl palyginti šių duomenų su faktinėmis tendencijomis šalies sveikatos priežiūros įstaigose šiuo laiku nėra galimybės.

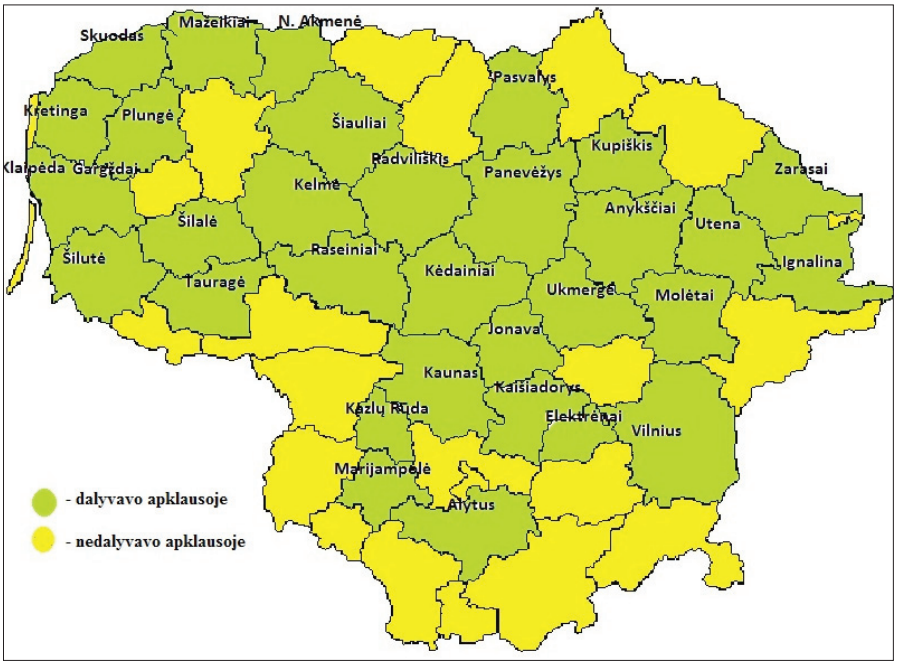
Daugiausia apklausoje dalyvavo respondentai, atstovaujantys ASPĮ, kurių steigėjas yra savivaldybė – 77 (75 proc.), beveik trečdalis dalyvių atstovavo įstaigoms, kurių steigėjas yra SAM. Daugiausia apklausoje dalyvavo savivaldybės pavaldumo rajono lygmens ligoninių atstovų (44,8 proc.), kiek mažiau – SAM pavaldumo regiono lygmens ligoninių atstovų (33,3 proc.) ir mažiausiai – SAM pavaldumo respublikos lygmens darbuotojų (21,9 proc.). Toks atstovų išsidėstymas iš esmės atitinka atrankos kriterijus atitikusių ligoninių pasiskirstymą (rajono lygmens 29 (59,2 proc.), regiono lygmens – 11 (22,4 proc.), respublikos lygmens – 9 (18,4 proc.). Apie 20 proc. respondentų nenurodė, kas yra ASPĮ steigėjas ir kuris ASPĮ lygmuo atstovaujamas. Įstaigų, dalyvavusių tyrimo apklausoje, pasiskirstymas pagal ASPĮ steigėją ir lygmenį, pateikiamas 20 lentelėje.

20 lentelė. Įstaigos pagal ASPĮ steigėją ir lygmenį, dalyvavusios tyrimo apklausoje

Kintamasis ir jo kategorijos	Atvejų skaičius	Atvejų dažnis, proc.
ASPĮ steigėjas:		
Sveikatos apsaugos ministerija	22	22,7
Savivaldybė	75	77,3
Nenurodė*	21	–
ASPĮ lygmuo:		
Rajono	43	44,8
Regiono	32	33,3
Respublikos	21	21,9
Nenurodė*	22	–

*Į analizę neįtrauktos tyrimo dalyvių, neatsakiusių į klausimą, atvejų dažnio reikšmės

Regioniniu požiūriu, tyrime dalyvaujantys respondentai apima visus didžiuosius Lietuvos miestus ir apskritai didžiąją dalį Lietuvos teritorijos. Galimai tyrime dalyvavusių rajonų yra daugiau, tačiau nebuvo nurodyta, kokiame mieste dirbama. Tyrime dalyvavusių ASPĮ ir GMP įstaigų respondentų teritorinis išsidėstymas pateiktas 30 paveiksle.



30 pav. ASPĮ ir GMP įstaigų, dalyvavusių tyrime, teritorinis išsidėstymas

Tyrime dalyvavusių ASPĮ ir GMP įstaigų teritorinis išsidėstymas pagal rajonus ir dalyvavusių apklausoje respondentų skaičius bei atvejų dažnis procentais pagal ASPĮ miestą / rajoną anketose pateikiamas 16 priede.

***

Skubios medicinos pagalbos sistemos valdymo tyrimui atlikti sudaryta SMP sistemos valdymo tobulinimo diagnozavimo proceso eiga. Tyrimas suplanuotas dviem – diagnostikos ir tobulinimo sprendimų priėmimo – etapais. Diagnostikos etapas paremtas antrinių duomenų – statistinių ir teisinės bazės – analize. *Tobulinimo sprendimams pagrįsti pasirinktas kiekybinis tyrimo metodas – anketinė apklausa. Respondentais pasirinkti stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir greitosios medicinos pagalbos įstaigų vadovai, reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyrių (RITS) vadovai / vedėjai bei priėmimo skubios pagalbos skyrių vedėjai. Anketose sudarytų klausimų blokai atspindi tris pagrindinius tyrimo etapus: esamos SMP sistemos valdymo situacijos vertinimą, priemonių ir būdų SMP sistemos valdymui tobulinti nustatymą, siūlomų priemonių ir būdų tikslingumo vertinimą. Klausimai anketoje apima šias problemines sritis: SMP sampratos ir organizacinės problemos, žmogiškieji* ištekli*ai, SMP pacientų srautų valdymas ir tarpstacionarinis pacientų transportavimas. Klausimynų skalės vidinis nuoseklumas vertintas remiantis Cronbacho alfa (Cronbach›s alpha) koeficiento reikšmės nustatymu, anketų duomenims analizuoti naudota SPSS 21 programa. Statistinėje analizėje ryšiai tarp nominalinių požymių vertinti chi kvadrato (χ^2) kriterijumi, ryšiai tarp intervalinių kintamųjų – vidurkių lyginimo statistiniais metodais.*

3

Skubios medicinos pagalbos sistemos valdymo tyrimų rezultatai

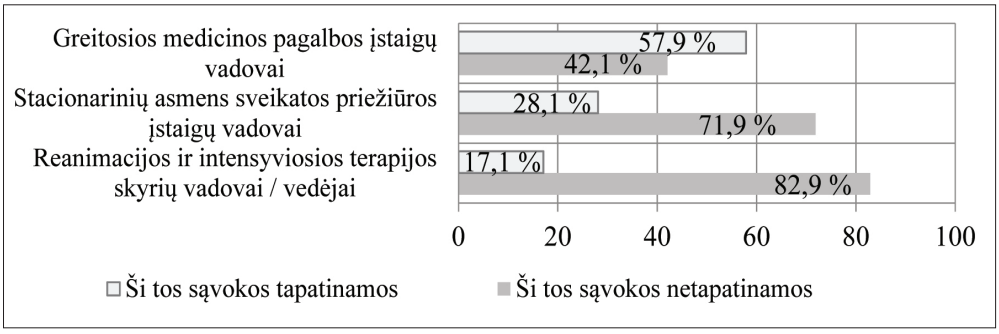
Šioje disertacijos dalyje analizuojami ir apibendrinami SMPS valdymo tyrimo vertinimo rezultatai. Remiantis gautomis užpildytomis apklausos anketomis sistemiškai gauti duomenys, daromos suvestinės, reikalingos duomenims apibendrinti, atliekamas konkrečių veiksnių ir rodiklių vertinimas. Kadangi SMP sistemos valdymas, kaip išanalizuota teorinėje dalyje, yra labai plati sąvoka, todėl sudėtinga atlikti visų jo dedamųjų dalių analizę ir pavaizduoti ją grafiškai. Nuosekli tyrimo veiksmų seka pateikiama 31 paveiksle.

31 pav. Tyrimo veiksmų seka

3.1. Esamos skubios medicinos pagalbos sistemos valdymo situacijos probleminių sričių analizės rezultatai

Pirmame empirinio tyrimo poskyryje identifikuota esamos SPMS valdymo situacija ir probleminės sritys. Šiame poskyryje išanalizuota: kaip vadovai supranta ir traktuoja esmines SMP sąvokas; kaip suprantamas šiuo metu esamas ikistacionarinės SMP teikimo modelis; įvertintas žmogiškųjų išteklių poreikis, išnagrinėjus, kas šiuo metu atlieka pacientų būklės vertinimą įvairiuose paslaugų teikimo lygiuose; ištirta SMP pacientų srautų reguliavimo situacija, nustatant apžiūros laiko, apžiūros protokolų ir pacientų būklės vertinimo standartų egzistavimą; nustatyta pacientų transportavimo į gydymo įstaigas ir tarp gydymo įstaigų situacija, išgrynintos specialistų nuomonės apie šiuo metu aktualias konkrečias SMP valdymo problemines sritis.

Tyrimu buvo siekiama sužinoti respondentų nuomonę, ar sąvoka gyvybiškai *būtina medicinos pagalba* (tai pagalba, reikalinga žmogaus gyvybei gelbėti ir išsaugoti) tapatintina su sąvoka *medicinos pagalba žmogaus sveikatai gelbėti ir išsaugoti*? Respondentų atsakymuose į šį klausimą dominuoja nuomonė, kad šios sąvokos netapačios (69,8 proc.). Likę 30,2 proc. respondentų nemato skirtumo tarp šių sąvokų. Rezultatai nesiskiria statistiškai reikšmingai, atsižvelgiant į respondentų amžių, lytį, stažą, ASPĮ steigėją ir ASPĮ lygmenį, tačiau statistiškai labai reikšmingai skiriasi (χ^2 kriterijus, $p < 0,01$), atsižvelgiant į ASPĮ specialistų tipą (atstovaujamą instituciją ir pareigas) (32 paveikslas).

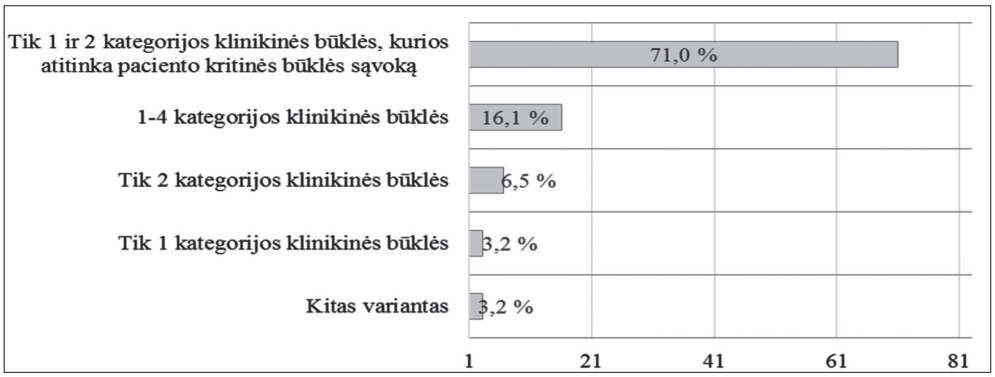


32 pav. Sąvokų *gyvybiškai būtina medicinos pagalba ir medicinos pagalba žmogaus sveikatai gelbėti ir išsaugoti* tapatumo vertinimas atsižvelgiant į ASPĮ specialistų tipą, proc.

Kaip matoma iš pateikto grafiko, nuomonei, jog „Šios sąvokos netapatintinos“, daugiau nei kitų tipų specialistai pritaria Reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyrių (RITS) vadovai / vedėjai (82,9 proc.), kiek mažiau – stacionarinių ASPĮ vadovai (71,9 proc.), mažiausiai pritaria GMP įstaigų vadovai. Net 57,9 proc. GMP vadovų mano, kad šios sąvokos yra tapačios.

Nors GMP paslaugos, kaip ir RITS teikiamos paslaugos, laikomos paslaugomis, skirtomis gyvybei gelbėti ir išsaugoti (TAR, 2014-12-12, 2014-19560), GMP teikia ir tas paslaugas, kurios nepatenka į gyvybei gelbėti ir išsaugoti paslaugų kategoriją. Daugeliu atvejų GMP darbuotojai, vykdami į iškvietimą, negali žinoti, ar atvejis bus susijęs su pavojumi gyvybei ar sveikatai, todėl esminio skirtumo sąvokose nemato, todėl ir nenurodo. Priešingai nei GMP, stacionarinių ASPĮ vadovai, o ypač RITS vadovai, skiria šias sąvokas, kadangi į RITS pacientai patenka tik dėl gyvybei grėsmingų situacijų.

Kitu klausimu buvo siekiama nustatyti, kaip PSPS vedėjai supranta „gyvybiškai būtiną medicinos pagalbą“. PSPS yra ta vieta, į kurią pirmiausia GMP ar patys pacientai kreipiasi dėl SMP, kuri pagal galiojančius teisės aktus (VŽ, 2004, Nr. 160-5860) suskirstyta į 4 kategorijas, detalizuotas pirmoje disertacijos dalyje. Klausimas skirtas tik PSPS vedėjams, kadangi šiame ligoninės padalinyje paciento būklė pagal SMP kategorijas vertinama pirmiausia. Siekta sužinoti nuomonę, ar visos SMP kategorijos, ar tik kai kurios iš jų gali būti traktuojamos kaip gyvybiškai būtina medicinos pagalba. Atsakymų raiška pateikiama 33 paveiksle.

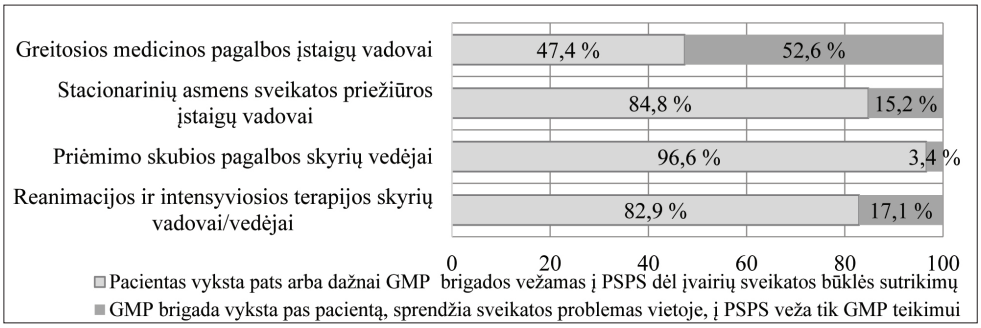


33 pav. SMP kategorijų atitiktis apibūdinant *gyvybiškai būtinos medicinos pagalbos* sampratą, proc.

Kaip matoma iš 33 paveikslo, dominuoja nuomonė, kad tik 1 ir 2 SMP kategorijos klinikinės būklės galėtų atitikti *paciento kritinės būklės* sąvoką. Šiai nuomonei pritaria 71,0 proc. PSPS vedėjų. Rezultatai nesiskiria statistiškai reikšmingai, atsižvelgiant į respondentų amžių, lytį, stažą, ASPĮ steigėją ir ASPĮ lygmenį (χ^2 *kriterijus, p > 0,05*).

Toks rezultatas paaiškina *gyvybiškai būtinos medicinos pagalbos* sampratos svarbą ir iš dalies apibrėžtų šiai sampratai priskirtinas medicininės indikacijas. Šiuo metu įstatymu ar kitu teisės aktu šią sampratą atitinkančios medicininės indikacijos dar nėra įvardytos.

Šiuo metu ikistacionarinė SMP skirtingose šalyse teikiama pagal du skirtingus SMP paslaugų teikimo modelius, kai pirmo modelio atveju gydytojas pats vyksta pas pacientą (prancūzų-vokiečių SMP modelis) ar antru atveju pacientas pats vyksta ar yra vežamas pas gydytoją (anglų-amerikiečių SMP modelis). Aktualu sužinoti, kurį SMP paslaugų teikimo modelį respondentai atpažįsta ar į kurį labiau orientuojamasi Lietuvoje? Respondentų atsakymuose į šį klausimą dominuoja nuomonė (81 proc.), jog „pacientas vyksta pats arba dažnai GMP brigados vežamas į PSPS dėl įvairių sveikatos būklės sutrikimų“. Šitoks atsakymas atitinka anglų-amerikiečių modelį. Kiti 19 proc. respondentų mano, kad šiuo metu „GMP brigada vyksta pas pacientą, sprendžia sveikatos problemas vietoje, į PSPS veža tik SMP suteikti“. Šis atsakymas atitinka prancūzų-vokiečių modelį. Šių atsakymų rezultatai nesiskiria statistiškai reikšmingai, atsižvelgiant į respondentų amžių, lytį, stažą, ASPĮ steigėją ir ASPĮ lygmenį, tačiau statistiškai labai reikšmingai skiriasi (χ^2 kriterijus, $p < 0,01$) atsižvelgiant į ASPĮ specialistų tipą: nuomonei, jog „pacientas vyksta pats arba dažnai GMP brigados vežamas į PSPS dėl įvairių sveikatos būklės sutrikimų“ statistiškai labai reikšmingai dažniau nei kitų tipų specialistai pritaria PSPS vedėjai, rečiausiai pritaria GMP įstaigų vadovai (34 paveikslas).

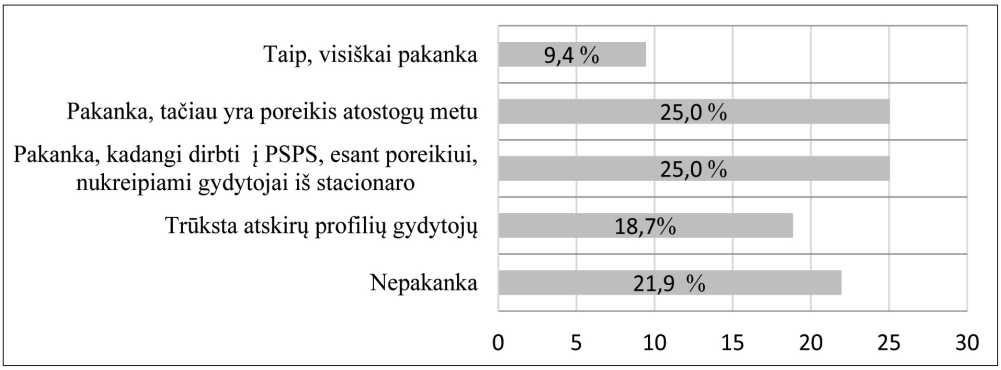


34 pav. Nuomonių dėl ikistacionarinės pagalbos paslaugų teikimo modelio, šiuo metu vyraujančio Lietuvoje, skirstinys atsižvelgiant į ASPĮ specialistų tipą, proc.

Nuomonei, kad pacientas vyksta pats arba dažnai GMP brigados vežamas į PSPS dėl įvairių sveikatos būklės sutrikimų, stipriai pritaria ir ASPĮ vadovai (84,8 proc.) bei RITS vadovai / vedėjai (82,9 proc.). GMP vadovų nuomonės dėl vyraujančio ikistacionarinės pagalbos modelio išsiskyrė beveik tolygiai perpus (47,4 ir 52,6 proc.). Skirtinguose Lietuvos regionuose yra skirtinga GMP paslaugų teikimo praktika, kuri priklauso ir nuo šeimos gydytojo institucijos veiklos aktyvumo tame regione ar rajone bei stacionaro PSPS veiklos atitinkamame regione. PSPS vedėjų ir GMP vadovų nuomonės gali skirtis ir todėl, kad PSPS vedėjai neturi informacijos apie tai, kiek GMP tarnybos bendrai suteikia paslaugų ir kokia dalis iš jų lieka namuose.

Analizuojant atsakymų duomenis apie ikistacionarinės pagalbos modelį, daugiau kaip keturi penktadaliai respondentų (81 proc.) mano, kad šiuo metu pacientas vyksta pats arba dažnai GMP brigados vežamas į PSPS dėl įvairių sveikatos būklės sutrikimų. Toks pasirinkimas atitinka anglų-amerikiečių modelį. Taip yra neatsitiktinai, kadangi pastaruoju metu stebimas ryškus GMP gydytojų etatų skaičiaus sumažėjimas, didžioji dalis pacientų, kuriems teikiamos SMP paslaugos, nuvežami į PSPS, nors stacionarizuojamų ligonių skaičius 2000–2014 m. sumažėjo daugiau nei perpus. Kita vertus, būtinosios pagalbos apimtys, lyginant 2001 m. su 2014 m., priėmimo skubios pagalbos skyriuose išaugo net 4 kartus, apsilankiusių pacientų skaičius 2014 m., palyginus su 2001 m., padidėjo 5,9 karto. Todėl, vertinant statistinius sveikatos duomenis ir respondentų atsakymų duomenis, galima teigti, kad šiuo metu Lietuvoje yra vyraujantis anglų-amerikiečių ikistacionarinės pagalbos teikimo modelis.

Daugelio šalių tyrėjai teigia, kad dėl ribotų išteklių, skiriamų sveikatos priežiūrai, ir kitų priežasčių, išanalizuotų teorinėje dalyje, PSPS nepakanka gydytojų. Respondentų atsakymuose dominuoja nuomonės, kad „pakanka, tačiau yra poreikis atostogų metu“ ir „pakanka, kadangi dirbti į PSPS, esant poreikiui, nukreipiami gydytojai iš stacionaro“. Visų atsakymų raiška procentais pateikiama 35 paveiksle.



35 pav. Gydytojų poreikis PSPS, proc.

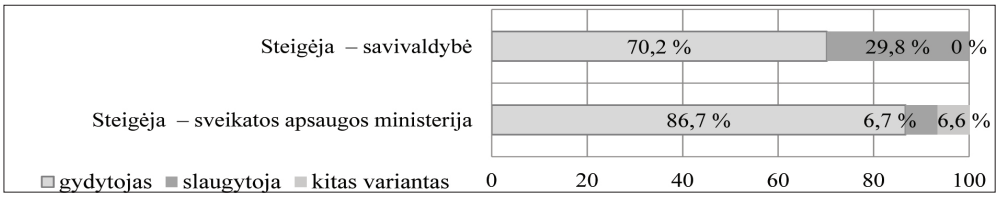
Rezultatai nesiskiria statistiškai reikšmingai atsižvelgiant į visus sociodemografinius respondentų parametrus – amžių, lytį, stažą, ASPĮ steigėją, ASPĮ lygmenį ir ASPĮ specialistų tipą (χ^2 *kriterijus, p > 0,05*). Didžioji dalis respondentų (59,4 proc.) nurodo, kad gydytojų PSPS pakanka arba pakanka su dalinėmis išlygomis. Daugiau nei penktadalis respondentų (21,9 proc.) nurodė, kad gydytojų PSPS nepakanka nuolat. Iš nurodytų 21,9 proc. atvejų labiausiai trūksta gydytojų dirbti PSPS respublikos lygmens ASPĮ (26,7 proc.), mažiau regiono (23,5 proc.) ir rajono (20,7 proc.) ASPĮ.

Dalinis gydytojų trūkumas gali būti susijęs su gana dideliais reikalavimais priėmimo skyriuje dirbantiems gydytojams tiek iš ligoninės administracijos (didelės profe-

sinės pastangos, geras teisinės bazės išmanymas, konfliktų valdymas ir kt.), tiek ir iš visuomenės (dėmesingumas, rūpestingumas, paslaugos teikimas laiku) ir dėl kitų, taip pat ir asmeninių, priežasčių. Gydytojų trūkumo priežastis yra siauros specialybės gydytojų nenoras ar ne prestižas po ilgų rezidentūros metų dirbti PSPS, taip pat dažnos stresinės ir konfliktinės situacijos, dažniausiai ne dėl medicininių, bet dėl socialinių problemų, kurių medikai nesugeba ir nelinkę spręsti, bei kitų priežasčių.

Gydytojų trūkumas, ypač atskirų specialybių (neurologų, oftalmologų, dermatologų ir kt.), jau dabar darosi problema, nors pagal bendrą gydytojų skaičių (tam tikram skaičiui gyventojų) Europos kontekste jų dar nėra per mažai. Galima teigti, kad Lietuvoje PSPS gydytojų trūkumo nėra, nebent iš dalies vasaros atostogų metu. Ši problema sprendžiama nukreipiant stacionaro gydytojus laikinai dirbti į PSPS, kadangi PSPS gali dirbti visų profilių gydytojai, turintys medicinos gydytojo licenciją. Gydytojų nukreipimas iš stacionaro skyrių į PSPS vasaros atostogų metu atitinka užsienio mokslininkų siūlomus eilių mažinimo sprendimus gydytojų atostogų metu.

Pacientai, kurie kreipiasi į PSPS, tikisi, kad jų sveikatos sutrikimas čia bus greitai nustatytas ir suteikta reikiama pagalba. Pagal galiojančius teisės aktus, paciento būklės vertinimą PSPS gali atlikti tik gydytojas. Tirta reali situacija, kokie specialistai PSPS atlieka pirminį paciento būklės vertinimą, ar nepavedama slaugytojams atlikti šių funkcijų, o jei pavedama, tai kokio tipo ligoninėse? Dominuoja nuomonė, jog daugeliu atvejų (74,6 proc.) tai atlieka gydytojas, beveik visais kitais likusiais atvejais atlieka slaugytojas (23,8 proc.). Atsakymų į šį klausimą rezultatai nesiskiria statistiškai reikšmingai, atsižvelgiant į visus sociodemografinius respondentų parametrus (χ^2 *kriterijus, p > 0,05*), išskyrus ASPĮ steigėją: nuomonei, jog gydytojas šiuo metu PSPS atlieka pirminį paciento būklės vertinimą, statistiškai reikšmingai dažniau pritaria įstaigų specialistai, kurių steigėjas yra SAM, rečiau pritaria įstaigų specialistai, kurių steigėjas savivaldybė (χ^2 *kriterijus, p < 0,05*) (36 paveikslas).



36 pav. Nuomonių dėl PSPS specialist*ų, atliekančių* pirminį paciento būklės vertinimą savivaldybių ir SAM pavaldumo ASPĮ, skirstinys, proc.

Ši diagrama rodo, kad net apie trečdalyje savivaldybėms pavaldžių ASPĮ PSPS pirminį pacientų būklės vertinimą jau šiuo metu atlieka slaugytojai. Analizuojant atsakymų rezultatus pagal ASPĮ lygmenį, pirminį paciento būklės vertinimą dažniausiai

atlieka gydytojai respublikos lygmens ligoninėse (80,0 proc.), šiek tiek mažiau – rajono (75,9 proc.) ir mažiausiai – regiono lygmens ligoninėse (70,6 proc.). Atitinkamai slaugytojai šiuos veiksmus dažniausiai atlieka regiono (29,4 proc.), mažiau rajono (24,1 proc.) ir mažiausiai respublikos (12,3 proc.) lygmens ligoninėse.

Atsakymuose pagal respondentų tipus PSPS vedėjai ir stacionarinių ASPĮ vadovai nurodo panašius duomenis. Kad gydytojai atlieka pirminį paciento būklės vertinimą, PSPS vedėjai nurodo 74,2 proc. atvejų, stacionarinių ASPĮ vadovai – 75 proc. atvejų. Kad slaugytojai atlieka pirminį paciento būklės vertinimą, atitinkamai nurodo 25,8 proc. ir 21,9 proc. apklaustųjų.

Vertinant šiuos duomenis, galima daryti prielaidą, kad jau šiuo metu net trečdalyje regionų ligoninių ir kiek mažiau rajono ir respublikos lygmens ligoninių slaugytojai atlieka pirminį pacientų būklės vertinimą, nors teisės aktais tokia veikla nėra reglamentuota. Taip yra dėl santykinio gydytojų trūkumo paskirų regionų ar rajonų ligoninėse. Kita vertus, galimai slaugytojų patirtis ir įgūdžiai leidžia atlikti šiuos veiksmus, tik juos būtų tikslinga teisiškai įtvirtinti. Lietuvoje, pagal galiojančius teisės aktus, paciento būklės vertinimą gali atlikti tik gydytojas, todėl svarbu pasvarstyti, ar šios funkcijos nebūtų galima patikėti slaugytojams, atsižvelgiant į tai, kad slaugytojų rengimas, darbinė patirtis ir praktika vysto savybes, kurios slaugytojui leidžia situaciją vertinti greitai ir nepriklausomai. Apie trečdalis respondentų nurodo, kad jau šiuo metu slaugytojos iš dalies atlieka paciento būklės vertinimą, netiesiogiai rodo bręstantį, o kai kuriuose regionuose – ir esamą gydytojų trūkumą. Šią funkciją bent iš dalies patikėjus slaugytojams, sumažėtų gydytojų trūkumas kai kurių regionų ligoninėse. Nors gauti rezultatai rodo slaugytojų atliekamo pacientų būklės vertinimo PSPS poreikį, tačiau kartu būtina atsižvelgti į galimus sunkumus. Mokslininkų atlikti tyrimai rodo, kad slaugytojai, susiduriantys su ūmių būklių pacientų pirminiu vertinimu, remiasi žiniomis, gebėjimu galvoti kritiškai, socialiniu kontekstu, intuicija ir pacientų elgesio interpretavimu. Šie tyrimai verčia susimąstyti apie dėl šių ypatybių galinčius kilti sunkumus, todėl užsienio autoriai (Odel ir kt., 2009; Edwards, Shines, 2008) teigia, kad tuomet būtina atskirai rengti arba apmokyti slaugytojus naudotis Skubos ir pirmumo vertinimo skalėmis, nes tai gali padėti ne tik padidinti slaugytojo kompetenciją, bet ir jam išvengti klaidų (Vatnoy ir kt., 2012).

Pacientai, vertindami paslaugų kokybę, dažnai skundžiasi, kad paslaugos buvo suteiktos ne laiku ar ne taip greitai, kaip tikėjosi. Kaip dalį šios problemos sprendimo Australijos sveikatos reformos vykdytojai pateikė Nacionalinės sveikatos priežiūros tarnybos (*National Health Service*) 2001 m. nustatytu uždaviniu, pavadintu „4 valandų taisyklė“. Ši taisyklė siūlo, kad 98 proc. PSPS pacientų būtų stacionarizuoti arba išleisti per 4 val. nuo jų atvykimo (Jones, Schimanski, 2010). Deja, bet Lietuvos mokslininkų ar tyrėjų darbų apie pacientų supratimą, pageidavimą ar įsivaizdavimą, per kiek laiko jie turėtų būti aptarnauti priėmimo skyriuje, nėra atlikta. Tyrimu siekiama nustatyti, ar yra patvirtinti kokybiniai pacientų apžiūros laiko rodikliai PSPS pagal atskirus pagalbos teikimo etapus? Disertacijos teorinėje dalyje šie laikai įvardyti „lau-

kimo PSPS laikas“, „stacionarizavimo laikas“ ir „apsilankymo PSPS laikas“. Į šiuos laiko terminus turėtų orientuotis medicinos personalas, teikiantis paslaugas PSPS, ir administratoriai, vertindami teikiamų paslaugų kokybę. Šiame klausime išskirtos laiko kategorijos, kurias galima nustatyti iš medicininės dokumentacijos, tačiau teisės aktais reglamentuota tik SMP teikimo pradžia pagal SAM patvirtintas keturias kategorijas, tai reiškia, kad yra patvirtintas tik „laukimo PSPS laikas“.

Atsakymų dėl gydytojo pirminės apžiūros (laukimo PSPS laiko), stacionarizavimo ir ambulatorinės konsultacijos baigimo laiko (apsilankymo PSPS laiko) rezultatai nesiskiria statistiškai reikšmingai, atsižvelgiant į visus sociodemografinius respondentų parametrus (χ^2 kriterijus, $p > 0,05$).

Dominuoja nuomonės, kad yra patvirtintas laukimo PSPS laikas ir stacionarizavimo laikas, tačiau nėra patvirtintas apsilankymo PSPS laikas. 90,5 proc. respondentų atsakė, kad laukimo PSPS laikas yra patvirtintas. Šis laikas reglamentuotas SAM įsakymu. Tačiau beveik dešimtadalis dalyvių, organizuodami būtinąją pagalbą, šiuo įsakymu nesivadovauja. Daugiausia (13,3 proc.) iš neigiamai atsakiusių respondentų yra respublikos lygmens atstovai.

67,7 proc. respondentų atsakė, kad yra patvirtintas stacionarizavimo laikas. Atkreiptinas dėmesys, kad teisės aktais šis laikas nėra reglamentuotas, tačiau ASPĮ šį laiką gali pasitvirtinti pačios. Matyt, ASPĮ atstovai, atsakę į klausimą teigiamai, savo įstaigose turi patvirtintą stacionarizavimo laiką. Likusieji 30,6 proc. atstovų atsakė neigiamai, kiti (1,6 proc.) negalėjo atsakyti į šį klausimą. Iš teigiamai atsakiusiųjų daugiausia buvo rajono lygmens atstovų (75,9 proc.), mažiausiai respublikos lygmens (57,1 proc.).

Beveik trečdalis respondentų (29 proc.) nurodė, kad turi patvirtintą apsilankymo PSPS laiką. Daugiau nei du trečdaliai apklaustųjų (66,1 proc.) nurodė, kad toks laikas ASPĮ vadovų nėra patvirtintas. Apsilankymo PSPS laikas nėra nustatytas teisės aktais. Atkreiptinas dėmesys, kad laikotarpis PSPS gali užtrukti, jei atliekami tyrimai, konsultuoja keli specialistai ir dėl kitų priežasčių. Pagal ASPĮ lygmenis beveik vienodai (31,0 proc. – 26,7 proc.) visi respondentai teigia, kad apsilankymo PSPS laikas yra patvirtintas. Tai leidžia daryti prielaidas, kad šiose įstaigose skiriamas didesnis dėmesys teikiant SMP paslaugas, nei tai šiuo metu reglamentuoja teisės aktai. A. Sayahas ir kt. (2014) nuomone, ilgas paciento buvimas PSPS gali būti vertinamas kaip neefektyvus ir nenašus šio skyriaus darbas. Net ir tuo atveju, jei pacientas laukia, kol bus stacionarizuotas ar kol gaus gydytojo išrašą po apžiūros ir suteiktos pagalbos, jo pasitenkinimas suteiktomis paslaugomis gali sumažėti, o sveikatos išeitys net pablogėti.

Šiuo metu Valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo kiekybiniai ir kokybiniai rodikliai yra nustatyti LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatyme (TAR, 2016-07-14, 2016-20556) ir apima šias pozicijas: finansinis įstaigos veiklos rezultatas; įstaigos finansinių įsipareigojimų dalis nuo metinio įstaigos biudžeto; įstaigos sąnaudų darbo užmokesčiui dalis; įstaigos sąnaudų valdymo išlaidoms dalis; papildomų finansavimo šaltinių pritraukimas; pacientų pasitenkinimo įstaigos

teikiamomis paslaugomis lygis ir pacientų skundų tendencijos; kokybės vadybos sistemos diegimo ir vystymo laipsnis; darbuotojų kaitos įstaigoje rodiklis; paslaugų teikimo dinamika pagal SAM nustatytas paslaugų grupes; informacinių technologijų diegimo ir vystymo lygis (pacientų registracijos elektroninė sistema, įstaigos interneto svetainė, darbuotojų darbo krūvio apskaita ir kita); įstaigoje taikomos kovos su korupcija priemonės; dalyvavimo, įgyvendinant Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis finansuojamas atitinkamų ligų prevencijos priemonių, atrankinės patikros, ankstyvosios diagnostikos programas, mastas; lovos užimtumo rodikliai; brangių tyrimų dinamika. Tik du rodikliai yra orientuoti į paslaugų laukimo ar suteikimo laiką:

- vidutinė stacionarizuotų pacientų gydymo trukmė įstaigoje pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytas paslaugų grupes;
- vidutinis laikas nuo paciento kreipimosi į įstaigą asmens sveikatos priežiūros paslaugai gauti momento iki paskirto paslaugos gavimo laiko pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytas paslaugų grupes.

Nustatyti ir kiti papildomi rodikliai, taikomi tik stacionarias sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms gydymo įstaigoms, yra įtvirtinti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakyme Nr. V-1073 (VŽ, 2012, Nr. 141-7287). Šiame įsakyme įtvirtinta 15 papildomų rodiklių: vidutinė gydymo trukmė; dienos chirurgijos paslaugų dalis; operacinės užimtumo vidurkis; Cezario pjūvių dažnis; mirštamumas aktyvaus gydymo asmens sveikatos priežiūros įstaigoje metu; pragulų išsivystymo laipsnis; infekcijų kontrolės užtikrinimo lygis; pacientų pasitenkinimo lygis; periodinės infekcijų ir jų rizikos veiksnių epidemiologinės priežiūros užtikrinimo lygis; antibiotikams atsparių mikroorganizmų paplitimo stebėsenos užtikrinimo lygis; vaistinių preparatų nuo infekcijų skyrimo pagrįstumo užtikrinimo lygis; nepageidaujamų įvykių registravimo ir analizės plėtros apimtis; naujagimiams palankių sąlygų užtikrinimo lygis; miokardo infarkto diagnostikos ir gydymo tinkamumo užtikrinimo lygis; personalo rankų higienos užtikrinimo lygis. Šiame rodiklių sąraše nėra nė vienos pozicijos, atskleidžiančios paslaugų teikimo kokybę PSPS. Gauti rezultatai rodo poreikį į **kokybinius veiklos vertinimo rodiklius** įtraukti šį paslaugų suteikimo laiką: *apsilankymo PSPS laikas; stacionarizavimo laikas; paguldymo į skyrių laikas*. Šio paslaugų suteikimo laiko trukmę siūloma įvardyti bendru rodikliu: **SMP paslaugų suteikimo trukmė**.

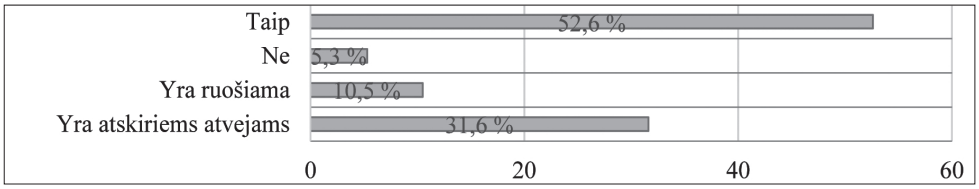
Daugelyje šalių, siekiant įvertinti pirminę paciento būklę arba nustatyti pagalbos pirmumą, naudojami įvairūs klausimynai, vertinimo skalės ir pan. SAM tokių klausimynų nėra patvirtinta, tačiau ASPĮ nėra uždrausta naudoti tokius klausimynus ar vertinimo skales darbui palengvinti. Siekta nustatyti, ar gydymo įstaigose yra patvirtinti tokio pobūdžio klausimynai pacientams?

Atsakymuose dominuoja nuomonė, kad PSPS neturima patvirtintų pirminio paciento būklės vertinimo klausimynų (52,4 proc.), tačiau apie trečdalis ASPĮ atstovų (39,7 proc.) tokius klausimynus teigia turintys. Rezultatai statistiškai reikšmingai ne-

siskiria, atsižvelgiant į visus sociodemografinius respondentų parametrus (χ^2 *kriterijus, p > 0,05*). Šis klausimas buvo pateiktas tik PSPS vedėjams.

Mokslinės literatūros duomenimis, viena iš dažniausiai naudojamų ir veiksmingiausių priemonių atrenkant pacientus, kuriems reikalinga SMP ir kuriem gali palaukti, yra būtent pagalbos pirmumo nustatymo skalės. Tokių skalių – klausimynų – buvimas PSPS yra pozityvus žingsnis, įrodantis, kad jau yra poreikis standartizuoto paciento būklės vertinimo ir kai kurios gydymo įstaigos tokiomis priemonėmis naudojasi. **PSPS pagalbos pirmumo nustatymo skalių naudojimas galėtų būti vienas iš pamatuojamų kokybinių veiklos vertinimo rodiklių.**

GMP tarnybos darbuotojai dėl laiko pagalbai teikti ir personalo išteklių trūkumo bei technologijų pritaikymo galimybių negali iš karto tiksliai nustatyti diagnozės ir skirti gydymo ligos ar traumos ištiktam asmeniui, tačiau pasikartojančių ar kritinių gyvybei atvejų metu skubią medicinos pagalbą galima teikti pagal atitinkamai būklei skirtus protokolus. Ikistacionarinės pagalbos protokolų rengimo būklė GMP pateikiama 37 paveiksle.



37 pav. Ikistacionarinės pagalbos protokolų rengimo būklė GMP, proc.

Atsakymuose dominuoja nuomonė, kad tokie protokolai yra (52,6 proc.). Beveik trečdalis apklaustų respondentų (31,6 proc.) atsakė, kad tokie protokolai yra atskiriems atvejams, dažniausiai pasikartojančioms ar kritinėms būklėms vertinti. Tačiau GMP protokolų, bendrų su ligoninės PSPS, daugeliu atvejų (89,5proc.) nėra, rezultatai nesiskiria statistiškai reikšmingai, atsižvelgiant į visus sociodemografinius respondentų parametrus (χ^2 *kriterijus, p > 0,05*).

Atsakymai patvirtina esamą situaciją dėl SMP kategorijos žymėjimo medicinos dokumentuose: PSPS paciento būklės sunkumas ir pagalbos teikimo skubumas vertinamas pagal SMP kategorijas (įsakyme (VŽ, 2004, Nr. 55-1915; Nr. 134-4882) GMP atlieka pacientų būklės sunkumo skirstymą pagal kitą tvarką (VŽ, 2012, Nr. 131-6618). Nors GMP paslaugos laikomos paslaugomis, skirtomis gyvybei gelbėti ir išsaugoti (TAR, 2014-12-12, 2014-19560), tačiau GMP neturi pareigos GMP palydimajame lape žymėti SMP kategorijos. Nesant GMP ir PSPS bendrų reikalavimų, standartizuotų skalių ar protokolų pagalbos pirmumo ir skubos nustatymui vertinti, pacientų pagalbos pirmumo vertinimo aiškumo trūkumas kelia nesutarimų tarp GMP ir PSPS darbuotojų.

Pastaruoju metu GMP teikiamų paslaugų apimtims didelę įtaką turi ne tik paciento būklė, bet ir paciento reikalavimai, kurie ne visada būna pagrįsti. Kad pacientai reikalauja juos vežti į ligoninę, teigiamai atsakė 94,7 proc. GMP atstovų.

Pagal SAM nustatytą tvarką (TAR, 2015-08-31, 2015-13193), GMP dispečeriai atlieka iškvietimų rūšiavimą ir iškvietimą priskiria atitinkamai reagavimo kategorijai. Pagal iškvietimų tipą atidedamam iškvietimui ir pagal reagavimo kategoriją antrai kategorijai priskiriami iškvietimai, kai paciento sveikatos būklė nėra pavojinga gyvybei ir kai būtinoji medicinos pagalba nereikalinga, tačiau pacientas arba artimieji kategoriškai reikalauja atvykti. Pacientai, kurie reikalauja būti nuvežti į PSPS, dažniausiai po gydytojo apžiūros PSPS nėra priskiriami kuriai nors SMP kategorijai, tačiau motyvuodami tuo, kad yra atvežti GMP, reikalauja būti paguldomi į stacionarą arba atsisako mokėti už suteiktas paslaugas, nors pagal sveikatos būklę negali būti priskirti nė vienai iš SMP kategorijų ir už paslaugas turėtų sumokėti. Užsienio mokslininkų duomenimis, pacientai, be indikacijų atvykę ar atvežti į PSPS, dirbtinai ilgina laukimo laiką kitiems pacientams.

Tyrimo metu respondentų teirautasi, ar GMP brigadoms tenka transportuoti pacientus skubiai medicinos pagalbai teikti tarp ligoninių. Didžioji dalis apklaustųjų (89,5 proc.) atsakė, kad tokį transportavimą atlieka. *Galima teigti*, kad GMP brigados yra plačiai naudojamos pacientams transportuoti tarp ligoninių.

Buvo siekiama nustatyti, ar yra kriterijų, o jei yra, ar jie yra aiškūs, pagal kuriuos orientuojasi GMP, į kurią stacionarines paslaugas teikiančią ASPĮ reikia vežti pacientus dėl SMP teikimo? Atsakymuose dominuoja nuomonė (78,9 proc.), kad GPM turi patvirtintus kriterijus, tačiau daugiau nei penktadalis (21,1 proc.) respondentų teigia, kad jų nėra arba jie yra nepakankami.

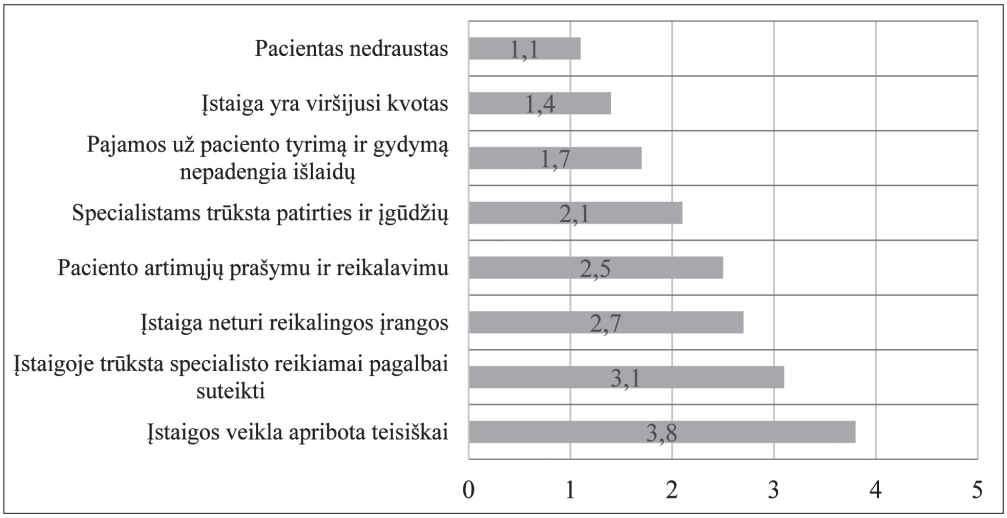
Įgyvendinant trečią sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo programą (VŽ, 2009, Nr. 150-6713), iš dalies šie kriterijai yra nustatyti SAM įsakymu (VŽ, 2010, 21-1010), reglamentuojančiu pacientų siuntimą į atitinkamo lygmens sveikatos priežiūros įstaigas stacionarinėms skubioms ir planinėms paslaugoms gauti. SAM įsakymais (TAR, 2014-00358, 2014-01758) taip pat numatyta pacientų transportavimo GMP insulto ir miokardo infarkto atvejais tvarka. Tačiau iš pateiktų atsakymų *galima daryti prielaidą*, kad teisiniai dokumentai nepakankamai aiškiai reglamentuoja, kur pacientas turi būti transportuojamas, nepakankamai veikia tarpstacionarinio transportavimo sistema. Esamas teisinis reglamentavimas ne visiškai atitinka GMP ir stacionarinių ASPĮ paslaugų teikimo galimybes. Be to, nereglamentuotas pacientų transportavimas tyrimams atlikti arba skubios medicinos pagalbos (kurios dalis yra skubios ambulatorinės paslaugos) paslaugoms suteikti į kitas ligonines arčiausiai pacientui esančių ligoninių nedarbo metu (kai neteikiamos atitinkamo specializuoto profilio paslaugos), taip pat atgalinis paciento transportavimas.

Didžioji dalis respondentų (86,9 proc.) išsakė pacientų transportavimo į kitas ligonines poreikį. Nors rezultatai statistiškai reikšmingai nesiskiria, atsižvelgiant į visas respondentų sociodemografines charakteristikas – amžių, lytį, darbo stažą, SPĮ steigėją, ASPĮ specialistų

tipą ir ASPĮ lygmenį (χ^2 *kriterijus, p > 0,05*), tačiau yra panašūs į ankščiau pateiktų GMP vadovų atsakymų rezultatus dėl pacientų transportavimo tarp gydymo įstaigų. Rezultatai dėl tarpstacionarinio transportavimo poreikio pagal įstaigų lygmenį (rajono, regiono, respublikos) atrodo labai panašūs. Didžiausiais pacientų transportavimo poreikis yra nurodomas rajono lygmens ligoninėse – 89,7 proc., šiek tiek mažesnis regiono ligoninėse – 86,4 proc., mažiausias respublikos lygmens ligoninėse – 78,6 proc. Tikėtina, kad respublikos lygmens ligoninės dažniausiai vykdo tretinį tarpstacionarinį transportavimą.

Galima teigti, kad trijų pastarųjų klausimų atsakymų rezultatai siejasi tarpusavyje – ASPĮ poreikis transportuoti pacientus yra gana didelis, GMP tokį transportavimą tarp stacionarinių ASPĮ atlieka gana dažnai.

Galimos įvairios priežastys, dėl kurių pacientus tenka transportuoti iš vienos gydymo įstaigos į kitą. Kartais šios priežastys atrodo dirbtinai sukurtos. Transportavimo tarp gydymo įstaigų priežasčių atsakymų vidurkiai balais pateikiami 38 paveiksle.



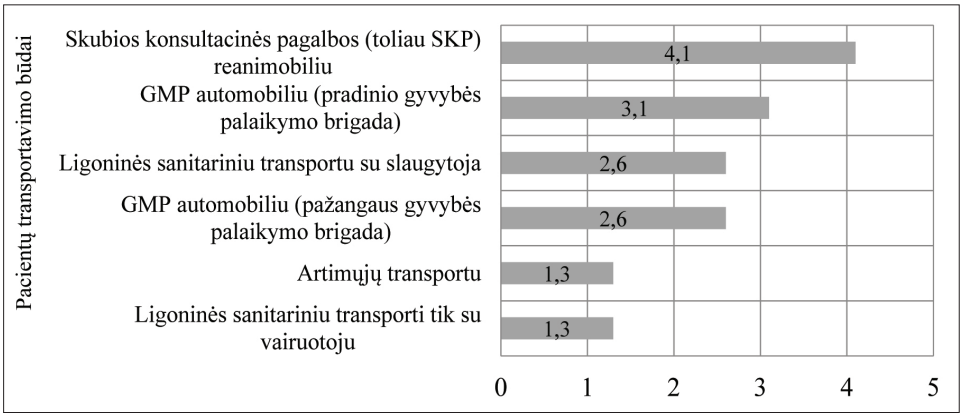
38 pav. Transportavimo tarp gydymo įstaigų priežasčių pagal dažnumą vertinimo vidurkiai, balais

Dauguma respondentų pagrindine tarpstacionarinio transportavimo priežastimi įvardijo teisiškai apribotą įstaigos veiklą (šis atsakymas atitinka didžiausią vertinimo vidurkį: *3,8±1,94SD*). Šio atsakymo vidurkis statistiškai labai reikšmingai didesnis, lyginant su likusių atsakymų vidurkiais (*t-testas priklausomoms imtims, p < 0,01*). Antra transportavimo tarp ligoninių priežastis yra specialistų trūkumas. Rezultatai nesiskiria statistiškai reikšmingai atsižvelgiant į respondentų amžių, ASPĮ lygmenį, ASPĮ specialistų tipą, tačiau skiriasi statistiškai reikšmingai (χ^2 *kriterijus, p < 0,05*) atsižvelgiant į lytį ir ASPĮ steigėją. Moteriškos lyties apklausos dalyvės 66,7 proc. atvejų mano, kad

pagrindinė tarpstacionarinio transportavimo priežastis yra teisiškai apribota įstaigos veikla. Vyriškos lyties respondentai tam pritaria mažiau (36,7 proc.). Didžioji dalis ASPĮ atstovų (74,5 proc.), kurių steigėjas yra savivaldybė, neigia, kad priežastis, dėl ko dažnai tenka transportuoti pacientus į kitas ligonines, yra ta, jog pajamos už paciento tyrimą ir gydymą nepadengia išlaidų. Mažiau šiai nuomonei pritaria respondentai, kurių įstaigų steigėjas yra Sveikatos apsaugos ministerija (38,5 proc.). Šių įstaigų atstovai vis dėlto dažniau mano, kad rajono ligoninės linkusios transportuoti pacientus į kito pavaldumo ASPĮ, jei reikia detalesnio ir brangesnio tyrimo ar gydymo. Kaip atskiros nuomonės įvardytos šios dažno transportavimo priežastys: „Tik tada, kai būklė leidžia, o reikia specializuotos pagalbos, kuriai nėra licencijos“, „Neteikia reikiamo profilio paslaugų (įstaiga)“, jos neišsiskiria reikšmingumu iš bendro priežasčių sąrašo.

Galima teigti, kad didžiausią pacientų transportavimo paslaugų poreikį kelia ne staigus kritinės būklės pacientų pagausėjimas, įrangos ar personalo trūkumas, o su vykdoma regionalizacija ir paslaugų centralizavimu susiję procesai. Tyrimo rezultatų duomenys atitinka ir užsienio autorių pateikiamus duomenis (Lieshout ir kt., 2008; Gray ir kt., 2004), kiti autoriai labiau akcentuoja ne klinikines priežastis, o technines, procedūrines tyrimo priežastis: lovų trūkumą, nepakankamą personalo skaičių, kitą paciento gyvenamąją geografinę vietovę nei gydymo įstaigos vieta (Warren, 2004, p. 256).

Atsižvelgiant į paciento būklę, SMP paslaugas teikiančią ligoninę ar kitus veiksnius, galimi įvairūs pacientų transportavimo būdai, kurie skiriasi transportavimo greičiu, paciento saugumu ir SMP teikimo galimybėmis transportavimo metu. Dažniausiai naudojamų transportavimo būdų raiška pateikiama 39 paveiksle.



39 pav. Pacientų transportavimo tarp gydymo įstaigų būdų vertinimo vidurkiai, balais

Iš pateikto grafiko matyti, kad didžioji dalis gydymo įstaigų pacientams transportuoti renkasi skubios konsultacinės pagalbos reanimobilį (*vertinimo vidurkis balais*

4,1±1,25SD). Šio atsakymo vidurkis (išreikštas balais) statistiškai labai reikšmingai didesnis, lyginant su likusių atsakymų vidurkiais (*t-testas priklausomoms imtims, $p < 0,01$*). Rezultatai nesiskiria statistiškai reikšmingai, atsižvelgiant į respondentų amžių, lytį, ASPĮ steigėją, tačiau skiriasi statistiškai reikšmingai (χ^2 kriterijus, $p < 0,05$) arba statiškai labai reikšmingai (χ^2 *kriterijus, $p < 0,01$*) atsižvelgiant į respondentų stažą, ASPĮ lygmenį ir ASPĮ specialistų tipą. Kaip matyti 39 išpaveiksle, nemažas skaičius transportavimo atvejų atliekama GMP pradinio gyvybės palaikymo brigadų ir ligoninės sanitariniu transportu su slaugytoja.

Kaip tinkamiausiam pacientų transportavimo būdui SKP reanimobiliu daugiausia pritarė (59,1 proc.) 11–20 metų stažą turintys respondentai, kiek mažiau (53,1 proc.) – daugiau nei 20 metų ir mažiausiai (tačiau 50 proc. atvejų) – 5–10 metų darbo stažą turintys respondentai (rezultatai skiriasi statiškai labai reikšmingai (χ^2 *kriterijus, $p < 0,01$*).

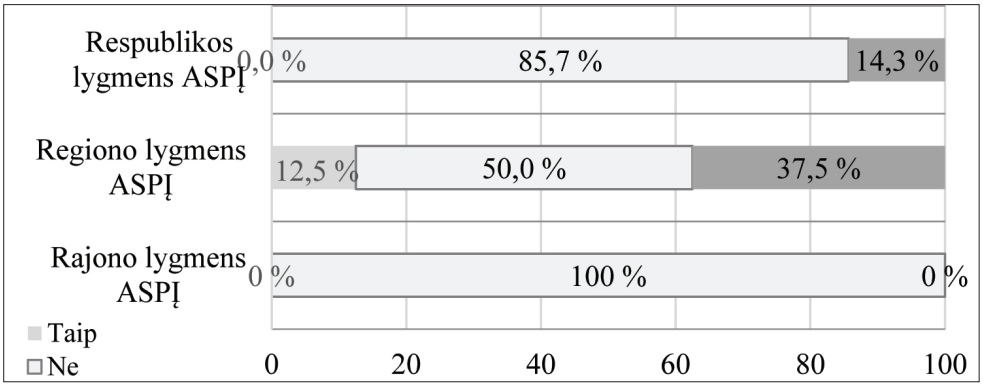
Analizuojant atsakymų duomenis pagal ASPĮ lygmenis, kaip rečiausią transportavimo būdą, kai pacientas transportuojamas artimųjų transportu, nurodo visi atstovai (66,1 proc.). Šie rezultatai nuo kitų skiriasi statistiškai reikšmingai (χ^2 *kriterijus, $p < 0,05$*). Rečiausiai tokiu būdu transportuojami pacientai iš respublikos ligoninių lygmens (72,7 proc.), nedaug dažniau – iš rajono ligoninių lygmens (70,4 proc.), dažniausiai – iš regiono ligoninių lygmens ASPĮ (55,6 proc.). Kaip netinkamą transportavimo būdą artimųjų transportu (χ^2 *kriterijus, $p < 0,01$*) nurodo ir respondentai pagal tipus (iš viso 66,1 proc.). Labiausiai tokiam pacientų transportavimo būdui nepritaria reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyrių vedėjai / vadovai (78,6 proc.), mažiau tam pritaria stacionarinių ASPĮ vadovai (53,6 proc.). Kaip nedažnai taikytiną pacientų transportavimo būdą reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyrių vedėjai / vadovai nurodo paciento transportavimą GMP automobiliu (pradinio palaikymo brigada) (34,5 proc.). Priešingai nurodo stacionarinių ASPĮ vadovai, kurie šį būdą kaip labai dažną pateikia 41,4 proc. atvejų. Šie rezultatai skiriasi statistiškai reikšmingai (χ^2 *kriterijus, $p < 0,05$*).

