

KONCEPTUALŪS SKUBIOSIOS MEDICINOS PAGALBOS VALDYMO MODELIAI

Rimantas Stašys¹, Gintautas Virketis²

¹ Prof. dr. Klaipėda University, Minijos str. 153, Klaipėda. Tel. +370 398676.

E-mail Rimantas.Stasys@ku.lt

² Vicedirector. Klaipėda university hospital. E-mail virketis@kul.lt

Įteikta 2014 05 12; priimta 2014 06 06

Skubiosios medicinos pagalbos valdymo esmę sudaro: ligų bei nelaimingų atsitikimų prevencija, pasirengimą veikti nelaimingo atsitikimo ar ligos atveju, greitą reagavimą bei gydymą. Visos skubios pagalbos valdymo esmė – sumažinti mirties bei neįgalumo atvejus. Tyrimo tikslas – išnagrinėjus skubiosios medicinos pagalbos sudėtį ir apimtį, įvertinti pasaulyje naudojamus skubios medicinos pagalbos valdymo modelių tinkamumą Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje. Vertinant skubios medicinos pagalbos sandarą naudojama sisteminė Lietuvos Respublikoje šią veiklą reglamentuojančių dokumentų analizė, mokslinės literatūros bendroji ir loginė analizė. Siekiant nustatyti skubios konsultacinės pagalbos apimtį, numatyti raidos tendencijas, naudojamas statistinis duomenų apdorojimas, lyginimas ir apibendrinimas. Per 2009–2013 metus didėjo skubios konsultacinės pagalbos ir mažėjo specializuotos skubios konsultacinės pagalbos apimtys. Anglų-amerikiečių bei prancūzų-vokiečių tinkamumas Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje priklauso nuo nelaimingų įvykių sudėtingumo arba specifikos, o taip pat nuo turimų žmogiškųjų išteklių ir atitinkamos infrastruktūros.

Reikšminiai žodžiai: skubioji medicinos pagalba, skubiosios medicinos pagalbos valdymas.

JEL kodai: I11, I12, I18.

1. Įvadas

Skubioji medicinos pagalba – svarbus sveikatos priežiūros sistemos komponentas pasauliniu lygiu. Atlikti stebėjimai rodo, jog skubiosios medicinos pagalbos poreikis, nežiūrint vykstančių sveikatos priežiūros reformų, tobulinamų administracinių valdymo modelių, ir toliau didės. Pastarieji procesai būdingi ir Lietuvai. Šalyje išlieka aukšti mirtingumo rodikliai, nemažėja sužalojimų ir traumų, mirčių dėl savižudybių skaičius, nesuderintos veiklos tarp funkcijas dubliuojančių sveikatos priežiūros specialistų, tinkamai nepanaudojamos techninės galimybės pagalbos teikimui ekstremaliais atvejais. Skubios medicinos pagalbos valdymas paprastai suprantamas kaip sistema valdanti žmogiškuosius bei medicininius išteklius, siekiant užtikrinti pagalbą ištikus nelaimingam atsitikimui. Skubios pagalbos valdymo esmę sudaro: ligų bei nelaimingų atsitikimų prevencija, pasirengimą veikti nelaimingo atsitikimo ar ligos atveju, greitą reagavimą bei gydymą. Visos skubios pagalbos valdymo esmė – sumažinti mirties bei neįgalumo atvejus. Vienas iš aspektų skubios medicinos pagalbos valdymo – skubios medicinos teikiamos paslaugos (Fleischmann, 2007).

Skubios pagalbos valdymo modeliai – integruota visos skubios medicinos pagalbos teikiamų paslaugų dalis vaidinanti svarbų vaidmenį visoje sveikatos apsaugos sistemoje. Kritinių situacijų metu pastarieji modeliai veikia kaip pirmas ir pagrindinis veiksnys, užtikrinantis skubią medicinos pagalbą prieš pasiekiant reikiamas gydymo įstaigas bei mažinantis pacientų mirtingumo rodiklius įvykus nelaimingam atsitikimui ar ligos atveju.

Problema. Kadangi Lietuvoje vykstančių nelaimingų atsitikimų ir ūmių būklių dėl ligų skaičius nuolat didėja, o ištekčiai skirti skubiai medicinos pagalbai didėja neženkliai, tenka ieškoti optimalių turimų išteklių panaudojimo galimybių. Reikia pasirinkti tokį, skubios medicinos pagalbos išteklių valdymo modelį, kuris garantuos visuomenės saugumą bei užtikrins reikiamą skubią pagalbą (kiek įmanomą greitesnę bei kokybiškesnę) nukentėjusiajam. Taigi problemą galima suformuluoti taip: kuris iš pasaulyje paplitusių skubios medicinos pagalbos valdymo modelių geriausiai tinkamas Lietuvos sveikatos priežiūros sistemai?

Tyrimo tikslas – išnagrinėjus skubiosios medicinos pagalbos sudėtį ir apimtį, įvertinti pasaulyje naudojamus skubios medicinos pagalbos valdymo modelių tinkamumą Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje.

2. Tyrimo metodika

Kadangi skubi medicininė pagalba yra daugiaaspektis reiškinys, tarpusavyje jungiantis tokius skubios medicinos sistemos aspektus kaip: skubi medicinos pagalba, skubios medicinos pagalbos paslaugos, skubios medicinos pagalbos valdymas, greitoji medicinos pagalba, pirmoji medicinos pagalba, būtinoji medicinos pagalba, skubioji konsultacinė sveikatos priežiūros pagalba, vertinant skubios medicinos pagalbos sandarą naudojama sisteminė Lietuvos respublikoje šią veiklą reglamentuojančių dokumentų analizė, mokslinės literatūros bendroji ir loginė analizė.

Siekiant nustatyti skubios konsultacinės pagalbos apimtį, numatyti raidos tendencijas, naudojamas statistinis duomenų apdorojimas, lyginimas ir apibendrinimas. S. Al-Shaqsi (2010), D. R. Anthony (2011), M. Bahadori (2014), S. R. Bahman (2007), T. Fleischmann ir G. Fulde (2007) mokslinės literatūros analizė ir sintezė naudojama ir lyginant pasaulyje naudojamus skubiosios medicinos pagalbos valdymo teorinius modelius.

3. Tyrimo rezultatai

Skubioji medicinos pagalba. Skubioji medicinos pagalba (SMP) yra tokia pagalba, kuri teikiama nedelsiant arba neatidėliotinai, kai dėl ūmių klinikinių būklių gresia pavojus paciento ar aplinkinių gyvybei arba tokios pagalbos nesuteikimas laiku sukelia sunkių komplikacijų grėsmę pacientams (Specializuotos... 2014). Pagal Lietuvoje galiojančius teisės aktus (Dėl būtiniosios... 2004), skubioji medicinos pagalba priskiriama būtinajai medicinos pagalbai. Būtinoji (pirmoji ir skubioji) medicinos pagalba asmens sveikatos priežiūroje įstaigose teikiama visiems pacientams. Būtinoji

medicinos pagalba teikiama etapais: pirmiausia suteikiama pirmoji medicinos pagalba, po to – skubioji institucinė pagalba. Kai kuriais atvejais tai gali būti vykdoma vienu metu. Skubioji medicinos pagalba teikiama ambulatorines ir stacionarines paslaugas teikiančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose.

Lietuvoje SMP pagal indikacijas skirstoma į keturias kategorijas. Esant pirmos kategorijos indikacijoms skubioji medicinos pagalba teikiama nedelsiant, esant antros – gydymas pradedamas ne vėliau kaip per 10 min. nuo atvykimo į ligoninę, esant trečiai – gydymas pradedamas ne vėliau kaip per 30 min. nuo atvykimo į ligoninę, o esant ketvirtai – gydymas pradedamas ne vėliau kaip per valandą nuo atvykimo į ligoninę

SMP teikiama tol, kol paciento būklė tampa stabili ir tos būklės nebegalima priskirti nė vienai iš keturių kategorijų arba 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 (Dėl būtiniosios... 2004). Pastarasis įsakymo teiginys tik patvirtina, jog skubioji medicinos pagalba labiau orientuota į stacionarinių nei į ambulatorinių paslaugų teikimą.