Šie duomenys atitinka ir duomenis užsienio autorių, kurie teigia, kad transportavimui tikslingiausia pasirinkti specializuotas transportavimo komandas ir tinkama įranga aprūpintus reanimobilius. Airijos intensyviosios priežiūros draugija, Amerikos intensyviosios medicinos tarybos gairės nurodo, kad specializuotos transportavimo komandos labiausiai tinka kritinių būklių pacientams gabenti, jos gali suteikti aukščiausio lygio priežiūros paslaugas transportavimo metu, dėl to sumažėja rizika (Wong, Levy, 2005; Faheem, 2003). Apklausos duomenimis, nemažas skaičius transportavimo atvejų atliekama GMP pradinio gyvybės palaikymo brigadų ir ligoninės sanitariniu transportu su slaugytoja. Artimųjų transportu ir ligoninės sanitariniu transportu tik su vairuotoju transportuojama mažiausiai pacientų. Pavieniais atvejais pacientų artimieji patys imasi iniciatyvos transportuoti: jei paciento būklė nesunki, jei tuo metu gydymo įstaigai nėra galimybės greitai gauti reikiamo transporto ir dėl įvairių socialinių bei asmeninių aplinkybių.

Transportuojant pacientus tarp gydymo įstaigų SMP teikti, svarbu įvertinti paciento būklę. Nevienodas paciento būklės vertinimas aktualus keliais aspektais: pacientą norint

perkelti į aukštesnio lygmens paslaugas teikiančią ligoninę, siunčiančiosios ligoninės gydytojai paciento būklę gali vertinti kaip sunkesnę ir, nesuteikę paslaugų pagal patvirtintus paslaugų teikimo reikalavimus savo gydymo įstaigoje, transportuoti pacientą į kitą ligoninę. Kita vertus, priimančiosios ligoninės gydytojai paciento būklę gali vertinti kaip lengvesnę ir uždelsti teikti SMP arba grąžinti pacientą siuntusiajai gydymo įstaigai.

Dominuoja nuomonė (83,9 proc.), kad pacientams perkelti iš vienos ligoninės į kitą standartizuotų būklės vertinimo protokolų nėra. Rezultatai nesiskiria statistiškai reikšmingai atsižvelgiant į respondentų amžių, lytį, ASPĮ steigėją, ASPĮ specialistų tipą, tačiau skiriasi statistiškai reikšmingai (χ^2 *kriterijus, p < 0,05*) atsižvelgiant į ASPĮ lygmenį ir stažą. Nuomonių skirstinys pagal ASPĮ lygmenį pateikiamas 40 paveiksle.

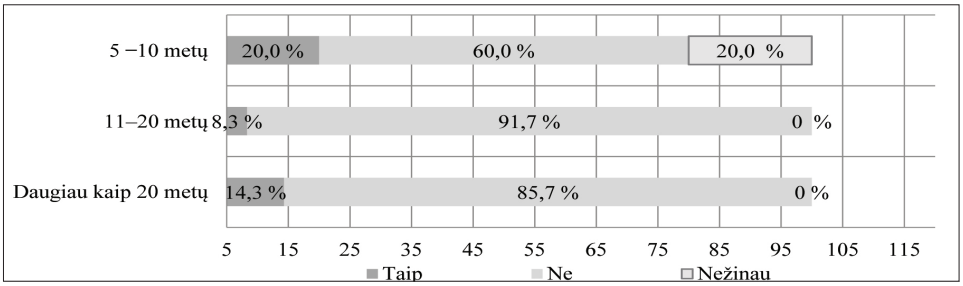


40 pav. Nuomonių dėl į kitą ligoninę perkeliamų pacientų standartizuotų būklės vertinimo protokolų buvimo pagal ASPĮ lygmenį skirstinys, proc.

Kaip matyti iš pateikto grafiko, visi (100 proc.) rajono lygmens ASPĮ respondentai patvirtina, kad nėra pacientų perkėlimo iš vienos ligoninės į kitą standartizuotų paciento būklės vertinimo protokolų. Didžioji dalis respublikos lygmens ASPĮ respondentų (85,7 proc.) pritaria, kad tokių protokolų nėra. Tarp regiono lygmens ASPĮ respondentų taip manančių yra kur kas mažiau, tik pusė (50 proc.). Tačiau dar 37,5 proc. regiono atstovų nežino, ar tokie protokolai yra.

Rezultatai taip pat skiriasi statistiškai reikšmingai (χ^2 *kriterijus, p < 0,05*) atsižvelgiant į stažą (41 paveikslas).

Kaip matyti iš pateikto grafiko, nuomonei, jog nėra pacientų perkėlimo iš vienos ligoninės į kitą standartizuotų paciento būklės vertinimo protokolų, pritaria beveik visi 11–20 metų darbo stažą turintys darbuotojai (91,7 proc.). Mažiausiai (60 proc.) tam pritaria 5–10 metų darbo stažą turintys respondentai. Galimai kai kurios ASPĮ yra parengusios lokalius protokolus, nes bendrai patvirtintų rekomendacinio pobūdžio protokolų nėra.



41 pav. Nuomonių dėl į kitą ligoninę perkeliamų pacientų standartizuotų būklės vertinimo protokolų buvimo pagal stažą skirstinys, proc.

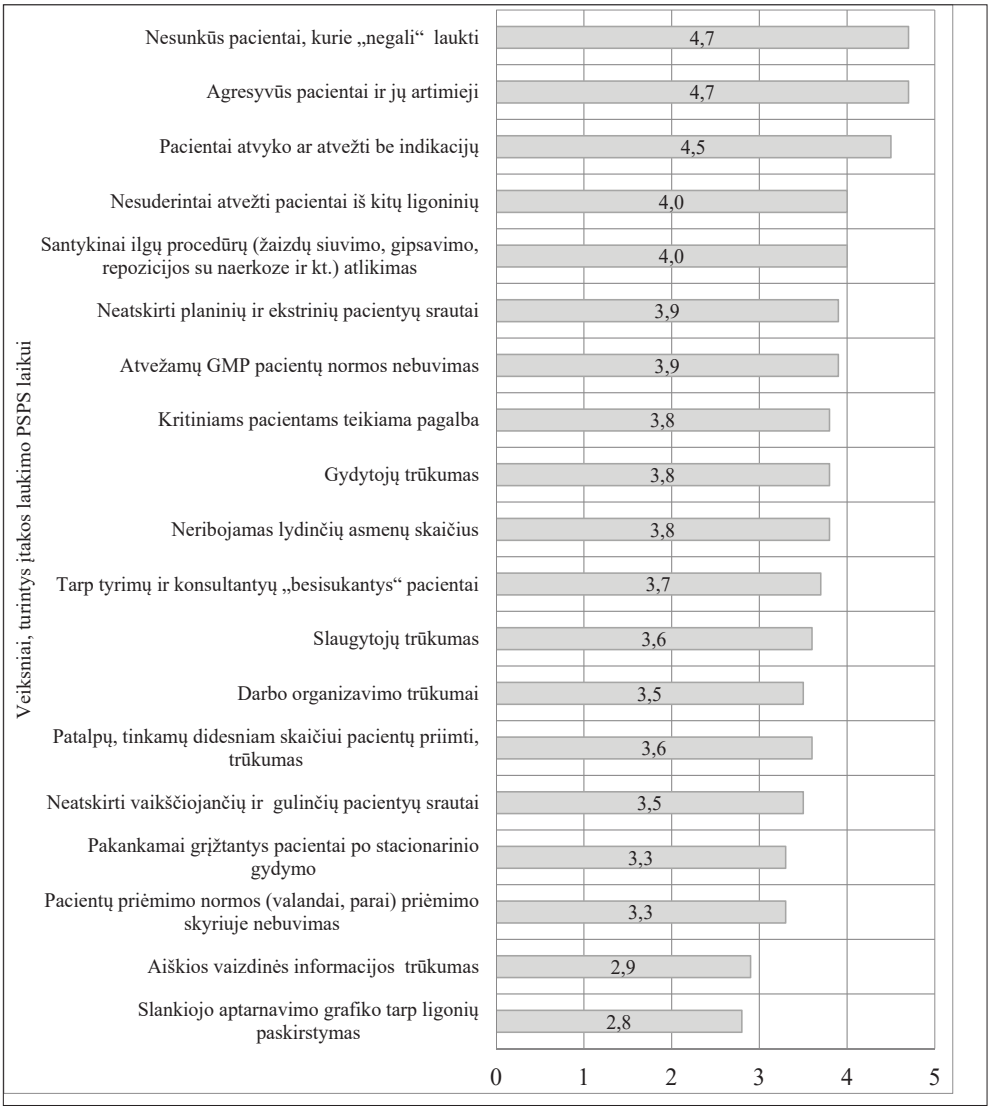
Tyrimo duomenys rodo, kad nesant standartizuoto būklės vertinimo protokolo sudėtinga pacientą perkelti į aukštesnio lygmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančią ASPĮ. Taip pat sudėtinga grąžinti pacientą iš respublikos lygmens į regiono arba rajono lygmens gydymo įstaigą, nepaisant to, kad diagnozė aiški ir reikia tik tęsti gydymą. Dažniausias atsisakymo motyvas, kad paskirtas gydymas per brangus, reikia konsultuotis su specialistais, kurių šiose gydymo įstaigose nėra. Standartizuotų protokolų dėl paciento būklės perkėlimo iš vienos gydymo įstaigos į kitą nebuvimas lemia uždelstą diagnostiką ir neefektyvų gydymą, nepagrįstus ilgesnius lovadienius, konfliktines situacijas tiek tarp skirtingų ASPĮ medicinos personalo, tiek ir su pacientu bei jo artimaisiais.

SMP paslaugų PSPS teikimo veiksmingumas ir kokybė daugeliu atvejų priklauso nuo paslaugos suteikimo laiku. Mokslinėje literatūroje pateikiama daug veiksnių, kurie, kaip manoma, ilgina pacientų laukimo laiką PSPS. Tyrimo metu buvo siekiama nustatyti dažniausiai pasitaikančius veiksnius, ilginančius laukimo laiką priėmimo skubios pagalbos skyriuose. Vertinimo vidurkiai balais pateikti 42 paveiksle.

Kaip matyti iš pateikto paveikslo, didžiausią vertinimo vidurkį atitinka atsakymai „*Nesunkūs pacientai, kurie „negali“ laukti*“ (*4,7±0,61SD*), „*Agresyvūs pacientai ir jų artimieji*“ (*4,7±0,73SD*) bei „*Pacientai atvyko ar atvežti be indikacijų*“ (*4,5±0,88SD*). Šių atsakymų vidurkiai tarpusavyje nesiskiria statistiškai reikšmingai **(***t-testas priklausomoms imtims*, $p > 0,05$), tačiau statistiškai yra labai reikšmingai didesni, lyginant su visų likusių atsakymų vidurkiais (*t-testas priklausomoms imtims,* $p < 0,01$).

Rezultatai nesiskiria statistiškai reikšmingai, atsižvelgiant į respondentų amžių, lytį, stažą, ASPĮ lygmenį, tačiau skiriasi statistiškai reikšmingai (χ^2 *kriterijus,* $p < 0,05$) arba statistiškai labai reikšmingai (χ^2 *kriterijus,* $p < 0,01$), atsižvelgiant į ASPĮ steigėją ir specialistų tipą.

Nuomonė, kad nesuderinus su priimančiąja gydymo įstaiga atvežti pacientai ilgina kitų pacientų laukimo laiką PSPS iki pagalbos suteikimo, statistiškai labai reikšmingai



42 pav. Veiksnių, PSPS ilginančių laukimo laiką iki pagalbos teikimo, vertinimo vidurkiai, balais

skiriasi (χ^2 kriterijus, $p < 0,01$), atsižvelgiant į ASPĮ steigėją – šiai nuomonei pritaria daugiau kaip pusė (51,1 proc.) savivaldybės pavaldumo gydymo įstaigų atstovų ir tik kiek daugiau kaip trečdalis (33,3 proc.) SAM pavaldumo įstaigų atstovų.

Kad agresyvūs pacientai ilgina laukimo laiką, nurodo didžioji dalis (80,9 proc.) savivaldybės pavaldumo gydymo įstaigų atstovų. Kiek mažiau, tačiau daugiau nei pusė

(60,0 proc.), SAM pavaldumo įstaigų atstovų pritaria šiai nuomonei. Šie rezultatai skiriasi statistiškai reikšmingai (χ^2 kriterijus, $p < 0,05$).

Kad pacientų priėmimo normos (valandai, parai) PSPS nebuvimas ilgina laukimo laikotarpį, nurodo 23,4 proc. savivaldybių pavaldumo įstaigų atstovų, tam pritaria gerokai mažiau (5,7 proc.) SAM pavaldumo įstaigų atstovų. Šie rezultatai skiriasi statistiškai reikšmingai (χ^2 kriterijus, $p < 0,05$).

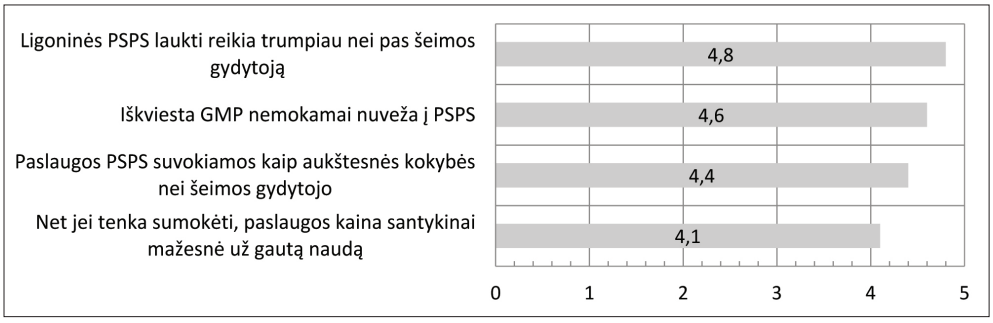
Kad pacientai atvykę ar atvežti be indikacijų ilgina laukimo laiką, mano didžioji dalis (90,3 proc.) PSPS vedėjų. Šiai nuomonei pritaria tik pusė stacionarinių ASPĮ vadovų (50 proc.). **Šie rezultatai skiriasi statistiškai labai reikšmingai** (χ^2 *kriterijus, p < 0,01*).

Kiti respondentų įvardyti veiksniai: „blogas pirminio lygio paslaugų prieinamumas ir kokybė“; „GMP vežami girti ir nereikalingi skubios pagalbos“; „teisinės bazes nesutvarkymas“; „pagrindinė problema – GMP pacientų normos nebuvimas, veža visus, kontrolės jokios nėra“.

Galima teigti, *kad tie pacientai, kurie atvyksta patys ar GMP atvežami be indikacijų, agresyviai nusiteikę, yra pirmiausia aptarnaujami, siekiant išvengti konfliktinių situacijų, tuo metu tie pacientai, kuriems reikia skubios pagalbos, turi laukti ilgiau*.

Galima teigti, kad, nepaisant vadybinių priemonių, siekiant užtikrinti pakankamą darbuotojų skaičių, patalpų išdėstymą ar reikalingą įrangą, PSPS laukimo laiką reikšmingai ilgina kiti tyrimo metu nustatyti veiksniai. Vadinasi, išlieka nepalanki pacientų atrankos situacija dėl pagalbos teikimo pirmumo, pacientų srautų reguliavimo ir teisinio reglamentavimo.

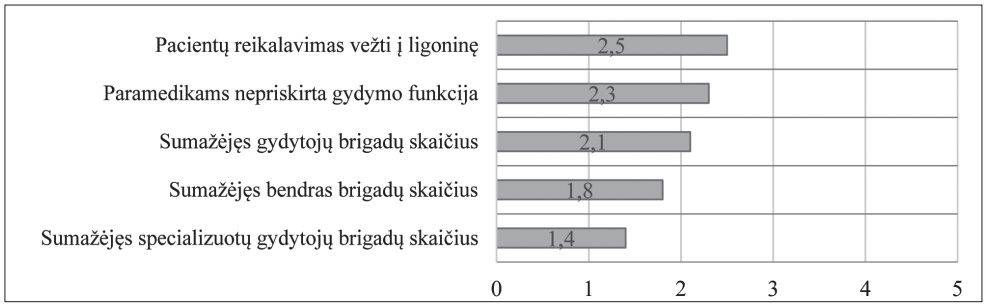
Lietuvoje, kaip ir daugelyje kitų šalių, stebima tendencija, kad esant įvairių sveikatos būklės sutrikimų, netgi tokių, dėl kurių reikėtų kreiptis į savo BPG, pacientai vis dažniau renkasi iškart atvykti į PSPS nei laukti pas BPG. Pacientai, nepriklausomai nuo medicininių indikacijų, reikalauja GMP, kad juos vežtų į PSPS, tuo apsunkindami PSPS darbą, ilgindami laukimo eiles kitiems pacientams, naudodami ligoninės išteklius. BPG lieka nuošalyje. Tirta, kas palaiko šį pacientų pasirinkimą, nustatyti priežastis, kodėl pacientai dėl SMP dažniau renkasi PSPS nei šeimos gydytoją? Atsakymų vertinimo vidurkiai balais pateikti 43 paveiksle.



43 pav. Pacientų pasirinkimo PSPS dėl SMP dažniau nei šeimos gydytoją vertinimo vidurkiai, balais

Kaip matyti iš grafiko, didžiausią vertinimo vidurkį (4,8) atitinka atsakymas: „Ligoninės priėmimo skyriuje laukti reikia trumpiau nei pas šeimos gydytoją“. Šio atsakymo vidurkis nesiskiria statistiškai reikšmingai nuo atsakymo „Iškviesta GMP nemokamai nuveža į PSPS“, tačiau skiriasi statistiškai reikšmingai arba labai reikšmingai nuo likusių atsakymų vidurkių (*t-testas priklausomoms imtims, p < 0,01*). Tyrimo duomenys rodo, kad dėl trumpesnio paslaugos laukimo laiko ir galimybės nemokamai patekti į PSPS pacientai tais atvejais, kai turėtų kreiptis į savo šeimos gydytoją, vyksta į ligoninių PSPS.

Atlikus GMP teikiamų paslaugų paskutinių penkerių metų (2011–2015) statistinę analizę, stebima tendencija, kad GMP paslaugų, teikiamų vietoje pas pacientą, apimtys sumažėjusios, nors literatūros duomenimis, užsienio šalyse paslaugų ir procedūrų, teikiamų GMP, apimtys didėja. Kitu klausimu (šis klausimas pateiktas tik GMP įstaigų vadovams) bandoma nustatyti priežastis, dėl ko mažėja GMP paslaugų, teikiamų vietoje pas pacientą, apimtys. Atsakymų raiška pateikta 44 paveiksle.



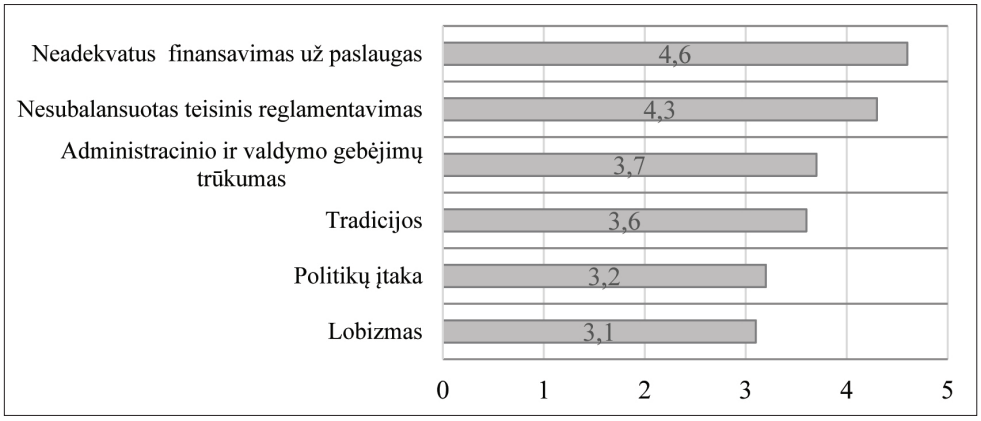
44 pav. GMP paslaugų, suteiktų vietoje pas pacientą, mažėjimo priežasčių vertinimo vidurkiai, balais

Įvertinus balais, didžiausią vertinimo vidurkį atitinka atsakymas „pacientų reikalavimas vežti į ligoninę“ (*2,84±1,89SD*). Šio atsakymo vidurkis statistiškai reikšmingai nesiskiria nuo likusių atsakymų vidurkių, išskyrus atsakymą „sumažėjęs specializuotų gydytojų brigadų skaičius“, lyginant su kuriuo skiriasi statistiškai reikšmingai (*t-testas priklausomoms imtims, p < 0,05*). Pacientų vežimas į PSPS ne pagal GMP personalo nustatytas sveikatos būkles, bet pagal pacientų reikalavimus, ką patvirtina ir kiti atsakymai į respondentams pateiktus klausimus, kad transportuoja „reikalaujant ligoniui“, rodo teisinės bazės, reglamentuojančios paciento būklės sunkumo vertinimą, trūkumą.

Galima teigti, kad šiuo metu GMP ir PSPS personalas neturi pakankamų svertų spręsti, ar reikia pacientą transportuoti į gydymo įstaigą, ar stacionarizuoti ir pan. Kaip rodo apklausos duomenys, pacientų reikalavimas vežti į ligoninę daugeliu atvejų

gali būti vertinamas kaip pacientų prisitaikymas prie nepakankamai gerai funkcionuojančios BPG sistemos teikiant būtinąją pagalbą ir pacientų teisių perdėtas suvokimas. Galima teigti, kad GMP paslaugų, suteikiamų pas pacientą vietoje, sumažėjimas yra susijęs ir su GMP vykdoma reforma. Per 2000–2014 m. stebima, kad: kasmet statistiškai reikšmingai mažėjo GMP etatų skaičius ($r = –0,982$, $p < 0,01$); kasmet statistiškai reikšmingai didėjo GMP dirbančių slaugytojų skaičius ($r = 0,906$, $p < 0,01$); kasmet statistiškai labai reikšmingai mažėjo GMP išvykimų skaičius ($r = –0,870$, $p < 0,01$); kasmet statistiškai reikšmingai dažniau GMP atsisakė ar buvo atsakyta ($r = 0,637$, $p < 0,05$); kasmet statistiškai reikšmingai didėjo ligonių, nuvežtų į stacionarą, skaičius ($r = 0,905$, $p < 0,01$); kasmet statistiškai reikšmingai mažėjo GMP atvežtų pacientų stacionarizavimas ($r = –0,672$, $p < 0,01$). Vertinant turimus duomenis, galima teigti, kad, vykdant GMP reformą, linkstama prie anglų-amerikiečių ikistacionarinės pagalbos teikimo modelio, tačiau neįvertintos tokios aplinkybės kaip nepakankamas SMP pagalbos teikimas BPG lygmenyje, padidėjęs pacientų srautas didina PSPS užimtumą, nepakankamai veiksmingai vykdomas pacientų būklės vertinimas ir dėl to reikšmingai sumažėjęs GMP atvežtų pacientų stacionarizavimas, nors statistiškai reikšmingo mirusiųjų skaičiaus kitimo 2000–2014 kalendoriniais metais nestebima.

Bet kuriame SMP paslaugų teikimo etape paslaugų veiksmingumas ir kokybė priklauso nuo daugelio priežasčių. SMP paslaugų kokybiškas teikimas taip pat priklauso ir nuo paslaugų teikimo modelio bei geresnio šių paslaugų teikimo užtikrinimo vizijos. Klausimu „Kas trukdo efektyviai ir kokybiškai teikti SMP paslaugas (ikistacionarines, stacionarines ir tarpstacionarines)?“ siekiama nustatyti priežastis, kurios svarbios siekiant toliau formuoti SMP modelį, ir nebuvo išanalizuotos atsakant į kitus, siauresnius klausimus. Respondentų atsakymų vertinimo vidurkiai balais pateikti 45 paveiksle.



45 pav. Efektyvių ir kokybiškų SMP paslaugų teikimo trukdžių vertinimo vidurkiai, balais

Kaip matyti pateiktame grafike, įvertinant atsakymus balais, didžiausią vertinimo vidurkį atitinka atsakymai: „neadekvatus finansavimas už paslaugas“ ir „nesubalansuotas teisinis reglamentavimas“. Šių atsakymų vidurkiai skiriasi statistiškai labai reikšmingai nuo likusių atsakymų vidurkių (*t-testas priklausomoms imtims, $p < 0,01$*). Vertinant šiuos atsakymus pagal ASPĮ tipus, grupių vidurkiai tarpusavyje reikšmingai nesiskiria. Tai rodo, kad visų ASPĮ atstovai nurodo, jog neadekvatus finansavimas už teikiamas SMP paslaugas ir nesubalansuotas teisinis reglamentavimas yra nepatenkinamos būklės.

Prie kitų priežasčių atskirai respondentų įvardijamos šios problemos: „Dirba ne gydytojai, o felčeriai“; „finansų trūkumas“; „nekokybiškas šeimos gydytojų darbas, nekvalifikuotas GMP felčerių darbas, nes daug atvežama pacientų ne dėl būtinosios pagalbos“; „pacientų piktnaudžiavimas, nesikreipiant laiku pas šeimos gydytoją, o atvykstant dėl lėtinių ligų į PSPS“; „PSPS dirba šeimos gydytojo darbą pagal sutartis su pirminės priežiūros įstaigomis jų nedarbo metu, bet pacientai ir dienos metu patys eina į PSPS, nors galėtų kreiptis į savo gydytojus“.

Galima teigti, kad, norint suteikti geresnes, kokybiškesnes paslaugas, reikia užtikrinti adekvatų finansavimą ir stiprinti teisinį SMP paslaugų reglamentavimą.

Esamos skubios medicinos pagalbos sistemos valdymo situacijos probleminių sričių analizės rezultatų apibendrinimas

21 lentelė. SMP sampratų ir organizacinių problemų rezultatų 1 sąvadas

Anketos klausimas	Klausimą konceptualizuojantis teiginys	Pagrįstumas
2	Sąvoka „gyvybiškai būtina medicinos pagalba“ netapati sąvokai “medicinos pagalba žmogaus sveikatai gelbėti ir išsaugoti“ pritaria didžioji dalis visų respondentų	Sąvokos netapatintinos
11**	„Gyvybiškai būtina medicinos pagalba“ atitikimas SMP kategorijoms	Tik 1 ir 2 SMP kategorijų klinikinės būklės
11	Lietuvoje vyraujantis ikistacionarinės pagalbos modelis	Anglų-amerikiečių ikistacionarinės pagalbos teikimo modelis
13	Veiksniai, trukdantys efektyviam SMP paslaugų teikimui	„Neadekvatus finansavimas už paslaugas“ ir „nesubalansuotas teisinis reglamentavimas“

Įvertinus 21 lentelėje pateiktus rezultatus, galima daryti išvadą, kad *sąvoka gyvybiškai būtina medicinos pagalba* netapati sąvokai *medicinos pagalba žmogaus sveikatai gelbėti ir išsaugoti* pagal SMP kategoriją atitiktų tik 1 ir 2. Vadinasi, reikia

aiškesnio SMP kategorijų apibūdinimo. Nustatytas vyraujantis anglų-amerikiečių ikistacionarinės pagalbos teikimo modelis. Efektyviai teikti SMP paslaugas labiausiai trukdo nesubalansuotas teisinis reglamentavimas ir finansavimas.

22 lentelė. Žmogiškųjų išteklių rezultatų 1 sąvadas

Anketos klausimas	Klausimą konceptualizuojantis teiginys	Pagrįstumas
8	Žmogiškųjų išteklių poreikis	Gydytojų PSPS pastoviai nepakanka
22	Specialistas, atliekantis paciento būklės vertinimą	Dažniau pirminį paciento būklės vertinimą PSPS atlieką gydytojai

Įvertinus 22 lentelėje pateiktus rezultatus, galima daryti išvadą, jog, nepaisant to, kad gydytojų PSPS nepakanka, paciento būklės vertinimą atlieka gydytojai.

23 lentelė. SMP pacientų srautų valdymo rezultatų 1 sąvadas

Anketos klausimas	Klausimą konceptualizuojantis teiginys	Pagrįstumas
26	Kokybiniai pacientų apžiūros laiko rodikliai PSPS	„Stacionarizavimo laikas“ ir „apsilankymo PSPS laikas“ nereglamentuoti
19**	Ikistacionariniai GMP protokolai, bendri su PSPS protokolais	Tokie protokolai nereglamentuoti, jų nėra
27***, 28***	Ikistacionarinės pagalbos protokolų parengtumas	GMP protokolai yra, bendrų su PSPS nėra
29***, 30***	Kriterijai, kur vežti pacientą, paciento transportavimas pagal reikalavimą	Kriterijai, kur vežti pacientų nepakankami, pacientai transportuojami į PSPS jiems reikalaujant
31***	GMP paslaugų, suteiktų vietoje pas pacientą, sumažėjimo priežastys	„Pacientų reikalavimas vežti į ligoninę“ įtakoja GMP paslaugų, suteiktų vietoje pas pacientą, apimčių sumažėjimą
29	Veiksnia, ilginantys laukimo laiką PSPS	„Nesunkūs pacientai, kurie „negali“ laukti“, „Agresyvus pacientai ir jų artimieji“ bei „Pacientai atvyko ar atvežti be indikacijų“ statistiškai reikšmingai ilgina PSPS laukimo laiką
17	Dėl SMP pacientai dažniau kreipiasi į PSPS nei pas BPG	„Ligoninės priėmimo skyriuje laukti reikia trumpiau nei pas šeimos gydytoją“ ir „Iškviesta GMP nemokamai nuveža į PSPS“ labiausiai įtakoja PSPS pasirinkimą

Įvertinus 23 lentelėje pateiktus rezultatus, galima daryti išvadą, kad kokybinių SMP paslaugų teikimo rodiklių nėra. Bendrų GMP ir PSPS protokolų, kurie palengvintų paciento būklės vertinimą ir paciento perdavimą, taip pat nėra. GMP turi ūmių būklių protokolus, tačiau nepaisant to, transportuoja pacientus jų reikalavimu į PSPS. Pacientai, kurie atvežti jų pačių reikalavimu, be indikacijų, ir agresyvūs pacientai ilgina laukimo laiką PSPS.

24 lentelė. Pacientų tarpstacionarinio transportavimo rezultatų 1 sąvadas

Anketos klausimas	Klausimą konceptualizuojantis teiginys	Pagrįstumas
34	Paciento pervežimas į kitas ligonines	Didelis pacientų pervežimo poreikis tarp gydymo įstaigų
35	Transportavimo priežastys pagal dažnumą	Pagrindine tarpstacionarinio transportavimo priežastis "įstatymiškai apribota įstaigos veiklą"
36	Tinkamiausias transportavimo būdas tarp ligoninių	Skubios konsultacinės pagalbos reanimobiliu
48	Pacientų perkėlimo tarp ligoninių standartizuoti protokolai	Nėra pacientų perkėlimo iš vienos ligoninės į kitą ligoninę standartizuotų paciento būklės vertinimo protokolų

Įvertinus 24 lentelėje pateiktus rezultatus, galima daryti išvadą, kad yra didelis pacientų transportavimo tarp ligoninių poreikis. Didžiausia to priežastis, – kad įstaigų veikla yra teisiškai apribota ir jose negalima teikti tam tikrų paslaugų. Sudėtingesniais atvejais pacientams transportuoti pasirenkamas reanimobilis, tačiau perkeliamo paciento būklės vertinimo protokolų nėra.

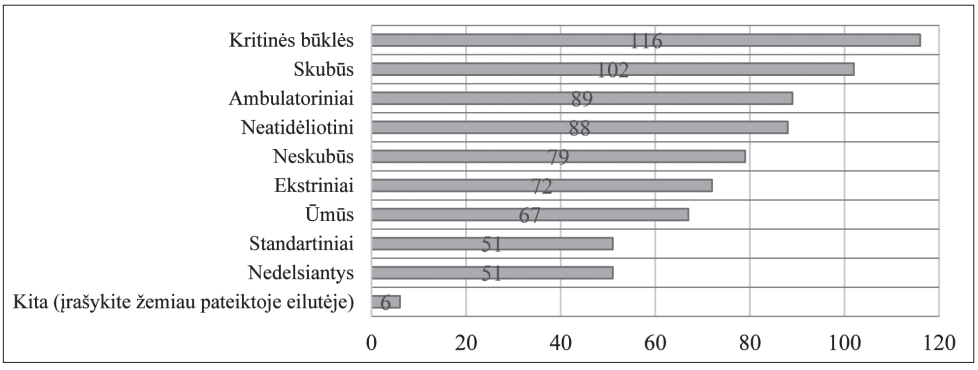
3.2. Priemonių skubios medicinos pagalbos sistemos valdymui tobulinti nustatymo analizės rezultatai

Tyrimo antrame etape siekiama nustatyti, kokių priemonių galima imtis siekiant tobulinti SMP sistemos valdymą, atsižvelgiant į pirmoje tyrimo dalyje įvardytas problemines sritis.

Pacientai, atvykę į PSPS, tikisi veiksmingos ir greitos pagalbos, todėl tikslas – kuo greičiau atpažinti ir tiksliau įvertinti paciento būklės ūmumą ir sunkumą. Kad pacientas laiku gautų pagalbą, labai svarbu, kaip atliekamas pirminis paciento būklės vertinimas ir kokiai skubios medicinos pagalbos teikimo kategorijai jis priskiriamas apžiūros metu. Šiuo metu nustatytos 4 SMP kategorijos, pagal kurias pagalbos teikimo pradžia yra nuo nedelsiant iki 1 valandos. Tačiau šis skirstymas neatitinka realių

praktinių poreikių, kadangi į PSPS kreipiasi skirtingo amžiaus grupių pacientai dėl ūmių sveikatos sutrikimų, lėtinių ligų paūmėjimo ir kitais atvejais. Tai yra tokie pacientai, kurie nenori laukti pas šeimos gydytoją dėl būklių, kurios nepriskirtos būtinajai pagalbai. Esančios 4 SMP kategorijos su atitinkamai paskirtais pagalbos teikimo terminais visiškai netinka paskiriant SMP kategorijas ambulatoriniams pacientams, kadangi skubios pagalbos masto lentelėje įvardytos būklės labiau atitinka tokias, dėl kurių pacientą reikia stacionarizuoti. Tyrimu siekiama nustatyti nuomonę apie literatūroje siūlomą optimalų SMP kategorijų skaičių, vietoj keturių – penkias, ir jas atitinkantį pagalbos teikimo pradžios laiką. Penkios kategorijos pasirinktos atsižvelgiant į kitų šalių patirtį, tikintis, kad taip būtų galima geriau diferencijuoti pacientų sveikatos būkles pagal ūmumą ir sunkumą ir, įvertinus pagalbos teikimo skubos poreikį, atitinkamai paskirti realų pagalbos teikimo laiką. Tarptautinė patirtis rodo, kad pritaikomiausios ir populiariausios yra tos skalės, kuriose pagalbos skubumo nustatymas pagrįstas 5 kategorijomis.

Todėl respondentų buvo prašoma pasirinkti 5 kategorijas iš pačiam respondentui priimtiniausių pacientų kategorijų pavadinimų – iš pateiktų 9 kategorijų terminų, kurie yra dažniausiai vartojami praktikoje, nesigilinant į jų sąvokas ir prasmę, kuo jos skiriasi ar yra tapačios. Pavyzdžiai iš praktikos: ekstrinis neatidėliotinas gali būti suprantama kaip 1–3 min. laiko trukmė; ekstrinis atidėtas – gali trukti iki paros; ūmūs gali būti kritiniai pacientai, bet gali būti ir ambulatoriniai. Taip pat prašoma priskirti pasirinktoms kategorijoms laiką, per kurį pasirinktų kategorijų pacientams turėtų arba galėtų būti pradėta teikti SMP. Respondentų kategorijų pasirinkimo dažniai pagal atvejų skaičių pateikiami 46 paveiksle.



46 pav. SMP kategorijų pavadinimų pasirinkimo dažniai pagal atvejų skaičių, vnt.

Kaip matyti iš pateikto paveikslo, respondentai daugiausia pasirinko šiuos pavadinimus SMP kategorijoms apibūdinti: kritinės būklės, skubūs, ambulatoriniai, neatidėliotini, neskubūs. Šie pavadinimai iš esmės apima visas būkles nuo kritiškos iki

ambulatorinės. Išdėsčius jas pagal loginį būklės sunkumo suvokimą, eiga atrodo taip (nuo sunkiausios iki lengviausios): kritinės būklės, neatidėliotini, skubūs, neskubūs, ambulatoriniai. Vietoj pavadinimo „neatidėliotini“ (terminas angl. *immediate* aprašytas teorinėje dalyje) autoriaus siūloma vartoti praktiškesnį pavadinimą – „labai skubūs“. Grafoje „kita“ respondentų pateikti tokie rečiau vartojami terminai: „ne PSPS pacientai“, „lėtinių ligų paūmėjimai“, „planiniai-lėtiniai“.

Kita klausimo dalis susijusi su apžiūros laiko paskyrimu pasirinktų kategorijų pavadinimams. Respondentų pasirinktų kategorijų sąsajos su laiku pateiktos 25 lentelėje.

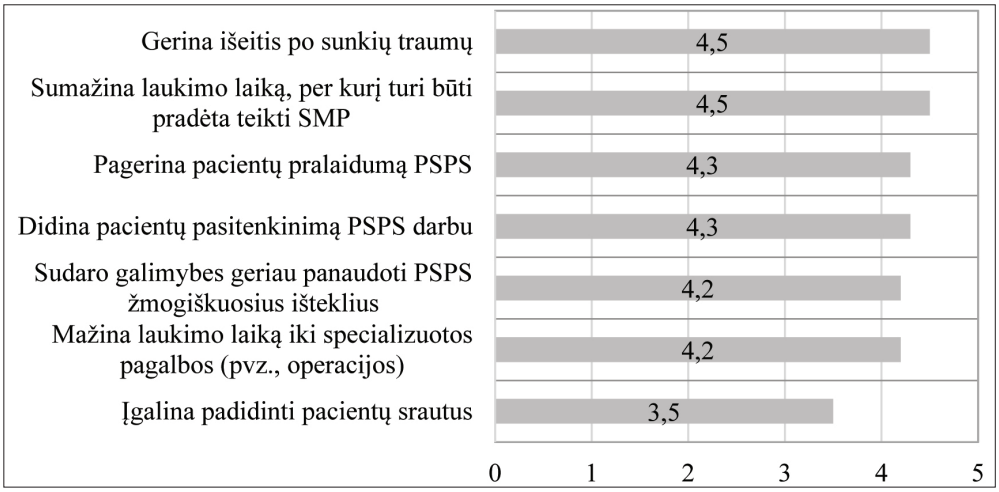
25 lentelė. Skirstinys pagal laiką, per kurį pacientams turėtų būti pradėta teikti SMP

Kategorija	**Laikas, per kurį šių kategorijų pacientams turėtų būti pradėta teikti pagalba (proc.)**				
	Nedelsiant per 10 min.	**Nuo 10 min. iki 30 min.**	**Nuo 30 min. iki 1 val.**	**Nuo 1 val. iki 2 val. 30 min.**	**Nuo 2 val. 30 min. iki 4 val.**
Kritinės būklės	94,8 proc.				
Labai skubūs		68,4 proc.			
Skubūs			66,6 proc.		
Neskubūs				68 proc.	
Ambulatoriniai					62,9 proc.

SMP teikimo pradžios laikas 25 lentelėje pateiktas sugrupuotas intervalais pagal dažniausias kategorijoms priskirtas reikšmes, atsižvelgiant į respondentų pastabas ir grafoje „kita“ nurodytus terminus bei pastabas (pvz., „reikia suprasti, kad GMP neturi sparnų, todėl atvykimas yra apribotas laiko“; „*Nedelsiant* sąvoka graži, bet tai tik žodis, praktikoje niekada „nedelsiant“ nepasitaiko“). Respondentai pateikė ir kitų kategorijų bei laiko derinių pasiūlymų, kurie netilpo į anketoje sugrupuotus intervalus, bet į juos buvo atsižvelgta dėl praktiškumo paslaugos teikimo laiko prasme: „ambulatoriniai daugiau kaip 4–6 val.“; „ambulatoriniai ir standartiniai 6 ir daugiau val.“; „standartiniai iki 3–4 val.“; „neskubūs iki 5 val.“ ir kt. Paciento pirminio būklės vertinimo PSPS įtaka atskiriems rezultatams pateikta 47 paveiksle.

Vertinant balais, didžiausią vertinimo vidurkį atitinka atsakymai: „Gerina išeitis po sunkių traumų“ (*4,5±1,25 SD*) ir „Sumažina laukimo laiką, per kurį turi būti pradėta teikti SMP“ (*4,5±1,09 SD*). Šių atsakymų vidurkiai skiriasi statistiškai labai reikšmingai lyginant su visų likusių atsakymų vidurkiais (*t-testas priklausomoms imtims, $p < 0,01$*).

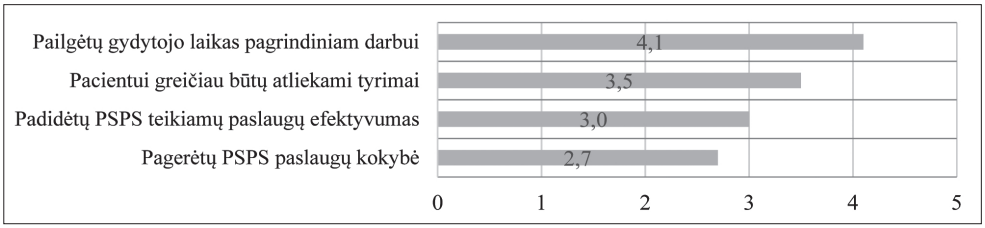
Galima teigti, kad atsakymų duomenys iš esmės patvirtina literatūros duomenis, jog pirminis paciento būklės vertinimas sumažina laukimo laiką iki SMP pagalbos teikimo pradžios. Literatūros duomenimis taip pat patvirtinta, kad kuo greičiau pradėtas trauminių pacientų gydymas, tuo geresnės sveikatos išeitys, mažesnis neįgalumo laikotarpis, trumpesni lovadieniai.



47 pav. Pirminio paciento būklės vertinimo PSPS įtakos atskiriems rezultatams vidurkiai, balais

Galima teigti, kad pirminiam pacientų būklės vertinimui reikia teikti ypatingą dėmesį parengiant personalą ir įdiegiant pažangias vertinimo priemones.

Daugelyje šalių yra įteisintas slaugytojų vaidmuo atliekant pirminį pacientų būklės vertinimą. Nors Lietuvoje slaugytojų vaidmuo atliekant pirminį paciento būklės vertinimą nėra įteisintas ar kitaip reglamentuotas, respondentai išsakė nuomones, kokią įtaką tokia jų veikla turėtų PSPS teikiamų paslaugų kokybei ar veiksmingumui (48 paveikslas).



48 pav. Pirminio paciento būklės vertinimo PSPS, atliekamo slaugytojų, poveikio vidurkiai, balais

Vertinant balais, didžiausią vertinimo vidurkį (*4,08±1,49SD*) atitinka atsakymai, jog „pailgėtų gydytojo laikas pagrindiniam darbui“. Šio atsakymo varianto vidurkis statistiškai labai reikšmingai didesnis už visus likusius atsakymų variantų vidurkius (*t-testas priklausomoms imtims, $p < 0,01$*).

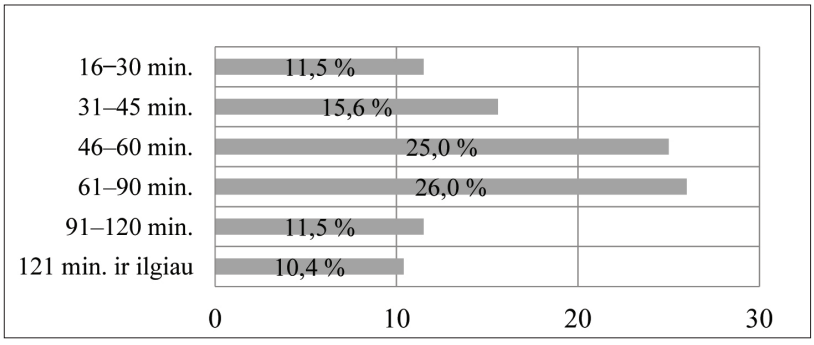
Respondentų atsakymai į šį klausimą skiriasi statistiškai labai reikšmingai atsižvelgiant į stažą (χ^2 *kriterijus, $p < 0,01$*) ir reikšmingai atsižvelgiant į ASPĮ specialistų

tipą (χ^2 *kriterijus, p < 0,05*). Dominuoja nuomonė, kad slaugytojui atliekant pirminį paciento būklės vertinimą pailgėtų gydytojo laikas pagrindiniam darbui (51,7 proc.). Dažniau nei kiti pagal stažą tam pritaria respondentai, dirbantys mažiau nei 5 metus (100 proc.) ir daugiau nei 20 metų (66,7 proc.). Rečiausiai tam pritaria nuo 5 iki 10 metų dirbantys vadovai (42,9 proc.). Atsižvelgiant į ASPĮ specialistų tipą, statistiškai reikšmingai dažniau nepritariama, kad slaugytojui atliekant pirminį paciento būklės vertinimą „pagerėtų PSPS teikiamų paslaugų kokybė“. Taip mano beveik trečdalis respondentų. Dėl paslaugų kokybės pagerėjimo atskirai pateikta nuomonė: „Mes neturime tokių slaugytojų, tai būtų neteisėta.“

Vertinant tyrimo rezultatus, galima teigti, kad respondentai nesieja PSPS paslaugų kokybės pagerėjimo su slaugytais, kadangi šiuo metu jie teisiškai to negali atlikti. Tačiau jei pailgėtų gydytojo laikas pagrindiniam darbui, tai tiesiogiai darytų įtaką PSPS paslaugų kokybei. Atsižvelgiant į gautus rezultatus, būtų pozityvu skirti didesnį dėmesį specializuotam slaugytojų rengimui, išmokyti atpažinti ir įvertinti pacientų būklę, naudojant pritaikytas pacientų būklės vertinimo skales, ir įteisinti šią veiklą juridiškai.

Ilga pacientų eilė psichologiškai neigiamai nuteikia pacientą, o dar labiau juos lydinčius asmenis. Kartais eilė nėra tiksliai žinoma, jei pacientai tinkamai skirstomi pagal būklės sunkumą ir pagalbos teikimo pirmumą. Pacientams eilė yra žinoma tik tada, jei funkcionuoja eilių reguliavimo sistema, kitu atveju prie gydytojo kabineto vadovaujamasi „gyvos“ eilės principu. Kitais dviem klausimais norima nustatyti, kokia laukimo eilė PSPS iki patenkant pas gydytoją laikytina ilga, kokia eilės struktūra (laukimo trukmė minutėmis ar pacientų skaičius eilėje) yra priimtinesnė bei suvokiama pacientų ir ar šios eilės tarpusavyje koreliuoja, lyginant su šiuo metu vyraujančiu 15 min. vidutiniu paciento apžiūrai skiriamu laiku. Šis laikas, priklausomai nuo gydymo įstaigos, gydytojo specialisto profilio ir teikiamos pagalbos (konsultacijos) apimties, varijuoja nuo 10 iki 20 minučių. Šiais klausimais taip pat siekiama sužinoti, kokia laukimo trukmė iki pirminės gydytojo apžiūros PSPS galėtų būti optimali.

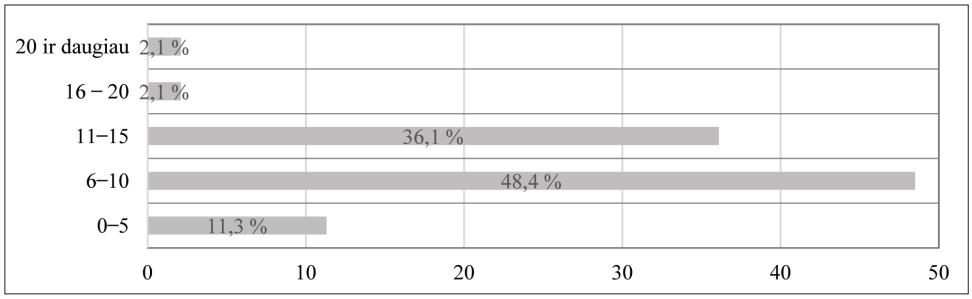
Laukimo trukmės PSPS, kuri laikytina ilga, nuomonių sklaida pateikta 49 paveiksle.



49 pav. Ilga laukimo trukmė PSPS iki patenkant pas gydytoją, proc.

Kaip matyti iš pateikto grafiko, dominuoja nuomonė, jog 46–90 min. laiko intervalas PSPS iki patenkant pas gydytoją laikytina „ilga“. Rezultatai nesiskiria statistiškai reikšmingai atsižvelgiant į visus sociodemografinius respondentų parametrus – amžių, lytį, stažą, SPĮ steigėją, SPĮ lygmenį ir respondentų specialistų tipą (χ^2 *kriterijus, p > 0,05*). Pagal ASPĮ lygmenį, laukimo trukmę nuo 46 iki 60 min. kaip ilgą daugiausia įvardijo regiono lygmens respondentai (33,3 proc.). Respublikos lygmens atstovai daugiausia (33,3 proc.) kaip ilgą laukimo laiką įvardijo 61–90 min. Rajono lygmens atstovai daugiausia ir po lygiai (25 proc. atvejų) pasisakė už abu laiko tarpus: nuo 46 iki 60 min. ir 61–90 min.

Nuomonių apie laukimo eilę (pacientų skaičius eilėje), kuri laikytina ilga PSPS iki patenkant pas gydytoją, sklaida pateikta 50 paveiksle.



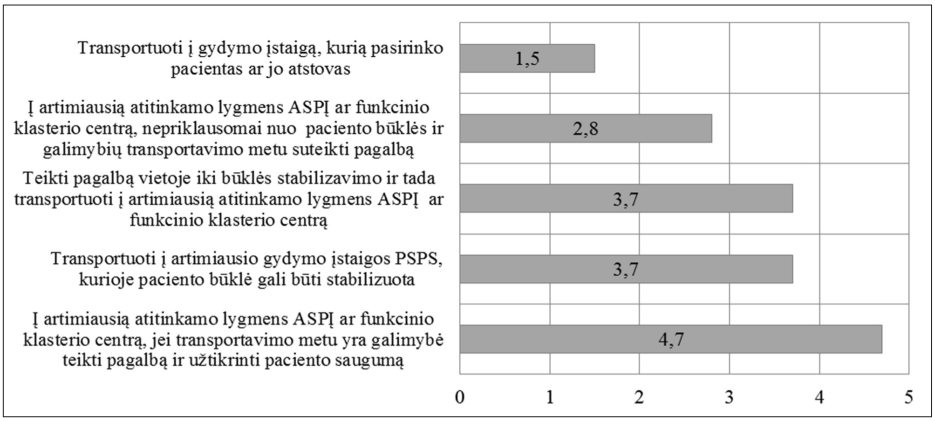
50 pav. Ilga laukimo eilė (pacientų skaičius eilėje) PSPS iki patenkant pas gydytoją, proc.

Kaip matyti pateiktame grafike, daugiau nei 6–10 pacientų (48,4 proc.) eilėje iki patenkant pas gydytoją laikytina ilga laukimo eile. Kiek mažiau (36,1 proc.) yra manančiųjų, kad laukimo eilę reikėtų laikyti ilga, kai eilėje yra daugiau nei 11–15 pacientų. Rezultatai nesiskiria statistiškai reikšmingai atsižvelgiant į visus sociodemografinius respondentų parametrus – amžių, lytį, stažą, SPĮ steigėją, SPĮ lygmenį ir respondentų specialistų tipą (χ^2 *kriterijus, p > 0,05*). Kaip ilgą laukimo eilę, kai eilėje daugiau kaip 6–10 pacientų, daugiausia įvardijo rajono (52,4 proc.), mažiau respublikos (49,5 proc.) ir mažiausiai regiono (45,2 proc.) lygmens respondentų.

Tyrimo duomenys rodo, kad pagal visus ASPĮ lygmenis priimtiniausia laukimo trukmė eilėje iki patenkant pas gydytoją PSPS yra trumpiau kaip 46 min., pagal pacientų skaičių eilėje – mažiau kaip 6 pacientai. Viršijus šias ribas, laukimo trukmė vertinama kaip ilga. Praktinėje veikloje vieno paciento konsultacijai su minimalia procedūra, tyrimų įvertinimu ir paslaugų dokumentavimu dažniausiai skiriama 15 min., ir tai iš dalies atitinka tyrimo rezultatų duomenis. Tačiau į šį laiką nepatenka paciento sugaištas laikas laboratoriniams ar radiologiniams, endoskopiniams ar ultragarsiniams tyrimams atlikti, gauti atsakymą. Todėl jei pacientui PSPS yra atliekami minėti tyrimai,

didesnės procedūros (siuvimas, gipsavimas ir pan.), teikiamos kitų specialistų konsultacijos, laikas, sugaištamas PSPS, pacientui gali išsitęsti iki 120 min. ir daugiau. Toks laiko intervalas tyrimo metu respondentų buvo suvokiamas kaip ilgas. Kokia laukimo trukmė kaip ilga suvokiama paciento, nebuvo tirta. Atskirų autorių duomenimis, vidutinis laukimo laikas iki gydytojo apžiūros siekia 46,5 min., o bendras apsilankymo PSPS laikas – 3,2 val. (McCaig et al., 2005).

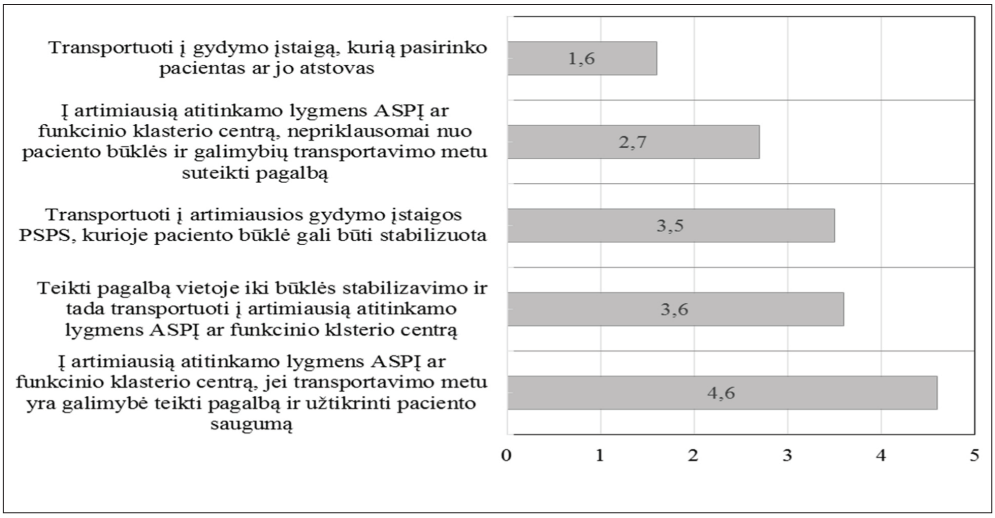
Nepaisant to, kad sunkios būklės trauminių ar klasterinių (sergančių insultu ar infarktu) pacientų transportavimas iš dalies reglamentuotas, atsiranda nuomonių, diskusijų ar teisinių ginčų, kad pacientas buvo nuvežtas ne į tą asmens sveikatos priežiūros įstaigą, į kurią reikėjo. Tyrimu buvo siekiama nustatyti, ar skiriasi respondentų nuomonė, kur turi būti transportuojamas pacientas, kai yra aiški ir kai neaiški susirgimo diagnozė ar traumos pobūdis, bei palyginti respondentų nuomonę apie pacientų transportavimą esant galiojančiam teisiniam reglamentavimui. Atsakymų sklaida pateikta 51 ir 52 paveiksluose.



51 pav. Transportavimo vietos pasirinkimo, esant sunkiai paciento būklei, bet neaiškiai susirgimo diagnozei ar traumos pobūdžiui, vidurkiai, balais

Abiem atvejais, esant sunkiai paciento sveikatos būklei ir aiškiai arba neaiškiai diagnozei, daugiausia respondentų pritarė, kad pacientą reikėtų transportuoti į artimiausią atitinkamo lygmens ASPĮ ar funkcinio klasterio centrą, jei transportavimo metu yra galimybė teikti pagalbą ir užtikrinti paciento saugumą. Šių atsakymų vidurkiai statistiškai labai reikšmingai didesni už visų likusių atsakymų variantų vidurkius (*t-testas priklausomoms imtims, $p < 0,01$*) (51 ir 52 pav.).

Respondentų nuomonės abiem atvejais skiriasi statistiškai labai reikšmingai atsižvelgiant į amžių, stažą (χ^2 *kriterijus, $p < 0,01$*) ir reikšmingai atsižvelgiant į lytį, ASPĮ lygmenį (χ^2 *kriterijus, $p < 0,05$*).



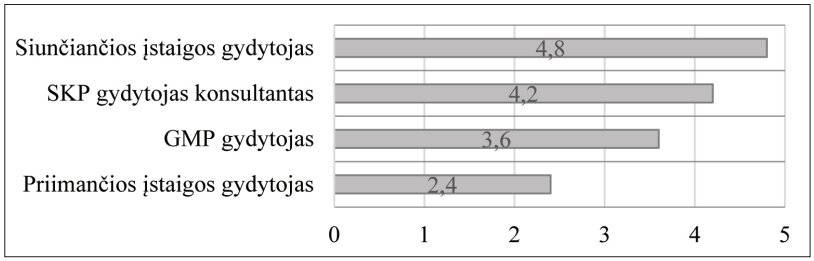
52 pav. Transportavimo vietos pasirinkimo, esant sunkiai paciento būklei, bet aiškiai susirgimo diagnozei ar traumos pobūdžiui, vidurkiai, balais

Nuomonei, kad pacientą reikia transportuoti į artimiausią atitinkamo lygmens ASPĮ ar funkcinio klasterio centrą, jei transportavimo metu yra galimybė teikti pagalbą ir užtikrinti paciento saugumą, daugiausia pritarė 60 metų ir vyresni respondentai (78,6 proc.) bei 11–20 metų darbo stažą turintys respondentai (71,0 proc.) (χ^2 *kriterijus, p < 0,01*). Statistiškai reikšmingai (χ^2 kriterijus, $p < 0,05$) šiam atsakymui pritarė moteriškosios lyties atstovės (75,9 proc.) ir respublikos lygmens stacionarinių ASPĮ atstovai (94,7 proc.).

Esant sunkiai paciento būklei, bet aiškiai susirgimo diagnozei ar traumos pobūdžiui, transportuoti į gydymo įstaigą, kurią pasirinko pacientas ar jo atstovas, statistiškai reikšmingai nepritarė vyriškos lyties respondentai (70,0 proc.).

Esant sunkiai paciento būklei, bet aiškiai susirgimo diagnozei ar traumos pobūdžiui, paciento transportavimą ligoninės tarpusavyje dažniausiai aptaria. Tačiau dėl tokių sunkių būklių, kurios nustatomos dar iki stacionaro, pvz., įvykio ar susirgimo vietoje, pirminis transportavimas su pacientus priimančiomis gydymo įstaigomis dažniausiai nederinamas.

Atsakymuose pateiktos nuomonės atitinka užsienio autorių duomenis, kad pacientus tikslingiausia vežti ne į arčiausiai esančią, kaip gali pasirodyti vertinant atsakymus, bet į artimiausią atitinkamo lygmens pagal sužalojimo pobūdį ar ligą ASPĮ. Artimiausia atitinkamo lygmens ASPĮ nebūtinai bus arčiausiai esanti ligoninė. Kita vertus, yra papildoma sąlyga, kad transportavimo metu turi būti galimybė užtikrinti paciento saugumą. Matyt, tyrimo rezultatus nulėmė tai, kad tiek GMP, tiek ir sta-



53 pav. Vertinimų dėl atsakingo asmens sprendimo ir atsakomybės dėl paciento transportavimo priėmimo vidurkiai, balais

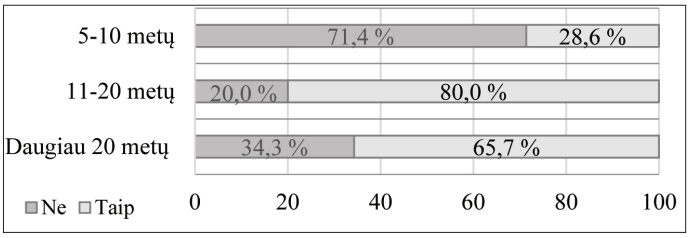
cionarinių ASPĮ specialistai realiai vertina esamą situaciją, kadangi transportavimas užtrunka ilgai, transportuojant reikia užtikrinti pagalbą ir stebėseną. Tokias galimybes šiuo metu Lietuvoje turi tik SKP tarnybos reanimobiliai ir iš dalies pažangaus gyvybės palaikymo GMP brigados.

Sprendimo priėmimas ir atsakomybės prisiėmimas dėl paciento transportavimo poreikio ir būklės pakitimų (galimo pablogėjimo) transportuojant yra diskusinis klausimas, kadangi tame procese dalyvauja skirtingų įstaigų atstovai, galintys užtikrinti sklandų transportavimą, arba priešingai, įvertinę esamą situaciją, neleisti transportuoti, esant netransportabiliai paciento būklei (53 paveikslas).

Kaip matyti pateiktoje diagramoje, didžiausią vertinimo vidurkį (*4,8±0,83SD*) atitinka atsakymas „Siunčiančiosios įstaigos gydytojas“. Šio atsakymo variantų vidurkis statistiškai labai reikšmingai didesnis už visus likusius atsakymų variantų vidurkius (*t-testas priklausomoms imtims*, $p < 0,01$). Respondentų atsakymų į šį klausimą nuomonės skiriasi statistiškai reikšmingai, atsižvelgiant į ASPĮ specialistų tipą ir stažą (χ^2 *kriterijus,* $p < 0,05$). Kad už sprendimo ir atsakomybės priėmimą dėl paciento transportavimo atsakingas siunčiantysis gydytojas, daugiausia pasisako reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyrių vadovai (75,8 proc.), mažiausiai tam pritaria tik kiek daugiau nei trečdalis (40,6 proc.) stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigos vadovų. Ir priešingai, – kad už sprendimo ir atsakomybės priėmimą dėl paciento transportavimo atsakingas priimančiosios įstaigos gydytojas, daugiausia pasisako stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovai (58,1 proc.), tam pritaria tik mažiau nei trečdalis (27,3 proc.) reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyrių vadovų.

Daugiau nei du trečdaliai respondentų (69,7 proc.), kurių darbo stažas yra daugiau nei 20 metų, pasisako, kad SKP gydytojas konsultantas yra atsakingas už sprendimo ir atsakomybės prisiėmimą dėl paciento transportavimo, mažiausiai (28,6 proc.) tam pritaria respondentai, kurių darbo stažas siekia nuo 5 iki 10 metų.

Prieš teikiant medicinos pagalbą, gydytojai daugeliu atvejų yra įpareigoti gauti paciento ar jo atstovo sutikimą. Tai ypač aktualu, pacientui esant nesąmoningam. Paciento teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme įtvirtinta nuostata, kad būtinas paciento ar jo atstovo supažindinimas su išrašymo ar perkėlimo toliau gydyti į kitą ASPĮ ir sutikimas. Nuomonių, ar būtinas paciento (atstovo) sutikimas transportuoti į kitą ligoninę, sklaida pateikta 54 paveiksle.

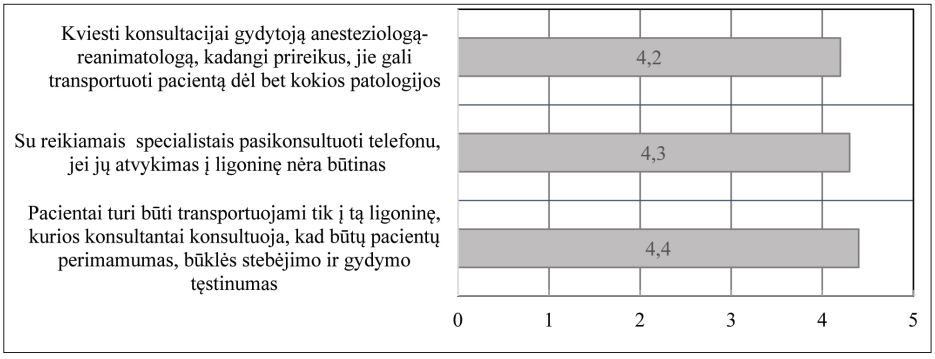


54 pav. Respondentų nuomonių dėl paciento (atstovo) sutikimo transportuoti į kitą ligoninę būtinumo atsižvelgiant į darbuotojų stažą pasiskirstymas, proc.

Daugiau nei du trečdaliai atsakiusiųjų (68,6 proc.) mano, kad „taip“, t. y. paciento (atstovo) sutikimas transportuoti į kitą ligoninę būtinas. Trečdalis respondentų nepritaria šiai juridinei nuostatai. Rezultatai nesiskiria statistiškai reikšmingai atsižvelgiant į respondentų amžių, lytį, SPĮ steigėją, PSP specialistų tipą ir SPĮ lygmenį, tačiau skiriasi statistiškai reikšmingai (χ^2 *kriterijus, p < 0,05*) atsižvelgiant į stažą. Kaip matyti pateikiamoje diagramoje (54 pav.), nuomonei, jog „paciento (atstovo) sutikimas transportuoti į kitą ligoninę būtinas“ dažniau nei kitų tipų specialistai (80,0 proc.) pritaria 11–20 metų darbo stažą turintys darbuotojai. Tačiau didžioji dalis (71,4 proc.) 5–10 metų darbo stažą turinčių respondentų ir daugiau nei trečdalis (34,3 proc.) daugiau kaip 20 metų darbo stažą turinčių darbuotojų nepritaria šiuo metu galiojančiai juridinei nuostatai dėl paciento sutikimo transportuoti pacientą į kitą ligoninę būtinumo. Nepritarimas šiai juridinei nuostatai yra išraiška didelio pacientų skaičiaus transportavimo iš rajono ir regiono lygmens ligoninių į respublikos lygmens ligonines be suderinimo su priimančiąja įstaiga, motyvuojant sunkia paciento būkle, dažniausiai popietinėmis valandomis ir savaitgaliais. Tokiais atvejais medicininiuose dokumentuose dažniausiai nebūna pažymėta, kad pacientas sutinka būti vežamas į kitą gydymo įstaigą.

Antrinis transportavimas gali būti taikomas tik tada, kai numatoma, jog tai pagerins paciento klinikines išeitis. Tai turi būti atliekama tokiu būdu, kad nesikeistų pagalbos teikimo kokybė transportavimo metu (Gray ir kt., 2004; Iwashyna, 2012). Sprendimas perkelti turi būti priimamas tik įvertinus ir atidžiai pasvėrus tikėtiną naudą su potencialia rizika transportavimo metu (Warren, 2004). Prieš transportuojant pacientui reikia tiksliai nustatyti diagnozę, jį tinkamai gydyti, stabilizuoti, mediciniškai įvertinti trans-

portavimo riziką ir naudą, koordinuoti saugų transportavimą (Rourke, Kennard, 2001; Goldhill, 2009). Kritinių būklių pacientų transportavimo paslaugos regionalizavimas yra naudingas pacientams, jie į specializuotos pagalbos centrus atvyksta greičiau (Faheem, 2003). Skubios konsultacinės pagalbos gydytojai gali ne tik transportuoti sudėtingus, gyvybę palaikančių priemonių reikalingus pacientus, bet ir teikti pagalbą vietoje ar konsultuoti telefonu. Tačiau praktikoje įteisinti atvejai, kai pacientus konsultuoja ir gydo vienos įstaigos gydytojai, o transportavimą atlieka kitos įstaigos SKP tarnyba. Veiksmai, kuriuos siūlo atlikti respondentai, jei dėl paciento būklės ir transportavimo konsultuojamasi su SKP gydytojais konsultantais, pateikti 55 paveiksle.

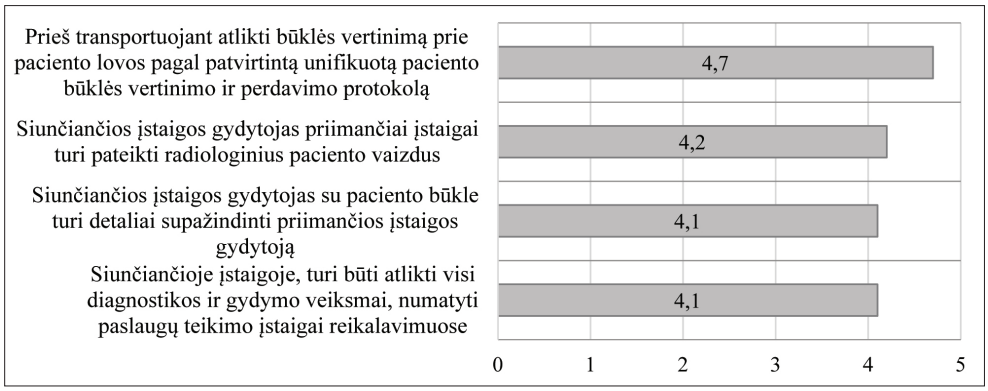


55 pav. Veiksmų, kai dėl paciento būklės ir transportavimo konsultuojamasi su SKP gydytojais konsultantais, vidurkiai, balais

Didžiausią vertinimo vidurkį (*4,4±1,31SD*) gavo atsakymas „Pacientai turi būti transportuojami tik į tą ligoninę, kurios konsultantai konsultuoja, kad būtų pacientų perimamumas, būklės stebėjimo ir gydymo tęstinumas“ (54 pav.). Vidurkių skirtumai, lyginant tarpusavyje visas atsakymų kategorijas, nėra statistiškai reikšmingi (*t-testas priklausomoms imtims, $p > 0,05$*). Tačiau rezultatai skiriasi statistiškai reikšmingai (χ^2 *kriterijus, $p < 0,05$*) atsižvelgiant į respondentų stažą. Nuomonei, kad jei dėl paciento būklės ir transportavimo konsultuojamasi su SKP gydytojais konsultantais, geriau kviesti konsultacijai gydytoją anesteziologą reanimatologą, kadangi esant poreikiui jis gali transportuoti pacientą dėl bet kokios patologijos, daugiausia (71,4 proc.) pritaria respondentai, kurių darbo stažas 5–10 metų. Mažiausiai pritaria (47,1 proc.) 20 ir daugiau metų darbo stažą turintys respondentai. Šis rezultatas atitinka užsienio mokslininkų tyrimų duomenis, kurie teigia, kad įrodymais pagrįsta, jog sveikatos priežiūros kokybė būna geresnė, jeigu naudojamasi specialistų komandomis iš priimančiosios įstaigos. Tikėtina, kad transportavimas tokiu atveju trunka trumpiau. Vis dėlto atlikto tyrimo duomenys rodo, kad ir kiti veiksmai yra labai panašiai vertinami esant partneriškam bendradarbiavimui ir komunikavimui tarp skirtingų įstaigų spe-

cialistų. Kitų autorių (Gray, Bush, Whiteley, 2004) duomenimis, maždaug 90 proc. transportavimo atvejų yra organizuojami naudojant siunčiančiosios įstaigos personalą, tos įstaigos įrangą ir transportą, nepaisant to, kad medicininis ir slaugos personalas dažnai nėra tinkamai apmokytas ir neturi reikiamos patirties, todėl galima manyti, kad atsižvelgiama ne tik į priežiūros kokybę, bet ir į kaštus.

Kad paciento transportavimo procesas būtų sklandus, reikia atlikti tam tikrus parengiamuosius veiksmus (56 paveikslas).

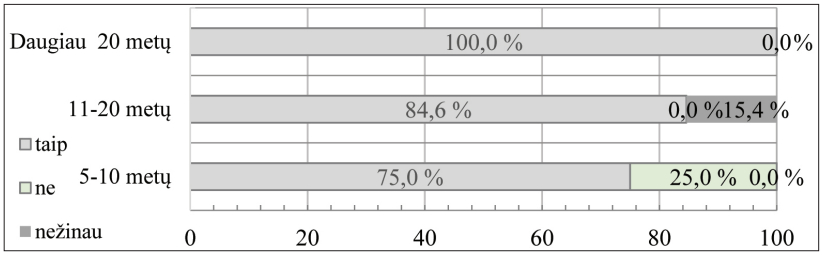


56 pav. Veiksmų, siūlomų atlikti prieš paciento transportavimą, vertinimo vidurkiai, balais

Kaip matyti iš pateikto grafiko, didžiausią vertinimo vidurkį (*4,7±0,54SD*) atitinka atsakymas „Prieš transportavimą atlikti būklės vertinimą prie paciento lovos pagal patvirtintą unifikuotą Paciento būklės vertinimo ir perdavimo protokolą“. Šio atsakymo vidurkis statistiškai labai reikšmingai didesnis už visus likusius atsakymų variantų vidurkius (*t-testas priklausomoms imtims, $p < 0,01$*). Nors rezultatai statistiškai reikšmingai nesiskiria pagal socialines-demografines bei darbines-organizacines charakteristikas, kad prieš transportavimą būtų atliktas būklės vertinimas prie paciento lovos pagal patvirtintą unifikuotą Paciento būklės vertinimo ir perdavimo protokolą pasisako daugiau nei du trečdaliai (68,8 proc.) stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovų.

Mokėjimas už pacientų transportavimą tarp įstaigų gydymui užbaigti pagal gyvenamąją vietą po SMP paslaugų suteikimo iš PSDF biudžeto, kai pacientui suteikus pagalbą vienoje ligoninėje, toliau teikti pagalbą dėl bet kurios priežasties reikia vežti į kitą ligoninę, lieka neišspręstas.

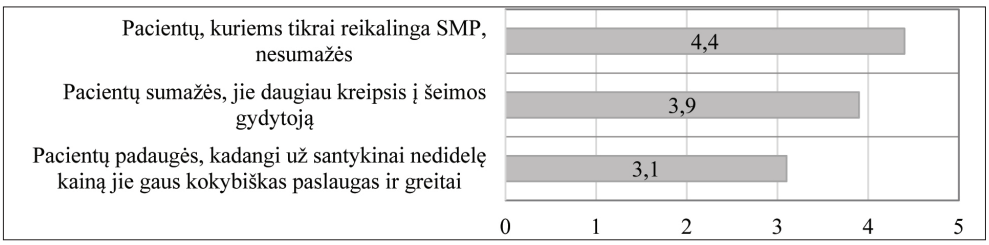
Didžioji dalis respondentų (85,7 proc.) teigia, kad už tokį transportavimą turėtų būti mokama iš PSDF biudžeto. Rezultatai nesiskiria statistiškai reikšmingai atsižvelgiant į respondentų amžių, lytį, SPĮ steigėją, ASPĮ specialistų tipą ir ASPĮ lygmenį, tačiau skiriasi statistiškai reikšmingai (χ^2 kriterijus, $p < 0,05$) atsižvelgiant į stažą (57 paveikslas).



57 pav. Respondentų nuomonių dėl apmokėjimo už transportavimą tarp gydymo įstaigų iš PSDF biudžeto atsižvelgiant į darbuotojų stažą pasiskirstymas, proc.

Nuomonei, kad už tokį transportavimą turėtų būti mokama iš PSDF biudžeto, pritaria visi daugiau nei 20 metų darbo stažą turintys respondentai, kiti respondentai pagal darbo stažą tik nedaug rečiau pritaria šiai nuomonei. Šiuo metu už pacientų transportavimą tarp ligoninių gydymo įstaigos moka paslaugas teikiančioms GMP įstaigoms arba transportuoja pacientus savo lėšomis. Už pacientų transportavimą tarp ligoninių gydymo įstaigoms mokėjimas iš TLK nėra skiriamas.

Mokamų paslaugų įvedimas už neskubios pagalbos paslaugų suteikimą, užuot drausminęs pacientus, gali suveikti priešingai ir dar labiau padidinti pacientų srautą į PSPS (58 paveikslas).

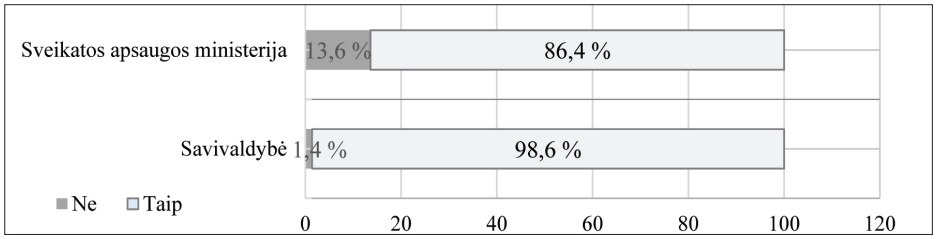


58 pav. Mokesčio už neskubios pagalbos paslaugų teikimą įvedimo PSPS poveikio į pacientų skaičių PSPS vertinimo vidurkiai, balais

Kaip matyti iš pateikto grafiko, atsakymus vertinant balais, didžiausią vertinimo vidurkį (*4,4±1,25SD*) atitinka atsakymas „Pacientų, kuriems tikrai reikalinga SMP, nesumažės“. Šio atsakymo vidurkis nesiskiria statistiškai reikšmingai lyginant su kitu atsakymų variantu „Pacientų sumažės, jie daugiau kreipsis į šeimos gydytoją“, tačiau skiriasi statistiškai labai reikšmingai su vidurkiu atsakymo varianto „Pacientų padaugės, kadangi už santykinai nedidelę kainą jie gaus kokybiškas paslaugas ir greitai“ *(t-testas priklausomoms imtims, $p < 0,01$)*. Vadinasi, baimintis, kad pacientai dėl mokesčio įvedimo aplenks PSPS, nereikė-

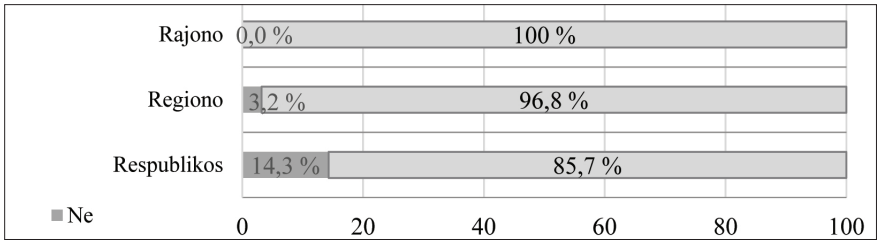
tų. Lygiai taip pat nereikėtų tikėtis antplūdžio pacientų, norinčių gauti paslaugas greitai už mokestį. Kai kurie respondentai pateikė atskiras nuomones: „Labai priklauso nuo mokesčio dydžio“; „Mokesčio dydis lemtų tiesiogiai“ ir „Padės išgyvendinti tradicijas“.

Tikintis iš visuomenės didesnio supratimo apie SMP vaidmenį visuomenėje ir svarbą kiekvieno žmogaus sveikatai, reikia žinoti, kokią informaciją teikti visuomenei. Beveik visi respondentai (96,6 proc.) pritaria, kad visuomenę reikia informuoti apie tai, kas yra skubi medicinos pagalba, ir tik 3,4 proc. mano, kad tokia informacija visuomenei nereikalinga. Rezultatai nesiskiria statistiškai reikšmingai atsižvelgiant į visus sociodemografinius respondentų parametrus (χ^2 kriterijus, $p > 0,05$), išskyrus pagal ASPĮ steigėją ir ASPĮ lygmenį. Nuomonei, kad visuomenę reikia informuoti apie tai, kas yra skubi medicinos pagalba, labiau pritaria respondentai, kurių įstaigų steigėjai yra savivaldybės (98,6 proc.). Respondentai, kurių įstaigų steigėja yra SAM, pritaria nedaug mažiau (86,4 proc.). Rezultatai skiriasi statistiškai reikšmingai (χ^2 *kriterijus, p < 0,05*), jų sklaida pateikta 59 paveiksle.



59 pav. Nuomonių dėl visuomenės informavimo apie tai, kas yra skubi medicinos pagalba, skirstinys atsižvelgiant į įstaigos steigėją, proc.

Atsižvelgiant į ASPĮ lygmenį, nuomonei, jog visuomenę reikia informuoti apie tai, kas yra SMP, pritaria visi rajono lygmens ASPĮ atstovai, tik nedaug mažiau regiono, mažiausiai, bet daugiau nei keturi penktadaliai, respublikos lygmens ASPĮ atstovų. Rezultatai skiriasi statistiškai reikšmingai (χ^2 *kriterijus, p < 0,05*), rezultatų sklaida pateikiama 60 paveiksle.



60 pav. Nuomonių dėl visuomenės informavimo apie tai, kas yra skubi medicinos pagalba, skirstinys atsižvelgiant į įstaigos lygmenį, proc.

Rajono lygmens ASPĮ atstovai mato didesnį poreikį asmenis informuoti apie SMP, matyt, todėl, kad informavimo priemonės atokiau gyvenančius asmenis pasiekia sunkiau, yra mažiau prieinamos.

Priemonių skubios medicinos pagalbos sistemos valdymui tobulinti nustatymo analizės rezultatų apibendrinimas

Antroje tyrimo dalyje analizuotos siūlomos priemonės SMP sistemos valdymui patobulinti.

26 lentelė. SMP sampratų ir organizacinių problemų rezultatų 2 sąvadas

Anketos klausimas	Klausimą konceptualizuojantis teiginys	Pagrįstumas
14	Optimalus SMP kategorijų skaičius, jų pavadinimai ir pagalbos teikimo laikas	Nustatytos 5 kategorijos, kurioms priskirti pavadinimai ir pagalbos teikimo pradžios laikai: kritinės būklės – 10 min.; labai skubūs – nuo 10 min. iki 30 min.; skubūs – nuo 30 min. iki 1 val.; neskubūs – nuo 1 val. iki 2 val.30 min.; ambulatoriniai – nuo 2 val.30 min. iki 4 val.
19	Mokesčio už neskubios pagalbos paslaugų suteikimą įvedimas	„Pacientų, kuriems tikrai reikalinga SMP, nesumažės“
45	Apmokėjimas už pacientų pervežimą tarp gydymo įstaigų	Už pacientų pervežimo paslaugų paslaugą tarp gydymo įstaigų turi būti apmokama iš PSDF biudžeto
3	Visuomenės informavimo apie tai, kas yra SMP	Palankiausiai visuomenės informavimą vertiną ASPĮ, kurių steigėjai yra savivaldybės, atstovai, ir rajono lygmens ASPĮ atstovai.

Apibendrinant 26 lentelėje pateiktus rezultatus galima daryti išvadą, kad nustatytos 5 SMP kategorijos su patvirtintu apžiūros pradžios laiku ir trukme lemia pagalbos teikimą laiku ir mastą. Tai yra esminis instrumentas vertinant paciento būklę, atliekant pacientų atranką, nustatant pagalbos teikimo eilę, sudarant laukimo eilę. Mokesčio už neskubios pagalbos suteikimą PSPS įvedimas nepablogins paslaugų prieinamumo tiems, kam jos iš tikrųjų reikia. Tačiau už pacientų transportavimą tarp gydymo įstaigų turėtų būti mokama iš PSDF biudžeto. Visuomenės informavimo apie SMP svarba pripažįstama didžiosios daugumos respondentų, tačiau labiausiai informavimo trūkumą pabrėžia rajono lygmens atstovai.

27 lentelė. Žmogiškųjų išteklių rezultatų 2 sąvadas

Anketos klausimas	Klausimą konceptualizuojantis teiginys	Pagrįstumas
24	Slaugytojų atliekamas pirminis paciento būklės vertinimas	Slaugytojoms atliekant pirminį pacientų būklės vertinimą, statistiškai labai reikšmingai pailgėtų gydytojo laikas pagrindiniam darbui

Apibendrinant 27 lentelėje pateiktus rezultatus negalima daryti išvados apie SMP paslaugų kokybės pagerėjimą, jei pirminį paciento būklės vertinimą atliktų slaugytoją, kadangi jos šios veiklos neatlieka. Tačiau vertinant netiesiogiai, pailgėjus gydytojo laikui pagrindiniam darbui (gydymui, procedūrų atlikimui), pacientai gautų kokybiškesnes paslaugas.

28 lentelė. SMP pacientų srautų valdymo rezultatų 2 sąvadas

Anketos klausimas	Klausimą konceptualizuojantis teiginys	Pagrįstumas
23	Pirminio būklės vertinimo įtaka PSPS veiksmingumui	Sumažina laukimo laiką, per kurį turi būti pradėta teikti SMP; gerina išeitis po sunkių traumų
27	Ilgas laukimas eilėje pagal laiko trukmę	Eilė iki patekimo pas gydytoją PSPS yra laikoma ilga, kai laukimo trukmė daugiau 46 – 90 min.,
28	Ilgas laukimas eilėje pagal laukiančių pacientų skaičių	Eilė iki patekimo pas gydytoją PSPS yra laikoma ilga, kai pagal pacientų skaičių eilėje daugiau 6 - 10 pacientų.

Apibendrinant 28 lentelėje pateiktus rezultatus galima daryti išvadą, kad paciento pirminis būklės vertinimas reikšmingai įtakoja PSPS veiksmingumą, kadangi sumažina laukimo laiką ir pagerina ligos išeitis po sunkių traumų. Tyrimo metu nustatyta, kad eilė iki patekimo pas gydytoją PSPS yra laikoma ilga, kai laukimo trukmė daugiau 46–90 min., kai pagal pacientų skaičių eilėje daugiau 6–10 pacientų.

Apibendrinant 29 lentelėje pateiktus rezultatus galima daryti išvadą, kad tiek esant aiškiam ar neaiškiam susirgimui / traumai, bet turint galimybę teikti pagalbą ir užtikrinti paciento saugumą, pacientą reikia transportuoti į atitinkamo lygmens ASPĮ ar funkcinio klasterio centrą. Sprendimą dėl paciento transportavimo priima siunčiančiosios įstaigos gydytojas, išskyrus tuos atvejus, kai transportavimą atlieka SKP brigada. Tokiu atveju sprendimą dėl transportavimo priima SKP gydytojas. Pacientui transportuoti turi būti gautas jo paties ar artimųjų sutikimas. Prieš transportavimą reikia atlikti paciento būklės vertinimą pagal unifikuotą Paciento būklės vertinimo ir

29 lentelė. Pacientų tarpstacionarinio transportavimo rezultatų 2 sąvadas

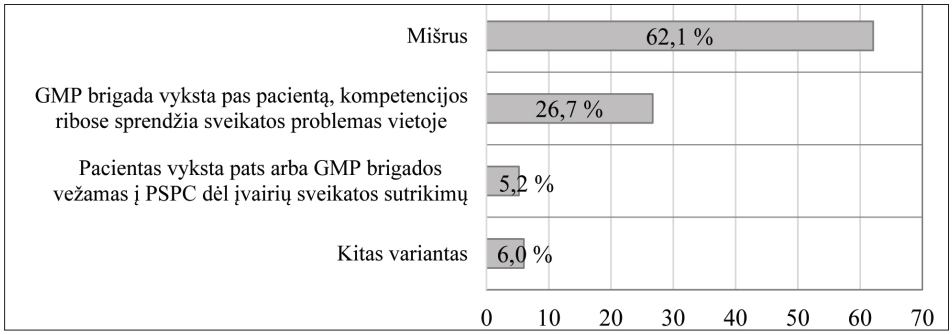
Anketos klausimas	Klausimą konceptualizuojantis teiginys	Pagrįstumas
32, 33	Paciento transportavimo vieta esant aiškiam ar neaiškiam susirgimui/traumai/ diagnozei	Transportuoti pacientą į atitinkamo lygmens ASPĮ ar funkcinio klasterio centrą, jei transportavimo metu yra galimybė teikti pagalbą ir užtikrinti paciento saugumą
37	Atsakingo asmens sprendimo priėmimas dėl paciento transportavimo	Siunčiantis gydytojas, SKP gydytojas
38	Paciento sutikimas dėl transportavimo	Sutikimas būtinas
41	Prieš paciento pervežimą atliekami veiksmai	Prieš paciento pervežimą atlikti būklės vertinimą prie paciento lovos pagal patvirtintą unifikuotą paciento būklės vertinimo ir perdavimo protokolą
42	Veiksmai konsultuojantis su SKP gydytoju prieš pervežimą	Kviesti konsultacijai gydytoją anesteziologą reanimatologą, kadangi esant poreikiui jis gali transportuoti pacientą dėl bet kokios patologijos

perdavimo algoritmą. Konsultuotis dėl paciento transportavimo geriausia su gydytoju anesteziologu reanimatologu, atliekančiu transportavimą.

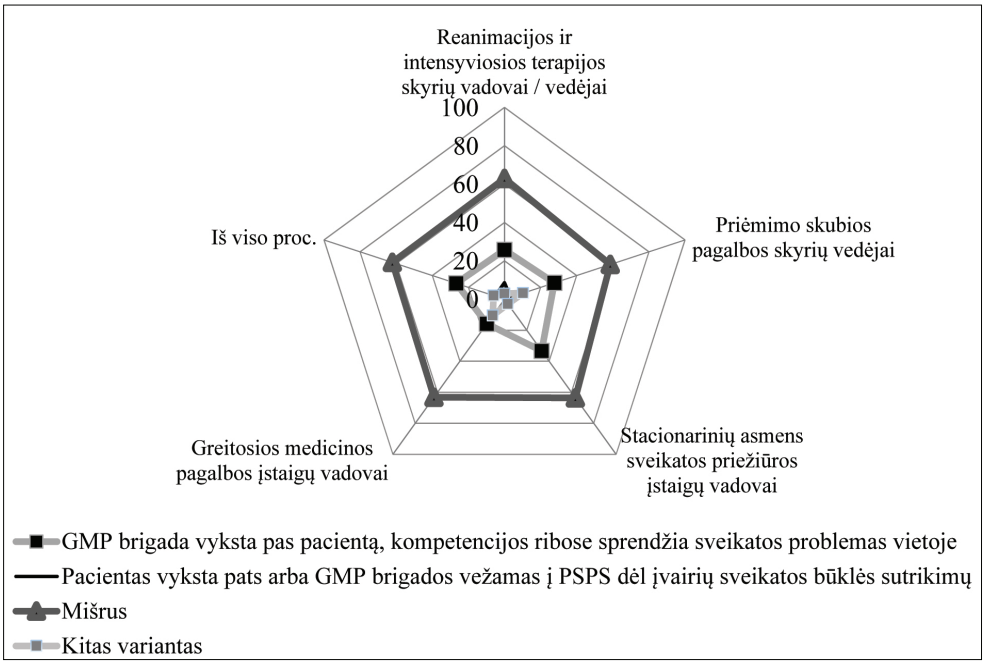
3.3. Specialistų požiūrio į siūlomų priemonių, skirtų skubiosmedicinos pagalbos sistemos valdymui tobulinti, tikslingumo analizės rezultatai

Nors vyraujantys ikistacionarinės pagalbos modeliai yra du – anglų-amerikiečių ir prancūzų-vokiečių, tačiau pagal mokslinės literatūros duomenis ir praktinėje veikloje stebima, kad daugelyje šalių modeliai atkartoja vienas kitą, supanašėja. Rezultatai rodo, kad labiausiai pritariama mišriam ikistacionarinės pagalbos teikimo modeliui (62,1 proc.) (61 paveikslas).

Rezultatai nesiskiria statistiškai reikšmingai atsižvelgiant į visus sociodemografinius respondentų parametrus – amžių, lytį, stažą, ASPĮ steigėją, ASPĮ lygmenį ir respondentų tipą (χ^2 kriterijus, $p > 0,05$). Pagal respondentų tipus už mišrų ikistacionarinės pagalbos teikimo modelį daugiausia pasisako visų tipų respondentai (62,1 proc.) (62 paveikslas).



61 pav. Nuomonių dėl ikistacionarinės pagalbos teikimo modelio Lietuvoje pasiskirstymas, proc.



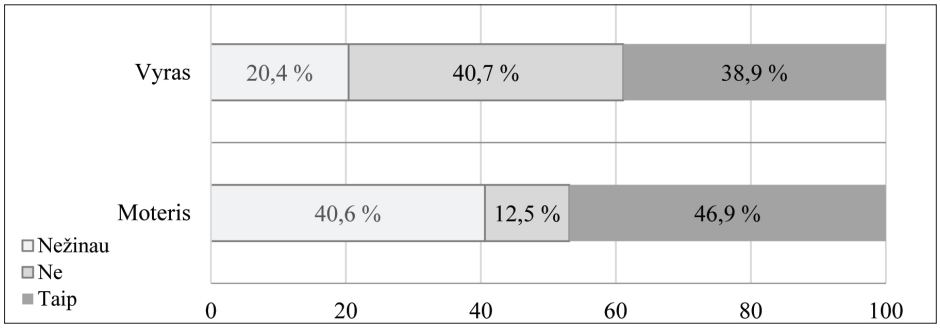
62 pav. Nuomonių dėl ikistacionarinės pagalbos teikimo modelio Lietuvoje pagal respondentų tipus pasiskirstymas, proc.

Labiausiai mišriam modeliui pritaria stacionarinių ASPĮ vadovai (63,6 proc.) ir GMP įstaigų vadovai (63,2 proc.). Mažiausiai, tačiau labai nedaug mažiau (58,6 proc.) mišriam ikistacionarinės pagalbos teikimo modeliui pritaria PSPS vedėjai. Apie trečdalį (25,7–33,3 proc.) savo balsų atidavė visų tipų respondentai, išskyrus GMP vado-

vus, už tai, kad GMP vyktų pas pacientą ir vietoje spręstų sveikatos problemas. Šiai nuomonei pritarė tik 15,8 proc. GMP vadovų. Tik 5,2 proc. visų respondentų pritaria tam, kad pacientas vyktų pats arba GMP brigados būtų vežamas į PSPS dėl įvairių sveikatos būklės sutrikimų. Tačiau pagal anksčiau pateiktą respondentų nuomonę būtent anglų-amerikiečių ikistacionarinės SMP teikimo modelis yra vyraujantis. Todėl galima daryti išvadą, kad Lietuvoje vyraujantis ikistacionarinės pagalbos teikimo modelis (anglų-amerikiečių), kurio koncepcija buvo pagrįsta GMP koncepcija ir jos pagrindu patvirtintos GMP pertvarkos gairės, netenkina daugumos respondentų, taip pat ir GMP atstovų.

Karo medikai, kaip viena ikistacionarinės pagalbos teikimo grandžių, kvalifikacijos kėlimo ir praktinių įgūdžių bei teorinių žinių išlaikymo tikslu stacionarinėse gydymo įstaigose dalyvauja praktiniuose kursuose. Tačiau be šių kursų, jei nedalyvauja karo veiksmuose ar taikos palaikymo misijose, praktine veikla neužsiima. Kad karo medikai būtų naudojami SMP teikti įprastinėmis civilinėmis sąlygomis, stacionarinėse gydymo įstaigose pritaria 43,2 proc. respondentų.

Rezultatai nesiskiria statistiškai reikšmingai atsižvelgiant į respondentų amžių, stažą, ASPĮ steigėją, ASPĮ specialistų tipą ir ASPĮ lygmenį, tačiau skiriasi statistiškai labai reikšmingai (χ^2 kriterijus, $p < 0,01$) atsižvelgiant į lytį. Atsakymų sklaida, atsižvelgiant į respondentų lytį, pateikta 63 paveiksle.



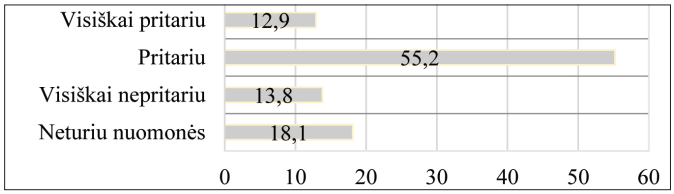
63 pav. Nuomonių dėl karo medikų naudojimo SMP teikti atsižvelgiant į respondentų lytį pasiskirstymas, proc.

Beveik pusė moteriškos lyties atstovių (46,9 proc.) pritaria, kad reikėtų panaudoti karo medikus SMP teikti. Vyriškos lyties atstovų nuomonės skyrėsi beveik perpus – 40,7 proc. mano, kad nereikia, 38,9 proc. mano, kad reikėtų panaudoti karo medikus SMP teikti. Karo medikų naudojimui SMP teikti pritaria ir dauguma (59,1 proc.) SAM pavaldumo įstaigų atstovų.

Karo medikų naudojimas SMP teikti iš esmės atitiktų jų pačių profesinių poreikių tenkinimą, leistų įgyti ir nepamiršti bei tobulinti jau turimus profesinius įgūdžius. Kar-

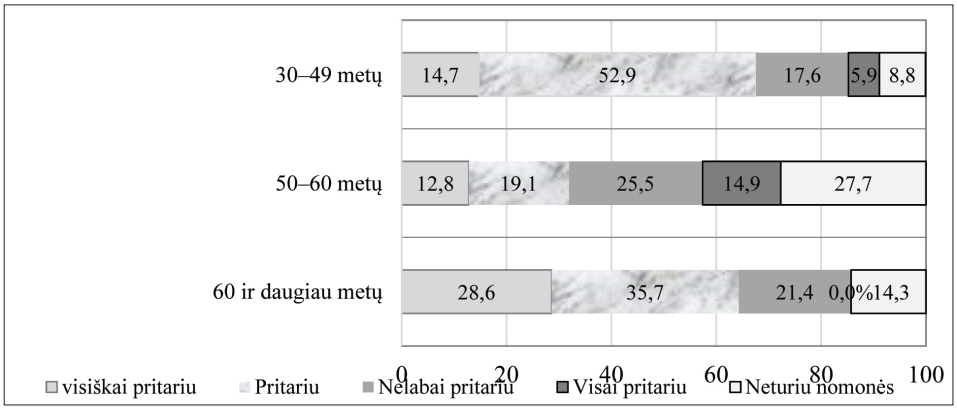
tu tai išspręstų santykinį personalo trūkumą SMP teikiančiuose padaliniuose ar tarnybose, pvz., GMP tarnyboje. Tyrimo rezultatai patvirtina šios priemonės reikalingumą.

Daugelyje šalių vertinant pacientų būklę naudojamos pagalbos pirmumo nustatymo skalės, sudarytos iš penkių sveikatos būklių kategorijų. Pacientų skirstymas į 5 kategorijas padeda vertinti pacientų būklę ir optimizuoti SMP teikimą. Daugelis (68,1 proc.) tyrime dalyvavusių respondentų pritaria arba visiškai pritaria tam, kad laikas, per kurį turi būti pradėta teikti SMP, būtų skirstomas į 5 kategorijas (atitinkamai 55,2 proc. ir 12,9 proc.) (64 paveikslas).



64 pav. Nuomonių dėl SMP kategorijų praplėtimo pasiskirstymas, proc.

Beveik penktadalis (18,1 proc.) respondentų neturi nuomonės ir tik mažesnė dalis, kiek daugiau nei dešimtadalis (13,8 proc.), visiškai nepritaria. Rezultatai nesiskiria statistiškai reikšmingai atsižvelgiant į respondentų lytį, stažą, ASPĮ steigėją, ASPĮ specialistų tipą ir ASPĮ lygmenį, tačiau skiriasi statistiškai reikšmingai (χ^2 *kriterijus,* $p < 0,05$) atsižvelgiant į respondentų amžių. Rezultatų sklaida pateikiama 65 paveiksle.



65 pav. Nuomonių dėl SMP kategorijų praplėtimo pagal respondentų amžių pasiskirstymas, proc.

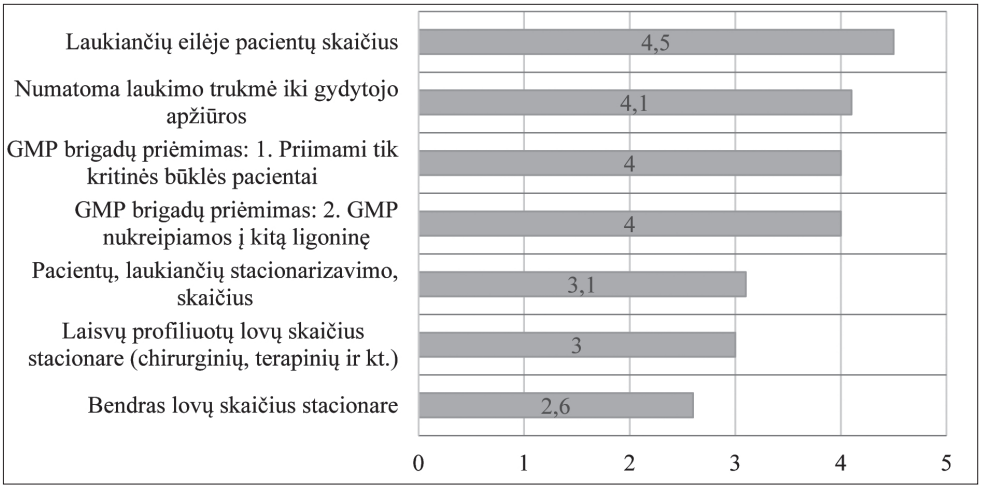
Nuomonei, kad pacientai pagal SMP teikimo laiko pradžią būtų skirstomi į 5 kategorijas dažniau „visiškai pritaria“ 60 metų ir vyresni specialistai (28,6 proc.). Pritariančių respondentų nuomonė suponuoja, kad pacientų skirstymas į 5 kategorijas pagal SMP teikimo pradžios laiką yra svarbus veiksnys toliau modeliuojant SMP valdymą.

GMP darbuotojai neturi arba nenaudoja lengvai pritaikomų, įrodymais pagrįstų ir patikimų pagalbos pirmumo nustatymo instrumentų, padedančių klasifikuoti pacientus pagal būklės sunkumą dar ikistacionariniu laikotarpiu ir tinkamai perduoti informaciją PSPS darbuotojams. GMP darbuotojai taip pat nevertina medicinos pagalbos teikimo skubumo pagal SMP kategorijas, tik palydimajame rašte nurodo GMP iškvietimo kategoriją. Didžioji dalis (82,9 proc.) respondentų pritaria nuomonei, kad GMP lape būtų žymimos SMP kategorijos. Tik kiek daugiau nei dešimtadalis (12,2 proc.) respondentų tokiam žymėjimui nepritaria. Labai maža dalis respondentų neturi nuomonės dėl žymėjimo (4,9 proc.). Pritarimas žymėti SMP kategoriją GMP lape nesiskiria statistiškai reikšmingai atsižvelgiant į visus sociodemografinius respondentų parametrus (χ^2 kriterijus, $p > 0,05$). Analizuojant atsakymus pagal respondentų tipus, tik apie penktadalis (24,1 proc.) GMP įstaigų vadovų nepritaria, kad SMP kategorija būtų žymima GMP lape. Kitų tipų respondentai nepritaria daug rečiau.

Įvertinus atsakymų duomenis galima teigti, kad SMP kategorijų žymėjimas GMP lydimajame lape būtų vienas iš žingsnių bendro paciento būklės vertinimo protokolo link ir leistų PSPS gydytojui greičiau ir teisingiau apsispręsti dėl pagalbos teikimo eilės. Kadangi dažnai GMP ir PSPS darbuotojai skirtingai vertina paciento būklės sunkumą, bendri ar tęstiniai protokolai padėtų išvengti šių problemų. Tai pagerintų paslaugų prieinamumą ir teikimą pacientams laiku ir PSPS užimtumą.

PSPS užimtumas skirtingose šalyse ar net skirtingose tos pačios šalies ligoninėse vertinamas pagal bendranacionalinius ar tik paskiroje gydymo įstaigoje (ligoninėje) patvirtintus kriterijus. Lietuvoje tokie kriterijai nėra patvirtinti. Rezultatų analizė atskleidė, kad pagrindiniu kriterijumi PSPS dideliam užimtumui apibūdinti laikytinas „laukiančių eilėje pacientų skaičius“ (vidurkis *4,5±1,00 SD*) (66 paveikslas).

Šio atsakymo vidurkis skiriasi statistiškai labai reikšmingai, lyginant su visų likusių atsakymų vidurkiais (*t-testas priklausomoms imtims, $p < 0,01$*). Kitas tinkamas kriterijus pagal svarbą ir praktinį pritaikomumą dideliam PSPS užimtumui apibūdinti: „numatoma laukimo trukmė iki gydytojo apžiūros“ (vidurkis 4,1). Už šio kriterijaus tinkamumą PSPS užimtumui apibūdinti pasisakė beveik pusė (48,9 proc.) savivaldybės pavaldumo įstaigų atstovų. Kiti orientaciniai kriterijai galėtų būti „GMP brigadų priėmimas tik su kritinės būklės pacientais“ ar „GMP brigadų nukreipimas (dėl PSPS užimtumo) į kitą ligoninę“ (vidurkis 4). Vidutiniškai tinkami kriterijai (vidurkis 3) „pacientų, laukiančių stacionarizavimo, skaičius“ ir „laisvų profiliuotų lovų skaičius stacionare“. Mažiausiai tinkamu kriterijumi (vidurkis 2,6) laikytinas „bendras lovų skaičius stacionare“.

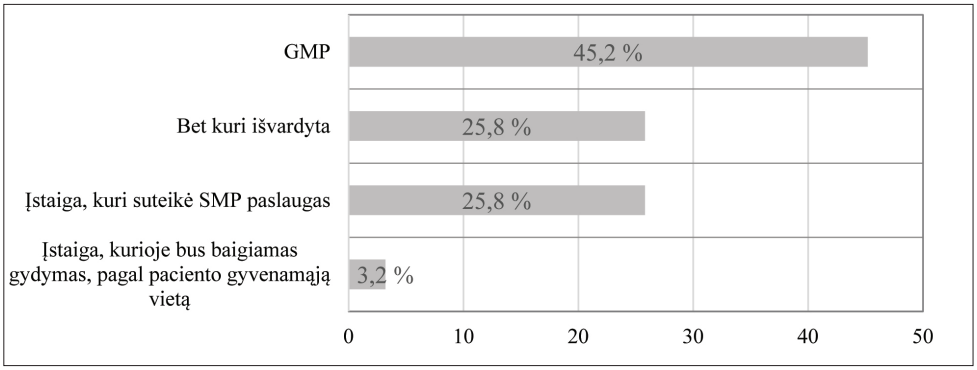


66 pav. Tinkamiausių kriterijų PSPS dideliam užimtumui apibūdinti vertinimo vidurkiai, balais

Išskirti pagrindiniai kriterijai (vidurkiai nuo 4,5 iki 4) PSPS dideliam užimtumui apibūdinti vertinami kaip tinkama priemonė pacientų srautams valdyti. Kartu šie kriterijai galėtų būti orientaciniai pacientams, laukiantiems SMP paslaugų, ir nuolat skelbiami PSPS. PSPS didelio užimtumo kriterijai tinkami formuojant SMP valdymo modelį ir netgi galėtų būti įtvirtinti kaip ASPĮ kokybiniai veiklos vertinimo rodikliai. Siūloma abu kriterijus – „laukiančių eilėje pacientų skaičius“ ir „numatoma laukimo trukmė iki gydytojo apžiūros“ – naudoti PSPS užimtumui apibūdinti.

Perkeliant pacientą iš vienos gydymo įstaigos į kitą, kyla įvairių ne tik medicininių, bet ir organizacinių, teisinių bei finansinių klausimų. Standartizuoto protokolo taikymas padėtų išspręsti nemažai šių problemų. Kiek daugiau nei pusė respondentų (53 proc.) pritaria, kad tokie protokolai būtų paruošti ir taikomi. Mažiau nei pusė respondentų (47 proc.) tokiems protokolams nepritaria. Rezultatai nesiskiria statistiškai reikšmingai atsižvelgiant į visus sociodemografinius respondentų parametrus (χ^2 *kriterijus, $p < 0,05$*). Labiausiai perkeliamo paciento būklės vertinimo standartizuotam protokolui Lietuvoje pritaria respublikos lygmens ASPĮ atstovai (64,3 proc), kiek mažiau rajono (46,7 proc.) ir mažiausiai regiono ASPĮ atstovai (40,9 proc.).

Šiuo metu nėra mechanizmo, kaip, suteikus SMP paslaugas pacientui, ar sveikstantį pacientą transportuoti į žemesnio lygmens gydymo įstaigą ar grąžinti pagal gyvenamąją vietą. Daugiau nei du trečdaliai (73,1 proc.) respondentų pritaria, kad suteikus SMP paslaugas stacionare ar PSPS, tikslingas tolesnio pacientų transportavimo tarp ASPĮ gydymui užbaigti pagal gyvenamąją vietą teisinis reglamentavimas. Rezultatai ne-



67 pav. Nuomonių dėl pacientų transportavimą turinčios atlikti įstaigos pasiskirstymas, proc.

siskiria statistiškai reikšmingai atsižvelgiant į visas sociodemografines respondentų charakteristikas – amžių, lytį, SPĮ steigėją, PSP specialistų tipą, SPĮ lygmenį ir darbo stažą (χ^2 *kriterijus, p > 0,05*). Pacientų transportavimui reglamentuoti labiausiai pritaria stacionarinių ASPĮ vadovai (81,3 proc.), kiek mažiau – RITS vadovai (65,7 proc.). Likusieji kiek daugiau nei penktadalis tokiam reglamentavimui nepritaria (17,9 proc.) arba nežino (7,6 proc.) kokios nuomonės laikytis šiuo klausimu.

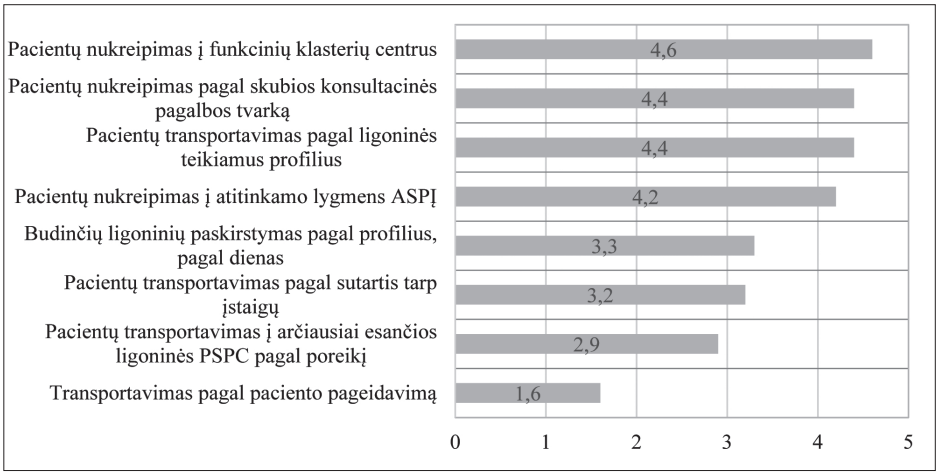
Nėra aišku, kas tokį transportavimą turėtų atlikti ir kieno lėšomis. Maždaug pusė respondentų (45,2 proc.) pritaria, kad transportavimą turėtų vykdyti GMP tarnyba (67 paveikslas).

Daugiau nei ketvirtadalis respondentų (25,8 proc.) mano, kad tokį transportavimą turi atlikti įstaiga, kuri suteikė SMP paslaugas, tokia pat dalis (25,8 proc.) respondentų pasisako už tai, kad tokį transportavimą gali atlikti tiek GMP, tiek ir įstaiga, kuri suteikė SMP paslaugas. Tik labai nedidelė dalis (3,2 proc.) respondentų teigia, kad pacientą turėtų parsigabenti įstaiga pagal paciento gyvenamąją vietą, kurioje bus baigiamas gydymas. Rezultatai nesiskiria statistiškai reikšmingai atsižvelgiant į visas sociodemografines respondentų charakteristikas – amžių, lytį, SPĮ steigėją, PSP specialistų tipą, SPĮ lygmenį ir darbo stažą (χ^2 *kriterijus, p > 0,05*). Daugiausia mano esant tikslinga naudoti GMP pacientams transportuoti regiono lygmens ASPĮ atstovaujantys respondentai (62,5 proc.), mažiausiai – respublikos lygmens (25 proc.).

Pastaruoju metu daug diskutuojama dėl bendro iškvietimo telefonu numerio, kuris būtų naudojamas visoms pagrindinėms tarnyboms iškviesti: policijai, gaisrinei ir GMP. Europoje naudojamas bendras telefono numeris 112, JAV 911. Tačiau ne visos Europos šalys naudoja bendrą telefono numerį visoms tarnyboms iškviesti, ir GMP iškviesti naudoja atskirą numerį. Bendras numeris labiau rekomenduojamas naudoti turistams. Taip yra dėl to, kad nebūtų dubliuojama informacija ir taupomas laikas siekiant pagalbos teikimo operatyvumo. Todėl buvo svarbu nustatyti GMP įstaigų va-

dovų nuomonę dėl atskiro GMP iškvietimo numerio tikslingumo. Rezultatai nesiskiria statistiškai reikšmingai atsižvelgiant į visas sociodemografines respondentų charakteristikas. Kitaip tariant, respondentai statistiškai vienodai pritaria atskiram GMP iškvietimo numeriui. Didžioji dalis (77,8 proc.) GMP vadovų atsakė, kad GMP turėtų turėti atskirą iškvietimo numerį, tačiau beveik penktadalis (22,2 proc.) GMP vadovų atskiram GMP iškvietimo numeriui nepritaria. Atsižvelgiant į didesnę dalį pritariančių respondentų, naujame SMP valdymo modelyje turėtų būti siūlomas atskiras GMP tarnybos iškvietimo numeris arba galimybė paskambinti tiesiai GMP, nedubliuojant informacijos ir negaišinant laiko.

SMP pacientų nukreipimas į stacionarines atitinkamo lygmens ASPĮ iš dalies yra reglamentuotas teisės aktais. Kartais pacientų srautus bandoma reguliuoti steigėjų ar pačių ASPĮ iniciatyva. Nuomonės apie tinkamiausias priemones išoriniams SMP pacientų srautams reguliuoti pateikiamos 68 paveiksle.



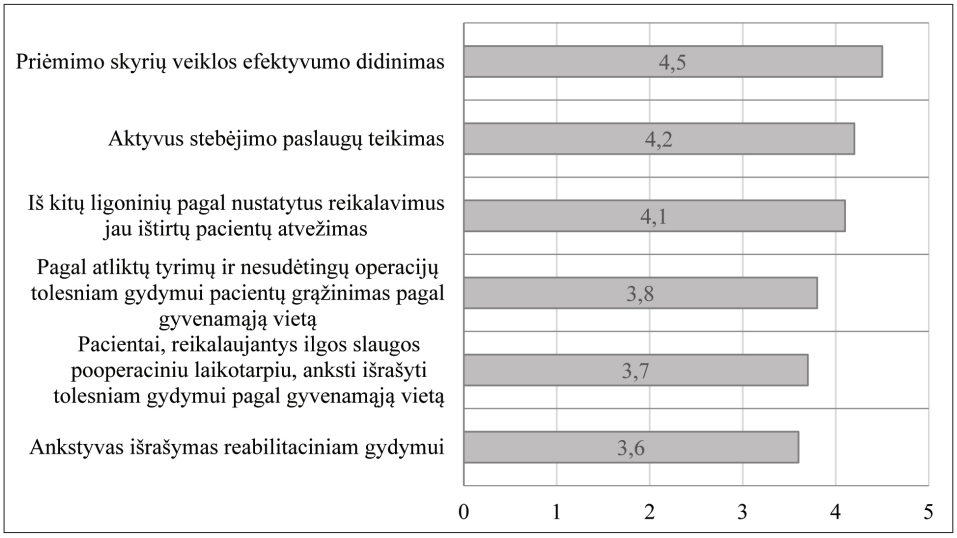
68 pav. Tinkamiausių priemonių išoriniams pacientų srautams reguliuoti, teikiant SMP, vertinimo vidurkiai, balai

Didžiausią vertinimo vidurkių balą atitinka atsakymai: „Pacientų nukreipimas į funkcinių klasterių centrus“, „Pacientų nukreipimas pagal skubios konsultacinės pagalbos tvarką“, „Pacientų transportavimas pagal ligoninės teikiamus profilius“ bei „Pacientų nukreipimas į atitinkamo lygmens ASPĮ“ (pirmo atsakymo vidurkis balais 4,6, antro ir trečio vidurkiai 4,4, ketvirto 4,2). Šie atsakymų variantų vidurkiai statistiškai reikšmingai ar labai reikšmingai didesni lyginant su likusiais atsakymų variantų vidurkiais (*t-testas priklausomoms imtims, $p < 0,01$*). Vidutiniškai priimtinos priemonės „budinčių ligoninių paskirstymas pagal profilius, dienas“ ir „pacientų transportavimas pagal sutartis tarp įstaigų“ (atitinkamai vidurkiai balais 3,3 ir 3,2). Tokios

priemonės dažniausiai taikomos ASPĮ steigėjo ar pačių ASPĮ iniciatyva. Mažiau nei vidutiniškai priimtinos priemonės „pacientų transportavimas į arčiausiai esančios ligoninės PSPC pagal poreikį“ ir „transportavimas pagal pacientų pageidavimą“ (atitinkamai vidurkiai balais 2,9 ir 1,6). Rezultatai nesiskiria statistiškai reikšmingai atsižvelgiant į visas sociodemografines respondentų charakteristikas. Kitaip tariant, respondentai statistiškai vienodai pritaria tinkamomis pasirinktoms priemonėms. Kad pacientų nukreipimas į funkcinių klasterių centrus yra priimtiniausia priemonė SMP pacientų srautams reguliuoti, beveik vienodai mano visų ASPĮ lygmenų atstovai – 69,6–71,4 proc.