SMP teikia ir pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos, taip pat greitosios medicinos pagalbos (GMP) tarnyba, kurios funkcijos yra kuo skubiau suteikti pirmąją kvalifikuotą medicininę pagalbą, užtikrinti žmogaus organizmo gyvybines funkcijas ir tuo pačiu užkirsti kelią galimoms komplikacijoms, jei reikia, kuo skubiau pristatyti pacientą į ligoninę.

Skubiosios medicinos pagalbos paslaugų sistema susideda iš kvalifikuoto medicinos personalo, modernios medicinos įrangos, galinčios užtikrinti kokybišką pagalbą teikimą, susidarius skubios pagalbos reikalaujančiam atvejui (Kuehl, 2002). Skubios medicinos pagalbos sistema yra labai plati sfera, apimanti ikihospitalinę pagalbą nuo pirmojo reagavimo į skubios pagalbos atvejį iki skubios pagalbos komandos (medikų, slaugytojų) darbo skubios intensyvios terapijos skyriuose. Remiantis efektyviai valdoma bei gerai organizuota šių paslaugų sistema kur kas labiau sutrumpėja laikas nuo įvykusio skubios pagalbos įvykio iki skubios pagalbos teikimo.

Sveikatos priežiūros sistemai nuolat tobulėjant ir vykstant šalyje sveikatos sistemos regionalizacijos procesams kuomet siekiama, jog visi šalies regionai gautų kiek įmanoma geresnę ir efektyvesnę skubiąją pagalbą, skubios pagalbos paslaugų vaidmuo tampa itin reikšmingas. Skubios medicinos pagalbos paslaugų organizavimas, planavimas, koordinavimas, nuolatinis personalo mokymasis bei visuomenės švietimas yra būtini komponentai šalies skubios sveikatos priežiūros sistemos kokybiškam bei efektyviam valdymui užtikrinti.

Greitoji medicinos pagalba. Vienas iš skubios medicinos pagalbos paslaugų komponentų – GMP. Bendruoju požiūriu GMP – specializuota sveikatos apsaugos tarnyba, teikianti medicininę pagalbą nelaimingo atsitikimo (traumos, apsinuodijimo) ir ūminės ligos atveju, kai delsti yra pavojinga žmogaus sveikatai ir gyvybei. Teikiama bet kurios paros metu gatvėje, įmonėje, įstaigoje, namuose arba nukentėjusysis ar ligonis vežamas į ligoninę (Dėl greitosios... 2011).

GMP paslaugų suteikimo operatyvumą paskatino ir integruota sveikatos apsaugos sistema – klasteriai (gydymo centrai), pradėję savo veiklą šalyje insultų, infarktų, traumų bei onkologijos srityse. Sveikatos apsaugos ministerijos (SAM) patvirtintuose tvarkos aprašuose numatyti konkretūs reikalavimai GMP tarnyboms, koks turėtų būti jų darbo organizavimas esant skubios pagalbos atvejui. Tokiais atvejais pacientas, kuriam įtariami sunkūs ligos ar traumos atvejai GMP tarnybos veža pacientą į artimiausią apskrities centro stacionarinę asmens sveikatos priežiūros įstaigą (ASPI) kur gali būti suteikiama pacientui reikiama skubi pagalba. Jei pacientas atvežtas į apskrities stacionarinę ASPI, kuri neteikia paslaugų, būtinų paciento būklei stabilizuoti šios ASPI priėmimo-skubiosios pagalbos skyriaus gydytojas sprendžia dėl paciento transportavimo į kitą stacionarinę ASPI, kur šios paslaugos teikiamos, ir esant indikacijų organizuoja paciento transportavimą.