Keturios statistiškai reikšmingai didžiausią vertinimo vidurkį gavusios kaip tinkamiausios SMP pacientų srautų reguliavimo priemonės iš esmės yra nustatytos teisės aktais. Tačiau dėl esamų netikslumų ar prieštaravimų teisės aktuose kyla neaiškumų dėl teisingo nukreipimo, nuvežimo ar priėmimo.

Tinkamiausių priemonių, galinčių pagerinti vidinį SMP pacientų srautų valdymą, vertinimas pateiktas 69 paveiksle.



69 pav. Priemonių, tinkamų vidiniam pacientų srautų valdymui pagerinti, vertinimo vidurkiai, balais

Didžiausią vertinimo vidurkį atitinka atsakymai: „Priėmimo skyrių veiklos efektyvumo didinimas“, „Aktyvus stebėjimo paslaugų teikimas“ ir „Iš kitų ligoninių atvežti jau ištirti pacientai pagal nustatytus reikalavimus“ (atitinkamai vidurkių balai 4,5; 4,2 ir 4,1). Šių atsakymų vidurkių balai nesiskiria tarpusavyje statistiškai reikšmingai (*t-testas priklausomoms imtims, $p > 0,05$*), tačiau statistiškai reikšmingai arba labai

reikšmingai didesni, lyginant su likusiais atsakymų variantų vidurkių balais (*t-testas priklausomoms imtims, $p < 0,01$*). Kitos priemonės, pateiktos 69 pav. (atitinkamai vidurkiai balais 3,8, 3,7 ir 3,6), tik vidutiniškai pagerintų pacientų srautų valdymą.

Rezultatai nesiskiria statistiškai reikšmingai atsižvelgiant į visas sociodemografines respondentų charakteristikas. Kitaip tariant, respondentai statistiškai vienodai pritaria priemonėms, kurios įvardytos kaip tinkamiausios. Kad PSPS veiklos efektyvumo didinimas tinkamiausiai pagerintų vidinį SMP pacientų srautų valdymą, pritaria 75,0 proc. respublikos lygmens, 62,5 proc. regiono lygmens ir 50,0 proc. rajono lygmens ASPĮ atstovų. Kad aktyvus stebėjimo paslaugų teikimas tinkamai pagerintų PSPS pacientų srautų valdymą, pritaria 50,0 proc. respublikos lygmens, 43,8 proc. rajono lygmens ir 37,5 proc. regiono lygmens ASPĮ atstovų. Kad iš kitų ligoninių atvežti jau ištirti pacientai pagal nustatytus reikalavimus tinkamai pagerintų PSPS pacientų srautų valdymą, mano 62,5 proc. regiono lygmens, 50,0 proc. respublikos lygmens ir 40,0 proc. rajono lygmens ASPĮ atstovų.

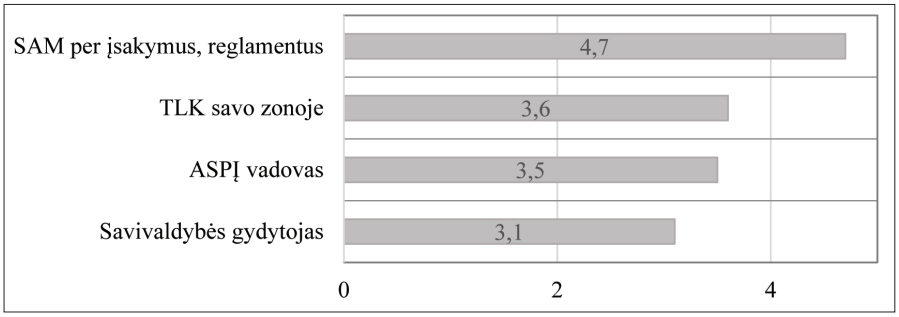
SMP ilgalaikės programos buvimas įgalintų suderinti veiksmus visuose valdymo lygmenyse ir lemtų kokybišką bei efektyvų SMP teikimą. Didžioji dalis respondentų (88,2 proc.) nurodė, kad ilgalaikė SMP veiklos programa reikalinga, tik keletas respondentų (2,4 proc.) mano, kad tokia programa nereikalinga, mažiau nei dešimtadalis (9,4 proc.) respondentų neturėjo nuomonės šiuo klausimu. Rezultatai nesiskiria statistiškai reikšmingai atsižvelgiant į visus sociodemografinius respondentų parametrus (*χ^2 kriterijus, $p > 0,05$*). Pagal respondentų tipus labiausiai tokios programos tikslingumą nurodo stacionarinių ASPĮ vadovai – 93,8 proc., RITS vadovai – 88,2 proc., mažiausiai, bet pakankami reikšmingai, GMP vadovai – 78,9 proc. atvejų.

SMP veikla iš dalies reglamentuota SAM įsakymais, tačiau šios veiklos kontrolė yra išbarstyta tarp skirtingo pavaldumo institucijų. Rezultatų analizė atskleidė, kad iš esmės SMP veiklos koordinavimas turėtų būti atliekamas SAM per įsakymus ar reglamentus (vertinimo vidurkio balas 4,7) (70 paveikslas).

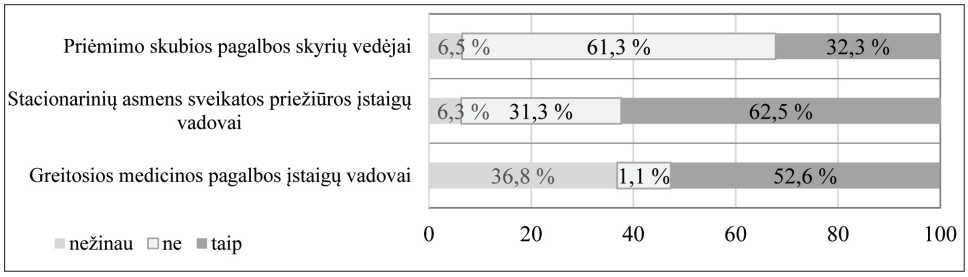
Šio atsakymo vidurkis statistiškai labai reikšmingai didesnis už likusių atsakymų vidurkius (*t-testas priklausomoms imtims, $p < 0,01$).* Kitoms institucijoms: TLK, ASPĮ vadovams ar savivaldybės gydytojams (atitinkamai vertinimo vidurkiai balais 3,6; 3,5 ir 3,1) SMP veiklos koordinavimas būtų patikimas mažiau.

Rezultatai skiriasi statistiškai labai reikšmingai (*χ^2 kriterijus, $p < 0,01$*) atsižvelgiant į ASPĮ lygmenį. Nuomonei, kad SMP veiklą turėtų koordinuoti savivaldybės gydytojas, dažniau „visiškai pritaria“ respublikos lygmens ASPĮ atstovai.

Bet kokio papildomo mokesčio įvedimas dažniausiai yra psichologiškai, socialiai ir politiškai nepriimtinas. Tačiau protingumo kriterijais pagrįstas mokestis drausmintų pacientus, kurie kreipiasi į PSPS ne dėl būtinosios pagalbos. Kita vertus, siekdamas įvertinti, ar pacientui reikalinga būtinoji pagalba, medicinos personalas skiria tam laiko, išteklių ir lėšų. Mokestis šiuos nuostolius iš dalies turėtų kompensuoti. Įvesti mokestį dėl neskubios medicinos pagalbos suteikimo PSPS pritarė beveik pusė



70 pav. SMP veiklą koordinuojančios įstaigos nustatymo vertinimo vidurkiai, balais

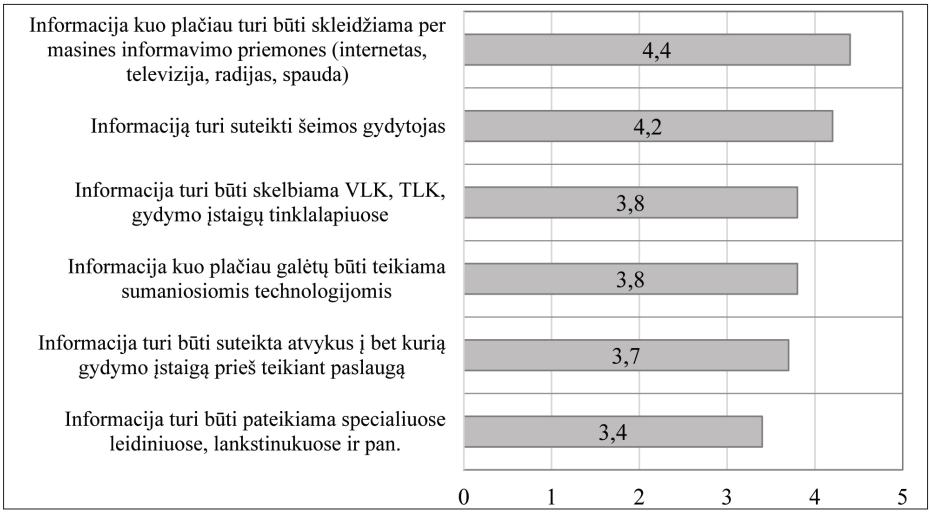


71 pav. Nuomonių dėl pritarimo įvesti mokestį pacientams, kurie dėl neskubios pagalbos paslaugų suteikimo kreipiasi tiesiai į PSPS, aplenkdami šeimos gydytoją, skirstinys pagal respondentų tipus, proc.

(48,8 proc.) respondentų, nepritarė 37,8 proc., neturėjo nuomonės 13,4 proc. Rezultatai nesiskiria statistiškai reikšmingai atsižvelgiant į visus sociodemografinius respondentų parametrus, išskyrus respondentų tipus (χ^2 *kriterijus,* $p < 0,05$). Atsakymų raiška pateikiama 71 paveiksle.

Statistiškai reikšmingai dažniau įvesti mokestį pritaria stacionarinių ASPĮ vadovai (62,5 proc.). Beveik tokia pat procentine išraiška (61,3 proc.) PSPS vedėjai nepritaria tokiam mokesčiui. Priėmimo skyrių vedėjų nuomonė šiuo klausimu išsiskyrė, matyt, todėl, kad jie mano, jog susidarys dar didesni srautai pacientų, kurie galės bet kada atvykti į PSPS ir sumokėję mokestį reikalauti konsultacijų, užuot kreipęsi į šeimos gydytoją.

Kad pacientai arba jų artimieji geriau žinotų, kaip elgtis staiga pablogėjus sveikatai, kokios pagalbos, kokia apimtimi ir kur galima ją gauti, reikia įvairiapusiškai informuoti visuomenę (72 paveikslas).



72 pav. Priimtiniausio visuomenės informavimo būdo apie SMP vertinimo vidurkiai, balais

Vertinant atsakymus balais, didžiausią vertinimo vidurkį (*4,4±0,94SD*) atitinka atsakymas „Informacija kuo plačiau turi būti suteikiama per masines informavimo priemones (televizija, radijas, spauda)“. Šio atsakymo varianto vidurkis nesiskiria statistiškai reikšmingai nuo atsakymo varianto „Informaciją turi suteikti šeimos gydytojas“, tačiau statistiškai labai reikšmingai didesnis už visus likusius atsakymų variantų vidurkius (*t-testas priklausomoms imtims, $p < 0,01$*). Vidutiniškai priimtinais būdais visuomenės informavimui apie SMP laikoma „informacijos skelbimas VLK, TLK, gydymo įstaigų tinklalapiuose“ ir „informacijos teikimas naudojant sumaniąsias technologijas“ (abiem atvejais vidurkiai – 3,8) bei „informacijos teikimas gydymo įstaigose prieš suteikiant paslaugas“ (vidurkis – 3,7). Žemiau nei vidutiniškai priimtinas būdas „informacijos teikimas specialiuose leidiniuose, lankstinukuose ir kt.“. Rezultatai nesiskiria statistiškai reikšmingai atsižvelgiant į visus sociodemografinius respondentų parametrus, todėl galima teigti, kad respondentai statistiškai vienodai pritaria pasirinktiems visuomenės informavimo būdams.

Respondentams buvo pateiktas atvirasis klausimas *„kokios priemonės būtų efektyvios gerinant SMP sistemos valdymą“*, kad įvardytų veiksmingas priemones SMP sistemos valdymui tobulinti, kurios nebuvo pateiktos uždaruosiuose klausimuose. Pateikti pasiūlymai susisteminti: *„SMP organizacinės priemonės“, „Priemonės SMP pacientų srautams valdyti“, „Pacientų tarpstacionarinis transportavimas“* ir *„Žmogiškieji ištekliai“* (17 priedas. Veiksmingos priemonės gerinant SMP sistemos valdymą). Atsakymų stilius netaisytas. Kai kurie pasiūlymai apima kelias priemones. Iš organizacinių priemonių respondentai labiausiai akcentuoja: mokamų

paslaugų įdiegimą, jei paslaugos teikiamos GMP ar PSPS nesant būtinosios pagalbos sudėties; bendradarbiavimą ir komunikavimą tarp SMP paslaugas teikiančių įstaigų. Iš priemonių, skirtų SMP pacientų srautams valdyti, akcentuojamas pacientų būklės vertinimas ir atranka, numatant aiškius kriterijus ir parengiant unifikuotus protokolus. Žmogiškųjų išteklių priemonės nukreiptos į SMP specialistų rengimą, kvalifikacijos kėlimą, GMP ir PSPS personalo skaičiaus optimizavimą. Respondentų papildomai išsakytos nuomonės dėl medicininės įrangos atnaujinimo, infrastruktūros, paslaugų apmokėjimo, socialinių problemų yra labai svarbios SMP sistemos valdymo kontekste, tačiau dėl plačios tyrimo apimties nebuvo atskirai analizuotos.

Specialistų požiūrio į siūlomų priemonių, skirtų skubios medicinos pagalbos sistemos valdymui tobulinti, tikslingumo analizės rezultatų apibendrinimas

Šioje dalyje pagrindžiamos specialistų nuomonės dėl siūlomų tinkamų priemonių SMPS valdymui tobulinti. Taip pat susistemintos atskirai respondentų pateiktos nuomonės į atvirąjį klausimą apie priemones, kurios, jų nuomone, būtų efektyvios gerinant SMP sistemos valdymą.

30 lentelė. SMP sampratų ir organizacinių problemų 3 sąvadas

Anketos klausimas	Klausimą konceptualizuojantis teiginys	Pagrįstumas
4	Tinkamiausias visuomenės informavimo būdas	„Informacija kuo plačiau turi būti suteikiama per masines informavimo priemones (televizija, radijas, spauda)“ ir „Informaciją turi suteikti šeimos gydytojas“
5	SMP ilgalaikės veiklos programos reikalingumas	Ilgalaikė SMP veiklos programa reikalinga
6	SMP veiklos koordinavimas	SAM per įsakymus, reglamentus
12	Ikistacionarinės SMP teikimo modelio pasirinkimas	Mišrus ikistacionarinės SMP teikimo modelis
18	Mokestis dėl neskubios medicinos pagalbos paslaugų suteikimo	Mokesčio dėl neskubios medicinos pagalbos suteikimo PSPS įvedimui pritaria stacionarinių ASPĮ vadovai
33***	Atskiras GMP iškvietimo numeris	Atskiram GMP iškvietimo numeriui pritariama

Apibendrinant 30 lentelėje pateiktus rezultatus galima daryti šias išvadas dėl siūlomų priemonių tikslingumo: tinkamiausias visuomenės informavimo būdas yra per

masines informavimo priemones ir šeimos gydytojo suteikiama informacija. Reikia patvirtinti ilgalaikę SMP veiklos programą. SMP veiklos koordinavimas turėtų būti atliekamas per SAM teisinį reglamentavimą. Tinkamiausias mišrus ikistacionarinės SMP teikimo modelis. Tikslingas mokestis besikreipiantiems dėl neskubios medicinos pagalbos į PSPS asmenims ir atskiras GMP iškvietimo numeris.

31 lentelė. Žmogiškųjų išteklių 3 sąvadas

Anketos klausimas	Klausimą konceptualizuojantis teiginys	Pagrįstumas
9	Karo medikų panaudojimas SMP teikimui	Karo medikų panaudojimui SMP teikimui pritaria daugiau moteriškos lyties atstovės

Apibendrinant 31 lentelėje pateiktus rezultatus galima daryti išvadą, kad karo medikų naudojimas turi nereikšmingą pritarimą, nors SMP teikimas ne karo metu turėtų užtikrinti praktinių įgūdžių palaikymą.

32 lentelė. SMP pacientų srautų valdymo 3 sąvadas

Anketos klausimas	Klausimą konceptualizuojantis teiginys	Pagrįstumas
15	SMP kategorijų praplėtimas nuo 4 iki 5	Pritariama SMP kategorijų praplėtimui iki 5
16	SMP kategorijos žymėjimas GMP palydimajame lape	Pritariama SMP kategorijos žymėjimui GMP palydimajame lape
31	PSPS didelį užimtumą apibūdinantis kriterijus	Laukiančių eilėje pacientų skaičius
50	SMP pacientų išorinių srautų reguliavimo priemonės	„Pacientų nukreipimas į funkcinių klasterių centrus“, „Pacientų nukreipimas pagal skubios konsultacinės pagalbos tvarką“, „Pacientų transportavimas pagal ligoninės teikiamus profilius“, “Pacientų nukreipimas į atitinkamo lygmens ASPĮ“
51	SMP pacientų vidinių srautų valdymo būdai	„Priėmimo skyrių veiklos efektyvumo didinimas“, „Aktyvus stebėjimo paslaugų teikimas“, “Iš kitų ligoninių atvežti jau ištirti pacientai pagal nustatytus reikalavimus“

Apibendrinant 32 lentelėje pateiktus rezultatus galima daryti išvadą, kad paciento būklės vertinimas ir pagalbos pirmumo nustatymas, paremtas SMP 5 kategorijomis, laikomas tinkamiausiu instrumentu ir pagrindine SMP paslaugų teikimo ašimi. Todėl

SMP kategorija turi būti žymima ir GMP lape. Laukiančių eilėje pacientų skaičius priimtiniausias kriterijus PSPS užimtumui įvertinti. Kad nesusidarytų didelės laukiančių pacientų eilės, išoriniai pacientų srautai turi būti nukreipti į funkcinių klasterių centrus, pagal SKP reglamentavimą, ligoninės teikiamus profilius – į atitinkamo lygmens ASPĮ. Vidinius pacientų srautus valdyti tikslingiausia didinant PSPS efektyvumą, teikiant stebėjimo paslaugas ir priimant iš kitų ligoninių pagal nustatytus reikalavimus jau ištirtus pacientus.

33 lentelė. Pacientų tarpstacionarinio transportavimo rezultatų 3 sąvadas

Anketos klausimas	Klausimą konceptualizuojantis teiginys	Pagrįstumas
43	Pacientų gydymo užbaigimo pagal gyvenamąją vietą po SMP paslaugų suteikimo reglamentavimas	Tęstinio gydymo reglamentavimui pritariama
44	Įstaiga, po SMP paslaugų suteikimo atliekanti pacientų pervežimą pagal gyvenamą vietą	GMP
49	Perkeliamo paciento būklės vertinimo standartizuotą protokolo įdiegimas	Pritariama perkeliamo paciento būklės vertinimo standartizuoto protokolo įdiegimui

Apibendrinant 33 lentelėje pateiktus rezultatus galima daryti išvadą, kad pacientui prireikus tęstinio gydymo arčiau namų, tikslinga reglamentuoti pacientų transportavimą tarp ASPĮ ir tokį transportavimą turėtų atlikti GMP. Prieš transportavimą tikslinga įvertinti paciento būklę pagal standartizuotą algoritmą.

Atlikus respondentų atskirai pateiktų pasiūlymų analizę galima teigti, kad pasiūlymai iš esmės atitinka arba papildo tyrimo metu patvirtintas priemones SMP sistemos valdymui tobulinti.

Apibendrinus analizės rezultatus pagrįsti pirmas, antras ir trečias ginamieji teiginiai.

Pirmo ginamojo teiginio *„Siekiant veiksmingai valdyti pacientų srautus ir pagerinti SMP prieinamumą, reikia pereiti nuo SMP keturių kategorijų prie penkių kategorijų atrankos sistemų“* **pagrindimas**. Šis teiginys pirmiausia pagrindžiamas teorinėje dalyje. Atlikus mokslinės literatūros analizę nustatyta, kad SMP sistemos valdymo viena iš pagrindinių probleminių sričių yra SMP pacientų srautų valdymas, kurio esmę sudaro pirminis paciento būklės vertinimas ir atranka tolesnei SMP teikti. Viena iš dažniausiai naudojamų ir veiksmingiausių priemonių yra 5 kategorijų SMP atrankos sistemų naudojimas. Tinkama pagalbos pirmumo nustatymo skalė padeda išlaikyti saugią ir veiksmingą sveikatos priežiūros sistemą, didina pacientų pasitenkinimą dėl sutrumpėjusio laukimo laiko, leidžia daugiau laiko skirti kritiškai sergantiems pa-

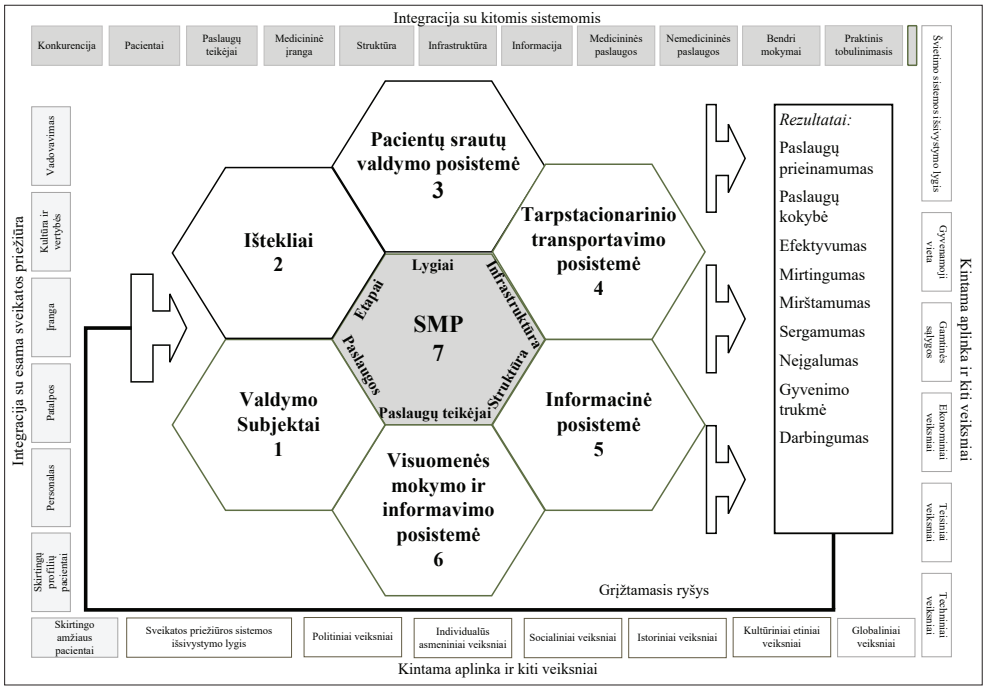
cientams, mažina medicininių klaidų skaičių. Lietuvoje galiojantis keturių kategorijų SMP skirstymas iš esmės pritaikytas stacionarinei SMP apibrėžti, nes remiantis SMP kategorijų skirstymu tik pavieniais atvejais teikiant SMP būtų galima apsiriboti ambulatorine pagalba. Siekiant pagrįsti 5 SMP kategorijų atrankos sistemų naudojimą, Lietuvoje atliktas tyrimas, kurio metu išanalizavus ir įvertinus respondentų nuomones sudaryta 5 kategorijų SMP atrankos sistema ir tyrimo rezultatais pagrįstas 5 kategorijų SMP atrankos sistemos naudojimo tikslingumas.

Antro ginamojo teiginio *„Siekiant išspręsti žmogiškųjų išteklių trūkumą, tikslinga išplėsti slaugytojų kompetencijas ir naudoti karo medikus“* **pagrindimas.** Šis teiginys pagrįstas teorine analize. Literatūroje nurodoma, kad slaugytojų vaidmuo smarkiai išaugo siekiant suvaldyti pailgėjusį laukimo laiką PSPS, sprendžiant PSPS perpildymo ir užimtumo problemas. Sistemiškai sprendžiant šią problemą, didinamas slaugytojų skaičiaus PSPS, atliekamas specialus slaugytojų mokymas, įtraukiant juos į komandinį darbą PSPS, įgalinant atlikti pacientų būklės vertinimą. Lietuvoje pagal galiojančius teisės aktus paciento būklės vertinimą gali atlikti tik gydytojas, nors yra konstatuojamas gydytojų trūkumas. Lietuvoje medicininių paslaugų (įvairių specialistų konsultacijų, stebėjimo paslaugų), suteiktų PSPS, skaičius kasmet didėja, todėl atsižvelgiant į tai, kad slaugytojų rengimas, darbinė patirtis ir praktika vysto savybes, kurios slaugytojams leidžia situaciją vertinti greitai ir nepriklausomai, šias funkcijas tam tikra apimtimi galima pavesti slaugytojams. Tyrimo rezultatais pagrįsta, kad slaugytojui atliekant pirminį paciento būklės vertinimą pailgėtų gydytojo laikas pagrindiniam darbui, o tai darytų tiesioginę įtaką PSPS paslaugų prieinamumo ir kokybės pagerėjimui. Tyrimo rezultatai taip pat patvirtina karo medikų naudojimo tikslingumą skubią medicinos pagalbą teikiančiuose skyriuose.

Trečio ginamojo teiginio *„Siekiant suvaldyti didėjantį tarpstacionarinį transportavimą ir užtikrinti nenutrūkstamą SMP paslaugų teikimą,, reikalinga detali šio transportavimo nustatymo ir reglamentavimo sistema“* **pagrindimas.** Mokslininkai (Oakley, 1999; Faheem, 2003; Iwashyna, 2012) dėl didėjančio tarpstacionarinio transportavimo įvardija šias problemas: personalo stoka, ilgas transportavimo laikas, komunikacijos tarp gydymo įstaigų trūkumas, mirtingumas transportavimo metu, paciento stebėsenos problemos. Siekiant veiksmingai planuoti ir organizuoti nenutrūkstamą paslaugų teikimą, svarbu nustatyti, kur prireikus turi būti transportuojamas pacientas, todėl, didėjant trapstacionarinio transportavimo poreikiui, atsiranda būtinybė šį procesą kontroliuoti, apibrėžiant teisinius transportavimo reikalavimus, paciento vertinimo, informuoto paciento sutikimo, medicininių indikacijų transportuoti standartus, siunčiančiojo ir priimančiojo gydytojų bendravimo dokumentaciją ir pan. Tyrimo metu nustatyta, kad tarp Lietuvos ligoninių yra didelis tarpstacionarinio transportavimo poreikis, kuris labiausiai išryškėjo teisiškai apribojus kai kurių gydymo įstaigų veiklą. Taip pat nustatyta, kad nėra standartizuotų pacientų būklės vertinimo protokolų siekiant juos perkelti. Tyrimo metu patvirtinta, kokių reikalavimų ir standartų turėtų būti laikomasi atliekant tarpstacionarinį transportavimą.

3.4. Skubios medicinos pagalbos sistemos valdymo modelio pagrindimas

Vadovaujantis tyrimo rezultatais, kurie patvirtina įvertintas ir SMP valdyti tinkamas priemones, sudarytas SMP sistemos valdymo modelis (73 paveikslas).



73 pav. Skubios medicinos pagalbos sistemos valdymo modelis

SMP sistemos valdymo modelis (73 pav) yra integruotas su esama sveikatos priežiūros sistema, kitomis sistemomis ir veikiamas kintamos aplinkos bei kitų išorinių veiksnių. Modelio sudarymo principai:

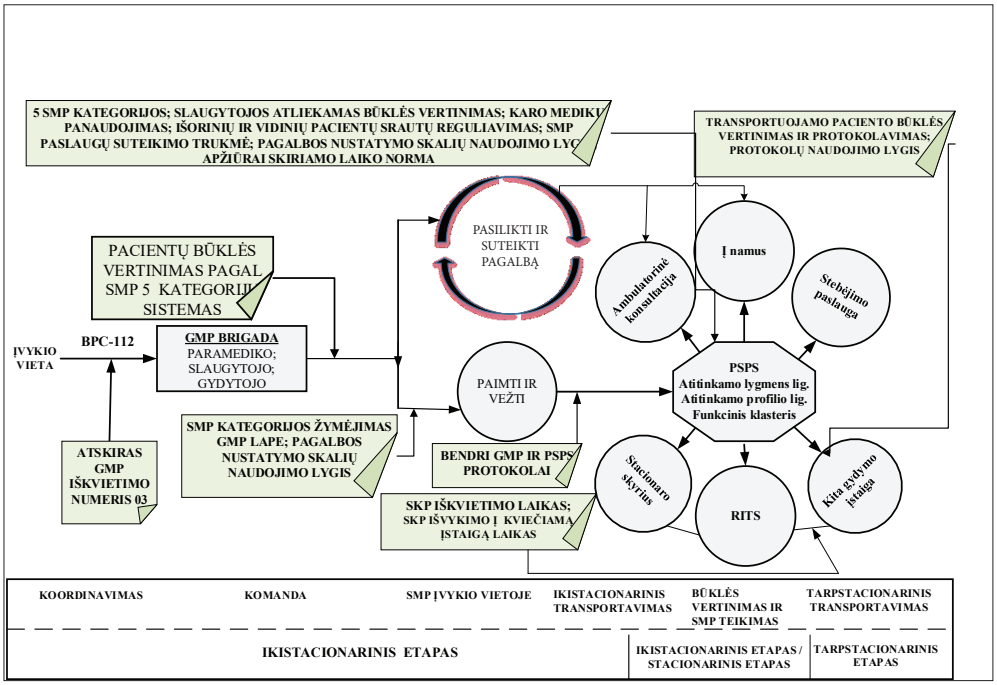
1. Modelis sudarytas korio principu – branduolys – skubios medicinos pagalbos posistemė ir 6 branduolį juosiančios, tarpusavyje tiesioginiais ar netiesioginiais (per kitą modelio sudėtinę dalį) vidiniais ryšiais susijungusios sudėtinės dalys: valdymo subjektai, ištekliai, pacientų srautų valdymo posistemė, tarpstacionarinio transportavimo posistemė, informacinė posistemė, visuomenės mokymo ir informavimo posistemė.
2. Modelio veikla pagrįsta sistemos principu.
3. Modelio veikla pagrįsta bendrais valdymo (informaciniais, organizaciniais, sisteminės analizės ir kt.) ir paslaugų teikimo (diagnostikos, gydymo, slaugos,

transportavimo ir kt.) procesais, valdymo metodais (organizaciniais, teisiniais, kombinuotais ir kt.) bei valdymo funkcijomis (informacinė, prognozavimas, planavimas, organizavimas, motyvavimas, koordinavimas, vadovavimas, kontrlė, koregavimas).

4. Modelis pagrįstas mišriu ikistacionarinių SMP paslaugų teikimo principu.
5. Modelis paremtas sveikatos priežiūros medicinos personalo ir karo medikų teikiamomis SMP paslaugomis.
6. Modelis užtikrina išorinių ir vidinių SMP srautų valdymą.
7. Pacientų būklės vertinimas paremtas 5 SMP kategorijų sistema, būklės vertinimo protokolais ir standartais.
8. Modelyje SMP paslaugos teikiamos 4 etapais: ikistacionariniu, stacionariniu, tarpstacionariniu ir postacionariniu.
9. Modelyje tarp atskirų stacionarines paslaugas teikiančių gydymo įstaigų užtikrinamas pirminis, antrinis ir tretinis transportavimas.
10. Modelyje SMP paslaugų prieinamumą ir kokybę užtikrina nustatyti kiekybiniai ir kokybiniai rodikliai bei jų stebėsena.
11. Sprendimų priėmimas modelyje paremtas informacinės sistemos apdorota informacija.
12. Modelyje užtikrinamas visuomenės informavimas ir mokymas SMP klausimais.
13. Modelyje užtikrinamas personalo mokymas ir kvalifikacijos kėlimas.
14. Modelyje hierarchinio valdymo principu iškeliami sistemos tikslai ir kontroliuojamas rezultatų pasiekimas.
15. Atsižvelgiant į kintančius aplinkos poreikius ir SMP sistemos tikslus, vyksta valdymo tobulinimas.

Detalus SMP sistemos valdymo modelis pateiktas 18 priede. Remiantis atliktų tyrimų rezultatais ir jų vertinimu, toliau pateikiamas SMP sistemos valdymo modelio detalizavimas pagal atskiras posistemes. SMP posistemė smulkiai pavaizduota 18 priede, SMP teikimo procesas mišriame modelyje pateiktas 74 paveiksle.

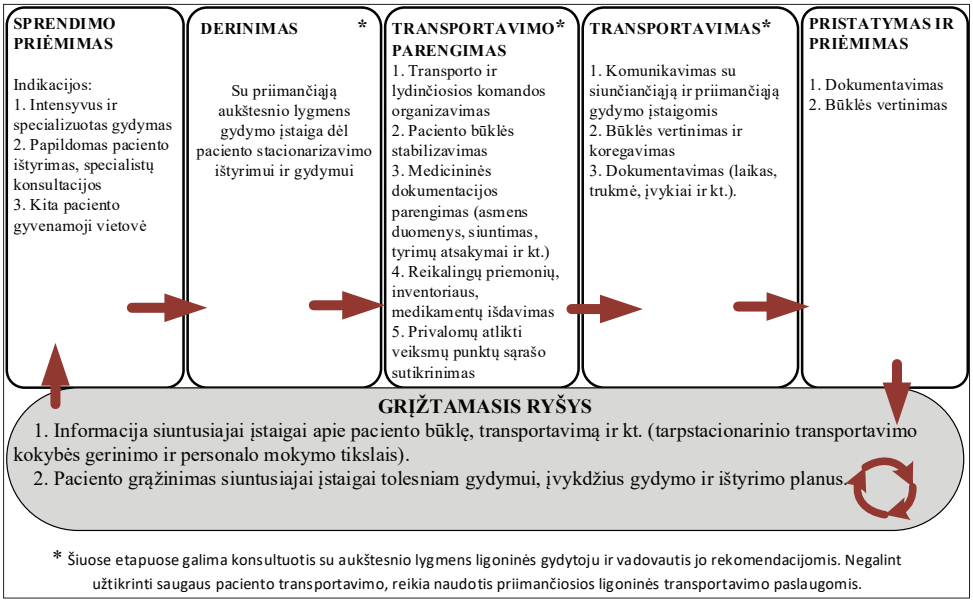
Mišraus modelio SMP teikimo schemoje pateikiamas SMP paslaugų teikimo procesas apima atskirus momentus – koordinavimą, komandą, SMP įvykio vietoje, ikistacionarinį transportavimą, būklės vertinimą ir SMP teikimą PSPS, tarpstacionarinį transportavimą. Šie momentai apima ikistacionarinį, stacionarinį ir tarpstacionarinį etapus. Ikistacionarinis / stacionarinis etapai turi Amerikos ir Vokietijos SMP teikimo schemų atitikmenų, todėl vadinamas mišriu ikistacionariniu modeliu. Pagal SMP teikimo koordinavimą ir medicinos personalo sudėtį mišrus modelis atitinka Amerikos SMP modelį. SMP kvietimas ir koordinavimas įgyvendinamas per vieną bendrą telefono numerį – 112. *Siūlomas* šio numerio atitikmuo – tiesioginis GMP kvietimo numeris 03. Mišriame modelyje didžiąją medicinos personalo dalį sudaro pradinio gyvybės palaikymo ir pažangaus gyvybės palaikymo brigados, kurių pagrindinė



74 pav. Mišraus modelio SMP teikimo proceso schema

ašis yra paramedikas arba bendruomenės slaugytoja. Daugelis pacientų, suteikus minimalią pagalbą arba teikiant pagalbą, transportuojama į ligoninių PSPS. Tačiau kaip ir Vokietijos SMP teikimo schemoje išlieka svarbi SMP teikimo funkcija įvykio vietoje, kurią teikia GMP. Tokia SMP turėtų būti taikoma rajonuose, kurių ligoninių PSPS skubi medicinos pagalba taikoma ne visa pacientams reikiama apimtimi ir galimai net ne visą parą. GMP tarnybai vertinant paciento būklę pagal tas pačias 5 SMP kategorijas, kurios taikomos paciento būklei vertinti atvykus pacientui į PSPS, dalies pacientų transportuoti į atitinkamo lygmens, profilio ar funkcinių klasterių centrus nebus poreikio. Pacientams, kurių būklė atitinka 4–5 SMP kategoriją, pagalba turi būti suteikiama vietoje ir rekomenduojama kreiptis į savo šeimos gydytoją. Esant poreikiui transportuoti pacientą dėl SMP į PSPS, pildomas bendras su PSPS protokolas ir pacientas perduodamas PSPS personalui. PSPS vykdomas paciento būklės vertinimas pagal tas pačias 5 SMP kategorijas, pildant GMP pradėtą protokolą. Būklės vertinimą atlieka specializuoti slaugytojai. Diagnostikos ir gydymo paslaugas teikia gydytojai, karo medikai. Paciento apžiūrai skirta laiko norma. Laiko normavimas užtikrina pacientui paslaugos suteikimą (prieinamumą) laiku. Pagal laiko normą ir priimamų pacientų skaičių orientaciškai apskaičiuojamas darbuotojų (slaugytojų, gydytojų) poreikis. Priklausomai nuo paciento būklės sunkumo ir pagalbos poreikio,

būklės vertinimas gali turėti keletą išeičių. Kritinės arba labai sunkios būklės pacientai – 1–2 SMP kategorijos – nukreipiami į RITS pagalbai teikti. 3–4 SMP kategorijos pacientai nukreipiami į stacionaro skyrius ar stebėjimo paslaugai gauti. 4–5 SMP kategorijos pacientai, suteikus paslaugas, išleidžiami į namus ambulatoriniam gydymui, pagal poreikį rekomenduojamos kitų specialistų planinės konsultacijos. Dalis pacientų, priklausomai nuo būklės sudėtingumo, ligoninės lygmens ar teikiamų paslaugų profilių, priklausomumo funkciniams klasteriams, ligoninėje, į kurią atvyko, gali negauti reikiamų paslaugų. Tokiu atveju pacientas nukreipiamas į kitą gydymo įstaigą. Į kitą gydymo įstaigą pacientas gali būti nukreipiamas tiesiai iš PSPS, stacionaro skyriaus ar RITS. Todėl SMP sistemos valdymo modelyje pacientų transportavimas yra kaip atskira posistemė ir kartu SMP paslaugų teikimo proceso dalis. Pacientų transportavimo proceso schema pateikiama 75 paveiksle.

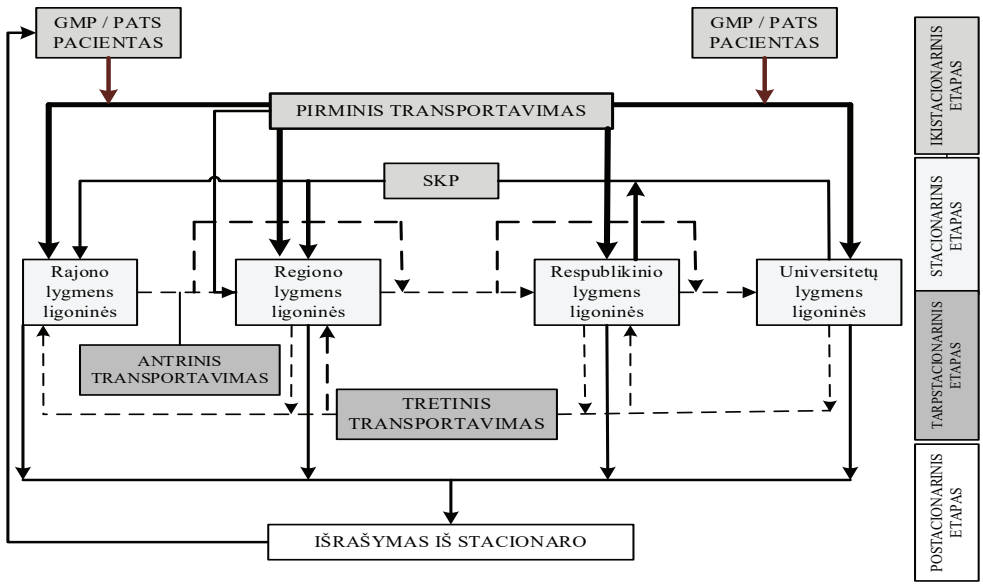


75 pav. Pacientų transportavimo proceso schema

Pacientų transportavimo proceso schema (75 pav.) grindžiama: transportavimo tarp ASPĮ reglamentavimu; sprendimo priėmimu dėl paciento transportavimo į kitą ASPĮ; perkeliamo paciento būklės vertinimo protokolų įdiegimu ir naudojimu; transportavimo komandos organizavimu; medicininės dokumentacijos paruošimu; komunikavimo su priimančiąja ASPĮ; būklės dokumentavimo transportavimo metu; informacijos apie transportuojamų pacientų skaičių, atsisakymų vykti skaičių ir priežastis, transportavimo metu ir 24 val. laikotarpiu nuo atvežimo mirusių pacientų skaičių, atvežtų operuotų pa-

cientų skaičių per 24 val. nuo atvežimo rinkimu ir analize. Jei pacientui transportuoti inicijuojama SKP ar SSKP tarnyba, be išvardytos informacijos registruojamas laikas: SKP (SSKP) tarnybos iškvietimo laikas ir išvykimo į kviečiančiąją gydymo įstaigą laikas.

Lietuvos teisės aktuose (TAR, 2015-08-18, 2015-12403) pateikiamas tik bendras **pacientų transportavimo** apibrėžimas, nurodantis, kad tai yra transportavimas tarp ligoninių, nenutraukiant sveikatos priežiūros paslaugų teikimo. Tačiau ši samprata neapima pacientų transportavimo iš įvykio ar ligos vietos į gydymo įstaigą, taip pat pacientų transportavimo ne dėl sveikatos priežiūros paslaugų užtikrinimo, bet po sveikatos priežiūros paslaugų suteikimo į kito pobūdžio (socialines ir kt.) paslaugas teikiančias įstaigas ar namus, jei pacientas pats negali to padaryti arba artimieji negali suteikti šios paslaugos. Todėl disertacijos autorius, apibendrinęs teisės aktuose ir mokslininkų straipsniuose pateiktus terminus, pateikia **tretinio pacientų transportavimo** sąvoką – *tai atgalinis paciento transportavimas, kai iš aukštesniojo lygmens ar specializuotas paslaugas teikiančios ligoninės, suteikus reikiamas atitinkamo lygio paslaugas, pagal nustatytą tvarką* (pvz., sudarytas sutartis, SAM nustatyta tvarka) *pacientas transportuojamas* į žemesniojo lygmens ar į arčiausią ligoninę pagal paciento gyvenamąją vietą. Šiuo terminu užpildomas terminologijos trūkumas ir paaiškinamas visas pacientų transportavimo ciklas. Pacientų transportavimo modelis pateiktas 76 paveiksle.



76 pav. Pacientų transportavimo modelis

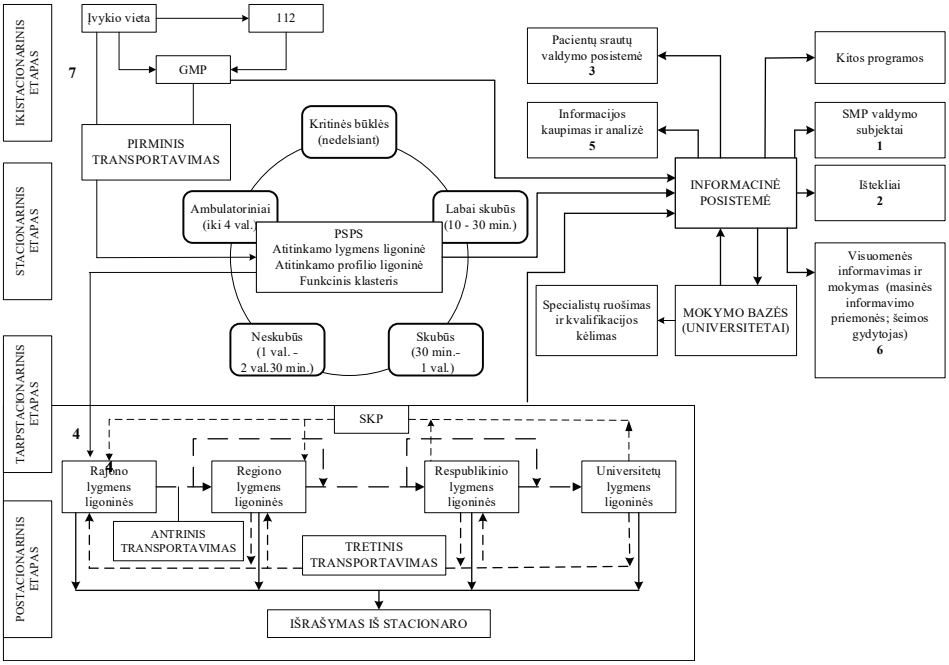
76 paveiksle pavaizduotas pacientų transportavimo modelis rodo transportavimo tipo (pirminis, antrinis, tretinis) ryšį su skirtingo paslaugų teikimo lygio ligoninėmis (rajono, re-

giono, respublikos, universitetų) ir paslaugų teikimo etapais (ikistacionarinis, stacionarinis, tarpstacionarinis, postacionarinis). Pirminio transportavimo metu pacientas GMP tarnybos, rečiau pats, savo artimųjų, pakeleivingo transporto pristatomas į arčiausiai esančią ar atitinkamo profilio paslaugas teikiančią ASPĮ. Tai gali būti bet kurio paslaugų teikimo lygio ligoninė. Priklausomai nuo teikiamos pagalbos apimties ligoninėje, į kurią atvyko pacientas, ir nuo paslaugos poreikio pacientui, jis toliau gali būti transportuojamas pagal poreikį į bet kurio kito lygmens ligoninę, tai yra atliekamas antrinis transportavimas. Transportavimas atliekamas GMP arba ligoninės transportu. Esant sudėtingiems atvejams, jei pacientas yra rajono, regiono ar respublikos lygmens ligoninėje ir jam reikia universiteto lygmens paslaugos, speciali SKP ar SSKP tarnyba iš respublikos ar universitetų lygmens ligoninės savo transportu su specializuota komanda vyksta į kviečiančiąją ligoninę ir transportuoja pacientą į savo arba kitą ligoninę, kurioje teikiamos reikiamo lygio paslaugos. Tretinis transportavimas atliekamas pacientams, kurie iš aukštesnio lygio paslaugas teikiančios ligoninės GMP transportu transportuojami į žemesnio lygmens arba pagal paciento gyvenamąją vietą ligoninę, iš kurios pasveikęs pacientas išrašomas.

Įvertinus pateiktos siūlomos informacijos ir paprastai teikiamos informacijos rinkimo, kaupimo, analizės poreikį, jungiančioji grandis tarp visų posistemių yra informacinė posistemė (informaciniai ryšiai). SMP sistemos valdymo modelyje informacinės posistemės sąsajos su kitomis modelio posistemėmis pateiktos 77 paveiksle.

Bet kuriame iš SMP etapų (77 pav.) fiksuojama ir pateikiama informacija, reikalinga detalesniam esamos situacijos ir viso paslaugų teikimo vaizdui susidaryti, analizei, sprendimams priimti, rezultatams palyginti ir pan. Informacinėje sistemoje gauta informacija, atitinkamai apdorota ir sugrupuota, pateikiama pagrindiniams jos vartotojams – pacientams, politikams ir valdymo subjektams, visuomenės sveikatos specialistams, švietimo sistemos darbuotojams ir kitiems suinteresuotiems fiziniams ar juridiniams asmenims (žurnalistams, sveikatinimo programų vykdytojams ir kt.). Atskiruose etapuose informacinei posistemei teikiamos informacijos apimtys:

1. Ikistacionariniame etape, neskaitant šiuo metu privalomai teikiamos informacijos, papildomai teikiama informacija: atsakymų ir atsisakymų teikti GMP paslaugas priežastys; atvežtų į PSPS ir nepriimtų (nukreiptų į kitą ASPĮ) atvejų priežastys ir kt.
2. Tarpstacionariniame etape teikiama informacija: kokio amžiaus pacientai ir dėl kokių patologijų yra transportuojami tarp ligoninių; kaip paskirstyti šie pacientų srautai; kokio pavaldumo ir lygmens brigados (GMP ar stacionarinių ASPĮ) atlieka transportavimą, kokią teikia pagalbą transportavimo metu; kokiu laiku vyksta transportavimas; kiek trunka transportavimas; kiek nuo patekimo į pirmą ligoninę praėję laiko ir kokia pagalba buvo suteikta iki antrinio transportavimo; kokiai daliai pacientų ir kokios apimties operacijos (procedūros, manipuliacijos ir pan.) atliktos per 24 val. po transportavimo; dėl kokių priežasčių mirė per pirmas 24 val. atvežti pacientai.
3. Stacionariniame etape teikiama informacija: ambulatoriškai atleisti (pagal profilius), stacionarizuoti, stebėti pacientai; pasišalinę neapžiūrėti pacientai; nesu-

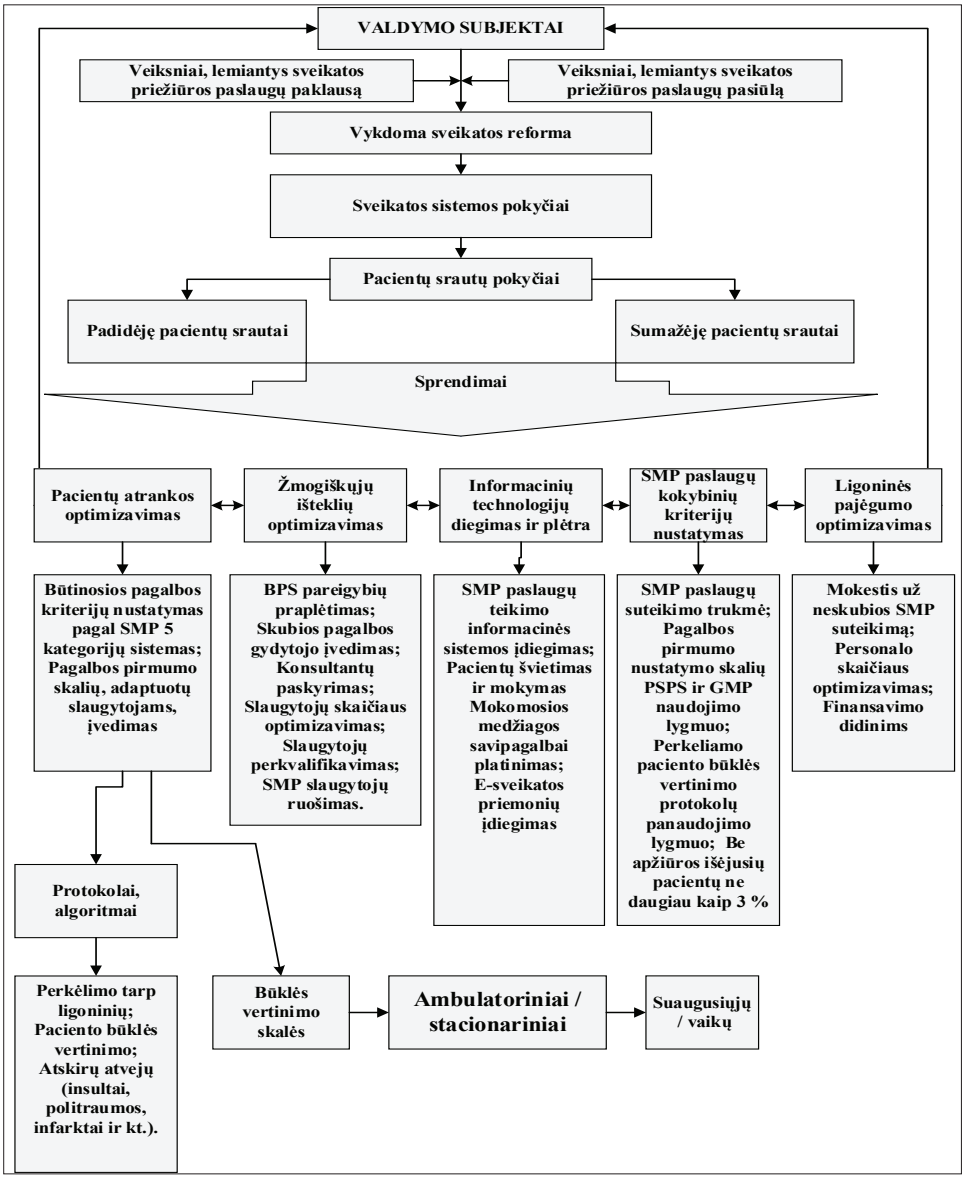


77 pav. Informacinės posistemės ryšiai SMP sistemos valdymo modelyje

teiktos paslaugos ar konsultacijos, jų priežastys; atsisakiusieji ambulatorinio gydymo ir / ar stacionarizavimo pacientai ir priežastys; užsieniečiams teiktos paslaugos; nedraustiems teiktos paslaugos; suteiktos mokamos paslaugos; iš kitų ligoninių atvežti pacientai; daugiau nei 1 val. užsibuvę PSPS pacientai, priežastys; pakartotinai 2 dienų laikotarpiu grįžę pacientai po apžiūros PSPS; pakartotinai 2 sav. laikotarpiu stacionarizuoti pacientai, nepriklausomai nuo stacionarizavimo priežasties; į kitas ASPĮ nukreipti ar transportuoti pacientai; pacientai, kurie, atlikus apžiūrą, išvežti į nakvynės namus ar kitas socialinio pobūdžio įstaigas; neblaivūs pacientai; pacientai be gyvenamosios vietos.

4. Postacionariniame etape teikiama informacija: į kitas ASPĮ transportuoti pacientai (gydymui pagal gyvenamąją vietą ar tolesniam palaikomajam gydymui ir slaugai, reabilitaciniam gydymui).

Tačiau laiku gauta ir patikima informacija ne mažiau svarbi rengiant žmogiškuosius išteklius, kuriant naujas mokymo metodikas, telkiant finansinius išteklius planinėms ir programinėms veikloms vykdyti, prognozuojant pacientų srautų pokyčius. Informacijos disponavimo pagrindu sukurtas SMP pacientų srautų valdymo modelis pateiktas 78 paveiksle.



78 pav. SMP pacientų srautų valdymo modelis

Pagrindiniai veiksniai, turintys įtakos pacientų srautų pokyčiams, yra veiksniai, lemiantys sveikatos priežiūros paslaugų paklausą ir pasiūlą. Prie veiksnių, lemiančių paklausą, priskiriami demografiniai pokyčiai (mažėjantis gimstamumas, visuomenės senėjimas), epidemiologinės situacijos pokyčiai (didėjantis pacientų, sergančių lėtinėmis neužkrečiamosiomis ligomis, patyrusių traumas ar kitų išorinių sužalojimų, skai-

čius) ir kt. Prie veiksnių, lemiančių pasiūlą, priskiriamas paslaugų fragmentiškumas ir susiskaidymas, susitelkimas į ligoninių veiklą ir nepakankamai funkcionuojantys PSPC, išteklių trūkumas ir kartu medicinos technologijų pažanga. Paklausos ir pasiūlos veiksniai turi įtakos valdymo subjektų vykdomos sveikatos reformos kryptims ir pokyčiams sveikatos priežiūros srityje. Dėl sveikatos sistemos pokyčių vienose gydymo įstaigose sumažėja, kitose padidėja pacientų srautai. Dėl vienose gydymo įstaigose mažėjančių, kitose neproporcingai didėjančių SMP pacientų srautų reikia sisteminių sprendimų įgyvendinant tyrimo metu patvirtintas SMP sistemos valdymo tobulinimo priemones. Sprendimai pasirinkti modelyje nurodytas priemones yra pagrįsti teorine analize ir empiriniu tyrimu.

Sprendimų įgyvendinimas, diegiant patvirtintas priemones, pagrįstas pacientų atrankos, žmogiškųjų išteklių optimizavimu, informacinių technologijų diegimu ir plėtra, SMP paslaugų kokybinių kriterijų nustatymu, visų ligoninės pajėgumų optimizavimu.