Panašiai GMP darbas organizuojamas užtikrinant skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos paslaugų prieinamumą. Įvykus įvykiui, kuriam reikalinga skubi medicinos pagalba (1, 2, 3, 4 kategorijos), GMP privalo ligonį transportuoti į artimiausią aukštesniojo lygio gydymo (respublikinis lygmuo) įstaigą. Jeigu GMP medikai, vietoje įvertinę ligonio būklę, nustato, kad ji – nestabili ligonis vežamas į artimiausią gydymo įstaigą, kurioje yra Intensyviosios terapijos skyrius. Aplinkybėms susiklosčius ir taip, jog ligonio neįmanoma nugabenti į aukštesniojo lygio sveikatos priežiūros instituciją, GMP ligonį taip pat pristato į artimiausią gydymo įstaigą, kuri pajėgi suteikti reikiamą pagalbą (Dėl pacientų siuntimo... 2010).

Skubi konsultacinė pagalba. 2008 m. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-39 „Dėl skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (Dėl skubios... 2008) skubioji konsultacinė pagalba yra 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. Nuo 2008 metų atsisakyta skubiosios konsultacinės pagalbos skirstymo į lygius (II ir III lygių) ir perėita prie skubios konsultacinės (SKP) bei specializuotos skubios konsultacinės pagalbos (SSKP) skirstymo.

Kaip matyti iš oficialiųjų teisių dokumentų apibrėžties, skubi konsultacinė bei specializuota skubi konsultacinės pagalba reglamentuoja ir įvardija vienodą teikiamos pagalbos esmę, tačiau šie du terminai skiriasi skirtingų profilių gydytojų teikiamomis paslaugomis bei apmokėjimu už suteiktas paslaugas. Skubią konsultacinę teikia 4 specialybių brigados ir specializuotą skubią konsultacinę pagalbą teikia 7 specialybių gydytojai.

Pagal galiojantį SAM įsakymą SKP konsultantą iškviešti gali skyriaus vedėjas, gydytojas anesteziologas-reanimatologas, gydytojas kardiologas ar intensyviosios terapijos gydytojas arba ne mažiau kaip 72 valandas intensyviosios terapijos žinias tobulinęs vidaus ligų gydytojas, kurie gydo ar konsultuoja pacientą savo ligoninės reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyriuje ar intensyviosios terapijos palatoje (Dėl skubios... 2008).

Pagal Valstybinės ligonių kasos prie SAM (Specializuotos... 2014) pateiktus skubios konsultacinės pagalbos duomenis aiškiai matyti, kad specializuota skubi konsultacinė pagalba paprastai teikiama išskirtiniais (sudėtingais) atvejais. Lyginant SKP ir SSKP nesunku pastebėti, kad pagal apimtis SSKP pirmauja tik operacijų skaičiumi. Iškvietus, konsultacijas, deagnostikos, gydymo procedūras bei ligonių transportavimą paprastai atlieka skubios konsultacinės pagalbos darbuotojai.

1 lentelė. Skubios konsultacinės ir specializuotos skubios konsultacinės pagalbos apimtys Lietuvoje 2009–2013 m.

	Metai				
	2009	2010	2011	2012	2013
	Skubi konsultacinė pagalba (SKP) sk.				
Iškvietimai	3796	4236	4241	4134	4355
Konsultuoti pacientai	3541	4129	4055	4360	4434
Diagnostikos bei gydymo procedūros	1479	1498	1615	1304	1432
Operacijos	3	0	0	0	0
Transportuoti ligoniai	3777	4364	4251	4370	4408
	Specializuota skubi konsultacinė pagalba (SSKP) sk.				
Iškvietimai	1767	986	1004	1118	977
Konsultuoti pacientai	1914	1011	1078	1180	1041
Diagnostikos bei gydymo procedūros	113	65	67	84	45
Operacijos	231	80	92	86	55
Transportuoti ligoniai	153	122	121	134	123

Kaip matyti iš 1 lentelės duomenų, per pastaruosius 5 metus didėjo skubios konsultacinės pagalbos ir mažėjo specializuotos skubios konsultacinės pagalbos apimtys. Per 2009–2013 m. 25 proc. padidėjo SKP tarnybos konsultacijų skaičius. 2013 m. SKP transportavo 631 (17 proc.) ligonių daugiau nei 2009 m. Iškvietus skaičius lyginant nagrinėtus metus padidėjo 15 proc. SKP atliktų deagnostikos bei gydymo procedūrų apimtys mažėjo 3 proc. Pastarojo rodiklio mažėjimas 2013 m. gali būti sąlygotas trečiojo sveikatos priežiūros reformos etapo, kai sudėtingų ir komplikuočių ligų gydymui pacientai transportuojami į respublikinio lygmens ligonines.

SSKP apimčių rodikliai (1 lentelė) rodo jog lyginant su 2009 m. iškvietimų skaičius sumažėjo 45 proc., konsultacijų – 46 proc., atlikta 176 (76 proc.) operacijomis mažiau bei 30 kartų mažiau transportuota ligonių. Toks SSKP tarnybos darbo sumažėjimas yra sąlygojamas šių tarnybų atliekamų paslaugų dažniais bei šių specialistų teikiamų paslaugų apmokėjimo rodikliais. Kaip pavyzdį galima pasitelkti vieną iš SSKP specialistų – kraujagyslių chirurgo, kurio paslaugų reikia transportuojant ligonį į respublikinio lygmens ligoninę tik 3 kartus per metus, to paties specialisto atliekamų operacijų dažnis siekia 1 kartą per 5 savaites iškvietus jį į regiono ar rajono ligoninę. Tuo tarpu šio specialisto vienos konsultacijos kaina, remiantis VLK duomenimis siekia 3012 Lt. (Specializuotos... 2014). Remiantis šiais rodikliais galima pastebėti, jog ligonių transportavimas tiesiai į respublikinės reikšmės gydymo įstaigas

leidžia VLK taupyti lėšas, o SSKP tarnybos darbas (ligonių transportavimas, konsultavimas ir pan.) atliekamas esant itin sunkiems atvejams.

Skubiosios medicinos pagalbos modeliai. Skubi sveikatos priežiūra pasaulyje tradiciškai skirstoma į du, skirtingas funkcijas atliekančius, valdymo modelius: anglų-amerikiečių bei prancūzų-vokiečių. Abu modeliai laikosi vienodo principo – naudojant šiuolaikines technologijas bei gydytojų paslaugas suteikti pacientui būtinąją pagalbą, kartu siekiant, kad šios paslaugos atitiktų kiek įmanoma aukštesnius kokybės standartus (Al-Shaqsi, 2010; Anthony, 2011).

Daugelis Europos šalių taip pat naudoja šiuos du valdymo modelius, tobulindamos ikihospitalinį liginio transportavimą. Moderni medicinos įranga bei greitosios pagalbos automobiliai, telemedicina, nuolat besimokantis personalas (medikai bei slaugytojai) yra pagrindinė šių modelių veikimo kokybiškumo grandis. Dalyje Europos valstybių istoriškai labiau išplėtotas Prancūzų-vokiečių modelis, tačiau atotrūkis tarp šių modelių sparčiai nyksta dėl nuolat tobulėjančių skubios sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų. ES atsakingos institucijos siekia suformuoti bendrą visoms sąjungos šalims greitosios medicinos pagalbos teikimo koncepciją, kuri apjungtų gerąsias abiejų modelių praktikas (Al-Shaqsi, 2010).