1. Pacientų atrankos optimizavimas išsprendžia problemą, kuo, kokiais būklės vertinimo instrumentais ar priemonėmis bus atliekama pacientų atranka? Pagrindinis pacientų atrankos optimizavimas numatytas šiomis kryptimis:
   - 5 SMP kategorijų įvedimas;
   - pagalbos pirmumo skalių, adaptuotų slaugytojų atliekamam vertinimui, įvedimas;
   - protokolų, algoritmų, standartų, perkeliant pacientus tarp ligoninių, vertinant pacientų būklę apskritai ir atskirais atvejais, įvedimas, SMP kategorijos žymėjimas GMP lape;
   - būklės vertinimo skalių stacionariniams ir ambulatoriniams pacientams, suaugusiesiems ir vaikams įvedimas.
2. Žmogiškųjų išteklių optimizavimas išsprendžia problemą, kas atliks pacientų atranką. Seimo nutarimu patvirtintos Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos (TAR, 2014-06-30, 2014-09403) 15.4 p. įvardyto ketvirto tikslo – „užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius“, 4.2. uždavinyje nurodoma: „plėtoti sveikatos infrastruktūrą ir gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, saugą, prieinamumą ir į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą“. Vertinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir jų efektyvumą, labai svarbus rodiklis yra slaugytojų, tenkančių vienam gydytojui, skaičius. Vidutiniškai Lietuvoje 2015 m. vienam gydytojui tenka 1,85 slaugytojo, tuo tarpu siektina reikšmė 2020 m. yra 2 slaugytojai vienam gydytojui (Ustinavičienė, Želvienė, 2016). Slaugytojų trūkumą siūloma užpildyti rengiant specializuotus slaugytojus su platesniais įgaliojimais pacientų būklei vertinti. Apskritai žmogiškųjų išteklių optimizavimo klausimą siūloma spręsti šiomis kryptimis:
   - BPS pareigybių praplėtimas;
   - BPS skaičiaus optimizavimas ir perkvalifikavimas;

- SMP slaugytojų rengimas;
- karo medikų naudojimas SMP pagalbai teikti regiono ir respublikos bei universitetų lygmens ligoninių PSPS;
- papildomų konsultantų skyrimas dirbti PSPS;
- skubios pagalbos gydytojo pareigybės įvedimas (šio profilio specialistai jau pradėti rengti).

3. SMP paslaugų kokybinių kriterijų nustatymas išsprendžia problemą, kaip bus užtikrinamas kokybiškas SMP paslaugų teikimas ir SMP paslaugų prieinamumas. SMP paslaugų prieinamumo ir kokybiškų paslaugų užtikrinimą siūloma vykdyti šiomis kryptimis:
   - SMP paslaugų suteikimo trukmės nustatymas visuose SMP paslaugų teikimo etapuose;
   - pagalbos pirmumo nustatymo skalių PSPS ir GMP naudojimo lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose vertinimas ir palyginimas;
   - perkeliamo iš vienos ASPĮ į kitą paciento būklės vertinimo protokolų naudojimo lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose vertinimas ir palyginimas;
   - be apžiūros iš PSPS išėjusių pacientų (pacientų, nesulaukusių gydytojo apžiūros) ne daugiau kaip 3 proc. nuo bendro PSPS apsilankiusių pacientų skaičiaus.
4. Viso ligoninės pajėgumo optimizavimas pašalina ar sumažina vidinius veiksnius, kurie gali didinti PSPS užimtumą. Siūlomos priemonės: įvesti mokestį už neskubios medicinos pagalbos teikimą PSPS, finansavimo didinimas, personalo skaičiaus optimizavimas ir kt.
5. Informacinių technologijų diegimas ir plėtra išsprendžia integracijos ir bendradarbiavimo problemas tarp sveikatos priežiūros, švietimo ir socialines paslaugas teikiančių įstaigų bei su visuomene ir atskirais asmenimis, skatina žmonių atsakomybę už savo sveikatą. Informacinių technologijų diegimą ir plėtrą siūloma vystyti šiomis kryptimis :
   - SMP paslaugų teikimo informacinės sistemos įdiegimas;
   - pacientų švietimas ir mokymas;
   - mokomosios medžiagos savipagalbai ir savirūpai platinimas;
   - e. sveikatos mobiliųjų programų kūrimas ir diegimas.

Informacinių technologijų diegimas ir plėtra vidiniais ryšiais yra susiję su informacine ir visuomenės mokymo bei informavimo posisteme. Šios posistemės tikslai yra: pacientų ar artimųjų mokymas suteikti pirmąją pagalbą sau ir savo artimiems asmenims; sveikatos būklės identifikavimas; sveikatos priežiūros institucijų pasiekiamumas ir pradinis gydymas; visuomenės informavimas apie traumų ir staiga ištikusių sveikatos sutrikimų prevenciją. Pagrindinis visuomenės mokymo ir informavimo posistemės uždavinys – užtikrinti, kad visuomenės švietimas ir mokymas būtų tęstinis procesas, nuolat papildomas naujomis žiniomis ir šiuolaikinėmis technologijomis.

Išvados

Išanalizavus SMP sistemos valdymo teorinius aspektus, apibrėžus SMP, SMP sistemos valdymo sampratas, sąsajas su valdymo teorijomis ir praktiniais valdymo modeliais, identifikavus SMP sistemos valdymui įtakos turinčias problemines sritis, empirinio tyrimo metu įvertinus SMP sistemos veiklos tobulinimo sprendimus, susidedančius iš tobulinimo priemonių nustatymo, įgyvendinimo ir kontrolės, formuluojamos tokios šio mokslinio tyrimo išvados:

1. *Skubios medicinos pagalbos sistemos valdymo*, kaip ir *skubios medicinos pagalbos* sampratų raida siejama su žmogaus sveikatai ir gyvybei pavojinga, greitai kintančia aplinka. Tai iš dalies lemia tarpdisciplininį, įvairių sričių mokslininkų skirtingą, požiūrį į tiriamą objektą. Disertacijos autorius remiasi šiomis sampratomis: **SMP sistema** – skubios medicinos pagalbos personalas, infrastruktūra, finansai ir kiti sistemos elementai bei ryšiai tarp jų, užtikrinantys veiksmingas, prieinamas ir kokybiškas, lokalias, regionines ar nacionalines SMP paslaugas; **SMP sistemos valdymas** – sistemos veiklos funkcionavimo užtikrinimas per su tuo susijusius valdymo organus, procesus ir priemones, siekiant SMP sistemai iškelto prieinamumo ir kokybės tikslo. Disertacijos autoriaus nuomone, SMP sistemos valdymo specifiškumą – tiriamo objekto sudėtingumą, tarpdisciplinišKumą ir priežastinių kintamųjų gausą – geriausia aiškinti sistemų teorijos nuostatomis.

2. Nustatyta, kad SMP sistemos valdymo problemos tarptautiniu lygmeniu sprendžiamos skirtingai. Pasaulyje susiformavę du pagrindiniai SMP sistemos modeliai – anglų-amerikiečių bei prancūzų-vokiečių – skiriasi: pagalbos koordinavimu; SMP komandos sudėtimi; SMP teikimo vieta; SMP teikimo trukme; paciento transportavimo vieta; SMP sistemos pavaldumu ir finansavimu. Išanalizavus šiuos valdymo modelius, išskirtos tokios probleminės SMP sistemos valdymo sritys: nesubalansuoti SMP pacientų srautai; didelis PSPS užimtumas; nepakankamas SMP teikimo pirmumo įvertinimas ir slaugytojų vaidmuo vykdant pacientų atranką; neužtikrintas tarpstacionarinis pacientų transportavimas; menkas visuomenės švietimas SMP klausimais. Autoriaus sudarytas teorinis SMP sistemos valdymo modelis, išskiriant sistemai būdingus elementus: valdymo subjektai ir ištekliai; struktūriniai komponentai ir jų vidiniai ryšiai; integracija su esama sveikatos sistema ir kitomis sistemomis; tikslai (funkcijos) ir transformacijos procesai rezultatui pasiekti; sistemos ribos, sąveika su kintančia išorine aplinka ir kitais veiksniais; rezultatai ir grįžtamasis ryšys.
3. SMP sistemos valdymo sprendimams tobulinti sudarytas veiklos tobulinimo proceso eigos modelis, apimantis diagnostikos ir tobulinimo sprendimų etapus. Diagnostikos etapas pagrįstas antrinių duomenų – statistinių duomenų ir teisinių dokumentų – analizės metodu. Sprendimų etape respondentų siūlymai grindžiami empiriniu tyrimu. SMP sistemos valdymo modelio empiriniam pagrindimui pasirinktas kiekybinis tyrimas, apimantis šias problemines sritis: SMP sampratos ir organizacinės problemos, žmogiškieji ištekliai, SMP pacientų srautų valdymas ir tarpstacionarinis pacientų transportavimas. SMP sistemos valdymo tobulinimas atliekamas trimis etapais:
   - nustatant esamą SMP sistemos valdymo situaciją ir problemines sritis;
   - nustatant priemones SMP sistemos valdymui tobulinti;
   - įvertinant specialistų nuomonę apie siūlomų priemonių, skirtų SMP sistemos valdymui tobulinti, tikslingumą.
4. Atlikto tyrimo duomenų analizė atskleidė, kad Lietuvos SMP sistemos valdymo tikslams ir uždaviniams įgyvendinti dažniausiai taikomi teisiniai, bendrasistemiai valdymo metodai. Tyrimu nustatyti šie Lietuvos SMP sistemos valdymo trūkumai:
   - SMP paslaugų teisinio reglamentavimo stoka;
   - neadekvačios SMP vertinimo kategorijos ir dėl to per dideli pacientų srautai;
   - sudarytų ir patvirtintų SMP veiklos standartų, algoritmų ar protokolų stoka;
   - per mažas personalo skaičius, žema kvalifikacija ir kompetencijos;
   - trūksta SMP paslaugų kiekybinių ir kokybinių veiklos vertinimo rodiklių, nėra SMP sistemos darbo rezultatų vertinimo;
   - trūksta pacientų transportavimo tarp gydymo įstaigų reglamentavimo;
   - SMP paslaugų finansavimo stoka;
   - neužtikrinamas visuomenės informavimas ir mokymas.

5. Atlikto tyrimo rezultatai atskleidė neišnaudotas valdymo galimybes atskirose SMP sistemos dalyse. Pasiūlytos SMP sistemos valdymo tobulinimo priemonės, kuriomis siekiama pagerinti SMP sistemos veiksmingumą, užtikrinti paslaugų prieinamumą ir kokybę:
   - vienodas susistemintų sąvokų taikymas;
   - pacientų atrankos optimizavimas;
   - SMP kiekybinių ir kokybinių rodiklių nustatymas;
   - slaugytojų kompetencijų didinimas, karo medikų naudojimas SMP paslaugas teikiančiose gydymo įstaigose;
   - pacientų išorinių ir vidinių srautų reguliavimas;
   - ilgalaikės SMP veiklos programos sukūrimas ir veiklos koordinavimas;
   - mokėjimo už SMP ir ne SMP paslaugų teikimą reglamentavimas;
   - tinkamas visuomenės informavimas ir mokymas.
6. Sudarytos SMP sistemos valdymo posistemės: skubios medicinos pagalbos posistemė; pacientų srautų valdymo posistemė; pacientų tarpstacionarinio transportavimo posistemė; informacinė posistemė; visuomenės mokymo ir informavimo posistemė. Disertacijos autoriaus sudarytos SMP sistemos valdymo posistemės apima tokius pagrindinius aspektus kaip SMP pacientų srautai, paslaugų prieinamumas, medicinos personalo įgaliojimai ir informacijos naudojimas.

Rekomendacijos

SMP paslaugas teikiančioms ASPĮ

1. Aktyviau ir plačiau ASPĮ turimomis galimybėmis informuoti visuomenę apie tai, kas yra SMP, kokiais atvejais ir kur teikiama, kaip padėti sau ir kitiems ištikus traumai, nelaimingam atsitikimui ar staiga ištikus sveikatos sutrikimui, akcentuojant pacientų atsakomybę už savo pačių sveikatą. Šiuo tikslu panaudoti ne tik tradicines informavimo, šviečiamąsias ir mokomąsias priemones, bet ir inovacines šiuolaikines informavimo technologijas.
2. Optimizuoti išorinius pacientų srautus, tinkamai nukreipiant pacientus į kitas ASPĮ pagal atitinkamas patologijas į funkcinius klasterių centrus, pagal SKP ir SSKP nustatytą tvarką, pagal atitinkamus susirgimui asmens sveikatos priežiūros paslaugų profilius ir paslaugų teikimo lygmenis.
3. Optimizuoti vidinius pacientų srautus, teikiant daugiau stebėjimo paslaugų, didinant PSPS veiklos veiksmingumą, tinkamai išnaudojant ASPĮ vidinius rezervus.
4. Nors tęstinis gydymas tarp ASPĮ iš dalies reglamentuotas, tačiau pats pacientų transportavimo procesas nereglamentuotas, pacientų transportavimas nefinansuojamas iš PSDF biudžeto. Siekiant įtraukti šias paslaugas į PSDF mokamų paslaugų sąrašą, apskaityti atliekamą tarpstacionarinį transportavimą, įvertinti realias pacientų transportavimo apimtis ir išlaidas.

5. Paruošti ir praktiškai išbandyti perkeliamo paciento būklės vertinimo protokolus, siekiant palyginti duomenų korektiškumą iš iškeliančios ir priimančios ASPĮ, taip pat užtikrinti paciento saugumą bei paslaugų teikimo tęstinumą.
6. Vykdyti SMP pacientų eilių stebėseną, kaupti ir analizuoti duomenis, siekiant priimti tinkamus sprendimus PSPS užimtumui mažinti ir paslaugų prieinamumui bei kokybei gerinti. Organizuoti PSPS darbą taip, kad laukimo eilė nebūtų ilgesnė kaip 6–10 pacientų, laukimo trukmė iki patekimo pas gydytoją – ne ilgesnė kaip 45–90 min.

SMP sistemos veiklą koordinuojančioms institucijoms

1. Keisti visuomenės sampratą, kad kiekvienas asmuo turi rūpintis savo sveikata ir padėti kitam nelaimės ar ligos ištiktam asmeniui. Vadovaujantis gerąja praktika ir mokslo įrodymais pagrįsta informacija, parengti ir nacionaliniu lygmeniu per visuomenės informavimo priemones bei interneto svetaines vykdyti informacijos sklaidą apie rizikos veiksnius, kritinę organizmo būklę, nelaimingus atsitikimus ir jų prevenciją, aktualiais pirmosios medicinos pagalbos teikimo klausimais.
2. Gauti nuomonių vertinimai rodo poreikį tarp šiuo metu valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigų kiekybinius ir kokybinius veiklos vertinimo rodiklių įtraukti šiuos: ***SMP paslaugų suteikimo trukmė*** (apsilankymo PSPS laikas; stacionarizavimo laikas, paguldymo į skyrių laikas); ***pagalbos pirmumo nustatymo skalių PSPS ir GMP naudojimo lygis*** (ikistacionariniai GMP protokolai, bendri GMP su PSPS protokolai, pirminio paciento būklės vertinimo skalės – klausimyno – protokolai); ***perkeliamo iš vienos gydymo įstaigos į kitą paciento būklės vertinimo protokolų naudojimo lygis*** (vertinimas pagal standartizuotą protokolą prieš perkėlimą, transportavimo metu, perdavimo ir priėmimo metu).
3. Papildyti teisės aktuose SKP ir SSKP paslaugas teikiančių ASPĮ veiklos vertinimo rodiklius šiais kiekybiniais ir kokybiniais rodikliais: SKP iškvietimo laikas (nuo paciento patekimo į žemesnio lygio, nei reikalauja paciento būklė, stacionarinę ASPĮ iki SKP iškvietimo); SKP išvykimo į kviečiančią įstaigą laikas; atsisakymų vykti į kviečiančią ASPĮ skaičius ir priežastys; transportavimo metu ir per 24 val. nuo atvežimo mirusių pacientų skaičius; atvežtų operuotų pacientų skaičius per 24 val. nuo atvežimo.
4. Nacionaliniu mastu parengti paciento būklei rizikingiausių situacijų, ligų, nelaimingų atsitikimų būklės vertinimo ir pagalbos teikimo protokolus ir nustatyti jų naudojimo tvarką.

5. Atsižvelgiant į mokslinėse rekomendacijose kokybiškai paciento apžiūrai atlikti siūlomą laiką, patvirtinti teisės aktais PSPS ***priimamų pacientų apžiūrai skiriamo laiko normas*** (priimamų pacientų skaičių/val.).
6. Nors Lietuvoje pagal galiojančius teisės aktus paciento būklės vertinimą gali atlikti tik gydytojas, tačiau, tyrimo duomenimis, jau šiuo metu net trečdalyje regionų ligoninių ir kiek mažiau rajono ir respublikos lygmens ligoninių slaugytojos atlieka pirminį pacientų būklės vertinimą. Neabejotina, kad slaugytojų patirtis ir įgūdžiai atskirose gydymo įstaigose leidžia atlikti šiuos veiksmus, tačiau jie nėra teisiškai reglamentuoti. Siekiant šio tikslo, parengti teisinę bazę ir studijų programas specializuotų SMP slaugytojams rengti.
7. Tobulinti specialistų (sveikatos vadybininkų, gydytojų, slaugytojų, paramedikų) kvalifikaciją SMP organizavimo, nelaimingų atsitikimų prevencijos srityje.
8. Įgyvendinti „skubios medicinos pagalbos paciento“ koncepciją: gydymo įstaiga visada turi būti pasiruošusi priimti SMP pacientą; priimti SMP pacientą, jei jis atvyko pats arba jį atvežė GMP, net jei įstaiga neteikia atitinkamo profilio paslaugos; priimti ir teikti reikiamą SMP nedraustiems pacientams; atlikti visus reikiamus tyrimus pagal įstaigos paslaugų profilį ir paslaugų teikimo lygį; laiku informuoti ir / ar kviesti konsultantą arba organizuoti paciento transportavimą į reikiamo profilio ir lygio paslaugas teikiančią įstaigą; kartu su pacientu pateikti visus atliktus tyrimus ir vaizdus.
9. Parengti teisinę bazę dėl mokesčio įvedimo už neskubios pagalbos paslaugų suteikimą aplenkiant pirminį sveikatos priežiūros centrą, siekiant, kad teisinis reglamentavimas skatintų pacientus dėl neskubios medicinos pagalbos kreiptis į savo šeimos gydytoją.
10. Parengti ilgalaikę SMP sistemos veiklos programą ir koordinuoti jos vykdymą, tuo užtikrinant SMP sistemos tvarumą ir darnumą.

TOLESNIŲ TYRIMŲ KRYPTYS

1. Siekiant laiku priimti sprendimus ateities SMP sistemos valdymo modelio atžvilgiu, sudaryti SMP paslaugų poreikio prognozę 5–10-iai metų.
2. Išryškėjus tendencijai, jog nesant indikacijų skubiai medicinos pagalbai pacientai reikalauja, kad GMP vežtų į PSPS, arba vyksta patys, nepriklausomai nuo šeimos gydytojo darbo laiko, nustatyti pacientų „veržimosi“ į priėmimo skubios pagalbos skyrius motyvus.
3. Išanalizuoti SMP paslaugų kokybės ir prieinamumo pokyčius iš paslaugų gavėjų ir teikėjų pozicijos.
4. Įvertinti disertaciniame tyrime pasiūlytų valdymo priemonių veiksmingumą.

MOKSLINIO DARBO REZULTATŲ DISERTACIJOS TEMA SKLAIDA

Moksliniai straipsniai periodiniuose ir tęstiniuose mokslo leidiniuose, registruotuose tarptautinėse mokslinės informacijos duomenų bazėse, arba vienkartiniuose mokslo leidiniuose:

1. Vinsas Janušonis, Gintautas Virketis, Gintarė Pučinskaitė. Sirgusių ūmiu miokardo infarktu ir mirusių pacientų klinikinių duomenų retrospektyvinė analizė. *Sveikatos mokslai*, 2013, rugsėjis–spalis, t. 23, Nr. 5, p. 69–77. ISSN 1392-6373.
2. Rimantas Stašys, Gintautas Virketis. Konceptualūs skubiosios medicinos pagalbos valdymo modeliai. *Vadybos mokslas ir studijos – kaimo verslų ir jų infrastruktūros plėtrai*, 2014, Nr. 36 (3), p. 644–652. ASU. ISSN 1822-6760.
3. Gintautas Virketis. Kai kurių valdymo teorijų palyginimas skubiosios medicinos pagalbos valdymo kontekste. *Sveikatos mokslai,* 2014, t. 24, Nr. 5, p. 100–106. ISSN 1392-6373.
4. Gintautas Virketis, Vinsas Janušonis, Vita Kvekšaitė. Skubi medicinos pagalba: tarpstacionariniai pervežimai. *Tiltai*, 2016, Nr. 1, p. 15–37. KU. ISSN 1392-3137.
5. Gintautas Virketis, Rimantas Stašys, Vilius Butrimas. Patient Flow Managment in Emergency Medicine Using Triage Scales. *Health Sciences,* 2016, Vol. 26, No. 4, p. 93–100. ISSN 1392-6373.

Mokslinėse konferencijose skaityti pranešimai

1. Gintautas Virketis. Pranešimas: *Skubios sveikatos priežiūros paslaugų vystymas Klaipėdoje (apžvalga).* Tarptautinė konferencija „Šiuolaikinė universitetinė ligoninė: valdymo ir funkcionavimo principai“. Klaipėdos universitetinė ligoninė, Klaipėdos universitetas, 2012-03-15.
2. Gintautas Virketis, Rimantas Stašys. Stendinis pranešimas: *Skubiosios medicinos pagalbos valdymo teorinė analizė.* Tarptautinė mokslinė-praktinė konferencija „Ekonomikos ir vadybos mokslo bei studijų inovatyvūs sprendimai“. Aleksandro Stulginskio universitetas, 2014-06-19–20.
3. Gintautas Virketis Pranešimas: *Skubi medicinos pagalba: tarpstacionariniai pervežimai.* Respublikinė konferencija: 2016 m. vidaus ligų diagnostikos ir gydymo moduliai. LSMU MA Vidaus ligų klinika, Klaipėdos universitetinė ligoninė. Klaipėda, 2016-02-18.
4. Gintautas Virketis. Pranešimas: *Skubios pagalbos teikimo ypatumai*. Respublikinė konferencija: 2016 m. vidaus ligų diagnostikos ir gydymo aktualijos. LSMU MA Vidaus ligų klinika, Klaipėdos universitetinė ligoninė. Klaipėda, 2016-11-30.

Literatūros sąrašas

1. Abdulwahid, A. M., Booth, A., Kuczawski, M., Mason, M. S. (2015). The impact of senior doctor assessment at triage on emergency department performance measures: systematic review and meta-analysis of comparative studies. *Emergency Medicine Journal.* [Žiūrėta 2015-12-20]. Prieiga per internetą: <http://emj.bmj.com/content/early/2015/07/16/emermed-2014-204388.full.pdf>.
2. Abelsson, A., Lindwall, L. (2012). The Prehospital assessment of severe trauma patients` performed by the specialist ambulance nurse in Sweden – a phenomenographic study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, Vol. 20: 67. [Žiūrėta 2015-10-19]. Prieiga per internetą: <http://www.sjtrem.com/content/pdf/1757-7241-20-67.pdf>.
3. ACEP Board of Directors (2009). Appropriate Interhospital Patient Transfer. *American College of Emergency Physicians.* [Žiūrėta 2015-10-25]. Prieiga per internetą: <https://www.acep.org/Clinical-Practice-Management/Appropriate-Interhospital-Patient-transfer/>.
4. Al-Shaqsi, S. (2010). Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems. *Oman Med J.*, 25 (4): 320–323.
5. Alcazar, J. L., Royo, P., Jurado, M. (2008). Triage for surgical management of ovarian tumors in asymptomatic women: assessment of an ultrasound – based scoring system. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 32: 220–225. [Žiūrėta 2015-12-01]. Prieiga per internetą: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/uog.5401/epdf>.

6. Alper, M. (2002). Managing in the „new“ era of managed care. *Managed Care Quarterly*, 10: 24–29.
7. American College of Emergency Physicians International Section. (2005). Ambassador Survey. [Žiūrėta 2016-01-05]. Prieiga per internetą: <http://sharing.acep.org/int/Lists/Ambassador%20Survey%202005/summary.aspx>.
8. American College of Emergency Physicians. (2006). *Crowding*, 47 (6): 585.
9. Aminzadeh, F., Dalziel, W. B. (2002). Older adults in the emergency department: A systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Annals of Emergency Medicine,* 39 (3): 238–247. [Žiūrėta 2015-09-05]. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11867975>.
10. Anderson, P., Petrino, R.; Halpern, P., Tintinalli, J. (2006). The globalisation of emergency medicine and its importance for public health. *Public Healt Reviews. Bulletin of World Health Organization,* 84: 835–839. [Žiūrėta 2016-02-05]. Prieiga per internetą:
<http://www.who.int/bulletin/volumes/84/10/05-028548.pdf>.
11. Andrews, T., Waterman, H. (2005). Packaging: a grounded theory of how to report physiological deterioration effectively. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (5): 473–481.
12. Andruszkow, H., Hildebrand, F., Lefering, R., Pape, H. Ch., Hoffmann, R., Schweigkofler, U. (2014). Ten years of helicopter emergency medical services in Germany: Do we still need the helicopter rescue in multiple traumatised patients? *Injury*, 45: 53–58.
13. Andruszkow, H., Lefering, R., Frink, M., Mommsen, P., Zeckey, C., Rahe, K., et al. (2013). Survival benefit of helicopter emergency medical services compared to ground emergency medical services in traumatized patients. *Crit Care*, 17 (2): 124.
14. Anthony, D. R. (2011). Promoting emergency medical care systems in the developing world: weighing the costs. *Glob Public Health*, 6 (8): 906–913.
15. Araz, O. M. (2013). Improving public health emergency preparedness through enhanced decision-making environments: A simulation and survey based evaluation. *Technological Forecasting and Social Change*, 80 (9): 1775–1781.
16. Arnold, J., Holliman, C. (2005). Lessons learned from international emergency medicine development. *Emerg Med Clin N Am.,* 23: 133–147. [Žiūrėta 2015-11-30]. Prieiga per internetą: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0733862704001245>.
17. Arnold, J. (1999). International emergency medicine and the recent development of emergency medicine worldwide. *Annals of Emergency Medicine,* 33: 97–103.

18. Asplin, R. B., Magid, J. D., Rhodes, V. K. et al. (2003). A conceptual model of emergency department crowding. *Annals of Emergency Medicine,* 42 (2): 173–80. [Žiūrėta 2015-11-30]. Prieiga per internetą: <http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(03)00444-X/pdf>.
19. Australasian College for Emergency Medicine (2002). Policy document – standard terminology. *Emergency Medicine (Fremantle),* 14: 337–340.
20. Babbie, E. R. (1975). *The Practice of Social Research.* CA. Belmont: Wadsworth Publishing Company.
21. Bahadori, M. (2014). Care model factors of pre-hospital emergency services in Iran. *Journal of Health Policy and Sustainable Health*, 1 (1): 27–31.
22. Bahman, S. R. (2007). International comparison of prehospital trauma care systems. *Injury, Int. J. Care Injured*, 38: 993–1000.
23. Bain, C. A., Taylor, P. G., McDonnell, G., Georgiou, A. (2010). Myths of ideal hospital occupancy. *Med J Aust.,* 192 (1): 42–43. PMID: 20047548.
24. Baird, M. E. (2010). The „Phases" of Emergency Managment. University of Memphis. [Žiūrėta 2014-11-30]. Prieiga per internetą: <http://www.vanderbilt.ed u/vector/research/emmgtphases.pdf>.
25. Bartolomeo, D. S., Sanson, G., Nardi, G., Scian, F., Michelutto, V., Lattuada, L. (2001). Effects of 2 patterns of prehospital care on the outcome of patients with severe head injury. *Arch Surg*., 136 (11): 1293–1300. [Žiūrėta 2015-09-06]. Prieiga per internetą: <https://www.researchgate.net/publication/11658391_Effects_of_2_patterns_of_prehospital_care_on_the_outcome_of_patients_with_severe_head_injury>.
26. Battlefield Advanced Trauma Life Support (BATLS) (2008). 15 skyrius, p. 1–24. ISBN 978-1-880-696-31-6.
27. Baumann, R. M., Strout, D. T. (2005). Evaluation of the Emergency Severity Index (Version 3) Triage Algorithm in Pediatric Patients. *Academic Emergency Medicine,* 12 (3): 219–224.
28. Bellingan, G., et al. (2000). Comparison of a specialist retrieval team with current United Kingdom practice for the transport of critically ill patients. *Intensive Care Medicine*, 26: 740–744.
29. Bianco, A., Pileggi, C., Angelillo, F. I. (2003). Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Journal of the Royal Institute of Public Heatlh,* 117 (4): 250–255.
30. Billings, J., Parikh, N., Mijanovich, T. (2000). Emergency Department Use in New York City: A substitute for primary care? The commonwealth fund. [Žiūrėta 2016-08-09]. Prieiga per internetą: <https://wagner.nyu.edu/files/admissions/Billings%20-%20Emergency%20Department%20Use%20in%20NYC%20-%20A%20Substitute%20for%20Primary%20Care.pdf>.

31. Bitinas, B., Rupšienė, L., Žydžiūnaitė, V. (2008). *Kokybinių tyrimų metodologija.* Klaipėda.
32. Björnberg, A. (2015). Euro Health Consumer Index 2014. [Žiūrėta 2016-08-02]. Prieiga per internetą: <http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2014/EHCI_2014_report.pdf>.
33. Bodiwala, G. (2007). Emergency medicine a global specialty. International federation of emergency medicine. *Emeregency Medicine Australasia,* 19: 287–288.
34. Borst, G. M., Davies, S. W., Waibel, B. H., Leonard, K. L., Rinehart, S. M., Newell, M. A., Goettler, C. E., Bard, M. R., Poulin, N. R., Toschlog, E. A. (2014). When birds can't fly: An analysis of interfacility ground transport using advanced life support when helicopter emergency medical service is unavailable. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery,* 77 (2): 331–337.
35. Bourgeois, F., Shannon, M. W. (2003). Adult patient visits to children's hospital emergency departments. *Pediatrics*, 111: 1268–1272. [Žiūrėta 2016-02-02]. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12777540?dopt=Abstract&holding>.
36. Brinkenhoff, D. W., Bossert, T. J. (2013). Health governance: principal-agent linkages and health system strengthening. *Health Policy and Planning.* Oxford University Press, 29 (6): 685–693. ISSN 1460-2237.
37. Bubnienė, D., Ruževičius, J. (2010). Kokybės valdymo sveikatos priežiūros institucijose ypatumai. *Verslo ir teisės aktualijos,* T. 5, p. 22–39. ISSN 1822-9530.
38. Buivydas, R., Černiauskas, G. (2009). *Skubios medicinos pagalbos problemos ir galimos reformos.* Konferencija „Medikams aktualūs teisės ir praktikos klausimai". Sveikatos ekonomikos centras.
39. Burokienė, S. (2015). *Ikistacionarinė vaikų sveikatos priežiūra priėmimo ir skubios pagalbos skyriuose ir jos optimizavimo kryptys.* Daktaro disertacija. VU.
40. Buschhorn, M. H., Strout, D. T., Sholl, M. J., Baumann, R. M. (2013). Emergency Medical Services Triage Using The Emergency Severity Index: Is It Reliable and Valid? *Journal of Emergency Nursing*, 39 (5): e55–e63. [Žiūrėta 2015-12-18]. Prieiga per internetą: <http://www.jenonline.org/article/S0099-1767(11)00577–0/pdf>.
41. Butler, M., Collins, R., Drennan, J., Halligan, P., O'Mathuna, D. P., Schultz, T. J., Sherdian A., Villis, E. (2011). Hospital nurse staffing models and patients and staff-related outcomes (Review). *The Cochrane Library,* 7: 1–70.
42. Cabrera, E., Taboada, M., Iglesias, M. L., Epelde, F., Luque, E. (2011). Optimization of healthcare emergency departments by agent-based simulation. *Procedia Computer Science,* Published by Elsevier Ltd., 4: 1880–1881.
43. Calvello, E. J. B., Broccoli, M. (2013). Emergency Care and Health Systems: Consensus-based Recommendations and Future Research Priorities. *Academic Emergency Medicine,* 20 (12): 1278–1288.

44. Camargo, C. A. Jr., Ginde, A. A., Handel, D. A., Keadey, M. T., Raja, A. S., Rogers, J., Sullivan, A. F., Espinola, J. A. (2009). A classification system for emergency departments. Massachusetts, [abstract]. *Ann Emerg Med.,* 54 (suppl): S20.
45. Cameron, A. (2014). International emergency medicine: past and future. *Emergency Medicine Australasia,* p. 50–55.
46. Cioffi, J. (2000). Nurses' experiences of making decisions to call emergency assistance to their patients. *Journal of Advanced Nursing,* 32 (1): 108–114. [Žiūrėta 2015-12-19]. Prieiga per internetą: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2000.01414.x/epdf>.
47. Considine, J., Martin, R., Smit, D., Winter, C., Jenkins, J. (2006). Emergency nurse practitioner care and emergency department patient flow: Case-control study. *Emergency medicine Australasia*, 18: 385–390. [Žiūrėta 2015-12-18]. Prieiga per internetą: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-6723.2006.00870.x/pdf>.
48. Cooney, R. D., Wojcik, S., Seth, N., Vasisko, C., Stimson, K. (2013). Evaluation of ambulance offload delay at a university hospital emergency department. *International Journal of Emergency Medicine,* 6 (15): 1–4. [Žiūrėta 2016-02-06]. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3663714/pdf/1865-1380-6-15.pdf>.
49. Costs of Emergency Care Fact Sheet (2015). American College of Emergency Physicians. [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga per internetą: <http://newsroom.acep.org/resources>.
50. Craig, S. S. (2005). Challenges in arranging interhospital transfers from a small regional hospital: an observational study. *Emergency Medicine Australasia,* 17 (2): 124–131. [Žiūrėta 2015-10-25]. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15796726>.
51. Crandon, W. I., Harding, E. H., Cawich, O. S., Williams, W. E., Williams-Johnson, J. (2008). Emergency department physician training in Jamaica: a national public hospital survey. *Biomed Central Emergency Medicine,* 8 (11): 1–6. [Žiūrėta 2015-12-20]. Prieiga per internetą: <http://bmcemergmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-227X-8-11>.
52. Croskerry, P., Abbass, A., Wu, W. A. (2010). Emotional Influences in Patient Safety. *Journal of Patienty Safety,* 6 (4): 199–205.
53. Denny, J. Ch., Steinhart, D. B., Richard, Y. (2003). Improving physician flow and efficiency in the emergency department. *Canadian Journal of Emergency Medicine,* 5 (04): 271–274.
54. Derlet, R. W., Richards, J. R., Kravitz, R. L. (2001). Frequent Overcrowding in U.S. Emergency Departments. *Academic Emergency Medicine,* 8 (2): 151–155.

55. Dib, J. E., Naderi, S., Sheridan, I. A., Alagappan, K. (2006). Analysis and applicability of the Dutch EMS system into countries developing EMS systems. *J Emerg Med.*, 30 (1): 111–115.
56. Dick, W. F. (2003). Anglo-American vs. Franco-German Emergency Medical Services System. *Prehospital and Disaster Medicine,* 18 (1): 29–37.
57. Domagala, S. (2009). Discharge Vital Signs: An Enhancement to ED quality and patients outcomes. *Journal of Emergency Nursing,* 35, Iss. 2: 138–140. [Žiūrėta 2015-12-18]. Prieiga per internetą: <http://www.jenonline.org/article/S0099-1767(08)00627-2/pdf>.
58. Donald, K. J., Smith, A. N., Doherty, S., Sundarajan, V. (2005). Effect of an on-site emergency physician in a rural emergency department at night. *Rural and Remote Health.* [Žiūrėta 2016-08-08]. Prieiga per internetą: <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=380>.
59. Donaldson, C. (1996). *Purchasing to Meet Need. Reforming Health Care Systems*. British Association for the Advancement of Science. Cheltenham.
60. Dworsky, I. P. (2009). *An introduction to Risk Management for EMS.* [Žiūrėta 2017-02-14]. Prieiga per internetą: <http://www.emsworld.com/article/10319902/risk-management-for-ems>.
61. Durand, A., Palazzolo, S., Tanti-Hardouin, N., Gerbeaux, P., Sambuc, R., Gentile, S. (2012). Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. *Biomed Central Research Notes,* 5: 1–9. [Žiūrėta 2015-12-20]. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3515357/pdf/1756-0500-5-525.pdf>.
62. Eckstein, M., Isaacs, M. S., Slovis, M. C., Kaufman, J. B., Loflin, R. J., et al. (2005). Facilitating EMS turn-around intervals at hospitals in the face of receiving facility overcrowding. *Prehospital Emergency Care,* 9 (3): 267–275. ISSN 1090-3127 (Print); 1545-0066 (Online). [Žiūrėta 2015-11-30]. Prieiga per internetą: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10903120590962102?journalCode=ipec20>.
63. Edwards, B., Sines, D. (2008). Passing the audition – appraisal of client credibility and assessment by nurses at triage. *Journal of Clinical Nursing,* 17 (18): 2444–2451. [Žiūrėta 2015-12-18]. Prieiga per internetą: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2007.01970.x/pdf>.
64. Elsom, S., Happel, B., Manias, E. (2009). Nurse Practitioners and Medical Practice: Opposing Forces or Complementary Contributions? *Perspectives in Psychiatric Care,* 45, (1): 9–16. [Žiūrėta 2015-12-26]. Prieiga per internetą: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6163.2009.00195.x/epdf>.
65. Emergency management: Definition, Vision, Mission, Principle. (2013). [Žiūrėta 2014-05-27]. Prieiga per internetą: <https://www.ndsu.edu/.../PrinciplesofEmergencyManagement>.

66. Emergency Response and Recovery. 5th edition, October. (2013). [Žiūrėta 2014-05-27]. Prieiga per internetą: <https://www.gov.uk/government/publications/emergency-response-and-recovery>.
67. Enock, K. (2005). Management and Change: Basic management models and theories associated with motivation and leadership. [Žiūrėta 2014-05-25]. Prieiga per internetą: <http://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/organisation-management/5c-management-models#System_Theories>.
68. Epstein, S. K., Burstein, J. L., Case, R. B., et al. (2009). The NATIONAL report card on the state of emergency medicine: Evaluating the emergency care environment state by state. *Ann Emerg Med.,* 53 (1): 2–148.
69. Europos migracijos tinklas (EMN). (2015). *Migracija: 10 metų apžvalga.* [Žiūrėta 2015-10-23]. Prieiga per internetą: <http://123.emn.lt/lt/bendros-tendencijos/migracija-10-metu-apzvalga>.
70. Europos sveikatos rodiklių duomenų bazė „Sveikata visiems“ (European Health for All database (HFA-DB)). [Žiūrėta 2016-02-23]. Prieiga per internetą: http://data.euro.who.int/hfadb.
71. Faheem, M. (2003). Inter-hospital transfer of critically ill patients (how the deficiencies in the system can be overcome): Dissertation. [Žiūrėta 2015-10-25]. Prieiga per internetą: <https://www.yumpu.com/en/document/view/6686467/dissertation-inter-hospital-transfer-of-critically-ill->.
72. Farrohknia, N., Castren, M., Ehrenberg, A., Lind, L. (2011). Emergency Department Triage Scales and Their Components: A Systematic Review of the Scientific Evidence. *Scandinavian Journal of Trauma. Resuscitation and Emergency Medicine,* 19: 42. [Žiūrėta 2015-10-28]. Prieiga per internetą: <http://www.sjtrem.com/content/pdf/1757-7241-19-42.pdf>.
73. Felton, B. M., Reisdorff, E. J., Krone, C. N., Laskaris, G. A. (2011). Emergency department overcrowding and inpatient boarding: a statewide glimpse in time. *Academic Emergency Medicine*, 18: 1386–1391.
74. Fischer, A. J., O´Halloran, P., Littlejohns, P., Kennedy, A., Butson, G. (2000). Ambulance Economics. *Journal of Public Health Medicine,* 22 (3): 413–421.
75. Fitzgerald, G. (1998). Setting the Scene: the History and Development of Emergency Medical Service. *J Emerg Med.,* 16, p. 309.
76. Fleischmann, T., Fulde, G. (2007). Emergency medicine in modern Europe. *Emergency Medicine Australasia,* 19 (4): 300–302.
77. Forero, R., Hillman, M. K., McCarthy, S., Fatovich, M. D., Joseph, P. A., Richardson, D. (2010). Access block and ED overcrowding. *Emergency Medicine Australasia,* 22 (2): 119–135. [Žiūrėta 2015-12-20]. Prieiga per internetą: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-6723.2010.01270.x/epdf>.

78. Forslund, K. (2007). *Challenges in Prehospital Emergency Care-Patient, Spouse and Personnel Perspectives*. Örebro University.
79. Fry, M., Gallagher, R., Chenoweth, L., Stein-Parbury, J. (2013). Nurses' experiences and expectations of family and carers of older patients in the emergency department, 22 (1): 31–36. [Žiūrėta 2015-12-19]. Prieiga per internetą: <http://www.internationalemergencynursing.com/article/S1755-599X(13)00029-3/pdf>.
80. Fried, M. J., Bruce, J., Colquhoun, R., et al. (2010). Interhospital transfers of acutely ill adults in Scotland. *Anaesthesia*, 65 (2): 136–144. [Žiūrėta 2015-12-20]. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19995348>.
81. Gaidelytė, R., Tendziagolskienė, D. (2015a) Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2014 m. Vilnius. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. ISSN 1392-8155. [Žiūrėta 2015-12-12]. Prieiga per internetą: <http://www.hi.lt>.
82. Gaidelytė, R., Garbvienė, M., Madeikytė, N., Tendziagolskienė, D. (2015b). Lietuvos sveikatos statistika 2014. Vilnius: Higienos instituto Sveikatos informacinis centras. ISSN 1648-0899. [Žiūrėta 2016-03-06]. Prieiga per internetą: <http://www.hi.lt/lt/lietuvos-sveikatos-statistika-health-statistics-of-lithuania.html>.
83. Gaidelytė, R., Madeikytė, N., Tendziagolskytė, D. (2014). Lietuvos sveikatos statistika 2013. Vilnius: Higienos instituto Sveikatos informacinis centras. ISSN 1648-0899. [Žiūrėta 2015-12-10]. Prieiga per internetą: <http://www.hi.lt>.
84. Gaidys, V. (1999). *Visuomenės nuomonės tyrimai: teorija ir praktika.* Vilnius: Žara.
85. Gallagher, R., Gallagher, P., Roche, M., Fry, M., et al. (2015). Nurses' perspectives of the impact of the older person on nursing resources in the emergency department and their profile: A mixed methods study. *International Emergency Nursing,* 23 (4): 312–316. [Žiūrėta 2015-12-10]. Prieiga per internetą: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1755599X15000403>.
86. Galvagno, Jr. S. M., Thomas, S., Stephens, C., Haut, E. R., Hirshon, J. M., Floccare, D., et al. (2013). Helicopter emergency medical services for adults with major trauma. *Cochrane Database Syst Rev.,* 3: CD009228.
87. Garner, A. A., Mann, K. P., Fearnside, M., Poynter, E., Gebski, V. (2015). The Head Injury Retrieval Trial (HIRT): a single-center randomised controlled trial of physician prehospital management of severe blunt head injury compared with management by paramedics only. *Emerg Med J.* 20: 1–7. ISSN 1472-0213.
88. Sveikatos sistemos finansavimas katastrofiškai mažas. (2015). *Gydytojų žinios,* 20 (623): 2. ISSN 1648-1569.
89. Gilboy, N., Tanabe, P., Travers, D., Rosenau, M. A. (2012). *Emergency Severity Index (ESI): A Triage tool for Emergency Department Care.* Version 4. ISBN 978-1-58763-416-1.

90. Gillman, L., Fatovich, D., Jacobs, I. (2013). Mortality of interhospital transfers originating from an Emergency Department in Perth, Western Australia. *Australasian Emergency Nursing Journal,* 16: 144–151.
91. Gintalas, A. (2011). Metodologijos ir metodo samprata. *Socialinių mokslų studijos*, 3: 983–996.
92. Glendon, A. I., McKenna, S. F., Blaylock, S. S. et al. (1987). Evaluating mass training in cardiopulmonary resuscitation. *British Medical Journal,* 294: 1182–1183.
93. *Global forum on trauma care.* (2009). World Health Organization (WHO). [Žiūrėta 2015-09-10]. Prieiga per internetą: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/services/traumacare/global_forum_meeting_report.pdf>.
94. Goldhill, D., et al. (2009). *AAGBI Safety Guideline. Interhospital Transfer.* The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. [Žiūrėta 2015-12-01]. Prieiga per internetą: <https://www.aagbi.org/sites/default/files/interhospital09.pdf>.
95. Goštautaitė, B., Jankauskienė, D., Išganaitis, V. (2011). Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų pasitenkinimo teikiamų paslaugų kokybe bei prieinamumu analizė (I dalis). SIC Europos tyrimai. [Žiūrėta 2016-06-01]. Prieiga per internetą: <http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/ESFproduktai/2012_pacientu_ir_sveikatos_prieziuros_paslaugu_teikeju_pasitenkinimo_teikiamomis_paslaugomis_analize_1.pdf>.
96. Grabauskas, V. J., Buivydas, R., Černiauskas, G., Gurevičius, R., Jankauskienė, D., Kairys, J., Lazutka, R., Pečiūra, R., Zaleckienė, D. (2011). *Sveikatos reformos analizės atlikimas.* Vilnius.
97. Graff, L. G. (2004). Effect of Interhospital Transfer Patterns on Hospitals' Quality Performance Measurement Results. *Annals of Emergency Medicine,* 44 (4): S116. [Žiūrėta 2015-10-25]. Prieiga per internetą: <http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(04)01099-6/abstract>.
98. Gray, A., Bush, S., Whiteley, S. (2004). Secondary transport of the critically ill and injured adult. Emergency Medical Journal, 21 (3): 281–285. ISSN: 1472-0213.
99. Grassie, Ch. R., Gelb, A. M., Rice, M. M., Steckl, P. D., Syzek, T. E., Bromley, M. (2013). *A Risk Management Program for Emergency medicine; basic components ant considerations.* ACEP Medical Legal Committee.
100. Greene, M., Bigham, B., Patterson, D. (2012). Safety Management Systems in EMS. Best Practices. National Emergency Services Institute (NESI).
101. Gries, A., Zink, W., Bernhard, M., Messelken, M., Schlechtriemen, T. (2006). Realistic assessment of the physican-staffed emergency services in Germany. *Der Anaesthesist,* 55: 1080–1086.
102. Gries, A., Helm, M., Martin, E. (2003). The future of preclinical emergency medicine in Germany. *Der Anaesthesist,* 52 (8): 718–724.

103. Griffin, M., Melby, V. (2006). Developing an advanced nurse practitioner service in emergency care: attitudes of nurses and doctors. *Journal of Advanced Nursing,* 56 (3): 292–301.
104. Gurevičius, R. (2015). Kuriant į pacientą orientuotą sveikatos priežiūros sistemą. *Visuomenės sveikata,* 1 (68): 5–8. ISSN 1392-2696.
105. Haddow, G. D., Bullock, J. A., Coppola, D. P. (2010). A. System Approach: The Preparedness Cycle. Introduction to Emergency Management. Forth Edition, p. 97–130. ISBN 13:978-1856179591.
106. Hansen, P. D., Kemp, L. M., Mills, R. S., Mercer, A. M., et al. (2011). Developing a national emergency department data reference set based on SNOMED CT. *The Medical Journal of Australia,* 194 (4): 8–10. [Žiūrėta 2015-12-11]. Prieiga per internetą: <https://www.mja.com.au/system/files/issues/194_04_210211/han10255_fm.pdf>.
107. Hasegawa, T., et al. (2002). „Kyukyu, Kyujitsu Yakan Iryo [Emergency and Holiday Night Medical Care]“, Kokumin Eiseino Doko [*Activities in National Health*], 49, No. 9, Health and Welfare Statistics Association, p. 202–206.
108. Hennessy, J., Dempsey, A. (2009); Cowan, C., et al. (2010); McNamara, C., McCormack, H. (2010); Fitzgerald, T., et al. (2011); O'Donnell, C. (2011); Burton, J. (2011). Protocols for the Safe Inter-Hospital Transfer of Patients for the HSE Mid-West. 2009–2013. [Žiūrėta 2015-12-01]. Prieiga per internetą: <http://www.hse.ie/eng/services/list/3/hospitals/ulhospitals/staff/resources/pppgs/IntServ/transfer.html>.
109. Henstra, D. (2010). Evaluating Local Government Emergency management programs: What Framework Should Public managers Adopt? *Public Administration Review*, 70 (2): 236–246.
110. Hewison, A. (2004). Evidence-based management in the NHS: is it possible? *Journal of Health Organization and Management,* 18 (5): 336–348. ISSN 1477–7266.
111. Higienos institutas (HI). (2015). Sveikatos statistika: traumų ir nelaimingų atsitikimų stebėsenos sistemos duomenys. Ligonių, gydytų nuo traumų ir apsinuodijimų, skaičius. [Žiūrėta 2015-10-24]. Interaktyvus. Prieiga per internetą: <http://stat.hi.lt>.
112. Higienos institutas. Sveikatos statistika (HI, SS). Sveikatos priežiūros įstaigų veikla, apsilankymai pas gydytojus 1998–2014 m. [Žiūrėta 2015-11-07]. Interaktyvus. Prieiga per internetą: <http://sic.hi.lt/php/spiv1.php?dat_file=spiv1.txt>.
113. Hodkinson, P. W., Walis, L. A. (2010). Emergency medicine in the developing world: a Delhi study. *Acad Emerg Med.,* 17 (7): 765–774.
114. Hopf, C. (2004). Research Ethics and Qualitative Research. In U. Flick, E. von Kardorff, I. Steinke (eds.). *In a Companion to Qualitative Research,* p. 334–339. London: SAGE Publication.

115. Hoot, N. R., Aronsky, D. (2008). Systemic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects, and Solutions. Health Policy and Clinical Practice / Review Article. *Annals of Emergency medicine,* 52 (2): 126–136. [Žiūrėta 2015-10-08]. <http://www.emergency.ucsf.edu/faculty/sf-faculty/weber-md>.
116. <http://www.ems.gov/whatisems.htm>. [Žiūrėta 2015-10-07].
117. <http://www.floridahealth.gov/programs-and-services/emergency-preparedness-and-response/healthcare-system-preparedness/healthcare-system-preparedness-overview.html>. [Žiūrėta 2015-10-07].
118. <http://www.monroeems.org/>. [Žiūrėta 2015-10-08].
119. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877050913004596>. [Žiūrėta 2015-10-08].
120. <http://www.surveysystem.com/sscalc.htm>. [Žiūrėta 2015-07-12].
121. Hwang, U., Concato, J. (2004). Care in the Emergency Department: How Crowded Is Overcrowded? *Academic Emergency Medicine,* 11 (10): 1097–1101.
122. Hwang, U., McCarthy, M. L., Aronsky, D., Asplin, B., Crane, P. W., Craven, C. K., Epstein, S. K., Fee, C., Handel, D. A., Pines, J. M., Rathlev, N. K., Schafermeyer, R. W., Zwemer, F. L. Jr., Bernstein, S. L. (2011). Measures of crowding in the emergency department: a systemic review. *Acad Emerg Med*., 18 (5): 527–538. doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01054.x.
123. Institute of Medicine of the National Academies. (2007). *Future of emergency care: Hospital-based emergency care at the breaking point.* Washington, DC: National Academies Press. ISBN 978-0-309-10173-8.
124. Yorkshire Ambulance Service. (2014). Clinician Decision Algorithm for Arranging Inter Hospotal Transfers. [Žiūrėta 2015-12-01]. Prieiga per internetą: <http://www.leedsth.nhs.uk/fileadmin/services/LeedsMajorTraumaCentre/Prehospital_Care/5.pdf>.
125. Isossari, U. (2011). Power in health care organizations: contemplations from the first-line management perspective. *Journal of Health Organization and Management,* 25 (4): 385–399. ISSN 1477–7266.
126. Istomina, N., Suominen, T., Razbadauskas, A., Martinkėnas, A., Meretoja, R., Leino-Kilpi, H. (2011). Competence of Nurses and Factors Associated with It. *Medicina*, 47 (4): 230–237.
127. Iwashyna, T. J. (2012). The incomplete infrastructure for interhospital patient transfer. *Critical Care Medicine,* 40 (8): 2470–2478. [Žiūrėta 2015-12-20]. Prieiga per internetą: <http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/93631/12.Iwashyna.CCM.Incomplete.Infrastructure.pdf?sequence=1>.
128. Jaklic, B., Wen, L. S., Sullivan, A. F., Camargo, C. A. (2012). A Profile of Emergency Departments in Slovenia. *ISRN Emergency Medicine,* 6. [Žiūrėta 2016-01-05]. Prieiga per internetą: <http://dx.doi.org/10.5402/2012/461274>.

129. Jaklič, T. K., Kovač, J. (2015). The Impact of Demographic Changes on the Organization of Emergency Medical Services: the Case of Slovenia. *Organizacija*, 48. DOI: 10.1515/orga-2015-0021. [Žiūrėta 2016-02-18]. Prieiga per internetą: https://www.degruyter.com/downloadpdf/j/orga.2015.48.issue-4/orga-2015-0021/orga-2015-0021.xml.
130. James, M. G. (1999). Use of Hospital Emergency Departments for Nonurgent Care: A Persistent Problem with No Easy Solutions. *The American Journal of Managed Care*, 5 (12): 1565–1568. [Žiūrėta 2016-08-05]. Prieiga per internetą: <http://www.ajmc.com/journals/issue/1999/1999-12-vol5-n12/Dec99-743p1565-1568>.
131. Jankauskienė, D. (2010). *Sveikatos politikos ir valdymo raida bei pagrindiniai dabarties iššūkiai Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje.* Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, p. 102–140.
132. Jankauskienė, D. (2012). Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo pacientų požiūriu palyginimas Lietuvoje ir kai kuriose Europos šalyse. *Sveikatos politika ir valdymas,* 1 (4): 84–101. ISSN 2029-3569.
133. Jankauskienė, D. (2016). Ligonių sveikatos priežiūros kokybės rodiklių vertinimo modelis. *Sveikatos politika ir valdymas,* 1 (9): p. 42–68. ISSN 2029-3569.
134. Janušonienė, K. (2009). *Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginis valdymas: procesai ir modeliai.* Daktaro disertacija. VU.
135. Janušonis, V. (2005). *Rizikos valdymas sveikatos priežiūros organizacijose.* Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė, p. 26–27. ISBN 9986-31-142-X.
136. Janušonis, V. (2011). *Įrodymais pagrįstas sveikatos priežiūros organizacijų valdymas.* Klaipėda: Tiltai, Nr. 4 (57), p. 1–10. ISSN 1392-3137.
137. Janušonis, V. (2012). *Sveikatos apsaugos sistemos organizacijų valdymas.* Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė, p. 63–429. ISBN 978-9986-31-347-2.
138. Janušonis, V. (2008). *Sveikata ir valdoma sveikatos priežiūra.* Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė. ISBN 978-9986-244-4.
139. Janušonis, V., Virketis, G., Pučinskienė, G. (2013). Sirgusių miokardo infarktu ir mirusių pacientų duomenų retrospektyvinė analizė. *Sveikatos mokslai,* 23 (5): 69–77. Doi:10.5200/sm-hs.2013.094.
140. Jasiukaitienė, V., Sauliūnė, S. (2014). Lietuvos gydytojų vadovų sąjungos narių požiūris į sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo politiką. *Visuomenės sveikata,* T. 4 (67), p. 44–50.
141. Jogaitė, B. (2016). Trečio sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos etapo vertinimas. *Viešoji politika ir administravimas.* Vilnius: MRU, T. 15, Nr. 1, p. 85–97. ISSN 1648-2603.
142. Jolliffe, L. M. V., Harris, W. D., Morris, R., et al. (2001). Can we use video images to triage pigmented lesions? *British Journal of Dermatology,* 145: 904–910.
143. Jovaiša, L. (2007). *Enciklopedinis edukologijos žodynas.* Vilnius: Gimtasis žodis.

144. Ju Young Lee. Sang Hoon Oh. Eun Hee Peck. Jung Min Lee. (2011). The validity of Canadian triage and acuity scale in predicting resource utilization and the need for immediate life-saving interventions in elderly emergency department patients. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine,* 19, Iss. 68. [Žiūrėta 2015-11-27]. Prieiga per internetą: <http://www.sjtrem.com/content/pdf/1757-7241-19-68.pdf>.
145. Jucevičius, R. (2009). *Klasterių vadovas.* Vilnius.
146. Jucevičius, R. (2012). Klasterių studija. [Žiūrėta 2014-04-14]. Prieiga per internetą: <http://www.klaster.lt/uploads/ documents/Klasteriu_studija_2012.pdf>.
147. Kairys, J., Gurevičius, R. (2002). Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. *Medicina*, 38 (1): 94–102. ISSN 1010-660X.
148. Kalėdienė, R., Petrauskienė, J., Rimpela, A. (1999). *Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika.* Kaunas: Šviesa.
149. Kalibatas, V. (2005). *Lietuvos bendrojo pobūdžio stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumo įvertinimas.* Daktaro disertacija. Kaunas: KMU.
150. Kaluzny, A. D., Shortell, S. M. (2006). *Organization theory and health services management. Health Care Management: Organization Design and Behavior.* NY: Thomson Delmar Learning, ISBN 1-4180-0189-9.
151. Kaplan, G., Lopez, M. H., McGinnis, J. M. (2015). *Transforming Health Care Scheduling and Access: Getting to Now*. Washington. The National Academies Press, p. 3–154. ISBN 978-0-309-33919-3. Prieiga per internetą: <www.nap.edu>.
152. Kaplan, S. (1997). The Words of Risk Analysis. *Risk Analysis,* 17, No. 4.
153. Kardelis, K. (2002). *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai.* 2-asis leidimas, Šiauliai.
154. Kardelis, K. (2007). *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. Šiauliai: Lucilijus.
155. Kathan-Selck, C. D. (2007). *Emergency physicians in the Netherlands: the development and organizational impact of new multidisciplinary professionals in hospitals*. Theoretical Contingency Framework: dissertations. Groningen: University of Groningen. 288 p. ISBN 9789090224886.
156. Kavaler, F. K., Spiegel, A. D. (2003). *Risk management in health care institutions: a strategic approach.* Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
157. Keim, M. E. (2002). A tool for rapid qualitative assessment of hospital-based emergency medical services among developing health sectors. *Pac Health Dialog.,* 9: 48–54.
158. Khanna, S., Boyle, J., Good, N., Lind, J. (2012). Unravelling relationships: Hospital occupancy levels, discharge timing and emergency department access block. *Emergency medicine Australasia,* 24 (5): 510–517. doi: 10.1111/j.1742-6723.2012.01587.x.

159. Khanna, S., Sier, D., Boyle, J., Zeitz, K. (2016). Discharge timeliness and its impact on hospital crowding and emergency department flow performance. *Emergency Medicine Australasia*, 28 (2): 164–170. doi: 10.1111/1742-6723.12543.
160. Khashayar, P., Amoli, H. A., Tavakoli, H., Panahi, F. (2010). Efficacy of prehospital care in trauma patients in Iran. *Emerg Med J.*, 27 (6): 430–432. [Žiūrėta 2015-09-11]. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20562137>.
161. Kirsch, T., Holliman, C. J., Hirshon, J., Doezema, D. (1997). The development of international emergency medicine: a role for U.S. emergency physicians and organizations. *Acad Emerg Med*, 4 (10): 996–1191. [Žiūrėta 2016-02-06]. Prieiga per internetą:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.1997.tb03667.x/pdf>.
162. Klaipėdos universitetinės ligoninės Vyriausiojo gydytojo 2010-05-24 įsakymas Nr. 98 p. 11 „Dėl skubios konsultacinės pagalbos gydytojų ir specialist konsultacijų organizavimo kitose asmens sveikatos priežiūros įstaigose, dokumentacijos pildymo ir konsultacijų apskaitos tvarkos patvirtinimo“.
163. Kline, J. (2014). Past, present and future of emergency care research. *Emergency Medicine Australasia*, p. 8–13.
164. Kocher, K. (2010). Categorization, Designation, and Regionalization of Emergency Care: Definitions, a Conceptual Framework, and Future Challenges. *Academic emergency medicine,* 17 (12): 1306–1311.
165. Kosinskienė, A., Ruževičius, J. (2011). Sveikatos priežiūros kokybės valdymas ligoninėje. *Medicinos teorija ir praktika,* 17 (1): 23–36. ISSN 1392-1312.
166. Kovner, A. R., Fine, D. J., Aquila, R. D. (2009). *Evidence-based Management in Healthcare.* Chicago: Health Administration Press. ISBN 10: 1567933068.
167. Kučikienė, O. (2009). *Dažniausi hospitalizuotų pagyvenusio amžiaus pacientų sveikatos sutrikimai.* Daktaro disertacija. Kaunas: Kauno medicinos universitetas.
168. Kudukytė-Gasperė, R., Jankauskienė, D. (2014). Integruotos sveikatos priežiūros paslaugos: į žmonių poreikius integruotos sveikatos priežiūros sistemos skatinimas Europos regione. *Sveikatos politika ir valdymas,* 2 (7): 113–133.
169. Kue, R., Brown, P., Ness, C., Scheulen, J. (2011). Adverse Clinical Events during Intrahospital Transport by a Specialized Team: A Preliminary Report. *American Journal of Critical care*, 20 (2): 153–162. [Žiūrėta 2015-12-20]. Prieiga per internetą:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3715047/>.
170. Kuehl, A. E., Kupas, D. F., Neely, K. W., Koenig, K. L. (2002). *Prehospital Systems and Medical Oversight. Managed care* (3rd. ed.) St. Louis.
171. Kuncaitis, R. (2009). *Suaugusiųjų mokymo(si) prieinamumas Europos Sąjungos švietimo politikos kontekste.* Daktaro disertacija. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas. ISBN978-9955-12-439-9.

172. Kupas, D. F., Schenk, E., Sholl, M., Kamin, R. (2016). Characteristics of Statewide Protocols for Emergency Care. *Prehospital Emergency Care,* 19 (2): 292–301. [Žiūrėta 2016-08-22]. Prieiga per internetą: http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/10903127.2014.964891.
173. Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., Sibbald, B. (2005). Subsitution of doctors by nurses in primary care (review). *Cochrane Database Systematic Reviews*, Iss. 4: 1–41. [Žiūrėta 2015-12-26]. Prieiga per internetą: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001271.pub2/epdf/standard>.
174. Lee, A., Garner, A. A., Fearnside, M., Harrison, K. (2003). Level of prehospital care and risk of mortality in patients with and without severe blunt head injury. *Injury*, 34 (11): 815–819. [Žiūrėta 2015-09-06]. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14580812>.
175. Lee, A., Clarke, B., Hazzlet, S. C., Fei-lung, L., et al. (2003). How to minimize inappropriate utilization of Accident and Emergency Departments: improve the validity of classifying the general. *Health Policy*, 66 (2): 159–168.
176. Lee, D. S., Stitt, A., Austin, P. C. (2012). Prediction of Heart Failure Mortality in Emergent Care. *Annals of Internal Medicine*, 156, No. 11: 767–775. [Žiūrėta 2015-10-25]. Prieiga per internetą: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22665814.
177. Lidal, B. I., Hilde, H. H., Gunn, E. V. (2013). Triage systems for pre-hospital emergency medical services – a systematic review. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine,* 21, Iss. 28. [Žiūrėta 2015-10-27]. Prieiga per internetą: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3641954/pdf/1757-7241-21-28.pdf.
178. *Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla* (2014, 2015). Vilnius: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras (HI SIC, 2015). ISSN 1392-8155.
179. Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos 1991 m. spalio 30 d. nutarimas Nr. I-1939 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“. *Valstybės žinios*, 1991, Nr. 33-893.
180. Lietuvos Respublikos Konstitucija (1992). *Valstybės žinios*, 1992, Nr. 33-1014 (1992-11-30).
181. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimas Nr. 47/2009-131/2010 „Dėl Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo, Lietuvos Respublikos ligos ir motinystės socialinio draudimo įstatymo ir jo pakeitimo įstatymo kai kurių nuostatų atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. *Valstybės žinios*, 2013, Nr. 52-2604.
182. Lietuvos Respublikos Seimo 1996 m. birželio 6 d. įstatymas Nr. I-1367 „Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas“. *Valstybės žinios,* 1996, Nr. 66-1572.

183. Lietuvos Respublikos Seimo 1996 m. gegužės 21 d. įstatymas Nr. I-1343 „Sveikatos draudimo įstatymas“. *Valstybės žinios,* 1996, Nr. 55-1278.
184. Lietuvos Respublikos Seimo 1997 m. kovo 25 d. įstatymas Nr. VIII-157 „Lietuvos Respublikos žmogaus mirties nustatymo ir kritinių būklių įstatymas“. *Valstybės žinios,* 1997, Nr. 30-712.
185. Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. gruodžio 1 d. įstatymas Nr. VIII-946 „Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo pakeitimo įstatymas“. *Valstybės žinios,* 1998, Nr. 112-3099.
186. Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. gruodžio 15 d. įstatymas Nr. VIII-971 „Lietuvos Respublikos civilinės saugos įstatymas“. *Valstybės žinios,* 1998, Nr. 115-3230.
187. Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimas Nr. VIII-833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios,* 1998, Nr. 64-1842.
188. Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimas Nr. XI-1430 „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“. *Valstybės žinios,* 2011, Nr. 73-3498.
189. Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo“. *Teisės aktų registras*, 2014-06-30, 2014-09403.
190. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos Ekstremalių sveikatai situacijų centras (LR SAM ESSC) (2015). Vieninga metodika sveikatos priežiūros įstaigoms, kaip organizuoti pagalbą nukentėjusiems nuo traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių atvejais.
191. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. liepos 1 d. įsakymas Nr. V-324 „Dėl greitosios medicinos pagalbos koncepcijos patvirtinimo“. *Valstybės žinios,* 2002, Nr. 76-3267.
192. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. liepos 1 d. įsakymas Nr. 324 „Dėl greitosios medicinos pagalbos pertvarkos gairių patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2002, Nr. 76-3267.
193. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. kovo 6 d. įsakymas Nr. V-157 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos veiklos krizių ir ekstremalių situacijų atvejais tobulinimo“. *Valstybės žinios,* 2003, Nr. 28-1150.
194. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. liepos 11 d. įsakymas Nr. V-428 „Dėl privalomų medicinos prietaisų, vaistų, asmeninių apsaugos priemonių, gelbėjimo ir apsaugos bei ryšio priemonių greitosios medicinos pagalbos transporto priemonėse sąrašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios,* 2003, Nr. 71-3253.
195. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. liepos 11 d. įsakymas Nr. V-450 „Dėl sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijos teikiant pirmąją medicinos pagalbą, pirmosios medicinos pagalbos vaistinėlių ir pirmosios pagalbos rinkinių“. *Valstybės žinios*, 2003, Nr. 79-3605.

196. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 8 d. įsakymas Nr. V-208 „Dėl būtinosios medicinos pagalbos ir būtinosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo“. *Valstybės žinios,* 2004, Nr. 160-5860.
197. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. spalio 15 d. įsakymas Nr. V-718 „Dėl Sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategijos ir jos įgyvendinimo veiksmų bei priemonių planų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2004, Nr. 160-5860.
198. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“. *Žin*., 2005, Nr. 143-5205.
199. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1013 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Žin*., 2006, Nr. 3-62.
200. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V-915 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 135:2005 „Paramedikas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios,* 2005, Nr. 142-5147.
201. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. spalio 27 d. įsakymas Nr. V-827 „Dėl reanimacijos ir intensyviosios terapijos paslaugų teikimo vaikams ir suaugusiesiems sąlygų ir tvarkos aprašų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2005, Nr. 128-4644.
202. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. balandžio 11 d. įsakymas Nr. V-273 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 14 d. įsakymo Nr. V-364 „Dėl licencijuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo“. *Valstybės žinios*, 2006, Nr. 44-1619.
203. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1111 „Dėl stebėjimo paslaugos teikimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2006, Nr. 144-5511.
204. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. lapkričio 6 d. įsakymas Nr. V-895 „Dėl Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo reikalavimų patvirtinimo“ *Valstybės žinios*, 2007, Nr. 115-4713.
205. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugpjūčio 28 d. įsakymas Nr. V-710 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 142:2007 „Skubiosios medicinos pagalbos slaugos specialistas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. Valstybės žinios, 2007, Nr. 94-3802.
206. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. sausio 16 d. įsakymas Nr. V-39 „Dėl skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2008, Nr. 33-1190.

207. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 21 d. įsakymas Nr. V-1054 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 25:2009 „Gydytojas anesteziologas-reanimatologas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2009, Nr. 154-6996.
208. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. spalio 22 d. įsakymas Nr. V-868 „Dėl skubiosios medicinos pagalbos slaugos specialisto kvalifikacinių reikalavimų aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2009, Nr. 128-5565.
209. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 16 d. įsakymas Nr. V-1073 „Dėl Specialiųjų reikalavimų stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos priėmimo-skubiosios pagalbos skyriui patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2010, Nr. 148-7636.
210. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 27 d. įsakymas Nr. V-1131 Dėl greitosios medicinos pagalbos teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2010, Nr. 158-8058.
211. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 16 d. įsakymas Nr. V-1075 „Dėl Greitosios medicinos pagalbos iškvietimų įvertinimo ir greitosios medicinos pagalbos brigados siuntimo į iškvietimo vietą tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Žin*., 2010, Nr. 152-7756.
212. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 11 d. įsakymas Nr. V-110 „Dėl pacientų siuntimo į atitinkamo lygmens asmens sveikatos priežiūros įstaigas dėl stacionarinių skubių ir planinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2010, Nr. 21-1010.
213. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. balandžio 19 d. įsakymas Nr. V-303 „Dėl nevyriausybinių organizacijų pasitelkimo asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimui užtikrinti krizių ir ekstremaliųjų situacijų atvejais tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios,* 2010, Nr. 55-2694.
214. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 13 d. įsakymas Nr. V-601 „Dėl Sveikatos apsaugos ministerijos Ekstremalių situacijų operacijų centro sudarymo ir jo nuostatų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2011, Nr. 74-3581.
215. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-650 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 57:2011 „Bendruomenės slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios,* 2011, Nr. 82–4015.
216. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 1 d. įsakyme Nr. V-1019 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos viešųjų įstaigų veiklos finansinių rezultatų vertinimo kiekybinių ir kokybinių rodiklių ir vadovaujančių darbuotojų mėnesinės algos kintamosios dalies nustatymo tvarkos aprašas“. *Valstybės žinios,* 2011, Nr. 149-7010.
217. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. rugpjūčio 31 d. įsakymas Nr. V-822 „Dėl gaivinimo standartų patvirtinimo“. *Valstybės žinios,* 2011, Nr. 110-5214.

218. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. lapkričio 7 d. įsakymas Nr. V-996. „Dėl laikino greitosios medicinos pagalbos dispečerinių tarnybų veiklos aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2012, Nr. 131-6618.
219. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. lapkričio 29 d. įsakymas Nr. V-1073 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2012, Nr. 141-7287.
220. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. gegužės 16 d. įsakymas Nr. V-523 „Dėl nukentėjusių (pacientų) rūšiavimo įvykių, ekstremalių įvykių ir ekstremalių situacijų atvejais tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2013-05-21, Nr. 52-2612.
221. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. gruodžio 20 d. įsakymas Nr. V-1234 „Dėl formos Nr. 110/a „Greitosios medicinos pagalbos kvietimo kortelė“, formos Nr. 110/a „Greitosios medicinos pagalbos kvietimo kortelė“ pildymo, pateikimo ir tikslinimo taisyklių patvirtinimo pripažinimo netekusiu galios“. *Valstybės žinios*, 2013, Nr. 138-6972.
222. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 15 d. įsakymas Nr. V-810 „Dėl sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo iki 2025 metų plano patvirtinimo“. *TAR*, 2014, 2014-07-21, 2014-10411.
223. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 20 d. įsakymas Nr. V-40 „Dėl ūminio galvos smegenų insulto diagnostikos ir gydymo insultų gydymo centruose tvarkos aprašo patvirtinimo“. *TAR*, 2014-01-21, 2014-00358.
224. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. vasario 17 d. įsakymas Nr. V-244 „Dėl sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų ūminio miokardo infarkto su ST segmento pakilimu atveju, prieinamumo gerinimo ir šia liga sergančių ligonių srautų valdymo reikalavimų patvirtinimo“. *TAR*, 2014-02-19, 2014-01758.
225. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. balandžio 23 d. įsakymas Nr. V-528 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. lapkričio 7 d. įsakymo Nr. V-996 „Dėl laikino greitosios medicinos pagalbos dispečerinių tarnybų veiklos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“. *TAR*, 2015-04-27, 2015-06423.
226. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. rugpjūčio 18 d. įsakymas Nr. V-973 „Dėl 2014–2020 metų Europos Sąjungos fondų investicinių veiksmų programos 8 prioriteto „Socialinės įtraukties didinimas ir kova su skurdu“ įgyvendinimo jungtinės priemonės Nr. J01-CPVA-V „Greitosios medicinos pagalbos ir pacientų transportavimo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas“ projektų finansavimo sąlygų aprašo patvirtinimo“. *TAR*, 2015-08-18, 2015-12403.
227. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2015 m. rugpjūčio 27 d. įsakymas Nr. V-1004 „Dėl greitosios medicinos pagalbos iškvietimų įvertinimo ir greitosios medicinos pagalbos brigados siuntimo į iškvietimo vietą tvarkos aprašo patvirtinimo“. *TAR*, 2015-08-31, 2015-13193.

228. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos 2014 m. gruodžio 4 d. įstatymo Nr. XII-1387 redakcija. *TAR*, 2014-12-12, 2014-19560.
229. Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministro 2016 m. vasario 2 d. įsakymas Nr. 1V-74 „Dėl 2014–2020 metų Europos Sąjungos fondų investicijų veiksmų programos 10 prioriteto „Visuomenės poreikius atitinkantis ir pažangus viešasis valdymas“ Nr. 10.1.5-ESFA-V-923 priemonės „Žmogiškųjų išteklių valdymo tobulinimas valstybinėje tarnyboje sisteminiu lygmeniu“ projektų finansavimo sąlygų aprašo patvirtinimo“. *TAR*, 2016-02-02, 2091.
230. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2000 m. balandžio 14 d. nutarimas Nr. 423 „Dėl Valstybinės traumatizmo profilaktikos 2008–2010 metų programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2000, Nr. 32-903.
231. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. gegužės 14 d. nutarimo Nr. V-590 „Dėl profesijų, darbų ir veiklos sričių darbuotojų bei transporto priemonių vairuotojų, buvusių kartu su nukentėjusiaisiais ar ligoniais nelaimingų atsitikimų ar ūmaus gyvybei pavojingo susirgimo vietose ir privalančių suteikti jiems pirmąją pagalbą, sarašo patvirtinimo, taip pat įstatymų nustatytų kitų asmenų kompetencijos šiais klausimais nustatymo“. *Valstybės žinios*, 2003, Nr. 48-2123.
232. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. nutarimas Nr. 335 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“. *Valstybės žinios,* 2003, Nr. 28-1147.
233. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 29 d. nutarimas Nr. 647 „Dėl Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2006, Nr. 74-2872.
234. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. kovo 9 d. nutarimas Nr. 241 „Dėl ekstremalių įvykių kriterijų sąrašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2006, Nr. 29-1004.
235. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. gruodžio 7 d. nutarimas Nr. 1654 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2009, Nr. 150-6713.
236. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2013 m. kovo 13 d. nutarimas Nr. 228 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012–2016 m. programos įgyvendinimo prioritetinių priemonių patvirtinimo“. *Valstybės žinios,* 2013, Nr. 29-1406.
237. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2015 m. gruodžio 9 d. nutarimas Nr. 1290 „Dėl ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo plano patvirtinimo“. *TAR*, 2015-12-16, 2015-19823.
238. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2016 m. gruodžio 13 d. nutarimas Nr. XIII-82 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“. *TAR*, 2016-12-13, 2016-28737.
239. Lietuvos sveikatos statistika 2014, 2015. Vilnius: Sveikatos informacinis centras (HI SIC). [Žiūrėta 2015-10-23]. Interaktyvus. Prieiga per internetą: <http://sic.hi.lt/>. ISSN 1648-0899.

240. Ligtenberg, J. M. J. (2005). Quality of interhospital transport of critically ill patient: a prospective audit. *Critical Care.* [Žiūrėta 2015-10-25]. Prieiga per internetą: <http://www.ccforum.com/content/9/4/R446>.
241. Lippmann, J., Livingston, P., Craike, M. J. (2011). Comparison of two modes of delivery of first aid training including basic life support. *Health Education Journal*, 70 (2): 31–140.
242. Lowthian, J., Curtis, A., Jolley, D., Stoelwinder, J., McNell, J., Cameron, P. (2012). Demand at the emergency department front door: 10-year trends in presentations. *The Medical Journal of Australia,* 196 (2): 128–132. [Žiūrėta 2015-12-19]. Prieiga per internetą: <https://www.mja.com.au/system/files/issues/196_02_060212/low10955_fm.pdf>.
243. Luobikienė, I. (2008). *Sociologinių tyrimų metodologija*. Kaunas: Technologija.
244. Maggiore, W. A. (2011). How EMS Can Reduce Job-Realeated Risk. [Žiūrėta 2017-02-15]. Prieiga per internetą: http://www.jems.com/articles/2011/12/how-ems-can-reduce-job-related-risk.html.
245. Baird, M. E. (2010). The "Phases" of Emergency Management. Background Paper prepared for the Intermodal Freight Transportation Institute (ITFI) of University Memphis. [Žiūrėta 2015-08-21]. Prieiga per internetą: <http://www.vanderbilt.ed u/vector/research/emmgtphases.pdf>.
246. Malmström, T., Huuskonen, O., Torkki, P., Malmström, R. (2012). Structured classification for ED presenting complaints – from free text field-based approach to ICPC-2 ED application. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine,* 20: 76. [Žiūrėta 2015-10-27]. Prieiga per internetą: <http://www.sjtrem.com/content/20/1/76>.
247. Managed Care Terms and Definitions – Managed Care Resources, Inc. [Žiūrėta 2015-11-12]. Prieiga per internetą: <http://www.mcres.com/mcrdef.htm>.
248. Martinez, R. (2010). Emergency medical services: agenda for the future. [Žiūrėta 2014-04-12]. Prieiga per internetą: <http://www.ems.gov/pdf/2010/EMSAgendaWeb_7-06-10.pdf>.
249. Mason, S., Weber, E. J., Coster, J., Freeman, J., Locker, T. (2012). Time patients spend in the emergency department: England's 4-hour rule – a case of hitting the target but missing the point? *Ann Emerg Med,* 59 (5): 341–349.
250. Matheny, E. M., FitzHenry, F., Speroff, T., Green, K. J., Griffith, L. M., et al. (2012). Detection of infectious symptoms from VA emergency department and primary clinical documentation. *International Journal of Medical informatics*, Vol. 81: 143–156. [Žiūrėta 2015-12-11]. Prieiga per internetą: <http://www.ijmijournal.com/article/S1386-5056(11)00238-3/pdf>.
251. McCarthy, L. M., Zeger, L. S., Ding, R., Levin, R. S., Desmond, S. L., et al. (2009). Crowding Delays Treatment and Lengthens Emergency Department Length of Stay, Even Among High-Acuity Patients. *Annals of Emergency Me-*

dicine, 54 (4): 492–502. [Žiūrėta 2015-12-20]. Prieiga per internetą: <http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(09)00239-X/pdf>.
252. McKee, M., Healy, J. (2002). *Hospitals in a changing Europe.* Philadelphia: Open University Press. ISBN 0 335 20928 9.
253. Medical Services in the United States. *Prehospital Emergency Care*, 19 (2), 292–301.
254. Meisler, R. (2010). Triage and mortality in 2875 consecutive trauma patients. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica,* 54 (2): 218–223. [Žiūrėta 2015-10-25]. Prieiga per internetą: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1399-6576.2009.02075.x/abstract>.
255. Mekšriūnaitė, S., Gurevičius, R. (2014). Išvengiamų hospitalizacijų mastas Lietuvoje 2012 metais: bendra apžvalga. *Visuomenės sveikata,* 4 (67): 26–35.
256. Mekšriūnaitė, S., Gurevičius, R. (2015). Išvengiamų hospitalizacijų rodiklių skirtumai Lietuvos savivaldybėse. *Visuomenės sveikata*, 2 (69): 26–32.
257. Melby, V., Gillespie, M., Martin, S. (2011). Emergency nurse practitioners: the views of patients and hospital staff at a major acute trust in the UK. *Journal of Clinical Nursing,* 20, (1–2): 236–246. [Žiūrėta 2015-12-10]. Prieiga per internetą: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03333.x/epdf>.
258. Mellenbergh, G. J. (2008). Chapter 11: Tests and questionnnaires: Analysis. In Ader, H. J., Mekkenbergh, G. J. *Advising on research methods: A consultants companion*. The Netherlands: Johanes van Kessel Publishing, p. 235–268.
259. Metinės GMP ataskaitos. [Žiūrėta 2015-10-25]. Prieiga per internetą: <http://sic.hi.lt/spec_info/met_ata.ph>.
260. Mikulskienė, B., Pitrėnaitė, B., Astrauskas, A. (2011). Elaboration of safe community assessment system. *Social Technologies,* 1 (2): 283–300.
261. Mintzberg, H. (1983). *Power in and around Organizations.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
262. Mintzberg, H. (1992). *Structure in Fives: Designing Effective Organizations.* Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall, Inc., pp. 189–214.
263. Mock, C., Arafat, R., Chadbunchachai, W., Joshipura, M., Goosen, J. (2008). *What* World Health Assembly Resolution 60.22 means to those who care for the injured. *World J Surg*., 32 (8): 1636–1642. [Žiūrėta 2016-02-25]. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18427892>.
264. Models of International Emergency Medical Service (EMS) systems. [Žiūrėta 2014-04-12]. Prieiga per internetą: <http://www.thelancetstudent.com/legacy/2009/09/17/models-of-international-emergency-medical-service-ems-systems>.
265. Melon, K. A., White, D., Rankin, J. (2013). Beat the clock! Wait times and the production of 'quality' in emergency departments. *Nursing philosophy,* 14: 223–237.
266. Moloney, E. D., Bennett, K., O'Riordan, D., Silke, B. (2006). Emergency department census of patients waiting admission a following reorganisation of an admissions process. *Journal of Emergency Medicine,* 23: 363–367.

267. Muntlin, A. (2009). *Identifying and improving quality of care at an emergency department.* Digital dissertation. Uppsala: Upsala Universitet. ISBN 978-91-554-7657-1. [Žiūrėta 2014-05-21]. Prieiga per internetą: <http://www.swesem.org/documents/FULLTEXT01-4.pdf>.
268. Salihefendic, N., Zildzic, M., Masic, I., Hadziahmetovic, Z., Vasic, D. (2011). Development of emergency medicine as academic and distinct clinical discipline in Bosnia & Herzegovina. *Medicinski Arhiv,* 65 (1): 46–51.
269. Nang Phan, J. B. (2013). The Professional Bureaucracy. [Žiūrėta 2014-05-21]. Prieiga per internetą: <http://paissues.blogspot.com/2013/01/the-professional-bureaucracy.html>.
270. Narvilienė, D. (2011). *Būtinoji medicinos pagalba ir intensyvioji slauga.* Mokomoji knyga. Klaipėdos valstybinė kolegija, UAB „Vitae Litera".
271. Niska, R. W., Bhuiya, F., Xu, J. (2010). National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2007 Emergency Department Summary. *National Health Statistics Report.* No. 26. August 6. [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga per internetą: <www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr026.pdf>.
272. Haas, N. P., Hoffmann, R. F., Mauch, C., von Fournier, C., Südkamp, N. P. (1995). The Management of Polytraumatized Patients in Germany. *Orthopaedic practice journal*, 318.
273. Oakley, A. P. (1999). Interhospital transfer of the trauma patient. *Trauma*, 1: 61–70. ISSN:1460-4086. [Žiūrėta 2015-10-25]. Prieiga per internetą: <http://tra.sagepub.com/content/1/1/61.short>.
274. Odell, M., Victor, C., Oliver, D. (2009). Nurses' role in detecting deterioration in ward patients: a systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (10): 1992–2006. Online ISSN: 1365-2648.
275. Oldroyd, C., Day, A. (2011). The Use of Pediatric Early Warning Scores in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing,* 37 (4): 374–376. [Žiūrėta 2015-12-18]. Prieiga per internetą: <http://www.jenonline.org/article/S0099-1767(11)00121-8/pdf>.
276. Olum, Y. (2004). Modern managment teories and practices. Makerere University. Being a paper presented at the 15th East African Central Banking Course, held on 12th July 2004, at Kenya School of Monetarystudies. [Žiūrėta 2015-08-12]. Prieiga per internetą: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/AAPAM/UNPAN025765.pdf>.
277. Olshaker, J. S., Rathlev, N. (2006). Emergency department overcrowding and ambulance diversion: the impact and potential solutions of extended boarding of admitted patients in the emergency department. *The Journal of Emergency Medicine*, 30 (3): 351–356.

278. Ovens, H. (2011). ED Overcrowding: The Ontario Approach. *Academic Emergency Medicine,* 18 (2): 1242–1245. ISSN 1069-6563. [Žiūrėta 2016-02-07]. Prieiga per internetą: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.2011.01220.x/epdf>.
279. Jones, P., Schimanski, K. (2010). The four hour target to reduce emergency department waiting time: a systematic review of clinical outcomes. *Emergency Medicine Australasia*, 22 (5): 391–398.
280. Padmanabhan, G. (2008). Guidelines for hospital emergency preparedness planning. [Žiūrėta 2016-02-07]. Prieiga per internetą: <http://asdma.gov.in/pdf/publication/undp/guidelines_hospital_emergency.pdf>.
281. Patel, G. (2008). Total Quality Management in Healthcare. [Žiūrėta 2015-05-23]. Prieiga per internetą: http://www.biomedicalprojects.com/files/TQM%20in%20Healthcare.pdf.
282. Patient Access and Flow Health Service Directive. (2014). Guideline for Inter Hospital Transfers. [Žiūrėta 2015-10-25]. Prieiga per internetą: <https://www.health.qld.gov.au/directives/docs/gdl/qh-hsdgdl-025-3.pdf>.
283. Pedhazur, E. J., Schmelkin, L. P. (2013). *Measurement design and analysis: An integrated approach*. New York: Psychology Press.
284. Peyravi, M., Örtenwal, P., Djalali, A., Khorram-Manesh, A. (2013). An Overview of Shiraz Emergency Medical Services. *Dispatch to Treatment Iran Red Crescent Med J,* 15 (9): 823–828.
285. Petrulionienė, Ž. (2010). *Koronarinė širdies liga. Rizikos veiksniai, klinikiniai simptomai ir gydymas.* Vilnius: UAB „Vaistų žinios“.
286. Pham, C. J., Patel, R., Millin, G. M., Kirsch, D. T., Chanmugam, A. (2006). The Effects of Ambulance Diversion: A Comprehensive Review. *Academic Emergency Medicine,* 13 (11): 1220–1227. [Žiūrėta 2015-12-12]. Prieiga per internetą: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1197/j.aem.2006.05.024/epdf>.
287. Pickard, K., Fowler, R. L., Atkins, J. M. (2014). Risk Management. [Žiūrėta 2017-02-13]. Prieiga per internetą: <http://emergencymedicine.health.pitt.edu/sites/default/files/Risk%20Management.pdf>.
288. Pickard, K., Fowler, R. L., Lippmann, M. J. (2015). *Risk Management – Emergency Medicaal Services: Clinical Practice.* DOI: 10.1002/9781118990810.ch92.
289. Pines, M. J., Prabhnu, A., Hilton, A. J., Hollander, E. J., Datner, M. E. (2010). The Effect of Emergency Department Crowding on Length of Stay and Medication Treatment Times in Discharged patents with Acute Asthma. *Academic Emergency Medicine,* 17 (8): 834–839. [Žiūrėta 2015-12-11]. Prieiga per internetą: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.2010.00780.x/epdf>.

290. Pines, M. J., Hilton, J. A., Weber, E. J., et al. (2011). International Perspectives on Emergency Department Crowding. *Academic emergency Medicine,* 18 (12): 1358–1370. ISSN: 1069-6563.
291. Pitts, S. R., Niska, R. W., Xu, J., Burt, C. W. (2006). National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2006 emergency department summary. *Natl Health Stat Report,* 7: 1–38.
292. Platz, E., Bey, T., Walter, F. G. (2003). International report: current state and development of health insurance and emergency medicine in Germany. The influence of health insurance laws on the practice of emergency medicine in a European country. *The Journal of Emergency Medicine*, 25 (2): 203–210.
293. Plieskis, M. (2005). *Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas ir gyventojų pasitenkinimas paslaugomis šeimos medicinos plėtros kontekste.* Daktaro disertacija. Kaunas.
294. Porter, M. E. (2002). Building the microeconomic foundations of prosperity: findings from the microeconomics competitiveness index. In *The Global competitiveness Report 2002–2003*. Geneva, World Economic forum.
295. Pranulis, V. P. (2007). *Marketingo tyrimai: teorija ir praktika.* Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla. ISBN 9789955330172.
296. Puig-Junoy, J., Saez, M., Martinez-Garcia, E. (1998). Why do patients prefer hospital emergency visits? A nested multinomial logit analysis for patient-initiated contacts*. Health care management science,* 1: 39–52. [Žiūrėta 2016-02-06]. Prieiga per internetą: <http://www.econ.upf.edu/~puig/publicacions/paper41.pdf>.
297. Pukėnas, K. (2009). *Kokybinių duomenų analizė SPSS programa.* Kaunas: Lietuvos kūno kultūros akademija.
298. Rabin, E., Kocher, K., McClelland, M., Pines, J., Hwang, U., Rathlev, N., Asplin, B, Trueger, N. S., Weber, E. (2012). Solutions to emergency department „boarding“ and crowding are underused and may need to be legislated. *Health Aff,* 31 (8): 1757–1766.
299. Raipa, A. (2009). Šiuolaikinio viešojo valdymo pokyčių kryptys ir tendencijos. *Viešoji politika ir administravimas,* 30: 22–32. [Žiūrėta 2016-03-06]. Prieiga per internetą: <https://www.mruni.eu/upload/iblock/7a9/a.raipa_2.pdf>.
300. Raipa, A. (2010). Metodologiniai viešojo valdymo demokratizavimo aspektai. *Viešoji politika ir administravimas,* 32: 7–18. [Žiūrėta 2016-03-06]. Prieiga per internetą: <https://www.mruni.eu/upload/iblock/612/raipa.pdf>.
301. Rau, R., Mensing, M. (2005). Use of medical emergency services. *Journal of Public Health*, 3: 166–173.
302. Razzak, J. A., Kellerman, A. L. (2002). Emergency medical care in developing countries: is it worthwhile? *Bull World Health Organ.,* 80: 900-905.
303. Rehmani, R. (2004). Emergency Section and Overcrowding in a University Hospital of Karachi, Pakistan. *Journal of Pakistan Medical Association,* 54 (5):

233–236. [Žiūrėta 2015-10-25). Prieiga per internetą: <http://jpma.org.pk/PdfDownload/1115.pdf>.
304. Report Ambulancecare in Europe, Ambulancezorg Nederland. (2010). [Žiūrėta 2012-11-24]. Prieiga per internetą: <http://www.ambulancezorg.nl/NL/beleid/internationaal/Documents/Report%20Ambulancecare%20in%20Europe%20jan%202010.pdf>.
305. Richardson, D. B. (2006). Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *The Medical Journal of Australia,* 184 (5): 213–216.
306. Richardson, B. D., Mountain, D. (2009). Myths versus facts in emergency department overcrowding and hospital access block. *The Medical Journal of Australia,* 190 (7): 369–374. [Žiūrėta 2015-12-20]. Prieiga per internetą: <https://www.mja.com.au/system/files/issues/190_07_060409/ric11435_fm.pdf>.
307. Robinson, K., Lystrup, A., Krohmer, J., et al. (2006). Guide for Interfacility Patient Transfer. National Highway Traffic Safety Administration. [Žiūrėta 2015-12-01]. Prieiga per internetą: <http://www.nhtsa.gov/people/injury/ems/Interfacility/images/Interfacility.pdf>.
308. Robinson, S. E., Eller, W. S., Gall, M., Gerber, B. J. (2013). The Core and Periphery of Emergency management networks. *Public Management Review,* 15 (3): 344–362.
309. Rodak, K. (2013). 25 Things to Know about Urgent Care. [Žiūrėta 2016-02-20]. Prieiga per internetą: <http://www.beckershospitalreview.com/lists/25-things-to-know-about-urgent-care.html>.
310. Rothlin, P. (2013). Managerial strategies to reorient hospitals towards health promotion: Lessons from organisational theory. *Journal of Health Organization and Management*, 27 (6): 747–761.
311. Rourke, J., Kennard, M. (2001). Emergency patient transfers from rural hospitals: a regional study. *Canadian Journal of Emergency Medicine,* 3 (4), p. 296–301. [Žiūrėta 2015-10-25]. Prieiga per internetą: <http://journals.cambridge.org/download.php>.
312. Rousseau, D. M., Manning, J., Denyer, D. (2008). 11 Evidence in Management and Organizational Science: Assembling the Field's Full Weight of Scientific Knowledge through Syntheses. *The Academy of Management Annals,* 2 (1): 475–515. ISSN 1941-6067.
313. Rousseau, D. M., Barends, E. G. R. (2011). Becoming an evidence-based HR practioner. *Human Resource Managment Journal,* 21 (3): 221–235. ISSN 1748-8583.
314. Sayah, A., Rogers, L., Devarajan, K., Kingsley-Rocker, L., Lobon, L. F. (2014). Minimizing ED Waiting Times and Improving Patient Flow and Experience of Care. *Emergency Medicine International,* Article ID 981472, p. 8. [Žiū-

rėta 2016-04-25]. Prieiga per internetą: <http://www.hindawi.com/journals/emi/2014/981472/>.

315. Sakr, M., Wardrope, J. (2000). Casualty, Accident and Emergency, or Emergency Medicine, the Evolution. *J Accid Emerg Med.,* 17: 314–319.
316. Sampalis, J. S., et al. (1997). Direct transport to tertiary trauma centers versus transfer from lower level facilities: impact on mortality and morbidity among patients with major trauma. *Journal of Trauma,* 43 (2): 288–296. [Žiūrėta 2015-10-25]. Prieiga per internetą: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9291375.
317. Sanchez, B., Hirzel, A. H., et al. (2013). State of Emergency Medicine in Switzerland: a national profile of emergency departments in 2006. *International Journal of Emergency Medicine,* 6: 23. [Žiūrėta 2015-12-27]. Prieiga per internetą: <http://www.intjem.com/content/6/1/23>.
318. Sanchez, B., Hirzel, A. H., Bingisser, R., et al. (2013). State of International Emergency Medicine in Switzerland: a National profile of emergency departments in 2006. *International Journal of Emergency Medicine.* [Žiūrėta 2016-01-10]. Prieiga per internetą: <http://www.intjem.com/content/6/1/23>.
319. Sandhu, H., Dale, J., Stallard, N., Crouch, R., Glucksman, E. (2009). Emergency nurse practitioners and doctors consulting with patients in an amergency department: a comparison of communication skills and satisfaction. *Emergency Medicine Journal,* 26: 400–404. [Žiūrėta 2015-12-17]. Prieiga per internetą: <http://emj.bmj.com/content/26/6/400.full.pdf>.
320. Santry, H. P., Velmahos, G. (2012). Interhospital Transfers of Acute Care Surgery Patients: Should Care for Nontraumatic Surgical Emergencies Be Regionalized? Reply. *World Journal of Surgery*, 36: 2945. [Žiūrėta 2015-10-25]. Prieiga per internetą: <http://download.springer.com/static/pdf/>.
321. Sasser, S., Varghese, M., Kellermann, A., Lormand, J. D. (2005). Pre hospital trauma care systems. [Žiūrėta 2015-09-10]. Prieiga per internetą: <http://www.who.int/iris/bitstream/10665/43167/1/924159294X.pdf>.
322. Schoettker, P., et al. (2003). Reduction of time to definitive care in trauma patients: effectiveness of a new checklist system. *Injury, International Journal of the Care of the Injured,* 34: 187–190. [Žiūrėta 2015-12-20]. Prieiga per internetą: <https://www.researchgate.net/publication/10868555_Reduction_of_time_to_definitive_care_in_trauma_patients_Effectiveness_of_a_new_checklist_system>.
323. Shah, M. N. (2006). The Formation of the Emergency Medical Services System. *American Journal of Public Health,* 96 (3): 414–423. [Žiūrėta 2016-02-11]. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1470509/>.

324. Shen, Yu-Chu, Hsia Y. R. (2011). Association between Ambulance Diversion and Survival among Patients with Acute Myocardial Infarction. *Journal of The American Medical Association*, 305 (23): 2440–2447. [Žiūrėta 2015-12-12]. Prieiga per internetą: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=901009>.
325. Sikka, N., Margolis, G. (2005). Understanding diversity among prehospital care delivery systems around the world. *Emerg Med Clin N Am,* 23: 99–114.
326. Simpson, N. C., Hancock, P. G., Chuang, C. (2008). Hyper-Projects and Emergent Logistics: Characterizing the Managerial Challenges of Emergency Response. Journal of Applied Security Research, 4: 1–2, 36–47.
327. Sinclair, D. (2007). Emergency department overcrowding – implications for paediatric emergency medicine. *Paediatrics & Child Health,* 12 (6): 491–494. [Žiūrėta 2016-02-07]. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2528760/pdf/pch12491.pdf>.
328. *Skubios konsultacinės pagalbos veiklos apimtys 2009–2015 m.* (2016). www.VLK.lt.
329. Slovenian Society for Emergency Medicine. (2012). [Žiūrėta 2016-01-09]. Prieiga per internetą: <http://www.ssem-society.si/>.
330. Smalskys, V. (2010). Viešojo administravimo modernizavimo priežastys ir tendencijos. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*, 1 (17): 90–100. [Žiūrėta 2016-05-07]. Prieiga per internetą: <http://www.su.lt/bylos/mokslo_leidiniai/ekonomika/10_01_17/smalskys.pdf>.
331. Smalskys, V. (2010). *Viešojo administravimo santykis su kitais mokslais. Viešasis valdymas.* Vilnius: MRU, p. 10–21. ISBN 978-9955-19-185-8.
332. Smilga, E., Janušonienė, K. (2006). Galimybės taikyti strateginį valdymą sveikatos apsaugos sistemoje. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai,* 40: 131–145. ISSN 1392-1142.
333. Smilga, E., Janušonienė, K. (2007). Strategiškai orientuotos organizacijos veikimo principai sveikatos apsaugos sistemoje. Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai, Nr. 44: 125–140. ISSN 1392-1142.
334. Smith, A. K., McCarthy, E., Weber, E., Cenzer, I. S., Boscardin, J., Fisher, J., Covinsky, K. (2012). Half of older Americans seen in emergency department in last month of life; most admitted to hospital, and many die there. *Health Aff,* 31 (6): 1277–1285.
335. Smith, M., Feied, C. (1999). The Emergency Department as a Complex System. [Žiūrėta 2014-05-24]. Prieiga per internetą: <http://www.necsi.edu/projects/yaneer/emergencydeptcx.pdf>.
336. Smith, T. D., Snyder, A., Hollen, J. P., Anderson, G. J., Caterino, M. J. (2015). Analyzing the usability of the 5-level Canadian Triage and Acuity Scale by Paramedics in the Prehospital Environment. *Journal of Emergency Nursing*,

41 (6): 489–495. [Žiūrėta 2015-11-27]. Prieiga per internetą: <http://www.jenonline.org/article/S0099-1767(15)00121-X/pdf>.
337. Spieler, S. S., Singer, M. P.; Cumminds, L. (2008). Emergency preparedness in public hospitals: Complete Findings of the 2006–2007 Emergency Preparadness Study. [Žiūrėta 2016-03-27]. Prieiga per internetą: <http://essentialhospitals.org/wp-content/uploads/2014/02/EP-Study.pdf>.
338. Stankūnas, M. (2006). *Bedarbystės sąsaja su sveikata ir sveikatos priežiūros prieinamumu.* Daktaro disertacija. Kaunas.
339. Starkienė, L., Strička, M., Padaiga, Ž., Macijauskienė, R., Riklikienė, O. (2011). Sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių planavimo duomenų rinkimo aktualijos ir praktiniai pavyzdžiai. *Sveikatos politika ir valdymas,* 1 (3). [Žiūrėta 2016-04-10]. Prieiga per internetą: <https://www.mruni.eu/upload/iblock/e5f/03_starkiene_stricka_padaiga_macijauskiene_riklikiene.pdf>.
340. Stašaitis, K. (2014). *Ūminio pilvo skausmo klinikinių charakteristikų ir veiksnių, lemiančių efektyvų skausmo malšinimą, tyrimas.* Daktaro disertacija. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija.
341. Stašys, R. (2003). Sveikatos priežiūros paslaugos ir jų klasifikavimas. *Tiltai*, 13 (2): 417–422. ISSN 1648-3979.
342. Stašys, R., Virketis, G. (2014). Skubios medicinos pagalbos valdymo konceptualūs modeliai. *Management theory and studies for rural business and infrastructure development*, 36 (2): 644–652. ISSN 1822-6760.
343. Steering Committee (2010). EMS Agenda for the future. [Žiūrėta 2016-02-05]. Prieiga per internetą: <http://www.ems.gov/pdf/2010/EMSAgendaWeb_7-06-10.pdf>.
344. Steptoe, A. P., Corel, B., et al. (2011). Characterizing emergency departments to improve understanding of emergency care systems. *International Journal of Emergency Medicine,* 4: 42 [Žiūrėta 2015-12-27]. Prieiga per internetą: <http://www.intjem.com/content/4/1/42>.
345. Stoner, J. (2006). *Vadyba*. Kaunas: Poligrafija ir informatika. ISBN: 9986850304.
346. Sturm, J. A., Pape, H. C., Dienstknecht, T. (2013). Trauma Care in Germany: An Inclusive System. *Clinical Orthopaedics and Related Research,* 471 (9): 2912–2923.
347. Sullivan, A. F. (2001). Cultural capital and educational attainment. *Sociology*, 35 (04): 893–912.
348. Sullivan, A. F., Richman, I. B., Ahn, C. J., Auerbach, B. S., Pallin, D. J., Schafermeyer, R. W., Clark, S., Camargo, C. A. (2006). A profile of US emergency departments in 2001. *Ann Emerg Med.,* 48: 694–701.
349. Suter, R. E. (2012). Emergency medicine in the United States: a system review. *World J Emerg Med.,* 3 (1): 5–10.

350. *Sveikatos priežiūros įstaigų veiklos rodiklių pokyčiai 2001–2012 m.* (2013). Vilnius: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras.
351. Šalkauskienė, L. (2010). *Komandinio darbo tobulinimas Lietuvos organizacijų pavyzdžiu.* Daktaro disertacija. Kaunas.
352. Šerpytis, P., et al. (2014). *Miokardo infarkto su ST pakilimu diagnostika ir gydymas.* Vilnius: EVS Group.
353. Šilys, A., Saladis, T., Justickis, V., Gurevičius, R. (2012). Diagnostikos ir gydymo standartų konkurencinis sugretinimas – šiuolaikinis būdas suvienodinti paslaugų kokybę ir galimybė tobulinti standartų kūrimą. *Visuomenės sveikata,* 1 (56): 49–61.
354. Špokienė, I. (2013). Nemokamos medicinos pagalbos teikimo konstitucinės garantijos. *Sveikatos politika ir valdymas,* 1 (5): 15–29. ISSN 2029-3569.
355. Štaras, K. (2011). *Informacinių technologijų įtaka sveikatos priežiūros įstaigos veiklos efektyvumui: analizė, vertinimas, veiksmingumas.* Daktaro disertacija. MRU.
356. Tekwani, L. K., Kerem, Y., Mistry, D. Ch., Sayger, M. B., Kulstad, B. E. (2013). Emergency Department Crowding is Associated with Reduced Satisfaction Scores in Patents Discharged from the Emergency Department. *Western Journal of Emergency Medicine*, XIV (1): 11–15. [Žiūrėta 2015-12-20]. Prieiga per internetą: <http://escholarship.org/uc/item/5ks6092b.pdf>.
357. The German model for rescue of traumatized patients. (1985). *Canadian Journal of Surgery*, 28 (6): 486–489. [Žiūrėta 2015-05-23]. Prieiga per internetą: <http://europepmc.org/abstract/MED/4063889>.
358. Tidikis, R. (2003). *Socialinių mokslų tyrimų metodologija*. Vilnius.
359. Tijūnėlienė, O., Virbalienė, A. (2006). Anketos – pedagoginių reiškinių verifikavimo priemonės, psichologiniai konstravimo pagrindai. *Pedagogika*, 82: 91–100.
360. Tintinalli, J. E., Cameron, P., Holliman, C. J. (2010). *EMS: A Practical Global Guidebook*. PMPH-USA. ISBN-13: 978-1-60795-043-1.
361. *TQM Model*. [Žiūrėta 2015-05-23]. Prieiga per internetą: <http://www.slideteam.net/tqm-model-powerpoint-presentation-slide-template.html>.
362. Ustinavičienė, R., Želvienė, A. (2016). Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. strategijos vykdymas: kaip sekasi siekti užsibrėžtų tikslų? *Visuomenės sveikatos netolygumai*, 2 (15). 16 p. [Žiūrėta 2016-01-10]. Prieiga per internetą: http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Informaciniai/LSS%20vertinimas%202012-2015.pdf
363. Vaitkaitis, D. (2008). EMS systems in Lithuania. *Resuscitation,* 76 (3): 329-332. [Žiūrėta 2015-07-23]. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17822828>.
364. Vaitkevičius, S. (2006). *Strateginės analizės instrumentarijaus modeliavimas mažose ir vidutinėse įmonėse.* Daktaro disertacija. Kaunas: ISM vadybos ir ekonomikos universitetas.

365. Valackienė, A. (2009). *Krizių valdymas ir sprendimų priėmimas.* Kaunas.
366. Valuckienė, J., Balčiūnas, S., Katiliūtė, E., Simonaitienė, B., Stanikūnienė, B. (2015). *Lyderystė mokymuisi: teorija ir praktika mokyklos kaitai.* Monografija. Šiauliai.
367. Vanagas, P. (2008).*Visuotinė kokybės vadyba.* Kaunas.
368. Van Lieshout, E. J., et al. (2008). Decision making in interhospital transport of critically ill patients: national questionnaire survey among critical care physicians. *Intensive Care Med,* 34: 1269–1273. ISSN: 1269-1273.
369. Vatnoy, K. T., Fossum, M., Smith, N., Slettebo, A. (2013). Triage assessment of registered nurses in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 21 (2): 89–96. [Žiūrėta 2015-12-01]. Prieiga per internetą: <http://www.internationalemergencynursing.com/article/S1755-599X(12)00087-0/pdf>.
370. Veen, M., Moll, A. H. (2009). Reliability and validity of triage systems in paediatric emergency care. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation et emergency medicine*, 16, Iss.38. [Žiūrėta 2016-02-07]. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2747834/pdf/1757-7241-17-38.pdf>.
371. Veillard, J., Guisset, A-L., Garcia-Barbero, M. (2004). *Selection of indicators for hospital performance measurement.* WHO, Regional Office for Europe.
372. Veillard, J. (2012). Performance Managment in Health Systems and Services. [Žiūrėta 2016-02-07]. Prieiga per internetą: <jeremyveillardresearch.com/thesis/Veillard_PhD_Thesis.pdf>.
373. Verikienė, J., Jankauskienė, D. (2012). *Projekto „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų apklausos atlikimas ir analizės parengimas" galutinės sutarties vykdymo ataskaita.* UAB „Europos tyrimai". [Žiūrėta 2015-10-25]. Prieiga per internetą: http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/ESFproduktai/2012_pacientu_ir_sveikatos_prieziuros_paslaugu_teikeju_pasitenkinimo_teikiamomis_paslaugomis_analize_2.pdf.
374. *Vieninga metodika sveikatos priežiūros įstaigoms, kaip organizuoti pagalbą nukentėjusiems nuo traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių atvejais*. (2015). UAB Tarptautinė skubiosios medicinos akademija. [Žiūrėta 2016-01-20]. Prieiga per internetą: https://www.google.lt/search?espv=2&q=Vieninga+metodika+sveikatos+prie%C5%BEi%C5%ABros+%C4%AFstaigoms%2C+kaip+organizuoti+&oq=Vieninga+metodika+sveikatos+prie%C5%BEi%C5%ABros+%C4%AFstaigoms%2C+kaip+organizuoti+&gs_l=serp.12..35i39k1.18674.23999.0.26191.141.18.0.0.0.0.262.800.1j4j1.6.0....0...1c.1.64.serp..140.1.262.CTW4C0NPaUc.
375. Vilke, G. M., Castillo, E. M., Metz, M. A., Ray, L. U., Murrin, P. A., Lev, R., Chan, T. C. Community trial to decrease ambulance diversion hours: The San Diego County Patient Destination Trial. *Annals of Emergency Medicine,* 44 (4): 295–303.

376. Virketis, G. (2014). Kai kurių valdymo teorijų palyginimas skubiosios medicinos pagalbos valdymo kontekste. *Sveikatos mokslai*, 24 (5): 100–106. ISSN 1392-6373.
377. Virketis, G., Janušonis, V., Kvekšaitė, V. (2016). Skubi medicinos pagalba: tarpstacionariniai pervežimai. *Tiltai*, 1: 15–37. ISSN 1392-3137.
378. Virketis, G., Stašys, R., Butrimas, V. (2016). Patient Flow Managment in Emergency Medicine Using Triage Scales. *Sveikatos mokslai,* 26 (4): 93–99. ISSN 1392-6373.
379. Virketis, G., Janušonis, V., Butrimas, V. (2016). *Admission to the emergency department of employment, the waiting time and queues investigation Lithuania Overview*. Atiduota spausdinti.
380. Wai, C. K. A., Chor, M. C., Lee, C. T. A., Sittambunka, Y., et al. (2009). Analysis of trends in emergency deprartment attendancies, hospital admissions and medical staffing in a Hong Kong universiy hospital: 5 year study. *International Journal of Emergency Medicine*, 2: 141–148 [Žiūrėta 2015-10-28]. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2760706/pdf/12245_2009_Article_98.pdf>.
381. Warden, G. L., Altman, S. H., et al. (2006). The Future of Emergency Care in United States Health System. *Acad Emerg Med.,* 13, No. 10: 1085.
382. Warden, G. L., Altman, S. H.; Asplin, B. A., et al. (2007). *Hospital Based Emergency Care: At the Breaking Point*. Washington: National Academy of Sciences. http://www.nap.edu. ISBN 0-309-65967-1.
383. Warren, J., et al. (2004). Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients. *American College of Critical Care Medicine,* 32 (1): 256–262. [Žiūrėta 2015-10-25]. Prieiga per internetą: <http://www.learnicu.org/docs/guidelines/inter-intrahospitaltransport.pdf>.
384. Washko, J. D. (2012). EMS Moves toward New Care Delivery Mehods. [Žiūrėta 2016-09-12]. Prieiga per inernetą: <http://www.jems.com/articles/print/volume-37/issue-7/administration-and-leadership/ems-moves-toward-new-care-delivery-metho.html>.
385. Washko, J. D. (2015). Undestanding Why EMS Systems Fail. [Žiūrėta 2016-09-12]. Prieiga per inernetą: <http://www.jems.com/articles/print/volume-40/issue-2/features/understanding-why-ems-systems-fail.html>.
386. Weber, E. J., McAlpine, I., Grimes, B. (2011). Mandatory triage does not identify high-acuity patients within recommended time frames. *Ann Emerg Med.,* 58 (2): 137-142.
387. Weber, E. J. (2014). A man walks into an ED. *Emerg Med J.*, 31 (12): 950.

388. Wen, L. S., Geduld, H. I., Nagurney, J. T., et al. (2011). Africa's first emergency medicine training program at the University of Cape Town / Stellenbosch University: history, progress, and lessons learned. *Academic Emergency Medicine,* 18: 868–871.
389. Westhoff, J., Hildebrand, F., Grotz, M., Richter, H., Pape, C., Krettek, C. (2003). Trauma care in Germany. *Injury,* 34: 674–683.
390. Whiteley, S., et al. (2011). *The Intensive Care Society. Guidelines for the transport of the critically ill adult.* 3rd edition. [Žiūrėta 2015-12-01]. Prieiga per internetą: <http://www.ics.ac.uk/EasysiteWeb/getresource.axd?AssetID=482&>.
391. Widgren, R. B., Jourak, M. (2011). Medical Emergency Triage and Treatment System (METTS): A New Protocol in Primary Triage and Secondary Priority Decision in Emergency Medicine. *The Journal of Emergency Medicine,* Sweden, 40 (6): 623–628. [Žiūrėta 2015-10-29]. Prieiga per internetą: <http://www.jem-journal.com/article/S0736-4679(08)00446-0/pdf>.
392. Wilper, A. P., Woolhandler, S., Lasser, K. E., McCormick, D., Cutron, S. L., Bor, D. H., Himmelstein, D. U. (2008). Waits to see an emergency department physician: U.S. trends and predictors, 1997–2004. *Health affairs*, 27 (2): 84–95.
393. Wolf, L. (2010). Does your staff really "get" initial patient assessment? Assessing competency in triage using simulated patient encounters. *Journal of Emergency Nursing*, 36 (4): 370–374. [Žiūrėta 2015-12-20]. Prieiga per internetą: <http://www.jenonline.org/article/S0099-1767(10)00189-3/pdf>.
394. Wong, K., Levy, R. D. (2005). Interhospital transfers of patients with surgical emergencies: Areas for improvement. *Australian Journal of Rural Health*, 13 (5): 290–294. [Žiūrėta 2015-10-25]. Prieiga per internetą: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1584.2005.00719.x/full>.
395. Wulp, I., Schrijvers, P. J. A., Stel, F. H. *(*2009). Predicting admission and mortality with the Emergency Severity Index and the Manchester Triage System: a retrospective observational study. *Emergency Journal of Medicine,* 26 (7): 500–509. [Žiūrėta 2015-12-01]. Prieiga per internetą: <http://emj.bmj.com/content/26/7/506.full.pdf>.
396. Zakarevičius, P. (2010). Organizacijos veiklos procesų valdymas. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai*, 53: 124–132. ISSN 1392-1142.
397. Zakariassen, E., Burman, R. A, Hunskaar, S. (2010). The epidemiology of medical emergency contacts outside hospitals in Norway-a prospective population based study. [Žiūrėta 2012-11-24]. Prieiga per internetą: <http://www.sjtrem.com/content/18/1/9>.
398. Zanco, M. (2014). Guideline for Inter Hospital Transfers. Patient Access and Flow Health Service Directive. Queensland Government. [Žiūrėta 2015-12-20]. Prieiga per internetą: <https://www.health.qld.gov.au/directives/docs/gdl/qh-hsdgdl-025-3.pdf>.

399. Zink, B. J. (2006). *Anyone, anything, anytime. a history of emergency medicine*. Philadelphia (PA): Mosby.
400. Zink, B. J. (2010). Social Justice, Egalitarianism, and the History of Emergency Medicine. *Virtual Mentor*, 12 (6): 492–494. [Žiūrėta 2016-02-05]. Prieiga per internetą:
<http://journalofethics.amaassn.org//2010/06/mhst1-1006.html>.
401. Zolubienė, E., Beržanskytė, A., Aguonytė, V., Nedzinskienė, L. (2014). 65 m. ir vyresnių asmenų požiūris į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. *Visuomenės sveikata*, 3 (66): 109–114.
402. Žilinskaitė, V., Kvederienė, R. (2012). Vaikų traumų ikistacionarinės pagalbos apimtys. *Sveikatos mokslai*, 22 (6): 20–25.
403. *Руководство для врачей скорой помощи.* (1989). Ленинград: Медицина.

Priedai

1 priedas

Užimtumo PSPS sprendimo būdai Europos šalyse.