Prancūzų-vokiečių modelis remiasi „pasilikti ir stabilizuoti“ principu. Yra sudarytas iš gerai išvystytos GMP gydytojų tarnybos ir tik ligininių pagrindu įsteigtais skubios pagalbos skyriais. Prancūzų-vokiečių modelio atveju pacientams pagalba yra suteikinėjama vietoje (pvz. GMP automobilyje). Daugeliu atveju pacientams pirmoji pagalba teikiama netransportuojant jų į gydymo įstaigas. Laikantis šio principo sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas pasilieka įvykio vietoje, kur stabilizuoja liginio būklę ir tik esant kritinei būtinybei pacientas retais atvejais transportuojamas į sveikatos priežiūros institucijas, kuriose yra intensyvios terapijos skyriai. Šiam modeliui priskiriamas paslaugas atlieka medikai, turintys ilgametę patirtį bei praktiką dirbant su pažangiausiomis medicinos technologijomis. Paprastai naudojant šį pagalbos modelį pagalbą turi teikti profesionalus savo srities specialistas – gydytojas (Anthony, 2011). Prancūzų-vokiečių modelis stabilizuojant liginio būklę naudoja įvairią pirmos pagalbos techniką pvz. šalia tradicinių greitosios pagalbos automobilių naudojami sraigtasparniai ir pan.

Anglų-amerikiečių modelio pagrindinę esmę sudaro gerai išvystyti skubios pagalbos centrais su paramedikų brigadomis. Vadovaujamas principu „paimti ir vežti“. Šis požiūris reiškia minimalią liginio stabilizavimo būklę įvykio vietoje ir greitą paciento gabenimą į atitinkamą sveikatos priežiūros instituciją. Pagrindinis modelio tikslas – kuo greičiau nugabenti pacientą ten, kur bus suteikta jam reikalinga pagalba. Teikiant pagalbą paprastai bendradarbiaujama ir su gretutinėmis institucijomis tokiomis kaip policija ar priešgaisrinė apsauga. Anglų-amerikiečių darbuotojų komandą sudaro profesionalūs paramedikai ar kitas GMP personalas (Bahadori, 2014).

Vadovaujantis šiuo modeliu dažniau naudojamos tradicinės greitosios medicinos priemonės transportuojant liginį t. y. greitosios pagalbos automobilis, nors esant ekstrinei būtinybei naudojamos ir kitos pacientų transportavimo priemonės. Visi pa-

cientai, remiantis šiuo modeliu, transportuojami tiesiai į tas sveikatos priežiūros institucijas, kuriose yra intensyvios terapijos skyriai (Bahman, 2007).

Aiškesniam šių dviejų skubios pagalbos modelių suvokimui, pagal S. Al-Shaqsi (2010) pateiktus modelių aprašymus, atlikta palyginamoji analizė, kuri pateikta 2 lentelėje.

2 lentelė. Prancūzų-vokiečių bei Anglų-amerikiečių skubios pagalbos modeliai

	Prancūzų-vokiečių modelis	Anglų-amerikiečių modelis
Teikiama pagalba	Daugiau teikiama pagalba įvykio vietoje, mažiau pacientų transportuojama tiesiai į intensyvios terapijos skyrius.	Mažiau teikiama pagalba įvykio vietoje, daugiau pacientų transportuojama tiesiai į intensyvios terapijos skyrius.
Pagalbos teikėjai	Profesionalūs medikai kartu su paramedikais	Paramedikai kartu su kitu GMP personalu
Pagrindinis tikslas	Gydytoją atvežti pas pacientą	Pacientą atvežti pas gydytoją
Ligonio transportavimas	Tiesioginis transportavimas į ligoninę aplenkiant intensyvios terapijos skyrius	Tiesioginis transportavimas į intensyvios terapijos skyrių
Organizavimas	Skubios pagalbos sistema yra visuomenės sveikatos dalis	Skubios pagalbos sistema yra valstybinių saugumo organizacijų dalis

Daugumoje besivystančių šalių nėra sudarytos jokios skubios pagalbos valdymo sistemos. Dažnu atveju ikihospitalinis skubios pagalbos valdymas paprastai kontroliuojamas kitų institucijų tokių kaip priešgaisrinės apsaugos, civilinės saugos, raudonojo kryžiaus organizacijos ir pan. Paprastai nėra keitimosi informacija tarp šių institucijų ir pacientus priimančių gydymo įstaigų (Emergency..., 2014). Tuo tarpu išsivysčiusiose šalyse šių modelių tinkamas valdymas bei organizavimas leidžia kur kas labiau sumažinti pacientų mirtingumo rodiklius. Tinkamai veikianti sistema sudaryta iš daugelio nepriklausomų komponentų, kurie tarpusavyje sąveikauja ir lemia jos veiklos efektyvumą (Bahadori, 2014).