Šalis	Užimtumo PSPS sprendimo būdas
Danija	Pacientams patariama nesikreipti į PSPS nepasitarus su BPG / kita pirmine sveikatos priežiūros institucija; skatinamos BPG konsultacijos telefonu ar mobilus (greitas) atvykimas pas pacientą; GMP automobilio komanda turi galimybę gydyti ir išleisti.
Prancūzija	Įvairios alternatyvos užuot stacionarizavus: galimybė naudotis visomis stacionaro paslaugomis namuose; asmenų nukreipimas pas BPG; skatinamas efektyvus PSPS lovų valdymas, naudojami protokolai specifiniams pacientams – vaikams, psichiatrinio profilio; laikinos komandos, kuri dirba tik piko laikotarpiu, sukūrimas; BPG ir ligoninės bendradarbiavimas dėl tiesioginio stacionarizavimo (aplenkiant PSPS); tarpdisciplininė geriatrinių pacientų ir paliatyvios priežiūros reikalaujančių pacientų priežiūra; personalo mokymai; „greitieji takai“.
Italija	„Apžiūrėk ir gydyk“ strategija; „greitieji takai“; geras lovų valdymas; chroniškomis ligomis sergančių pacientų lankymosi PSPS prevencija.
Olandija	24/7 Šeimos gydytojo prieinamumas.
Ispanija	Informacijos apie užimtumo charakteristiką kasdienis rinkimas; reguliarūs susirinkimai, kurių metų siūlomi sprendimo būdai; sisteminga nukreipimo politika; pacientų siuntimas į ilgalaikės priežiūros įstaigas, pacientų perkėlimas į mažesnio užimtumo ligonines, aktyvus lovų valdymas ir personalo skaičiaus didinimas.
Švedija	Išplėsta BPG institucija; išvystyta galimybė konsultuotis telefonu su slaugytojais ir gydytojais; tos pačios dienos BPG apsilankymas; BPG dirba iki vėlyvo laiko; galimybė nukreipti pacientus iš PSPS į kitus centrus.
Jungtinė Karalystė	„Pamatyk ir gydyk“ strategija; formalaus įvertinimo panaikinimas; stebėjimo komandos įvedimas; ankstyvesnio ištyrimo programa; patyrusių PSPS konsultantų įdarbinimas; išplėstos slaugytojų pareigybės ir atsakomybė.

Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal Pines ir kt. (2011).

2 priedas

Pagalbos pirmumo nustatymo skalių kriterijų palyginimas

Pagalbos pirmumo nustatymo skalė / kriterijai	**ESI**	**MTS**	**ATS**	**CTAS**	**METTS**
Vertintojas	*Triage* slaugytoja	Gydytojas / slaugytojas	*Triage* slaugytojas	Gydytojas / slaugytojas	Gydytojas / slaugytojas
Vertinama	***Būklės ūmumas*** *ir* ***ištekliai*** *(sunaudojami, kad būtų galima priimti sprendimą – išleisti, stacionarizuoti ar nukreipti kitur). T. y. instrumentiniai, pvz., Folay kateteris; EKG ar laborat. tyrimai; žmogiškieji – specialistų konsultacijos* Jeigu nėra labai ūmios būklės (1, 2 lygio pagal gyvybines funkcijas ir pavojų gyvybei), vertinami tikėtini ištekliai (3, 4, 5 lygis vertinama neskubiems pacientams)	Patologija pagal sąrašą (sudarytą iš pagrindinių skundų ar simptomų)	Gyvybinės funkcijos – bet tuo atveju, kai būtina dėl būklės ūmumo ar laikas turi lemiamą reikšmę išeičiai	Pagrindinis skundas pagal sąrašą Pirmos eilės kintamasis (e. g. plačiai pritaikomi simptomai – gyvybinių funkcijų (karščiavimas, respiratorinis distresas, sąmonės lygis; skausmas (ūmus vs chroninis) ar traumos mechanizmas) Antros eilės kintamasis (gliukozės kiekis kraujyje) Skausmo stiprumas – lygis, kuris bus nustatytas, priklauso nuo aukščiausio gauto įvertinimo iš bet kurio modifikatoriaus	Gyvybinės funkcijos ir pagrindinis nusiskundimas (specifiškas METTS protokolui)

Pagalbos pirmumo nustatymo skalė / kriterijai	ESI	MTS	ATS	CTAS	METTS
Algoritmo paaiškinimas	4 sprendimų punktai: A, B, C, D. Protokolinis klausimynas, skirtas slaugytojai. Jei į A, B atsakoma „ne“ (atspindi ūmią būklę – ar reikia skubios gelbstinčios intervencijos ir ar paciento gyvybei gresia pavojus, sutrikusi sąmonė, patiria didelį skausmą), tai slaugytoja eina prie C, D (5 lygis nereikės išteklių, 4 – vieno, 3 – dviejų ar daugiau)	Parinkta tinkama patologija Vaizduojamoji proceso diagrama > kriterijus (bendrieji – skausmas, kraujavimas ir kt. specifiniai – skausmas širdies plote ir pan.)	Kategorija + kriterijus (atitinka tik klinikinio idinkatoriaus funkciją)	Ribotas pagrindinių skundų sąrašas Išsakomas skundas à Pirmos eilės kintamasis à Skausmo stiprumas à Susižalojimo mechanizmas (didelės rizkos ar mažos) à Antros eilės kintamasis	METTS protokolas, 1 algoritmas – gyvybinėms funkcijoms vertini. 1 iš 43 algoritmų, atrinktų pagal speficinį skundą.
Laikas, per kurį turi būti suteikta medicinos pagalba	Standarto nėra, išskyrus 1 (iškart) ir 2 (per 10 min.) lygius.	Atsižvelgiant į vaizduojamąją proceso diagramą: Raudonas – 0 min. Oranžinis – 10 min. Geltonas – 60 min. Žalias – 120 min. Mėlynas – 240 min.	1 – iškart 2 – 10 min. 3 – 30 min. 4 – 60 min. 5 –120 min.	1 – iškart 2 – 15 min. 3 – 30 min. 4 – 60 min. 5 – 120 min.	Raudonas – iškart Oranžinis – 20 min. Geltonas – 120 min. Žalias – skubi pagalba nėra būtina

Pagalbos pirmumo nustatymo skalė / kriterijai	ESI	MTS	ATS	CTAS	METTS
Kategorijų skaičius ir pavadinimai	1. Nedelsiant 2. Neatidėliojant 3. Skubiai 4. Vidutiniškai skubiai 5. Neskubiai	1. Nedelsiant 2. Labai skubiai 3. Skubiai 4. Standartiškai 5. Neskubiai	1. Nedelsiant 2. Labai skubiai 3. Skubiai 4. Mažiau skubiai 5. Neskubiai	1.Gaivinimas 2.Neatidėliotinai 3.Skubiai 4.Mažiau skubiai 5.Neskubiai	1. Raudona 2. Oranžinė 3. Geltona 4. Žalia 5. Mėlyna
Paciento būklė – SMP teikimo prioritetas	1. Kritinė – nedelsiant; 2. Ypač sunki – neatidėliojant; 3. Labai sunki – labai skubiai; 4. Sunki – skubiai; 5. Patenkinama – neskubiai.	1. Gyvybei grėsminga – nedelsiant 2. Kritinės būklės – labai skubiai 3. Labai sunki – skubiai 4. Paūmėjusi nesunki – neskubiai 5. Nesunki – neskubiai	1. Gyvybei grėsminga – nedelsiant 2. Greit blogėjanti – labai skubiai 3. Potencialiai grėsminga (stiprus skausmas, svarbus laikas) – skubiai 4. Potencialiai sunki – mažiau skubiai 5. Įprastai paūmėjusi – neskubiai	1. Reikalingas gaivinimas – nedelsiant 2. Kritinės būklės – labai skubiai. 3. Ūmi būklė – skubiai 4. Mažai ūmi – mažiau skubiai 5. Neūmi – neskubiai	1. Gyvybei grėsminga – nedelsiant 2. Potencialiai grėsmina – skubiai 3. Gyvybei pavojus negresia, bet reikalingas gydytojo įvertinimas – neskubiai 4. Skubi pagalba nereikalinga – atidėta 5. Stacionarinė pagalba nereikalinga –nukreipiamas kitur

Šaltinis: sudaryta autoriaus.

3 priedas

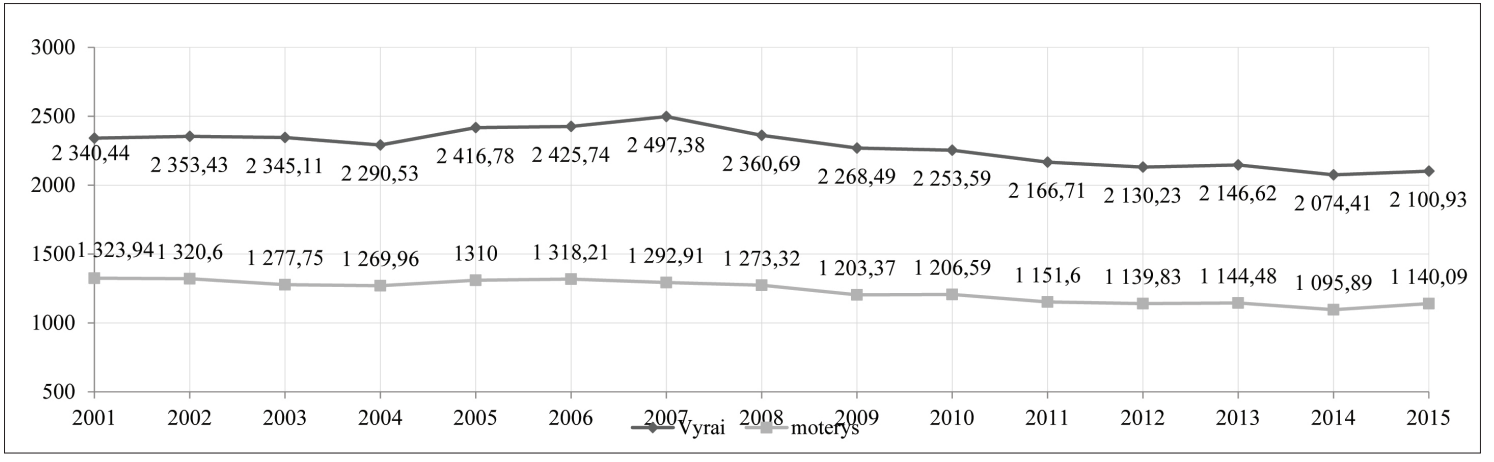
Demografinė situacija Lietuvoje 1990-2015 m.

Demografiniai duomenys	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Absoliutus prieaugis 1990–2015
Vidutinis metinis nuolatinių gyventojų skaičius, tūkst.	3 697,8	3 629,1	3 499,5	3 322,5	3 097,3	3 028,1	2 987,8	2 957,7	2 932,4	2 904,9	-792,9
Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė:											
visų gyventojų	71,46	69,08	72,14	71,25	73,19	73,62	73,98	74,02	74,59	74,47	3,01
vyrų	66,44	63,27	66,74	65,21	67,55	68,03	68,39	68,53	69,13	69,14	2,70
moterų	76,27	75,06	77,37	77,48	78,76	79,12	79,45	79,38	79,88	79,63	3,36
Gimusiųjų skaičius	56 868	41 195	34 149	29 510	30 676	30 268	30 459	29 885	30 369	31 475	-25 393
Mirusiųjų skaičius	39 760	45 306	38 919	43 799	42 120	41 037	40 938	41 511	40 252	41 776	2 016
iš to skaičiaus vaikų iki 1 m.	581	514	294	209	153	144	118	110	118	132	-449
Gimstamumas (1 000 gyv.)	15,4	11,4	9,8	8,9	9,9	10,0	10,2	10,1	10,3	10,8	-4,6
Mirtingumas (1 000 gyv.)	10,8	12,5	11,1	13,2	13,6	13,6	13,7	14,0	13,7	14,4	3,6
Natūralus gyventojų prieaugis (1 000 gyv.)	4,6	-1,1	-1,3	-4,3	-3,7	-3,6	-3,5	-3,9	-3,4	-3,6	-8,2
Vaikų iki 1 m. amžiaus mirtingumas (1 000 gyvų gimusiųjų)	10,3	12,4	8,5	7,1	4,9	4,7	3,9	3,7	3,9	4,2	-6,1

Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. 2016

4 priedas

Standartizuoti mirtingumo rodikliai Lietuvoje vnt/100 tūkst. gyventojų
pagal atnaujintą Europos standartą.



Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Mirties priežastys 2015 (2016).

5 priedas

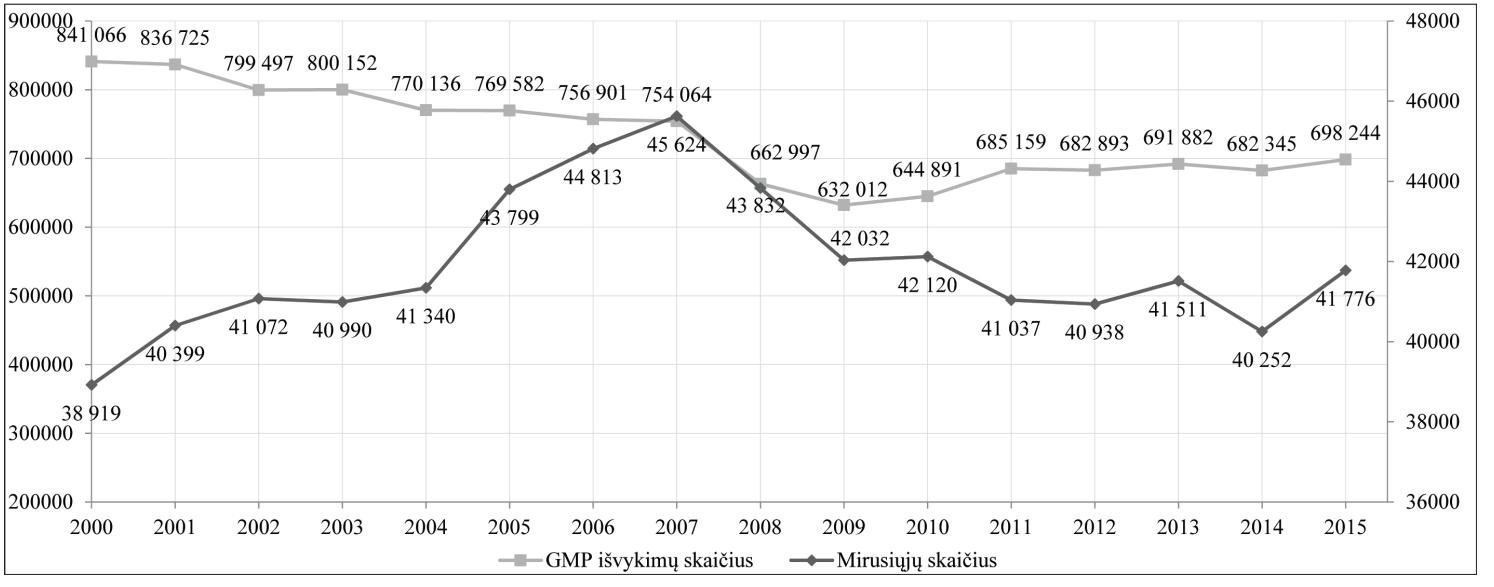
Mirusių asmenų dėl išorinių priežasčių skaičius vnt.
pagal diagnozių grupes 2010-2015 m.

Mirties priežastis			2011		2012		2013		2014		2015	
	Mirčių skaičius	Mirčių skaičius 100 000 gyven-tojų	Mirčių skaičius	Mirčių skaičius 100 000 gyven-tojų	Mirčių skaičius	Mirčių skaičius 100 000 gyven-tojų	Mirčių skaičius	Mirčių skaičius 100 000 gyven-tojų	Mirčių skaičius	Mirčių skaičius 100 000 gyven-tojų	Mirčių skaičius	Mirčių skaičius 100 000 gyven-tojų
Senatvė	13	0,42	15	0,5	8	0,27	12	0,41	16	0,55	11	0,4
Mirtingumo išorinės priežastys, *iš jų:*	4045	130,6	3720	122,85	3659	122,47	3615	122,22	3338	113,83	3208	110,4
transporto įvykiai	372	12,01	362	11,95	392	13,12	316	10,68	325	11,08	307	10,6
nukritimai	305	9,85	348	11,49	346	11,58	378	12,78	352	12	394	13,6
atsitiktinis paskendimas	319	10,3	239	7,89	232	7,76	198	6,69	229	7,81	146	5
intensyvaus natūralus šalčio poveikis	389	12,56	284	9,38	331	11,08	295	9,97	233	7,95	167	5,7
atsitiktinis apsinuodijimas narkotikais	37	1,19	40	1,32	57	1,91	49	1,66	81	2,76	108	3,7
atsitiktinis apsinuodijimas alkoholiu	310	10,01	308	10,17	268	8,97	263	8,89	242	8,25	253	8,7
tyčiniai susižalojimai (savižudybės)	1018	32,87	1018	33,62	927	31,03	1085	36,68	930	31,71	896	30,8
pasikėsinimai (nužudymai)	172	5,55	158	5,22	135	4,52	144	4,87	112	3,82	121	4,2

Šaltinis: http://stat.hi.lt/.2016.

6 priedas

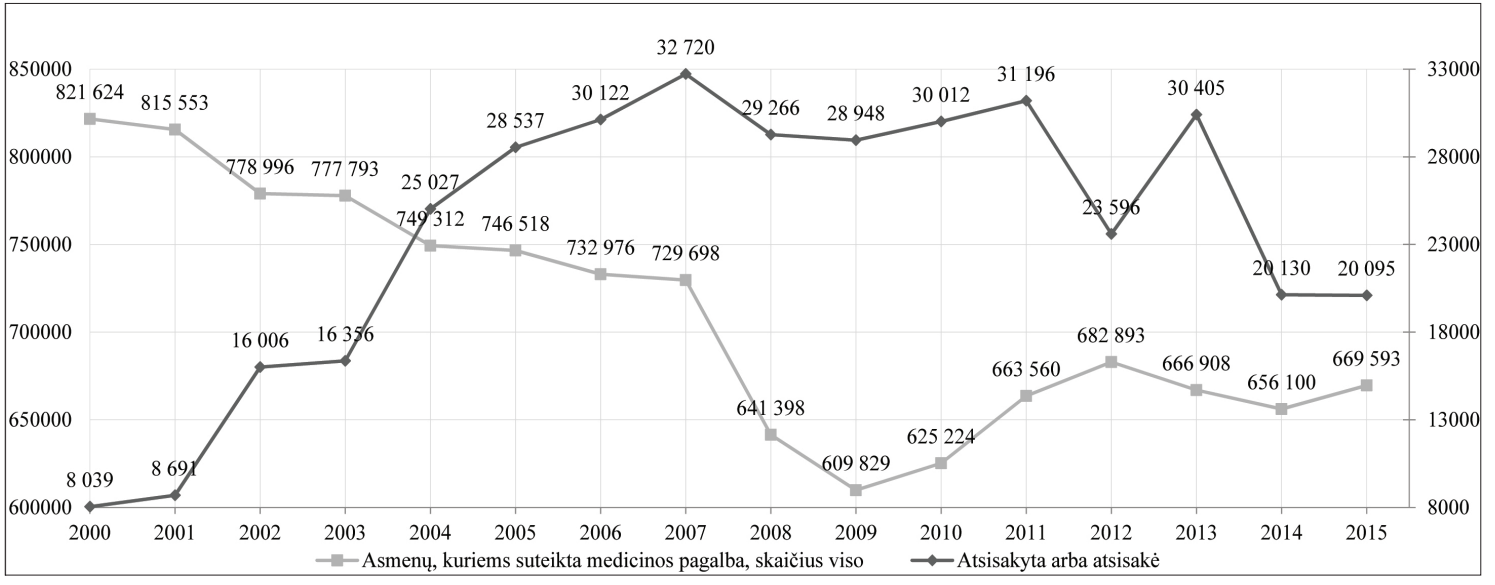
GMP išvykimų skaičiaus santykis su mirusių skaičiumi 2001-2015 m.



Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal HI SIC leidinius Lietuvos gyventojų sveikata ir Sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2001-2015 m., metines GMP ataskaitas: http://sic.hi.lt/spec_info/met_ata.ph.

7 priedas

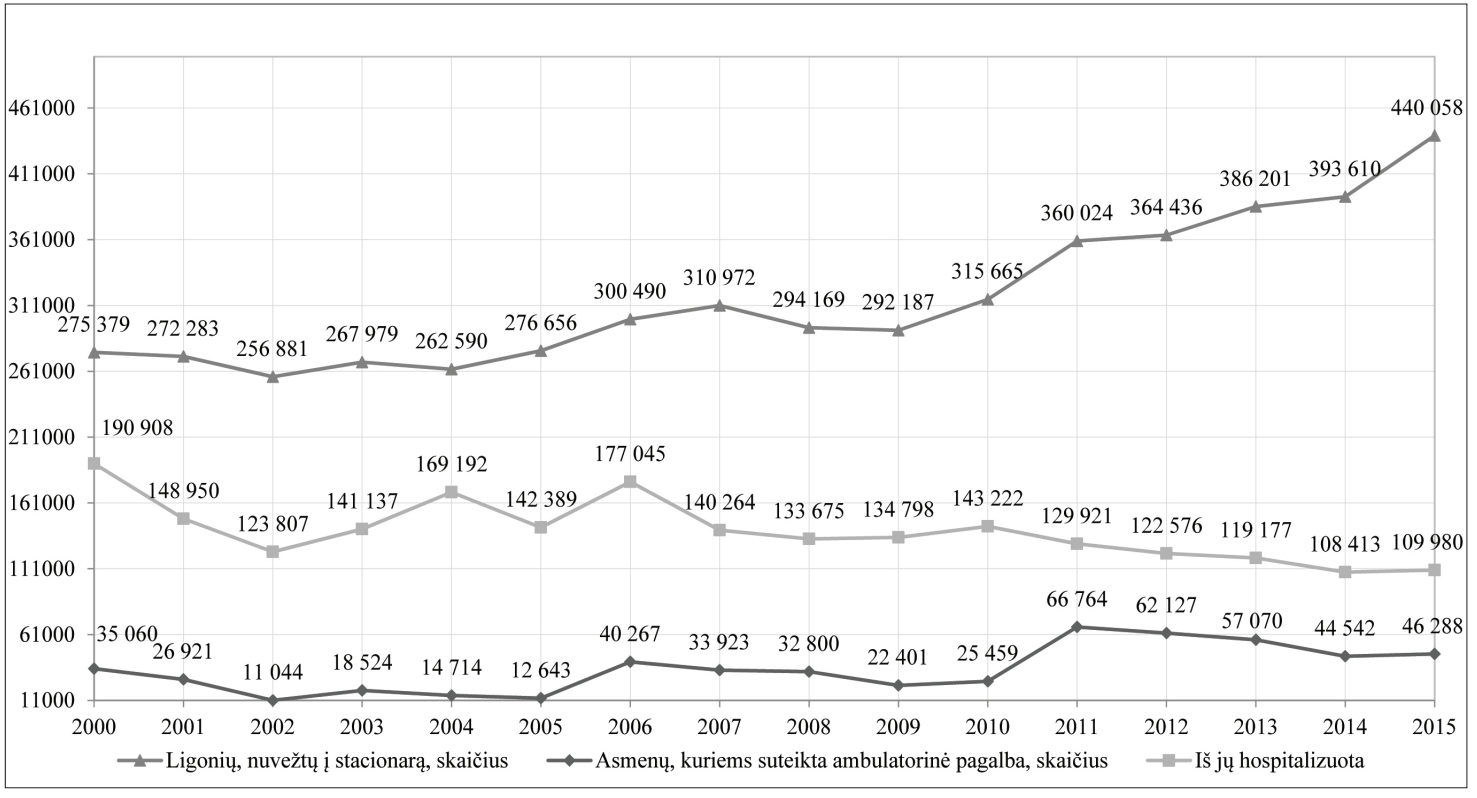
GMP sistemos veikla 2001-2015: suteiktos ir atsakytos bei atsisakytos teikti paslaugos.



Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal metines GMP ataskaitas: http://sic.hi.lt/spec_info/met_ata.ph

8 priedas

GMP sistemos veikla 2001-2015: pacientams GMP suteikta ambulatorinė pagalba, nuvežti į stacionarą ir iš jų stacionarizuoti.



Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal metines GMP ataskaitas: http://sic.hi.lt/spec_info/met_ata.ph

9 priedas

Apsilankymų pas gydytojus skaičius 1985–2015 m.

Metai	Apsilankymai pas gydytojus asmens sveikatos priežiūros įstaigose		iš jų be greitosios medicinos pagalbos	
	iš viso (tūkst.)	vienam gyv.	iš viso (tūkst.)	vienam gyv.
1985[1]	47 093,9	13,29	46 597,1	13,15
1990[1]	35 428,3	9,58	35 081,3	9,49
1991[1]	35 368,2	9,55	35 047,6	9,46
1992[1]	32 281,2	8,72	31 979,1	8,64
1993[1]	30 323,3	8,23	29 985,8	8,14
1994	28 305,3	7,74	28 001,8	7,66
1995	25 759,3	7,10	25 439,2	7,01
1996	25 560,4	7,10	25 266,2	7,02
1997	26 230,7	7,34	25 917,9	7,25
1998	24 824,5	6,99	24 493,1	6,90
1999	23 962,9	6,80	23 593,4	6,69
2000	22 462,2	6,42	22 117.0	6,32
2001	23 017,9	6,63	22 707,4	6,54
2002	22 298,0	6,48	22 015,3	6,39
2003	22 403,4	6,56	22 134,7	6,48
2004	22 723,4	6,73	22 482,7	6,66
2005	23 109,2	6,96	22 894,1	6,89
2006[2]	22 320,5	6,83	22 130,9	6,77
2007[2]	23 106,2	7,15	22 930,9	7,10
2008[2]	23 388,9	7,31	23 247,3	7,27
2009[2]	22 883,3	7,23	22 862,6	7,23
2010[2]	22 596,7	7,30	22 576,2	7,29
2011[2]	23 158,5	7,65	23 139,9	7,64
2012[2]	23 840,2	7,98	23 820,1	7,97
2013[2]	23 994,8	8,11	23 978,0	8,11
2014[2]	25 319,6	8,63	25 312,2	8,63
2015[2]	25 618,4	8,82	25 611,2	8,82

[1] – SAM sistemoje, kartu su apsilankymais pas odontologus
[2] – Metinių statistinių ataskaitų bei SVEIDROS duomenys

Pastaba. Į apsilankymų pas gydytojus skaičių įeina: apsilankymai ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigose, gydytojų apsilankymai namuose, greitosios medicinos pagalbos gydytojų suteikta pagalba.

Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. 2016

10 priedas

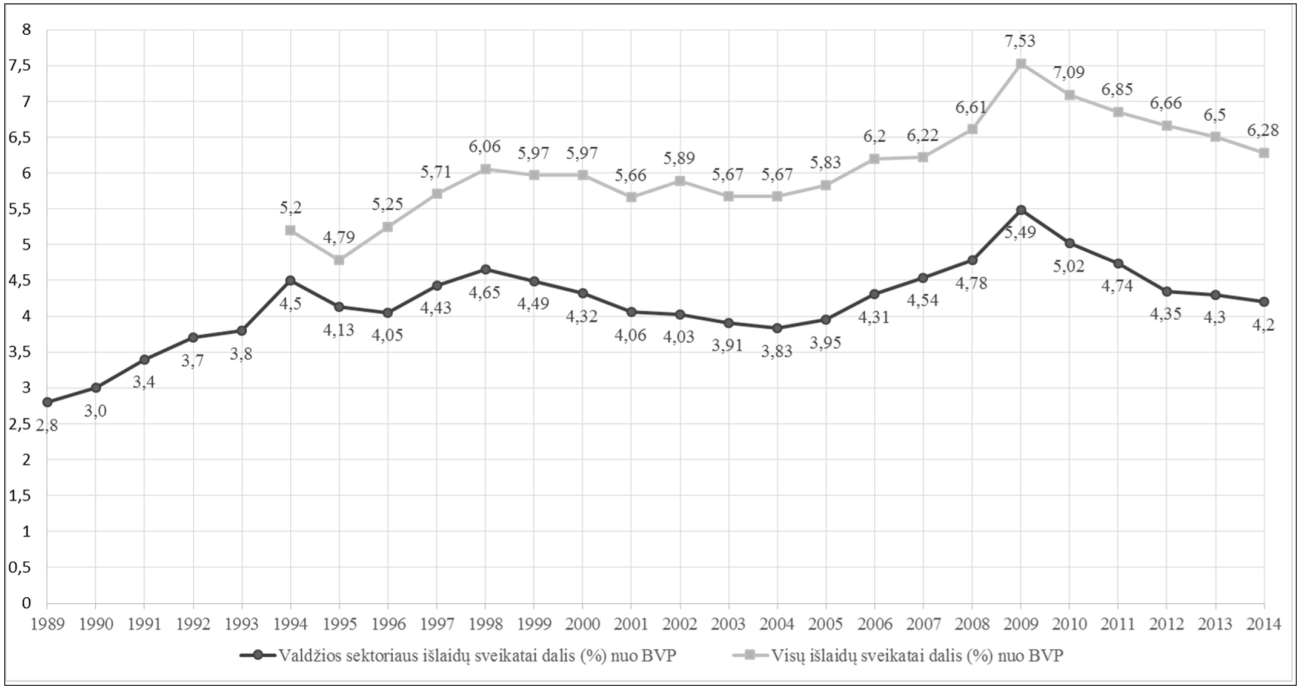
Privalomojo sveikatos draudimo išlaidos 2010-2015 m, mln. Eur.

Metai	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Iš viso *Total*	1 192,9	1 269,1	1 225,9	1 232,7	1 304,2	1 394,1
Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms Individual health care services	861,5	908,1	887,8	877,7	930,0	984,6
Vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms Medicine and medical aid means	227,2	246,4	222,8	235,5	239,4	257,2
Medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui Medical rehabilitation and sanatorium treatment	37,0	42,2	40,2	39,2	40,5	42,4
Ortopedijos techninėms priemonėms Orthopeadic equipment	11,0	11,4	11,4	10,1	18,8	14,4
Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms Funding of health programmes and other health insurance expenditure	46,9	49,0	54,3	59,8	59,8	69,5
Privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidoms Operating costs of Compulsory Health Insurance institutions	9,4	12,0	9,5	10,4	12,8	13,4

Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas 2016 m.

11 priedas

Išlaidų sveikatos priežiūrai dalis (proc.)
nuo bendrojo vidaus produkto (BVP) 1989–2014 m.



Šaltinis: Higienos instituto sveikatos informacijos centras ir Lietuvos statistikos departamentas (2016).

12 priedas

Skubios medicinos pagalbos valdymo anketa
Reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyrių vadovams / vedėjams

SKUBIOS MEDICINOS PAGALBOS VALDYMO ANKETA

Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovams

Gerbiamas Eksperte,

Maloniai kviečiame dalyvauti Klaipėdos universiteto Socialinių mokslų fakulteto Vadybos katedros doktoranto Gintauto VIRKEČIO tyrime, kuriuo siekiama patobulinti skubios medicinos pagalbos valdymą Lietuvoje. Klausimyno duomenys bus panaudoti disertacijoje. Garantuojame, kad Jūsų dalyvavimas tyrime konfidencialus, atsakymai bus analizuojami tik apibendrinta forma. Jūsų pageidavimui, pateiksime tyrimo rezultatų santrauką.

Dėmesio! Klausimyne nėra teisingų ar neteisingų atsakymų. Jums tiesiog reikia išsirinkti ir pažymėti tokį atsakymą, kuris tiksliausiai atitinka Jūsų nuomonę.

Iš anksto dėkojame už atsakymus.

Klausimyno autorius: Gintautas Virketis
El. paštas: gntsvrkts767@gmail.com
Mob. tel. +370 685 70706
Vadybos katedra, Socialinių mokslų fakultetas, KU
Mokslinio darbo vadovas: prof. dr. Rimantas Stašys
Konsultantas: prof. dr. Vinsas Janušonis

1. Jūsų lytis: ☐ vyras ☐ moteris

2. Jūsų nuomone, ar sąvoka „gyvybiškai būtina medicinos pagalba“ (tai pagalba, reikalinga žmogaus gyvybei gelbėti ir išsaugoti) tapatintina su „medicinos pagalba žmogaus sveikatai gelbėti ir išsaugoti“:

☐ Šios sąvokos netapatintinos

☐ Šios sąvokos tapatintinos

3. Jūsų nuomone, ar reikia visuomenę informuoti apie tai, kas yra skubi medicinos pagalba (toliau SMP):

☐ Taip ☐ Ne

Jei pasirinkote atsakymą Ne, pereikite prie 5 klausimo.

4. Jūsų nuomone, koks būdas visuomenės informavimui apie SMP būtų priimtinesnis (1 – mažiausiai priimtinas būdas, 5-labiausiai priimtinas būdas, 6-nežinau):

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Informaciją turi suteikti šeimos gydytojas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informacija kuo plačiau turi būti suteikiama per masines informavimo priemones (televizija, radijas, spauda)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informacija turi būti pateikiama specialiuose leidiniuose, lankstinukuose ir kt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informacija turi būti skelbiama VLK, TLK, gydymo įstaigų tinklalapiuose	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Informacija turi būti suteikta atvykus į bet kurią

gydymo įstaigą prieš suteikiant paslaugą	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informacija kuo plačiau galėtų būti suteikiama naudojant sumaniąsias technologijas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašykite).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. Jūsų nuomone, ar reikalinga SMP ilgalaikės veiklos programa:
☐Taip ☐Ne ☐Nežinau

6. Ar koordinuojamas SMP teikimas su
(1–visai nekoordinuojamas, 5–gerai koordinuojamas, 6–nežinau):

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Respublikos lygmens stacionarinėmis įstaigomis	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Regionų lygmens stacionarinėmis įstaigomis	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Rajonų lygmens stacionarinėmis įstaigomis	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Greitąja medicinos pagalba (toliau – GMP)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7. Kas, Jūsų nuomone, turėtų koordinuoti SMP veiklą tarp 6 punkte išvardytų įstaigų

(1–visiškai neprivalo, 5–tiesiogiai privalo, 6–nežinau)	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – ASPĮ) vadovas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Savivaldybės gydytojas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
TLK savo zonoje	☐	☐	☐	☐	☐	☐
SAM per įsakymus, reglamentus	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašykite).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8. Ar pakanka gydytojų dirbti priėmimo skubios pagalbos skyriuje (toliau – PSPS):
☐ Taip, visiškai pakanka
☐ Pakanka, tačiau yra poreikis atostogų metu
☐ Pakanka, kadangi dirbti į PSPS, esant poreikiui, nukreipiami gydytojai iš stacionaro
☐ Trūksta atskirų profilių gydytojų (išvardyti).....
☐ Nepakanka

9. Ar, Jūsų nuomone, reikėtų naudoti karo medikus SMP teikti:
☐ Taip ☐ Ne ☐ Nežinau
Jei atsakymas 2 ar 3, pereikite prie 11 klausimo.

10. Jei taip, tai kokio krūvio apimtimi karo medikus būtų galima naudoti:
☐ Iki 0,25 etato darbo krūviu
☐ 0,25–0,5 etato darbo krūviu
☐ 0,5–0,75 etato darbo krūviu
☐ 0,75–1,0 etato darbo krūviu
☐ Priklausomai nuo specialybės ir pareigų, bet kad neprarastų profesinių įgūdžių
☐ Kita (įrašyti) .....

11. Jūsų nuomone, kuris ikistacionarinės pagalbos paslaugų teikimo modelis šiuo metu yra vyraujantis Lietuvoje:
☐ GMP brigada vyksta pas pacientą, sprendžia sveikatos problemas vietoje, į PSPS veža tik SMP teikti;

☐ Pacientas vyksta pats arba dažnai GMP brigados vežamas į PSPS dėl įvairių sveikatos būklės sutrikimų.

12. Koks, Jūsų nuomone, ikistacionarinės pagalbos teikimo modelis turėtų būti taikomas Lietuvoje:

☐ GMP brigada vyksta pas pacientą, kompetencijos ribose sprendžia sveikatos problemas vietoje;

☐ Pacientas vyksta pats arba GMP brigados vežamas į PSPS dėl įvairių sveikatos būklės sutrikimų;

☐ Mišrus

☐ Kita (aprašyti trumpai) .....

13. Kas trukdo efektyviai ir kokybiškai teikti SMP paslaugas (ikistacionarines, tarpstacionarines ir stacionarines) (1–nesvarbu, 5–labai svarbu, 6–nežinau).

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Nesubalansuotas teisinis reglamentavimas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Politikų įtaka	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lobizmas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tradicijos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Administracinio ir valdymo gebėjimų trūkumas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Neadekvatus finansavimas už paslaugas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašyti)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

14. Šiuo metu egzistuoja įvairūs pavadinimai, apibūdinantys pacientų kategorijas pagal laiką, per kurį turi būti pradėta teikti SMP. Šioje lentelėje pažymėkite tik 5 Jums priimtiniausius pacientų kategorijų pavadinimus (iš pateiktų 9 kategorijų) ir nurodykite, per kiek laiko šių kategorijų pacientams turėtų būti pradėta teikti pagalba (iš pateiktų 7 variantų) (pavadinimą ir laiko trukmę atitinkančius langelius užbraukite X):

Pacientų kategorijų pavadinimai	*Laikas, per kurį turi būti pradėta teikti skubioji medicinos pagalba*							
	Nedelsiant	*Iki 10 min.*	*Iki 30 min.*	*Iki 1 val.*	*Iki 1,5 val.*	*Iki 2 val.*	*Iki 2,5 val.*	*Kita (įrašyti)*
Kritinės būklės								
Ambulatoriniai								
Ekstriniai								
Skubūs								
Neatidėliotini								
Nedelsiantys								
Standartiniai								
Neskubūs								
Ūmūs								
Kita (pateikite savo pasiūlymą)								

15. Ar Jūs pritariate, kad pacientai pagal laiką, per kurį turi būti pradėta teikti SMP, būtų suskirstyti ne į keturias, kaip yra šiuo metu, bet į 5 kategorijas:

☐ Visiškai pritariu

☐ Pritariu

☐ Nelabai pritariu

☐ Visai nepritariu
☐ Neturiu nuomonės

16. Ar pritartumėte SMP kategorijos žymėjimui GMP palydimajame lape:
☐Taip ☐Ne ☐ Nežinau

17. Kodėl pacientai dėl SMP dažniau renkasi PSPS nei šeimos gydytoją

(1–nesvarbu, 5–labai svarbu, 6–nežinau)	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Iškviesta GMP nemokamai nuveža į PSPS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Paslaugos LPS suvokiamos kaip aukštesnės kokybės nei šeimos gydytojo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ligoninės priėmimo skyriuje laukti reikia trumpiau nei pas šeimos gydytoją	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Net jei tenka sumokėti, paslaugos kaina santykinai mažesnė už gautą naudą	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašykite).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

18. Ar pritartumėte, jei pacientai už mokestį dėl neskubios pagalbos paslaugų suteikimo, aplenkdami šeimos gydytoją, kreiptųsi tiesiai į PSPS:
☐ Taip ☐ Ne ☐ Nežinau
Jei atsakymas 2 ar 3, pereikite prie 20 klausimo.

19. Kaip, Jūsų nuomone, mokesčio už neskubios pagalbos paslaugų suteikimą įvedimas PSPS paveiktų pacientų skaičių PSPS (1–visiškai nepritariu, 5–visiškai pritariu, 6–nežinau)

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Pacientų sumažės, jie daugiau kreipsis pas šeimos gydytoją	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pacientų, kuriems tikrai reikia SMP, nesumažės	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pacientų padaugės, kadangi už santykinai nedidelę kainą jie gaus kokybiškas paslaugas ir greitai	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašykite).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

20. Jei pacientas kreipiasi į PSPS dėl SMP, bet indikacijų SMP nėra, ar PSPS vedėjas turėtų (1 – mažiausiai tinkantis nurodymas, 5–labiausiai tinkantis nurodymas, 6–nežinau:)

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Informuoti pacientą ir rekomenduoti kreiptis į šeimos gydytoją	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nekonfliktuoti su pacientu, suteikti paslaugą ir ją įforminti	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informuoti pacientą, kad už suteiktą paslaugą reikės susimokėti	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašykite).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

21. Ar turite patvirtintus pirminio paciento būklės vertinimo klausimynus PSPS pagal paciento būklę?
☐ Taip ☐ Ne ☐ Nežinau

Jei taip, trumpai apibūdinkite

.....

22. Kas šiuo metu PSPS atlieka pirminį paciento būklės vertinimą?

☐ Gydytojas
☐ Slaugytojas
☐ Kita (įrašyti).....

23. Jūsų nuomone, kokią įtaką pirminis paciento būklės vertinimas PSPS turi šiems veiksniams (1–visiškai nepritariu, 5–visiškai pritariu, 6–nežinau):

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Pagerina pacientų pralaidumą PSPS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Įgalina padidinti pacientų srautus	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sumažina laukimo laiką, per kurį turi būti pradėta teikti SMP	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Didina pacientų pasitenkinimą PSPS darbu	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sudaro galimybes geriau panaudoti PSPS žmogiškuosius išteklius	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mažina laukimo laiką iki specializuotos pagalbos (pvz., operacijos)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gerina išeitis po sunkių traumų	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašyti)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

24. Jei pirminį paciento būklės vertinimą PSPS atliktų slaugytojas, tai: (1–visiškai nepritariu, 5–visiškai pritariu, 6–nežinau):

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Pailgėtų gydytojo laikas pagrindiniam darbui	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pacientui greičiau būtų atliekami tyrimai	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pagerėtų PSPS paslaugų kokybė	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Padidėtų PSPS teikiamų paslaugų efektyvumas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašyti)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

25. Ar yra numatyta tvarka, kaip priėmimo skyriuje identifikuoti „neekstrinius vizitus“?

☐ Taip ☐ Ne ☐ Nežinau

Jei taip, trumpai apibūdinkite

.....

Jei ne, ar tokios reikėtų:

☐ Taip ☐ Ne ☐ Nežinau

26. Ar yra patvirtintas laikas, per kurį pacientas nuo atvykimo į PSPS turi būti:

	Taip	Ne	Nežinau
Apžiūrėtas gydytojo pirmą kartą	☐	☐	☐
Stacionarizuotas	☐	☐	☐
Baigtas konsultuoti ambulatoriškai	☐	☐	☐

27. Jūsų nuomone, kokią laukimo eilę (pacientų skaičius eilėje) PSPS iki patenkant pas gydytoją laikytumėte kaip ilgą:

☐ 0–5; ☐ 6–10; ☐ 11–15; ☐16–20; ☐ daugiau kaip 20.

28. Jūsų nuomone, kokią laukimo trukmę PSPS iki patenkant pas gydytoją laikytumėte kaip ilgą:
☐ 0–15 min ; ☐16–30 min.; ☐31–45 min. ; ☐46–60 min.; ☐61–90 min..; ☐91–120 min.; ☐121 min ir >

29. Jūsų nuomone, kaip dažnai išvardyti veiksniai PSPS ilgina laukimo laiką iki pagalbos teikimo (1–visiškai neilgina, 5–dažniausiai ilgina, 6–nežinau):

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Nesuderintai atvežti pacientai iš kitų ligonių	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nesunkūs pacientai, kurie „negali“ laukti	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Agresyvūs pacientai ir jų artimieji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pacientai atvyko ar atvežti be indikacijų	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tarp tyrimų ir konsultantų „besisukantys“ pacientai	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kritiniams pacientams teikiama pagalba	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Santykinai ilgų procedūrų (žaizdų siuvimo, gipsavimo, repozicijos su narkoze ir kt.) atlikimas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gydytojų trūkumas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Slaugytojų trūkumas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Patalpų, tinkamų didesniam skaičiui pacientų priimti, trūkumas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Neatskirti planinių ir ekstrinių pacientų srautai	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Neatskirti vaikščiojančių ir gulinčių pacientų srautai	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Neribojamas lydinčiųjų asmenų skaičius	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Aiškios vaizdinės informacijos trūkumas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Darbo organizavimo trūkumai	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Slenkančio aptarnavimo grafiko tarp ligoninių paskirstymas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Atvežamų GMP pacientų normos nebuvimas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pacientų priėmimo normos (valandai, parai) priėmimo skyriuje nebuvimas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pakartotinai grįžtantys pacientai po stacionarinio gydymo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašykite).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

30. Ar pritariate, kad PSPS dažnai būna labai užimti („perpildyti“):
☐ Taip ☐ Ne ☐ Nežinau
Jei atsakymas Ne, pereikite prie 32 klausimo

31. Kurie kriterijai labiausiai tiktų PSPS dideliam užimtumui apibūdinti (1–visiškai nepritariu, 5–visiškai pritariu, 6–nežinau):

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Laukiančių eilėje pacientų skaičius	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Numatoma laukimo trukmė iki gydytojo apžiūros	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pacientų, laukiančių stacionarizavimo, skaičius	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Laisvų profiliuotų lovų skaičius stacionare (chirurginių, terapinių ir kt.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bendras laisvų lovų skaičius stacionare	☐	☐	☐	☐	☐	☐
GMP brigadų priėmimas:						
1. priimami tik kritinės būklės pacientai	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. nukreipiami į kitą ligoninę	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kiti	☐	☐	☐	☐	☐	☐

32. Kur GMP turėtų transportuoti pacientą, esant sunkiai jo būklei, bet <u>aiškiam</u> susirgimo / traumos pobūdžiui / diagnozei (1–visiškai nepritariu, 5–visiškai pritariu, 6–nežinau):

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Į artimiausią atitinkamo lygmens ASPĮ ar funkcinio klasterio centrą, nepriklausomai nuo paciento būklės ir galimybių transportavimo metu suteikti pagalbą	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Į artimiausią atitinkamo lygmens ASPĮ arba funkcinio klasterio centrą, jei transportavimo metu yra galimybė teikti pagalbą ir užtikrinti paciento saugumą	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Teikti pagalbą vietoje iki būklės stabilizavimo ir tada transportuoti į artimiausią atitinkamo lygmens ASPĮ ar funkcinio klasterio centrą	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Transportuoti į artimiausios gydymo įstaigos PSPS, kurioje paciento būklė gali būti stabilizuota	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašykite).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

33. Kur GMP turėtų transportuoti pacientą, esant sunkiai jo būklei, bet <u>neaiškiam</u> susirgimo / traumos pobūdžiui / diagnozei (1–visiškai nepritariu, 5–visiškai pritariu, 6–nežinau):

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Į artimiausią atitinkamo lygmens ASPĮ ar funkcinio klasterio centrą, nepriklausomai nuo paciento būklės ir galimybių transportavimo metu suteikti pagalbą	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Į artimiausią atitinkamo lygmens ASPĮ ar funkcinio klasterio centrą, jei transportavimo metu yra galimybė užtikrinti pagalbos teikimą	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Teikti pagalbą vietoje iki būklės stabilizavimo ir tada transportuoti į artimiausią atitinkamo lygmens ASPĮ ar funkcinio klasterio centrą	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Transportuoti į artimiausios gydymo įstaigos PSPS, kurioje paciento būklė gali būti stabilizuota	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašykite).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

34. Ar tenka pervežti pacientus SMP teikti į kitas ligonines?

☐ Taip ☐ Ne

Jei pasirinkote 2 atsakymą, pereikite prie 37 klausimo.

35. Įvertinkite transportavimo priežastis pagal dažnumą (1–nedažnai, 5–labai dažnai, 6–nežinau):

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Įstaigoje trūksta specialisto reikiamai pagalbai suteikti	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Įstaiga neturi reikalingos įrangos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Specialistams trūksta patirties ir įgūdžių	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Įstaigos veikla apribota teisiškai	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Pacientas nedraustas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dėl artimųjų prašymo arba reikalavimų	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pajamos už paciento tyrimą ir gydymą nepadengia išlaidų	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Įstaiga yra viršijusi kvotas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašykite).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

36. Kokį pacientų transportavimo būdą Jūs dažniausiai naudojate (1–nedažnai, 5–labai dažnai, 6–nežinau):

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Ligoninės sanitariniu transportu tik su vairuotoju	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ligoninės sanitariniu transportui ir slaugytoja	☐	☐	☐	☐	☐	☐
GMP automobiliu (pradinio gyvybės palaikymo brigada)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
GMP automobiliu (pažangaus gyvybės palaikymo brigada)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Skubios konsultacinės pagalbos (toliau – SKP) reanimobiliu	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Artimųjų transportu	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašyti)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

37. Kas turėtų priimti sprendimą ir atsakomybę dėl paciento transportavimo (1–visiškai neatsakingas, 5–pilnai atsakingas, 6–nežinau):

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Siunčiančios įstaigos gydytojas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Priimančios įstaigos gydytojas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
SKP gydytojas konsultantas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
GMP gydytojas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita	☐	☐	☐	☐	☐	☐

38. Ar reikia paciento (atstovo) sutikimo dėl transportavimo į kitą ligoninę?

☐ Taip ☐ Ne

Jei atsakymas Ne, pereikite prie 41 klausimo.

39. Kas turėtų paimti sutikimą prieš paciento transportavimą:

☐ Siunčiantis gydytojas
☐ Transportavimą atliekantis medikas
☐ Kita (įrašyti).....

40. Kokia forma turėtų būti paimtas sutikimas prieš pacientą transportuojant:

☐ Paciento medicininė dokumentaciją, liekanti gydymo įstaigoje
☐ Atskira transportavimui skirta forma
☐ Unifikuotą paciento būklės vertinimo ir transportavimo forma
☐ Kita (įrašykite).....

41. Kuriuos veiksmus siūlote atlikti prieš paciento transportavimą (1–visiškai nesvarbu, 5–labai svarbu, 6–nežinau):

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Siunčiančiosios įstaigos gydytojas detaliai turi supažindinti su paciento būkle priimančiosios įstaigos gydytoją	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Siunčiančiojoje įstaigoje turi būti atlikti visi diagnostikos ir gydymo veiksmai, numatyti paslaugų teikimo įstaigai reikalavimuose	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Siunčiančiosios įstaigos gydytojas priimančiajai įstaigai turi pateikti radiologinius paciento vaizdus	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Prieš transportuojant atlikti būklės vertinimą prie paciento lovos pagal patvirtintą unifikuotą paciento būklės vertinimo ir perdavimo protokolą	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašykite).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

42. Kuriuos veiksmus siūlote atlikti, jei dėl paciento būklės ir transportavimo konsultuojamasi su SKP gydytojais konsultantais (1–visiškai nesvarbu, 5–labai svarbu, 6–nežinau):

	1	2	3	4	5	6
Su reikiamais specialistais pasikonsultuoti telefonu, jei jų atvykimas į ligoninę nėra būtinas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kviesti konsultacijai gydytoją anesteziologą-reanimatologą, kadangi esant poreikiui jie gali transportuoti pacientą dėl bet kokios patologijos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pacientai turi būti transportuojami tik į tą ligoninę, kurios konsultantai konsultuoja, kad būtų pacientų perimamumas, būklės stebėjimo ir gydymo tęstinumas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašyti)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

43. Ar būtų tikslinga reglamentuoti pacientų transportavimą tarp įstaigų gydymui užbaigti pagal gyvenamąją vietą po SMP paslaugų suteikimo:

☐ Taip ☐ Ne ☐ Nežinau

Jei atsakymas 2 ar 3, pereikite prie 46 klausimo.

44. Kuri įstaiga, Jūsų nuomone, tokį transportavimą turėtų atlikti:

☐ GMP
☐ Įstaiga, kuri suteikė skubios pagalbos paslaugas
☐ Įstaiga pagal paciento gyvenamąją vietą, kurioje bus baigiamas gydymas
☐ Bet kuri išvardyta

45. Ar, Jūsų nuomone, už tokį transportavimą turėtų būti mokama iš PSDF biudžeto:

☐ Taip ☐ Ne ☐ Nežinau

46. Ar šiuo metu turite sutarčių su kitomis ligoninėmis:

Dėl pacientų atvežimo tyrimams: ☐Taip ☐Ne
Dėl pacientų repatriacijos (pervežimo gydymui užbaigti pagal gyvenamąją vietą): ☐ Taip ☐ Ne
Jei ne, ar tokios sutartys būtų reikalingos ☐Taip ☐Ne ☐Nežinau ☐Kita.....

47. Kaip manote, ar sutartys, įvardytos 46 klausime, leistų:

Sumažinti pacientų srautus priėmimo skyriuje: ☐Taip ☐Ne ☐Nežinau
Atlaisvinti stacionaro lovas ūmiems atvejams: ☐Taip ☐Ne ☐Nežinau
Racionaliau planuoti žmogiškuosius ir kitus išteklius: ☐Taip ☐Ne ☐Nežinau

48. Ar turite pacientų perkėlimo iš vienos ligoninės į kitą standartizuotus paciento būklės vertinimo protokolus: ☐Taip ☐Ne ☐Nežinau

49. Ar pritartumėte, kad būtų parengtas perkeliamo paciento būklės vertinimo standartizuotas protokolas Lietuvoje:

☐Taip ☐Ne

50. Kokios iš išvardytų priemonių tinkamos pacientų srautams, teikiant SMP, reguliuoti (1–visiškai nepritariu, 5–visiškai pritariu, 6–nežinau):

	1	2	3	4	5	6
Pacientų nukreipimas į funkcinių klasterių centrus	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pacientų nukreipimas pagal skubios konsultacinės pagalbos tvarką	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pacientų nukreipimas į atitinkamo lygmens ASPĮ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Budinčių ligoninių paskirstymas pagal profilius, pagal dienas	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Pacientų transportavimas pagal ligoninės teikiamus profilius	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Transportavimas pagal paciento pageidavimą	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pacientų transportavimas į arčiausiai esančios ligoninės PSPS pagal poreikį	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pacientų transportavimas pagal sutartis tarp įstaigų	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašyti)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

51. Ar šie veiksmai pagerintų pacientų srautų valdymą (1–visiškai nepritariu, 5–visiškai pritariu, 6–nežinau):

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Priėmimo skyrių veiklos efektyvumo didinimas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Iš kitų ligoninių atvežti jau ištirti pacientai pagal nustatytus reikalavimus	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Po atliktų tyrimų ir nesudėtingų operacijų tolesniam gydymui pacientai grąžinami pagal gyvenamąją vietą	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pacientai, reikalaujantys ilgos slaugos pooperaciniu periodu, anksti tolesniam gydymui išrašyti pagal gyvenamąją vietą	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ankstyvas išrašymas reabilitaciniam gydymui	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Aktyvus stebėjimo paslaugų teikimas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašykite).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

52. Kokios priemonės, Jūsų nuomone, būtų efektyvios gerinant SMP?
Trumpai aprašykite.....
.....
.....
.....

53. Jūsų amžius metais
☐iki 30 ☐ 30–49 ☐ 50–59 ☐ 60 ir daugiau.

54. Jūsų darbo stažas:

☐ iki 5 metų ☐5–10 metų ☐11–20 metų ☐daugiau kaip 20 metų

55. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos steigėjas, kurioje Jūs dirbate, yra:
☐ SAM ☐ Savivaldybė

56. Stacionarinė asmens sveikatos priežiūros įstaiga, kurioje Jūs dirbate, yra:

☐ Rajono lygmens

☐ Regiono lygmens

☐ Respublikos lygmens

57. Stacionarinė asmens sveikatos priežiūros įstaiga, kurioje Jūs dirbate:

☐ Teikia skubios konsultacinės pagalbos paslaugas

☐ Neteikia skubios konsultacinės pagalbos paslaugų

58. Kitos Jūsų pastabos ir siūlymai

13 priedas

Skubios medicinos pagalbos valdymo anketa priėmimo skubios pagalbos skyrių vedėjams

SKUBIOS MEDICINOS PAGALBOS VALDYMO ANKETA

Priėmimo skubios pagalbos skyriaus vedėjams / administratoriams

Gerbiamas Eksperte,

Maloniai kviečiame dalyvauti Klaipėdos universiteto Socialinių mokslų fakulteto Vadybos katedros doktoranto Gintauto VIRKEČIO tyrime, kuriuo siekiama patobulinti skubios medicinos pagalbos valdymą Lietuvoje. Klausimyno duomenys bus naudojami disertacijoje. Garantuojame, kad Jūsų dalyvavimas tyrime konfidencialus, atsakymai bus analizuojami tik apibendrinta forma. Jūsų pageidavimui, pateiksime tyrimo rezultatų santrauką.

Dėmesio! Klausimyne nėra teisingų ar neteisingų atsakymų. Jums tiesiog reikia išsirinkti ir pažymėti tokį atsakymą, kuris tiksliausiai atitinka Jūsų nuomonę.

Iš anksto dėkojame už atsakymus.

Klausimyno autorius Gintautas Virketis
El. paštas: gntsvrkts767@gmail.com
Mob. tel. +370 685 70706
Vadybos katedra, Socialinių mokslų fakultetas, KU
Mokslinio darbo vadovas prof. dr. Rimantas Stašys
Konsultantas prof. dr. Vinsas Janušonis

1. Jūsų lytis: ☐ vyras ☐ moteris

2. Jūsų nuomone, ar reikia visuomenę informuoti apie tai, kas yra skubi medicinos pagalba (toliau SMP):
☐Taip ☐Ne
Jei pasirinkote atsakymą Ne, pereikite prie 4 klausimo.