Taikant Vokiečių-prancūzų modelį, darbas organizuojamas profesionalius medikus panaudojant kaip neatsiejamą ikihospitalinės pagalbos sistemos grandį. Skubios medicinos pagalbos sistemą, kai pagrindinę visos medikų brigados ašį, sudaro profesionalus medikas, neretai vadinama „susitikimo sistema“ (*rendezvous system*). Šios „susitikimo“ sistemos esmė yra ne tik nugabenti pacientą į reikiamą gydymo įstaigą, bet suteikti reikiamą medicininę – profesionalią pagalbą nelaimingo atsitikimo įvykio vietoje. Tinkamas ligonio ar nukentėjusio būklės įvertinimas leidžia optimaliai parinkti gydymo taktiką (Bahadori, 2014; Bahman, 2007).

Literatūros duomenimis, ikihospitalinė pagalba įvykio vietoje tiesiogiai siejama su mirčių dažniu. Jei sunkiai sergančiam ar sužalotam žmogui laiku („auksinė valanda“) nesuteikiama būtinoji pagalba palankios prognozės galimybė kritiškai mažėja. Tikslus pradinis paciento būklės įvertinimas ir adekvati ikihospitalinė pagalba yra tiek pat svarbi kiek ir pats pagalbos laikas (Bahadori, 2014).

Vokiečių-prancūzų valdymo modelyje profesionaliai dirbti gali įvairiausių medicininių sričių atstovai, kurie papildomai specializuojasi ikihospitalinės pagalbos teikime. Nors daugeliu atvejų pagrindinis vaidmuo ikihospitalinės pagalbos prancūzų-vokiečių modelyje atitenka gydytojui anesteziologui-reanimatologui (Bahman, 2007).

Skubios medicinos pagalbos bei nelaimingų atsitikimų sistemos valdymas, galimas ir pasitelkiant minėtų modelių kombinavimą, kada nesilaikoma kurio nors vieno modelio atskirai, o ikihospitalinei pagalbai suteikti naudojami atskiri minėtų modelių komponentai. Neretai toks mišrus darinys vadinamas „anglų – prancūzų“ modeliu (Al-Shaqsi, 2010; Bahadori, 2014). Mišrus skubios pagalbos organizavimo modelis naudojamas Olandijoje. Medikų komanda dirbanti skubios pagalbos srityje yra specialiai parengta darbui įvykus skubos pagalbos įvykiui. Visi specialistai licencijuoti Olandijos skubios pagalbos institute.

Vertinant šiuos du skubios pagalbos valdymo modelius iš esmės negalima laikyti vienareikšmiškos nuomonės kuris modelis veikia geriau ir kuris jų labiau išvystytas. Tačiau pagrindinį ir svarbiausią dėmesį reikėtų kreipti ne į atskirą modelį, bet apskritai į visos skubios medicinos pagalbos personalo parengimą, valstybinių institucijų pagalbą bei nuolat tobulinamą sveikatos priežiūros infrastruktūrą, kad pastarieji modeliai veiktų efektyviai ir kokybiškai.

4. Išvados

1. Skubioji medicinos pagalba yra priskiriama būtinajai medicinos pagalbai, kuri teikiama nedelsiant arba neatidėliotinai. Skubioji medicinos pagalba teikiama ambulatorines ir stacionarines paslaugas teikiančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose, greitosios medicinos pagalbos tarnybos transporto priemonėse.