3. Jūsų nuomone, koks būdas visuomenei informuoti apie SMP būtų priimtinesnis (1–mažiausiai priimtinas, 5–labiausiai priimtinas, 6–nežinau):

	1	2	3	4	5	6
Informaciją turi suteikti šeimos gydytojas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informacija kuo plačiau turi būti suteikiama per masines informavimo priemones (televizija, radijas, spauda)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informacija turi būti pateikiama specialiuose leidiniuose, lankstinukuose ir kt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informacija turi būti skelbiama VLK, TLK, gydymo įstaigų tinklalapiuose	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informacija turi būti suteikta atvykus į bet kurią gydymo įstaigą prieš suteikiant paslaugą	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informacija kuo plačiau galėtų būti teikiama naudojant sumaniąsias technologijas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašykite).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4. Ar koordinuojamas SMP teikimas su
(1–visai nekoordinuojamas, 5–geai koordinuojamas, 6–nežinau): **1 2 3 4 5 6**

Respublikos lygmens stacionarinėmis įstaigomis	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Regiono lygmens stacionarinėmis įstaigomis	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Rajono lygmens stacionarinėmis įstaigomis	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Greitąja medicinos pagalba (toliau – GMP)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. Ar pakanka gydytojų dirbti priėmimo skubios pagalbos skyriuje (toliau – PSPS):
☐Taip, visiškai pakanka
☐Pakanka, tačiau yra poreikis atostogų metu
☐Pakanka, kadangi dirbti į PSPS, esant poreikiui, nukreipiami gydytojai iš stacionaro
☐ Trūksta atskirų profilių gydytojų (išvardyti) .....
☐ Nepakanka

6. Ar, Jūsų nuomone, reikėtų naudoti karo medikus SMP teikti:
☐Taip ☐Ne ☐Nežinau.
Jei atsakymas 2 ar 3, pereikite prie 8 klausimo.

7. Jei taip, tai kokio krūvio apimtimi karo medikus būtų galima naudoti:
☐Iki 0,25 etato darbo krūviu
☐0,25–0,5 etato darbo krūviu
☐0,5–0,75 etato darbo krūviu
☐0,75–1,0 etato darbo krūviu
☐Priklausomai nuo specialybės ir pareigų, bet kad neprarastų profesinių įgūdžių
☐Kita (įrašyti) .....

8. Jūsų nuomone, kuris ikistacionarinės pagalbos paslaugų teikimo modelis šiuo metu yra vyraujantis Lietuvoje:
☐ GMP brigada vyksta pas pacientą, sprendžia sveikatos problemas vietoje, į PSPS veža tik SMP teikti;

☐ Pacientas vyksta pats arba dažnai GMP brigados vežamas į PSPS dėl įvairių sveikatos būklės sutrikimų.

9. Koks, Jūsų nuomone, ikistacionarinės pagalbos teikimo modelis turėtų būti taikomas Lietuvoje:

☐ GMP brigada vyksta pas pacientą, kompetencijos ribose sprendžia sveikatos problemas vietoje;

☐ Pacientas vyksta pats arba GMP brigados vežamas į PSPS dėl įvairių sveikatos būklės sutrikimų;

☐ Mišrus
☐ Kita (aprašyti trumpai) .....

10. Jūsų nuomone, ar sąvoka „gyvybiškai būtina medicinos pagalba“ (tai pagalba, reikalinga žmogaus gyvybei gelbėti ir išsaugoti) tapatintina su „medicinos pagalba žmogaus sveikatai gelbėti ir išsaugoti“:
☐ Šios sąvokos netapatintinos
☐ Šios sąvokos tapatintinos

11. Kurios, Jūsų nuomone, SMP kategorijos tiktų „gyvybiškai būtinos medicinos pagalbos“ sampratai apibūdinti:

☐Tik 1 kategorijos klinikinės būklės
☐Tik 2 kategorijos klinikinės būklės

☐Tik 1 ir 2 kategorijų, kurios atitinka paciento kritinės būklės sąvoką, klinikinės būklės
☐1–4 kategorijų klinikinės būklės
☐ Kita (įrašyti).....

12. Šiuo metu egzistuoja įvairūs pavadinimai, apibūdinantys pacientų kategorijas pagal laiką, per kurį turi būti pradėta teikti SMP. Šioje lentelėje pažymėkite tik 5 Jums priimtiniausius pacientų kategorijų pavadinimus (iš pateiktų 9 kategorijų) ir nurodykite, per kiek laiko šių kategorijų pacientams turėtų būti pradėta teikti pagalba (iš pateiktų 7 variantų) (pavadinimą ir laiko trukmę tinkančius langelius užbraukite X):

Pacientų kategorijų pavadinimai	*Laikas, per kurį turi būti pradėta teikti skubi medicinos pagalba*							
	Nedelsiant	*Iki 10 min.*	*Iki 30 min.*	*Iki 1 val.*	*Iki 1,5 val.*	*Iki 2 val.*	*Iki 2,5 val.*	*Kita (įrašyti)*
Kritinės būklės								
Ambulatoriniai								
Ekstriniai								
Skubūs								
Neatidėliotini								
Nedelsiantys								
Standartiniai								
Neskubūs								
Ūmūs								
Kita (pateikite savo pasiūlymą)								

13. Ar Jūs pritariate, kad pacientai pagal laiką, per kurį turi būti pradėta teikti SMP, būtų skirstomi ne į 4, kaip yra šiuo metu, bet į 5 kategorijas:
☐ Visiškai pritariu
☐ Pritariu
☐ Nelabai pritariu
☐ Visai nepritariu
☐ Neturiu nuomonės

14. Ar pritartumėte SMP kategorijos žymėjimui GMP palydimajame lape:
☐Taip ☐Ne ☐ Nežinau

15. Kodėl pacientai dėl SMP dažniau renkasi PSPS nei šeimos gydytoją (1–nesvarbu, 5–labai svarbu, 6–nežinau)

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Iškviesta GMP nemokamai nuveža į PSPS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Paslaugos LPS suvokiamos kaip aukštesnės kokybės nei šeimos gydytojo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ligoninės priėmimo skyriuje laukti reikia trumpiau nei pas šeimos gydytoją	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Net jei tenka sumokėti, paslaugos kaina santykinai mažesnė už gautą naudą	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašykite).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

16. Ar pritartumėte, jei pacientai už mokestį dėl neskubios pagalbos paslaugų suteikimo, aplenkdami šeimos gydytoją, kreiptųsi tiesiai į PSPS:

☐Taip ☐Ne ☐Nežinau

Jei atsakymas 2 ar 3, pereikite prie 18 klausimo.

17. Kaip, Jūsų nuomone, mokesčio už neskubios pagalbos paslaugų suteikimą įvedimas PSPS paveiktų pacientų skaičių PSPS (1–visiškai nepritariu, 5–visiškai pritariu, 6–nežinau)

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Pacientų sumažės, jie daugiau kreipsis į šeimos gydytoją	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pacientų, kuriems tikrai reikia SMP, nesumažės	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pacientų padaugės, kadangi už santykinai nedidelę kainą jie gaus kokybiškas paslaugas ir greitai	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašykite).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

18. Jei pacientas kreipiasi į PSPS dėl SMP, bet indikacijų SMP nėra, ar PSPS vedėjas turėtų (1–mažiausiai tinkantis nurodymas, 5–labiausiai tinkantis nurodymas, 6–nežinau:)

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Informuoti pacientą ir rekomenduoti kreiptis į šeimos gydytoją	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nekonfliktuoti su pacientu, suteikti paslaugą ir ją įforminti	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informuoti pacientą, kad už suteiktą paslaugą reikės mokėti	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašykite).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

19. Ar turite patvirtintus pirminio paciento būklės vertinimo klausimynus PSPS pagal paciento būklę?

☐Taip ☐Ne ☐Nežinau

Jei taip, trumpai apibūdinkite

.....

20. Kas šiuo metu PSPS atlieka pirminį paciento būklės vertinimą?

☐Gydytojas

☐Slaugytojas

☐Kita (įrašyti).....

21. Jūsų nuomone, kokią įtaką pirminis paciento būklės vertinimas PSPS turi šiems veiksniams (1–visiškai nepritariu, 5–visiškai pritariu, 6–nežinau):

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Pagerina pacientų pralaidumą PSPS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Įgalina padidinti pacientų srautus	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Trumpina laukimo laiką, per kurį turi būti pradėta teikti SMP	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Didina pacientų pasitenkinimą PSPS darbu	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sudaro galimybes geriau panaudoti PSPS žmogiškuosius išteklius	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Trumpina laukimo laiką iki specializuotos pagalbos (pvz., operacijos)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gerina išeitis po sunkių traumų	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašyti)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

22. Jei pirminį paciento būklės vertinimą PSPS atliktų slaugytojas, tai: (1–visiškai nepritariu, 5–visiškai pritariu, 6–nežinau):

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Pailgėtų gydytojo laikas pagrindiniam darbui	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pacientui greičiau būtų atliekami tyrimai	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pagerėtų PSPS paslaugų kokybė	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Padidėtų PSPS teikiamų paslaugų efektyvumas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašyti)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

23. Ar yra numatyta tvarka, kaip PSPS identifikuoti „neekstrinius vizitus“?

☐Taip ☐Ne ☐Nežinau

Jei taip, trumpai apibūdinkite

.....

Jei ne, ar tokios reikėtų:

☐Taip ☐Ne ☐Nežinau

24. Ar yra patvirtintas laikas, per kurį pacientas nuo atvykimo į PSPS turi būti:

	Taip	Ne	Nežinau
Apžiūrėtas gydytojo pirmą kartą	☐	☐	☐
Stacionarizuotas	☐	☐	☐
Baigtas konsultuoti ambulatoriškai	☐	☐	☐

25. Jūsų nuomone, kokią laukimo eilę (pacientų skaičius eilėje) PSPS iki patenkant pas gydytoją laikytumėte kaip ilgą:

☐ 0–5 ☐ 6–10 ☐ 11–15 ☐16–20 ☐ daugiau 20

26. Jūsų nuomone, kokią laukimo trukmę PSPS iki patekimo pas gydytoją laikytumėte kaip ilgą:

☐ 0–15 min. ☐16–30 min. ☐31–45 min. ☐46–60 min. ☐61–90 min. ☐91–120 min. ☐121 min ir >

27. Jūsų nuomone, kaip dažnai išvardyti veiksniai PSPS ilgina laukimo laiką iki pagalbos teikimo (1–visiškai neilgina, 5–dažniausiai ilgina, 6–nežinau):

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Nesuderintai atvežti pacientai iš kitų ligonių	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nesunkūs pacientai, kurie „negali“ laukti	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Agresyvūs pacientai ir jų artimieji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pacientai atvyko ar atvežti be indikacijų	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tarp tyrimų ir konsultantų „besisukantys“ pacientai	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kritiniams pacientams teikiama pagalba	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Santykinai ilgų procedūrų (žaizdų siuvimo, gipsavimo, repozicijos su narkoze ir kt.) atlikimas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gydytojų trūkumas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Slaugytojų trūkumas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Patalpų, tinkamų didesniam skaičiui pacientų priimti, trūkumas	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Neatskirti planinių ir ekstrinių pacientų srautai	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Neatskirti vaikščiojančių ir gulinčių pacientų srautai	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Neribojamas lydinčių asmenų skaičius	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Aiškios vaizdinės informacijos trūkumas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Darbo organizavimo trūkumai	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Slenkančio aptarnavimo grafiko tarp ligoninių paskirstymas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Atvežamų GMP pacientų normos nebuvimas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pacientų priėmimo normos (valandos, paros) priėmimo skyriuje nebuvimas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pakartotinai grįžtantys pacientai po stacionarinio gydymo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašykite).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

28. Ar pritariate, kad PSPS dažnai būna labai užimti („perpildyti“):

☐Taip ☐Ne ☐ Nežinau

Jei atsakymas Ne, pereikite prie 32 klausimo.

29. Kurie kriterijai labiausiai tiktų PSPS dideliam užimtumui apibūdinti (1–visiškai nepritariu, 5–visiškai pritariu, 6–nežinau):

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Laukiančių eilėje pacientų skaičius	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Numatoma laukimo trukmė iki gydytojo apžiūros	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pacientų, laukiančių stacionarizavimo, skaičius	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Laisvų profiliuotų lovų skaičius stacionare (chirurginių, terapinių ir kt.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bendras laisvų lovų skaičius stacionare	☐	☐	☐	☐	☐	☐
GMP brigadų priėmimas:						
1. priimami tik kritinės būklės pacientai	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. nukreipiami į kitą ligoninę	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kiti	☐	☐	☐	☐	☐	☐

30. Kur GMP turėtų transportuoti pacientą, esant sunkiai jo būklei, bet <u>aiškiam</u> susirgimo / traumos pobūdžiui / diagnozei (1–visiškai nepritariu, 5–visiškai pritariu, 6–nežinau):

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Į artimiausią atitinkamo lygmens ASPĮ arba funkcinio klasterio centrą, nepriklausomai nuo paciento būklės ir galimybių transportavimo metu suteikti pagalbą	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Į artimiausią atitinkamo lygmens ASPĮ arba funkcinio klasterio centrą, jei transportavimo metu yra galimybė teikti pagalbą ir užtikrinti paciento saugumą	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Teikti pagalbą vietoje iki būklės stabilizavimo ir tada transportuoti į artimiausią atitinkamo lygmens ASPĮ arba funkcinio klasterio centrą	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Transportuoti į artimiausios gydymo įstaigos PSPS, kurioje paciento būklė gali būti stabilizuota	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašykite).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

31. Kur GMP turėtų transportuoti pacientą, esant sunkiai jo būklei, bet <u>neaiškiam</u> susirgimo / traumos pobūdžiui / diagnozei (1–visiškai nepritariu, 5–visiškai pritariu, 6–nežinau):

	1	2	3	4	5	6	
Į artimiausią atitinkamo lygmens ASPĮ arba funkcinio klasterio centrą, nepriklausomai nuo paciento būklės ir galimybių transportavimo metu suteikti pagalbą	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Į artimiausią atitinkamo lygmens ASPĮ arba funkcinio klasterio centrą, jei transportavimo metu yra galimybė užtikrinti pagalbos teikimą	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Teikti pagalbą vietoje iki būklės stabilizavimo ir tada transportuoti į artimiausią atitinkamo lygmens ASPĮ arba funkcinio klasterio centrą		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Transportuoti į artimiausios gydymo įstaigos PSPS, kurioje paciento būklė gali būti stabilizuota	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Kita (įrašykite).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

32. Kokios priemonės, Jūsų nuomone, būtų efektyvios gerinant SMP ?

Trumpai aprašykite.....
.....
.....
.....

33. Jūsų amžius metais
☐ iki 30 ☐ 30–49 ☐ 50–59 ☐ 60 ir daugiau

34. Jūsų darbo stažas:
☐ iki 5 metų ☐ 5–10 metų ☐ 11–20 metų ☐ daugiau kaip 20 metų

35. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje Jūs dirbate, steigėjas yra :
☐ SAM ☐ Savivaldybė

36. Stacionarinė asmens sveikatos priežiūros įstaiga, kurioje Jūs dirbate, yra:

☐ Rajono lygmens

☐ Regiono lygmens

☐ Respublikos lygmens

37. Kitos Jūsų pastabos ir pasiūlymai

14 priedas

Skubios medicinos pagalbos valdymo anketa stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovams

SKUBIOS MEDICINOS PAGALBOS VALDYMO ANKETA

Reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyrių vadovams / vedėjams / administratoriams

Gerbiamas Eksperte,

Maloniai kviečiame dalyvauti Klaipėdos universiteto Socialinių mokslų fakulteto Vadybos katedros doktoranto Gintauto VIRKEČIO tyrime, kuriuo siekiama patobulinti skubios medicinos pagalbos valdymą Lietuvoje. Klausimyno duomenys bus naudojami disertacijoje. Garantuojame, kad Jūsų dalyvavimas tyrime konfidencialus, atsakymai bus analizuojami tik apibendrinta forma. Jūsų pageidavimu, pateiksime tyrimo rezultatų santrauką.

Dėmesio! Klausimyne nėra teisingų ar neteisingų atsakymų. Jums tiesiog reikia išsirinkti ir pažymėti tokį atsakymą, kuris tiksliausiai atitinka Jūsų nuomonę.

Iš anksto dėkojame už atsakymus.

Klausimyno autorius Gintautas Virketis
El. paštas: gntsvrkts767@gmail.com
Mob. tel. +370 685 70706
Vadybos katedra, Socialinių mokslų fakultetas, KU
Mokslinio darbo vadovas prof. dr. Rimantas Stašys
Konsultantas prof. dr. Vinsas Janušonis

1. Jūsų lytis: ☐ vyras ☐ moteris

2. Jūsų nuomone, ar sąvoka „gyvybiškai būtina medicinos pagalba“ (tai pagalba, reikalinga žmogaus gyvybei gelbėti ir išsaugoti) tapatintina su „medicinos pagalba žmogaus sveikatai gelbėti ir išsaugoti“:

☐ Šios sąvokos netapatintinos
☐ Šios sąvokos tapatintinos

3. Jūsų nuomone, ar reikia visuomenę informuoti apie tai, kas yra skubi medicinos pagalba (toliau SMP):

☐Taip ☐Ne

Jei pasirinkote atsakymą Ne, pereikite prie 5 klausimo.

4. Jūsų nuomone, koks būdas visuomenei informuoti apie SMP būtų priimtinesnis (1 – mažiausiai priimtinas, 5–labiausiai priimtinas, 6–nežinau):

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Informaciją turi suteikti šeimos gydytojas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informacija kuo plačiau turi būti suteikiama per masines informavimo priemones (televizija, radijas, spauda)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informacija turi būti pateikiama specialiuose leidiniuose, lankstinukuose ir kt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informacija turi būti skelbiama VLK, TLK, gydymo įstaigų tinklalapiuose	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informacija turi būti suteikta atvykus į bet kurią gydymo įstaigą prieš suteikiant paslaugą	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Informacija kuo plačiau galėtų būti teikiama naudojant sumaniąsias technologijas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašykite).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. Jūsų nuomone, ar reikalinga SMP ilgalaikės veiklos programa:

☐Taip ☐Ne ☐Nežinau

6. Ar koordinuojamas SMP teikimas su (1–visai nekoordinuojamas, 5–geai koordinuojamas, 6–nežinau):

	1	2	3	4	5	6
Respublikos lygmens stacionarinėmis įstaigomis	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Regiono lygmens stacionarinėmis įstaigomis	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Rajono lygmens stacionarinėmis įstaigomis	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Greitąja medicinos pagalba (toliau – GMP)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7. Kas, Jūsų nuomone, turėtų koordinuoti SMP veiklą tarp 6 punkte išvardytų įstaigų (1–visiškai neprivalo, 5–tiesiogiai privalo, 6–nežinau)

	1	2	3	4	5	6
Asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – ASPĮ) vadovas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Savivaldybės gydytojas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
TLK savo zonoje	☐	☐	☐	☐	☐	☐
SAM per įsakymus, reglamentus	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašykite).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8. Ar, Jūsų nuomone, reikėtų naudoti karo medikus SMP teikti:

☐Taip ☐Ne ☐Nežinau

Jei atsakymas 2 ar 3, pereikite prie 10 klausimo.

9. Jei taip, tai kokio krūvio apimtimi karo medikus būtų galima naudoti:

☐Iki 0,25 etato darbo krūviu
☐0,25–0,5 etato darbo krūviu
☐0,5–0,75 etato darbo krūviu
☐0,75–1,0 etato darbo krūviu
☐Priklausomai nuo specialybės ir pareigų, bet kad neprarastų profesinių įgūdžių
☐Kita (įrašyti) .....

10. Jūsų nuomone, kuris ikistacionarinės pagalbos paslaugų teikimo modelis šiuo metu yra vyraujantis Lietuvoje:

☐ GMP brigada vyksta pas pacientą, sprendžia sveikatos problemas vietoje, į priėmimo skubios pagalbos skyrių (toliau – PSPS) veža tik SMP teikti;

☐ Pacientas vyksta pats arba dažnai GMP brigados vežamas į PSPS dėl įvairių sveikatos būklės sutrikimų.

11. Koks, Jūsų nuomone, ikistacionarinės pagalbos teikimo modelis turėtų būti taikomas Lietuvoje:

☐ GMP brigada vyksta pas pacientą, kompetencijos ribose sprendžia sveikatos problemas vietoje;

☐ Pacientas vyksta pats arba GMP brigados vežamas į PSPS dėl įvairių sveikatos būklės sutrikimų;

☐ Mišrus
☐ Kita (aprašyti trumpai) .....

12. Kas trukdo efektyviai ir kokybiškai teikti SMP paslaugas (ikistacionarines, tarpstacionarines ir stacionarines) (1–nesvarbu, 5–labai svarbu,6–nežinau)?

	1	2	3	4	5	6
Nesubalansuotas teisinis reglamentavimas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Politikų įtaka	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lobizmas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tradicijos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Administracinio ir valdymo gebėjimų trūkumas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Neadekvatus finansavimas už paslaugas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašyti)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

13. Šiuo metu egzistuoja įvairūs pavadinimai, apibūdinantys pacientų kategorijas pagal laiką, per kurį turi būti pradėta teikti SMP. Šioje lentelėje pažymėkite tik 5 Jums priimtiniausių pacientų kategorijų pavadinimus (iš pateiktų 9 kategorijų) ir nurodykite, per kiek laiko šių kategorijų pacientams turėtų būti pradėta teikti pagalba (iš pateiktų 7 variantų) (pavadinimą ir laiko trukmę tinkančius langelius užbraukite X):

Pacientų kategorijų pavadinimai	*Laikas, per kurį turi būti pradėta teikti skubi medicinos pagalba*							
	Nedelsiant	*Iki 10 min.*	*Iki 30 min.*	*Iki 1 val.*	*Iki 1,5 val.*	*Iki 2 val.*	*Iki 2,5 val.*	*Kita (įrašyti)*
Kritinės būklės								
Ambulatoriniai								
Ekstriniai								
Skubūs								
Neatidėliotini								
Nedelsiantys								
Standartiniai								
Neskubūs								
Ūmūs								
Kita (pateikite savo pasiūlymą)								

14. Ar Jūs pritariate, kad pacientai pagal laiką, per kurį turi būti pradėta teikti SMP, būtų suskirstyti ne į 4, kaip yra šiuo metu, bet į 5 kategorijas:

☐ Visiškai pritariu
☐ Pritariu
☐ Nelabai pritariu
☐ Visai nepritariu
☐ Neturiu nuomonės

15. Jūsų nuomone, kokią laukimo eilę (pacientų skaičius eilėje) PSPS iki patenkant pas gydytoją laikytumėte kaip ilgą:

☐ 0–5 ☐ 6–10 ☐ 11–15 ☐16–20 ☐ daugiau kaip 20

16. Jūsų nuomone, kokią laukimo trukmę PSPS iki patenkant pas gydytoją laikytumėte kaip ilgą:

☐ 0–15 min. ☐16–30 min. ☐31–45 min. ☐46–60 min. ☐61–90 min. ☐91–120 min. ☐121 min. ir >

17. Ar pritariate, kad PSPS dažnai būna labai užimti („perpildyti“):

☐Taip ☐Ne ☐ Nežinau

Jei atsakymas Ne, pereikite prie 32 klausimo.

18. Kur GMP turėtų transportuoti pacientą, esant sunkiai jo būklei, bet aiškiam susirgimo / traumos pobūdžiui / diagnozei (1–visiškai nepritariu, 5–visiškai pritariu, 6–nežinau):

	1	2	3	4	5	6
Į artimiausią atitinkamo lygmens ASPĮ arba funkcinio klasterio centrą, nepriklausomai nuo paciento būklės ir galimybių transportavimo metu suteikti pagalbą	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Į artimiausią atitinkamo lygmens ASPĮ arba funkcinio klasterio centrą, jei transportavimo metu yra galimybė teikti pagalbą ir užtikrinti paciento saugumą	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Teikti pagalbą vietoje iki būklės stabilizavimo ir tada transportuoti į artimiausią atitinkamo lygmens ASPĮ arba funkcinio klasterio centrą	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Transportuoti į artimiausios gydymo įstaigos PSPS, kurioje paciento būklė gali būti stabilizuota	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašykite).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

19. Kur GMP turėtų transportuoti pacientą, esant sunkiai jo būklei, bet neaiškiam susirgimo / traumos pobūdžiui / diagnozei (1–visiškai nepritariu, 5–visiškai pritariu, 6–nežinau):

	1	2	3	4	5	6
Į artimiausią atitinkamo lygmens ASPĮ arba funkcinio klasterio centrą, nepriklausomai nuo paciento būklės ir galimybių transportavimo metu suteikti pagalbą	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Į artimiausią atitinkamo lygmens ASPĮ arba funkcinio klasterio centrą, jei transportavimo metu yra galimybė užtikrinti pagalbos teikimą	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Teikti pagalbą vietoje iki būklės stabilizavimo ir tada transportuoti į artimiausią atitinkamo lygmens ASPĮ arba funkcinio klasterio centrą	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Transportuoti į artimiausios gydymo įstaigos PSPS, kurioje paciento būklė gali būti stabilizuota	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašykite).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

20. Ar tenka transportuoti pacientus SMP teikti į kitas ligonines?

☐Taip ☐Ne

Jei pasirinkote 2 atsakymą, pereikite prie 23 klausimo.

21. Įvertinkite transportavimo priežastis pagal dažnumą (1–nedažnai, 5–labai dažnai, 6–nežinau):

	1	2	3	4	5	6
Įstaigoje trūksta specialisto reikiamai pagalbai teikti	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Įstaiga neturi reikalingos įrangos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Specialistams trūksta patirties ir įgūdžių	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Įstaigos veikla apribota teisiškai	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pacientas nedraustas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dėl artimųjų prašymo arba reikalavimų	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pajamos už paciento tyrimą ir gydymą nepadengia išlaidų	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Įstaiga yra viršijusi kvotas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašykite).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

22. Kokį pacientų transportavimo būdą Jūs dažniausiai naudojate (1–nedažnai, 5–labai dažnai, 6–nežinau):

	1	2	3	4	5	6
Ligoninės sanitariniu transportu tik su vairuotoju	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ligoninės sanitariniu transportui ir slaugytoju	☐	☐	☐	☐	☐	☐
GMP automobiliu (pradinio gyvybės palaikymo brigada)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
GMP automobiliu (pažangaus gyvybės palaikymo brigada)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Skubios konsultacinės pagalbos (toliau – SKP) reanimobiliu	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Artimųjų transportu	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašyti)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

23. Kas turėtų priimti sprendimą ir atsakomybę dėl paciento transportavimo

(1–visiškai neatsakingas, 5–visiškai atsakingas, 6–nežinau):	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Siunčiančiosios įstaigos gydytojas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Priimančiosios įstaigos gydytojas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
SKP gydytojas konsultantas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
GMP gydytojas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita	☐	☐	☐	☐	☐	☐

24. Ar reikia paciento (atstovo) sutikimo dėl transportavimo į kitą ligoninę?
☐Taip ☐Ne
Jei atsakymas Ne, pereikite prie 41 klausimo.

25. Kas turėtų paimti sutikimą prieš paciento transportavimą:
☐Siunčiantis gydytojas
☐Transportavimą atliekantis medikas
☐Kita (įrašyti).....

26. Kokia forma turėtų būti paimtas sutikimas prieš paciento transportavimą:

☐Paciento medicininė dokumentacija, liekanti gydymo įstaigoje
☐Atskira transportavimui skirta forma
☐Unifikuota paciento būklės vertinimo ir transportavimo forma
☐Kita (įrašykite).....

27. Kuriuos veiksmus siūlote atlikti prieš pacientą transportuojant (1–visiškai nesvarbu, 5–labai svarbu, 6–nežinau):

	1	2	3	4	5	6
Siunčiančiosios įstaigos gydytojas detaliai turi supažindinti su paciento būkle priimančiosios įstaigos gydytoją	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Siunčiančiojoje įstaigoje turi būti atlikti visi diagnostikos ir gydymo veiksmai, numatyti paslaugų teikimo įstaigai reikalavimuose	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Siunčiančiosios įstaigos gydytojas priimančiajai įstaigai turi pateikti radiologinius paciento vaizdus	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Prieš transportuojant atlikti būklės vertinimą prie paciento lovos pagal patvirtintą unifikuotą paciento būklės vertinimo ir perdavimo protokolą	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašykite).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

28. Kuriuos veiksmus siūlote atlikti, jei dėl paciento būklės ir transportavimo konsultuojamasi su SKP gydytojais konsultantais (1–visiškai nesvarbu, 5–labai svarbu, 6–nežinau):

	1	2	3	4	5	6
Su reikiamais specialistais pasikonsultuoti telefonu, jei jų atvykimas į ligoninę nėra būtinas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kviesti konsultacijai gydytoją anesteziologą-reanimatologą, kadangi esant poreikiui jie gali transportuoti pacientą dėl bet kokios patologijos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pacientai turi būti transportuojami tik į tą ligoninę, kurios konsultantai konsultuoja, kad būtų pacientų perimamumas, būklės stebėjimo bei gydymo tęstinumas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašyti)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

29. Ar būtų tikslinga reglamentuoti pacientų transportavimą tarp įstaigų gydymui užbaigti pagal gyvenamąją vietą po SMP paslaugų suteikimo:
☐Taip ☐Ne ☐nežinau
Jei atsakymas 2 ar 3, pereiti prie 46 klausimo.

30. Ar turite pacientų perkėlimo iš vienos ligoninės į kitą standartizuotus paciento būklės vertinimo protokolus: ☐Taip ☐Ne ☐Nežinau

31. Ar pritartumėte, kad būtų parengtas perkeliamo paciento būklės vertinimo standartizuotas protokolas Lietuvoje: ☐Taip ☐Ne

32. Kokios iš išvardytų priemonių tinkamos pacientų srautams, teikiant SMP, reguliuoti

(1–visiškai nepritariu, 5–visiškai pritariu, 6–nežinau):	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Pacientų nukreipimas į funkcinių klasterių centrus	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pacientų nukreipimas pagal skubios konsultacinės pagalbos tvarką	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pacientų nukreipimas į atitinkamo lygmens ASPĮ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Budinčių ligoninių paskirstymas pagal profilius, pagal dienas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pacientų transportavimas pagal ligoninės teikiamus profilius	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Transportavimas pagal paciento pageidavimą	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pacientų transportavimas į arčiausiai esančios ligoninės PSPS pagal poreikį	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pacientų transportavimas pagal sutartis tarp įstaigų	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašyti)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

33. Kokios priemonės, Jūsų nuomone, būtų efektyvios gerinant SMP?
Trumpai aprašykite .....
.....
.....

34. Jūsų amžius metais
☐ iki 30 ☐ 30–49 ☐ 50–59 ☐ 60 ir daugiau

35. Jūsų darbo stažas:
☐ iki 5 metų ☐ 5–10 metų ☐ 11–20 metų ☐ daugiau kaip 20 metų

36. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje Jūs dirbate, steigėjas yra:
☐ SAM ☐ Savivaldybė

37. Stacionarinė asmens sveikatos priežiūros įstaiga, kurioje Jūs dirbate, yra:
☐ Rajono lygmens ☐ Regiono lygmens ☐ Respublikos lygmens

38. Stacionarinė asmens sveikatos priežiūros įstaiga, kurioje Jūs dirbate:
☐ Teikia skubios konsultacinės pagalbos paslaugas
☐ Neteikia skubios konsultacinės pagalbos paslaugų

39. Kitos Jūsų pastabos ir pasiūlymai.....

15 priedas

Skubios medicinos pagalbos valdymo anketa greitosios medicinos pagalbos įstaigų vadovams

SKUBIOS MEDICINOS PAGALBOS VALDYMO ANKETA

Greitosios medicinos pagalbos įstaigų vadovams / administratoriams

Gerbiamas Eksperte,

Maloniai kviečiame dalyvauti Klaipėdos universiteto Socialinių mokslų fakulteto Vadybos katedros doktoranto Gintauto VIRKEČIO tyrime, kuriuo siekiama patobulinti skubios medicinos pagalbos valdymą Lietuvoje. Klausimyno duomenys bus naudojami disertacijoje. Garantuojame, kad Jūsų dalyvavimas tyrime konfidencialus, atsakymai bus analizuojami tik apibendrinta forma. Jūsų pageidavimu, pateiksime tyrimo rezultatų santrauką.

Dėmesio! Klausimyne nėra teisingų ar neteisingų atsakymų. Jums tiesiog reikia išsirinkti ir pažymėti tokį atsakymą, kuris tiksliausiai atitinka Jūsų nuomonę.

Iš anksto dėkojame už atsakymus.

Klausimyno autorius Gintautas Virketis
El. paštas: gntsvrkts767@gmail.com
Mob. tel. +370 685 70706
Vadybos katedra, Socialinių mokslų fakultetas, KU
Mokslinio darbo vadovas prof. dr. Rimantas Stašys
Konsultantas prof. dr. Vinsas Janušonis

1. Jūsų lytis: ☐ vyras ☐ moteris

2. Jūsų nuomone, ar sąvoka „gyvybiškai būtina medicinos pagalba“ (tai pagalba, reikalinga žmogaus gyvybei gelbėti ir išsaugoti) tapatintina su „medicinos pagalba žmogaus sveikatai gelbėti ir išsaugoti“:

☐ Šios sąvokos netapatintinos
☐ Šios sąvokos tapatintinos

3. Jūsų nuomone, ar reikia visuomenę informuoti apie tai, kas yra skubi medicinos pagalba (toliau SMP):

☐Taip ☐Ne

Jei pasirinkote atsakymą Ne, pereikite prie 5 klausimo.

4. Jūsų nuomone, koks būdas visuomenei informuoti apie SMP būtų priimtinesnis (1–mažiausiai priimtinas būdas, 5–labiausiai priimtinas būdas, 6–nežinau):

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Informaciją turi suteikti šeimos gydytojas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informacija kuo plačiau turi būti suteikiama per masines informavimo priemones (televizija, radijas, spauda)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informacija turi būti pateikiama specialiuose leidiniuose, lankstinukuose ir kt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informacija turi būti skelbiama VLK, TLK, gydymo įstaigų tinklalapiuose	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informacija turi būti suteikta atvykus į bet kurią gydymo įstaigą prieš suteikiant paslaugą	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informacija kuo plačiau galėtų būti teikiama						

naudojant sumaniąsias technologijas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašykite).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. Jūsų nuomone, ar reikalinga SMP ilgalaikės veiklos programa:

☐Taip ☐Ne ☐Nežinau

6. Ar koordinuojamas SMP teikimas su (1–visai nekoordinuojamas, 5–geai koordinuojamas, 6–nežinau):

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Respublikos lygmens stacionarinėmis įstaigomis	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Regiono lygmens stacionarinėmis įstaigomis	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Rajono lygmens stacionarinėmis įstaigomis	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Greitąja medicinos pagalba (toliau – GMP)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7. Kas, Jūsų nuomone, turėtų koordinuoti SMP veiklą tarp 6 punkte išvardytų įstaigų

(1–visiškai neprivalo, 5–tiesiogiai privalo, 6–nežinau):	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – ASPĮ) vadovas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Savivaldybės gydytojas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
TLK savo zonoje	☐	☐	☐	☐	☐	☐
SAM per įsakymus, reglamentus	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašykite).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8. Ar, Jūsų nuomone, reikėtų naudoti karo medikus SMP teikti:

☐Taip ☐Ne ☐Nežinau

Jei atsakymas 2 ar 3, pereikite prie 10 klausimo.

9. Jei taip, tai kokio krūvio apimtyje karo medikus būtų galima naudoti:

☐Iki 0,25 etato darbo krūviu
☐0,25–0,5 etato darbo krūviu
☐0,5–0,75 etato darbo krūviu
☐0,75–1,0 etato darbo krūviu
☐Priklausomai nuo specialybės ir pareigų, bet kad neprarastų profesinių įgūdžių
☐Kita (įrašyti) .....

10. Jūsų nuomone, kuris ikistacionarinės pagalbos paslaugų teikimo modelis šiuo metu yra vyraujantis Lietuvoje:

☐ GMP brigada vyksta pas pacientą, sprendžia sveikatos problemas vietoje, į priėmimo skubios pagalbos skyrių (toliau – PSPS) veža tik SMP teikti;

☐ Pacientas vyksta pats arba dažnai GMP brigados vežamas į PSPS dėl įvairių sveikatos būklės sutrikimų.

11. Koks, Jūsų nuomone, ikistacionarinės pagalbos teikimo modelis turėtų būti taikomas Lietuvoje:

☐ GMP brigada vyksta pas pacientą, kompetencijos ribose sprendžia sveikatos problemas vietoje;

☐ Pacientas vyksta pats arba GMP brigados vežamas į PSPS dėl įvairių sveikatos būklės sutrikimų;

☐Mišrus
☐Kita (aprašyti trumpai) .....

12. Kas trukdo efektyviai ir kokybiškai teikti SMP paslaugas (ikistacionarines, tarpstacionarines ir stacionarines) (1–nesvarbu, 5–labai svarbu,6–nežinau):

	1	2	3	4	5	6
Nesubalansuotas teisinis reglamentavimas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Politikų įtaka	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lobizmas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tradicijos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Administracinio ir valdymo gebėjimų trūkumas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Neadekvatus finansavimas už paslaugas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašyti)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

13. Šiuo metu egzistuoja įvairūs pavadinimai, apibūdinantys pacientų kategorijas pagal laiką, per kurį turi būti pradėta teikti SMP. Šioje lentelėje pažymėkite tik 5 Jums priimtiniausius pacientų kategorijų pavadinimus (iš pateiktų 9 kategorijų) ir nurodykite, per kiek laiko šių kategorijų pacientams turėtų būti pradėta teikti pagalba (iš pateiktų 7 variantų) (pavadinimą ir laiko trukmę tinkančius langelius užbraukite X):

Pacientų kategorijų pavadinimai	*Laikas, per kurį turi būti pradėta teikti skubioji medicinos pagalba*							
	Nedelsiant	*Iki 10 min.*	*Iki 30 min.*	*Iki 1 val.*	*Iki 1,5 val.*	*Iki 2 val.*	*Iki 2,5 val.*	*Kita (įrašyti)*
Kritinės būklės								
Ambulatoriniai								
Ekstriniai								
Skubūs								
Neatidėliotini								
Nedelsiantys								
Standartiniai								
Neskubūs								
Ūmūs								
Kita (pateikite savo pasiūlymą)								

14. Ar Jūs pritariate, kad pacientai pagal laiką, per kurį turi būti pradėta teikti SMP, būtų suskirstyti ne į 4, kaip yra šiuo metu, bet į 5 kategorijas:

☐ Visiškai pritariu
☐ Pritariu
☐ Nelabai pritariu
☐ Visai nepritariu
☐ Neturiu nuomonės

15. Ar pritartumėte SMP kategorijos žymėjimui GMP kvietimo kortelėje:

☐Taip ☐Ne ☐ Nežinau

16. Ar pritartumėte, jei pacientai už mokestį dėl neskubios pagalbos paslaugų suteikimo, aplenkdami šeimos gydytoją, kreiptųsi tiesiai į PSPS:

☐Taip ☐Ne ☐Nežinau

17. Ar pritariate, kad PSPS dažnai būna labai užimti („perpildyti“):

☐Taip ☐Ne ☐Nežinau

18. Kur GMP turėtų transportuoti pacientą, esant sunkiai jo būklei, bet aiškiam susirgimo / traumos pobūdžiui / diagnozei (1–visiškai nepritariu, 5–visiškai pritariu, 6–nežinau):

	1	2	3	4	5	6
Į artimiausią atitinkamo lygmens ASPĮ arba funkcinio klasterio centrą, nepriklausomai nuo paciento būklės ir galimybių transportavimo metu suteikti pagalbą	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Į artimiausią atitinkamo lygmens ASPĮ arba funkcinio klasterio centrą, jei transportavimo metu yra galimybė teikti pagalbą ir užtikrinti paciento saugumą	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Teikti pagalbą vietoje iki būklės stabilizavimo ir tada transportuoti į artimiausią atitinkamo lygmens ASPĮ arba funkcinio klasterio centrą	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Transportuoti į artimiausios gydymo įstaigos PSPS, kurioje paciento būklė gali būti stabilizuota	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašykite).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

19. Kur GMP turėtų transportuoti pacientą, esant sunkiai jo būklei, bet neaiškiam susirgimo / traumos pobūdžiui / diagnozei (1–visiškai nepritariu, 5–visiškai pritariu, 6–nežinau):

	1	2	3	4	5	6
Į artimiausią atitinkamo lygmens ASPĮ arba funkcinio klasterio centrą, nepriklausomai nuo paciento būklės ir galimybių transportavimo metu suteikti pagalbą	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Į artimiausią atitinkamo lygmens ASPĮ arba funkcinio klasterio centrą, jei transportavimo metu yra galimybė užtikrinti pagalbos teikimą	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Teikti pagalbą vietoje iki būklės stabilizavimo ir tada transportuoti į artimiausią atitinkamo lygmens ASPĮ arba funkcinio klasterio centrą	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Transportuoti į artimiausios gydymo įstaigos PSPS, kurioje paciento būklė gali būti stabilizuota	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita (įrašykite).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

20. Ar tenka transportuoti pacientus SMP teikti tarp ligoninių?
☐Taip ☐Ne

21. Kas turėtų priimti sprendimą ir atsakomybę dėl paciento transportavimo (1–visiškai neatsakingas, 5–visiškai atsakingas, 6–nežinau):

	1	2	3	4	5	6
Siunčiančiosios įstaigos gydytojas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Priimančiosios įstaigos gydytojas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Skubios konsultacinės pagalbos (toliau – SKP) gydytojas konsultantas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
GMP gydytojas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kita	☐	☐	☐	☐	☐	☐

22. Ar reikia paciento (atstovo) sutikimo dėl transportavimo į kitą ligoninę?
☐Taip ☐Ne
Jei atsakymas Ne, pereikite prie 25 klausimo.

23. Kas turėtų paimti sutikimą prieš paciento transportavimą:
☐Siunčiantis gydytojas
☐Transportavimą atliekantis medikas
☐Kita (įrašyti).....

24. Kokia forma turėtų būti paimtas sutikimas prieš paciento transportavimą:

☐Paciento medicininė dokumentacija, liekanti gydymo įstaigoje
☐Atskira transportavimui skirtą forma
☐Unifikuota paciento būklės vertinimo ir transportavimo forma
☐Kita (įrašykite).....

25. Jei būtų reglamentuotas pacientų transportavimas tarp įstaigų gydymui užbaigti pagal gyvenamąją vietą po SMP paslaugų suteikimo, kuri įstaiga, Jūsų nuomone, tokį transportavimą turėtų atlikti:
☐GMP
☐Įstaiga, kuri suteikė skubios pagalbos paslaugas
☐Įstaiga pagal paciento gyvenamąją vietą, kurioje bus baigiamas gydymas
☐ Bet kuri išvardyta

26. Ar, Jūsų nuomone, už transportavimą tarp įstaigų turėtų būti mokama iš PSDF biudžeto:
☐Taip ☐Ne ☐Nežinau

27. Ar GMP turi patvirtintus skubios ikistacionarinės pagalbos protokolus?
☐Taip ☐Ne ☐Yra rengiami ☐Nežinau ☐Yra atskiriems atvejams
☐Kita (įrašyti).....

28. Ar yra GMP protokolų, bendrų su ligoninės PSPS?
☐Taip ☐Ne ☐Yra ruošiama ☐Nežinau ☐Yra atskiriems atvejams
(įrašyti).....

29. Ar GPM turi patvirtintus kriterijus, į kurią gydymo įstaigą reikia vežti pacientus dėl SMP teikimo?
☐Taip ☐Ne ☐Nežinau

30. Ar GMP veža pacientą į gydymo įstaigą jo reikalavimu?
☐Taip ☐Ne ☐Nežinau

31. Dėl kurių priežasčių labiausiai sumažėjo GMP paslaugų, suteiktų vietoje pas pacientą, apimtys (1–visiškai nesutinku, 5–visiškai sutinku, 6–nežinau):

	1	2	3	4	5	6
• Sumažėjęs bendras brigadų skaičius	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Sumažėjęs gydytojų brigadų skaičius	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Sumažėjęs specializuotų gydytojų brigadų skaičius	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Pacientų reikalavimas vežti į ligoninę	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Paramedikams nepriskirta gydymo funkcija	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Kita (įrašykite)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

32. Kokios priemonės, Jūsų nuomone, būtų efektyvios gerinant SMP?
Trumpai aprašykite.....
.....
.....
.....

33. Jūsų amžius metais
☐ iki 30 ☐ 30–49 ☐ 50–59 ☐ 60 ir daugiau.

34. Jūsų darbo stažas
☐ iki 5 metų ☐ 5–10 metų ☐ 11–20 metų ☐ daugiau kaip 20 metų

35. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje Jūs dirbate, steigėjas yra:
☐ SAM ☐ Savivaldybė ☐ Privatus asmuo

36. Kitos Jūsų pastabos ir pasiūlymai.....

16 priedas

Tyrime dalyvavusių ASPĮ ir GMP įstaigų teritorinis išsidėstymas ir dalyvių skaičius

Kintamasis ir jo kategorijos	Atvejų skaičius	Atvejų dažnis, proc.
Miestas / rajonas, kuriame dirba respondentas:		
Anykščiuose	1	0,8
Elektrėnuose	2	1,7
Gargždуose	4	3,3
Ignalinoje	1	0,8
Jonavoje	3	2.5
Kaišiadoryse	1	0,8
Kaune	4	4,1
Kazlų Rūdoje	1	0,8
Kėdainiuose	4	3,3
Kelmėje	1	0,8
Klaipėdoje	14	11,9
Kretingoje	3	2,5
Kupiškyje	3	2,5
Marijampolėje	3	2,5
Mažeikiuose	3	2,5
Molėtuose ir Vilniuje	1	0,8
Naujojoje Akmenėje	1	0,8
Panevėžyje	4	3,3
Pasvalyje	3	2,5
Plungėje	1	0,8
Radviliškyje	1	0,8
Raseiniuose	2	1,6
Šiauliuose	3	0,8
Šilalėje	3	2,5
Šilutėje	3	2,5
Skuode	3	2,5
Tauragėje	2	1,7
Ukmergėje	2	1,7
Utenoje	1	0,8
Vilniuje	7	5,9
Zarasuose	1	0,8
Nenurodė	28	23,8

Tyrimo dalyvių socialinė demografinė charakteristika* (*Į analizę neįtrauktos tyrimo dalyvių, neatsakiusių į klausimą, atvejų dažnio reikšmės). Šaltinis: sudaryta autoriaus.

17 priedas

Veiksmingos priemonės gerinant SMP sistemos valdymą

SMP organizacinės priemonės
Sampratos: 1) Aiški informacija apie būtinosios medicinos pagalbos mastą. **Finansavimas:** 1) Tobulinti teisinę bazę ir finansavimo modelį; 2) Pakankamas finansavimas, kvalifikuoti specialistai, aukštesnis atlyginimas nei stacionare; 3) Skubios medicinos pagalbos mokymai personalui turėtų būti reguliarūs ir vykdomi ne paties mediko ar ASPĮ lėšomis, bet atskiru programiniu finansavimu. **Paslaugų apmokėjimas:** 1) Adekvatus teikiamos pagalbos lygmens apmokėjimas, gydymo ir transportavimo reglamentas; 2) GMP paslaugų (transportavimo) apmokejimas iš PSDF. **Mokamos paslaugos:** 1) Aiški informacija dėl mokamų paslaugų nesant būtinosios medicinos pagalbos sudėties; 2) Apmokestinti nebūtinosios medicinos pagalbos teiktas paslaugas; 3) Įvesti mokestį už GMP paslaugas, jeigu nuvykus į skubios pagalbos skyrių jokių SMP indikacijų nerasta; 4) Skubių ligonių diferencijavimas. Nesant skubios pagalbos poreikio – pacientų apmokestinimas; 5) Mokamas GMP iškvietimas, jei nereikia būtinosios pagalbos. **Veiklos koordinavimas:** 1) Kokybiškesnis GMP, gaisrinės, policijos tarnybų darbas; 2) Aktyvesnis bendradarbiavimas su kitomis įstaigomis; 3) Kartais sunku susiderinti siekiant stacionarizuoti ligonį; 4) Tikslesnis SMP koordinavimas; 5) Sureguliuoti GMP tarnybų ir BPC bendradarbiavimą; 6) Kiekviena tarnyba turi dirbti savo kompetencijos ribose; 7) Kolegiškumas, korektiškumas, komunikavimas tarp II ir III lygmens gydymo įstaigų gydytojų. **Veiklos organizavimas:** 1) Informacinių technologijų plėtojimas, diagnostikos galimybių PSPS gerinimas, SMP organizavimo tobulinimas visais lygmenimis; 2) Medicinos aparatūros kai kurių vienetų atnaujinimas; 3) GMP pagalbos ir priėmimo skyrių modernizavimas; 4) SAM aktyvi pozicija, visuomenės informavimas, klasterių atidarymas, tinkamas finansavimas, medicinos darbuotojų draudimas; 5) Sistemos sukūrimas ir valdymo, t. y. darbo organizavimo, kokybės pagerinimas; 6) Nepabloginti sąlygų skubiai pagalbai teikti rajono lygmens ligoninėse. **Visuomenės švietimas:** 1) Šviesti visuomenę apie SMP indikacijas.

Priemonės SMP pacientų srautams valdyti (pacientų atranka, būklės vertinimas, apžiūros laikas, laukimo laikas, standartų taikymas)
Būklės vertinimas: 1) GMP darbuotojai privalėtų atsakyti, kodėl nenugabeno paciento iškart į reikalingą funkcinio klasterio centrą, esant aiškiai diagnozei (pvz., insultas, politrauma, MI), bet atvežė pagal gyvenamąją vietą į artimiausią gydymo įstaigą; 2) Konkrečios, tikslios nuorodos GMP dėl SMP teikimo vietoje ir nukreipimo (šiuo metu GMP teikia tik transportavimą į priėmimo skyrių pacientų pageidavimu ir ne dėl SMP); 3) Pacientai turi būti grupuojami pagal skubios medicinos pagalbos kategorijas jau nuo GMP, jei atvyko patys, priėmimo skyriuje registruojant pacientus; 4) Kreipimasis tik pagal indikacijas, su aiškiu savo skundų pateikimu. **Apžiūros laikas, eilės:** 1) Kokybiškas šeimos gydytojų darbas, ypač gydant lėtines ligas. Eilių mažinimas pas šeimos gydytoją, įdarbinant daugiau šeimos gydytojų; 2) Efektyviau dirbti profilaktinį darbą. **SMP protokolų ir standartų parengimas:** 1) Unifikuotų protokolų ir tvarkos, reglamentuojančių SMP teikimą, įteisinimas; 2) Sukurti SAM arba SMP draugijos patvirtintus skubių medicinos būklių ir ligų gydymo algoritmus bei metodikas; 3) Peržiūrėti SMP kategorijas, nes šiuo metu galiojančios ne visada atitinka pacientų, kuriems būtina teikti pagalbą, būklę. **Pacientų atranka:** 1) Nevykti į iškvietimus, kurie neatitinka SAM patvirtintų SMP kriterijų; 2) Mažinti kriterijus, pagal kuriuos GMP turi vykti pas pacientus. Dabar vykstama praktiškai pas visus, kurie skambina, todėl pajėgos iššvaistomos, o kai reikia jas skirti rimtiems kvietimams, vėluojama ir panašiai; 3) PSPS ligoniai gali būti ženklinami pagal skubumą, laukiantieji daugiau anketuojami; 4) Atskirti nebūtinąją pagalbą, aktyviau turi dirbti miesto poliklinikos, kurios sudarytų sutartis su šeimos centrais, kurių darbuotojai F27 siunčia į priėmimo skyrių; 5) Tretinio lygmens įstaigos turėtų teikti tik tretinio lygmens paslaugas, o rajoninės ligoninės – atrinkti ligonius, kuriems tikslinga ir būtina ši pagalba; 6) Kad priėmimo skyriai nebūtų apkrauti alkoholikais, benamiais; nereikėtų spręsti socialinių problemų; kad GMP teiktų SMP vietoje; kad į ASPĮ siunčiami ligoniai turėtų privalomus tyrimus; 7) Į skubios pagalbos skyrius pacientai turi patekti tik skubiai pagalbai. Priėmimo skyriai neturi būti verčiami teikti pirminio lygio paslaugų. Pirminio lygio paslaugų teikimą turi užtikrinti šeimos gydytojai. Greitoji medicinos pagalba turi teikti būtinąją pagalbą; 8) Reikia pradėti teikti pagalbą vietoje, vežti pagal profilį, jei neaišku, − į daugiaprofilę ligoninę.

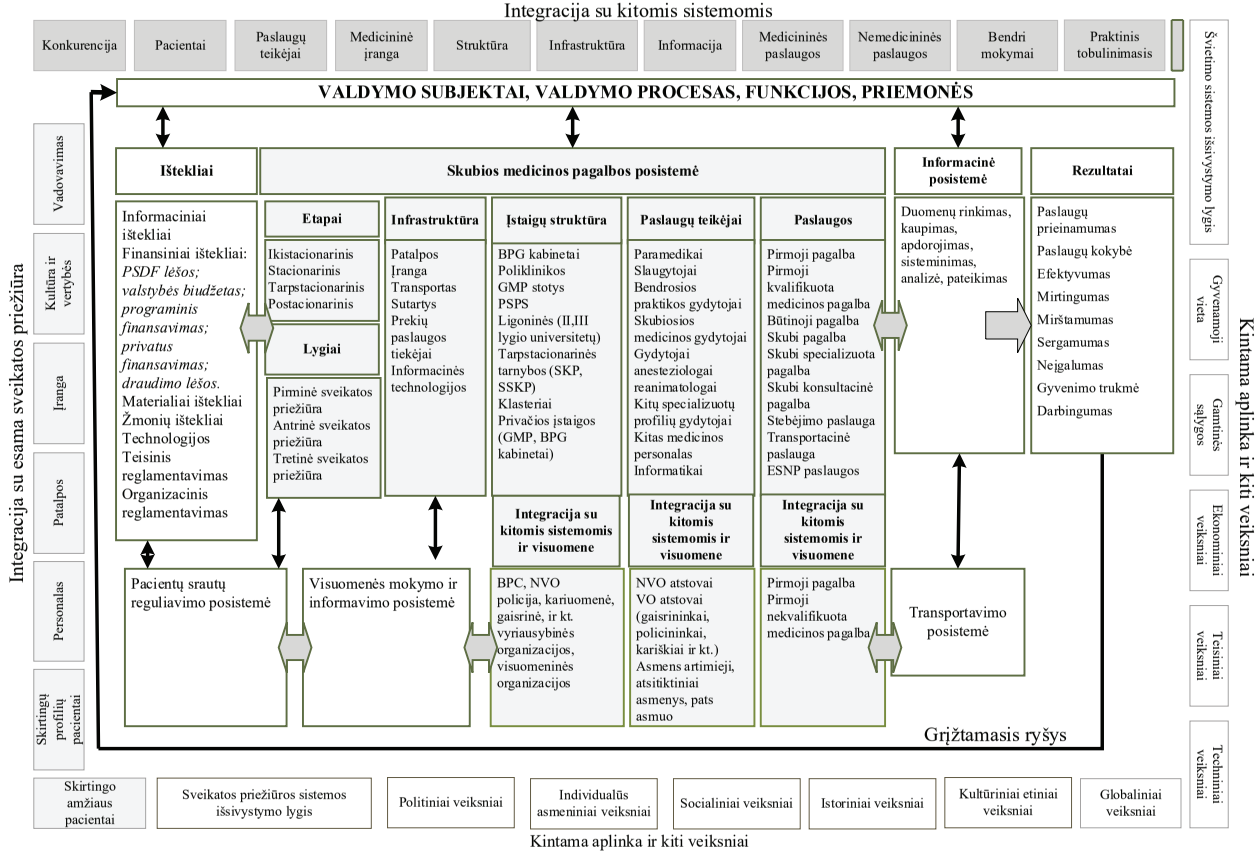
Pacientų tarpstacionarinis transportavimas
• Laiku gauta informacija apie sunkų pacientą, trumpa ir aiški, greit užpildoma speciali transportavimo forma ir jos teisingas užpildymas; • Jei gydymo įstaiga teikia skubią transportavimo paslaugą, bet neturi tokio gydymo profilio ligoninėje ir patirties, tokios paslaugos neturėtų teikti; • GMP neturėtų teikti transportavimo paslaugos; • Sudaryti salygas po skubios pagalbos pacientą siųsti į gydymo įstaigą pagal gyvenamąją vietą.

Žmogiškieji ištekliai
• SMP specialistų rengimas; • Mažų miestų ir miestelių GMP brigadą sudaro tik vienas slaugytojas ir vairuotojas, dažnai trūksta dar vieno darbuotojo; • Jauni kadrai. Kaip žinoma, visoje Lietuvoje nemaža dalis SMP specialistų yra pensinio arba priešpensinio amžiaus; • Kuo skubiau pradėti valstybės lėšomis rengti skubios medicinos pagalbos slaugos specialistus; • Būtina dažnai kelti SMP teikiančių asmenų kvalifikaciją; • Įstaigų vadovų, skyrių vedėjų administracinių gebėjimų SMP srityje tobulinimas; • Finansavimo didinimas ir personalo skaičiaus optimizavimas priėmimo skyriuose; • GMP personalo kvalifikacijos gerinimas, PSPS skubios pagalbos gydytojų, daugiau vidurinio medicinos personalo rengimas, jo kompetencijos tobulinimas; • GMP darbuotojų kvalifikacijos kėlimas, pakankamas priėmimo skubios pagalbos skyrių personalo skaičius ir kvalifikacija; • GMP kvalifikacijos ir aprūpinimo kėlimas, reanimacijos skyrių rajoninėse ligoninėse atkūrimas; • Pakankamas slaugytojų skaičius, pakankamas gydytojų (budinčių specialistų) skaičius, personalo kvalifikacija, darbo organizacija; • GMP felčerių kvalifikacijos kėlimas, kad beveik visi pacientai nebūtų suvežami į PSPS.

Šaltinis: sudaryta autoriaus.

18 priedas

Detalus skubios medicinos pagalbos sistemos valdymo modelis



Klaipėdos universiteto leidykla

Gintautas Virketis
SKUBIOS MEDICINOS PAGALBOS SISTEMOS VALDYMO TOBULINIMAS
Daktaro disertacija

Klaipėda, 2017

SL 1335. 2017 04 18. Apimtis 24,13 sąl. sp. l. Tiražas 20 egz.
Išleido ir spausdino Klaipėdos universiteto leidykla, Herkaus Manto g. 84, 92294 Klaipėda
Tel. (8 46) 398 891, el. paštas: leidykla@ku.lt; interneto adresas: http://www.ku.lt/leidykla/