2. Per 2009–2013 metus Lietuvoje didėjo skubios konsultacinės pagalbos ir mažėjo specializuotos skubios konsultacinės pagalbos apimtys. Toks SSKP tarnybos darbo mažėjimas yra sąlygojamas aukštais paslaugų teikimo reikalavimais ir skirtinga apmokėjimo už paslaugas tvarka (didesniais įkainiais).

3. Vertinant anglų-amerikiečių bei prancūzų-vokiečių skubios pagalbos valdymo modelius iš esmės negalima laikyti vienareikšmiškos nuomonės. Vieno ar kito modelio tinkamumas Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje priklauso nuo nelaimingų įvykių ir ūminių būklių sudėtingumo arba specifikos, taip pat nuo turimų žmogiškųjų išteklių ir atitinkamos infrastruktūros. Priklausomai nuo turimų žmogiškųjų ir infrastruktūros išteklių Lietuvoje rekomenduojama pereiti prie anglų-amerikiečių skubios pagalbos valdymo modelio.

Literatūra

1. Al-Shaqsi, S. (2010). Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems // Oman Med Journal. No. 25(4): 320–323.
2. Anthony, D. R. (2011). Promoting emergency medical care systems in the developing world: weighing the costs // Glob Public Health. No. 6 (8): 906–913.

3. Bahadori, M. (2014). Care model factors of pre-hospital emergency services in Iran. // *Journal of Health Policy and Sustainable Health*. Vol. 1. No. 1: 27–31.
4. Bahman, S. R. (2007). International comparison of prehospital trauma care systems. // *Injury, Int. J. Care Injured*. No. 38: 993–1000.
5. Dėl būtiniosios medicinos pagalbos ir būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo. (2004) // *Valstybės žinios*. Nr. 55 – 1915.
6. Dėl greitosios medicinos pagalbos pertvarkos gairių patvirtinimo. (2011) // *Valstybės žinios*, Nr. 133 – 6811.
7. Dėl pacientų siuntimo į atitinkamo lygmens asmens sveikatos priežiūros įstaigas dėl stacionariųjų skubių ir planinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų tvarkos aprašo patvirtinimo. (2010) // *Valstybės žinios*. Nr. 21 – 1010.
8. Dėl sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo. (2009) // *Valstybės žinios*, Nr. 150 – 6713.
9. Dėl skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo. (2008). // *Valstybės žinios*. Nr. 33 – 1190.
10. Emergency medical services: agenda for the future. – http://www.ems.gov/pdf/2010/EMSAgendaWeb_7-06-10.pdf [2014 04 12].
11. Fleischmann, T., Fulde, G. (2007). Emergency medicine in modern Europe // *Emergency medicine Australas*. No. 19 (4): 300–302.
12. Glendon A. I., McKenna S. F., Blaylock S. S. et al. (1987) Evaluating mass training in cardiopulmonary resuscitation // *British Medical Journal*. Nr. 294: 1182–1183.
13. Kuehl, A. E. (2002). *Prehospital Systems and Medical Oversight*. – Dubuque. Iowa: Kendall/Hunt Pub. 364 p.
14. Specializuotos ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos. – www.vlk.lt/.../Specializuotos%20ambulatorinės%20%20sveikatos%20pri [2014 04 14].

CONCEPTUAL MODELS OF EMERGENCY MANAGEMENT

Rimantas Stašys¹, Gintautas Virketis²

¹ *Klaipėda university*, ² *Klaipėda university hospital*

Received 12 05 2014; accepted 06 06 2014

The essence of emergency medical assistance management comprise: accident and disease prevention, preparation to act in case of accident or disease, quick response and treatment. The point of entire emergency assistance management is to reduce the number of deaths and disability. The purpose of research is to review the components of emergency medical assistance, generalise and teoretically compare the emergency medical assistance management models, which are used worldwide. For evaluation of emergency medical assistance structure, there are used systematic given practice regulating documentation analysis, general and logical analysis of scientific publications. Seeking to ascertain an amount of emergency consultative assistance and to predict a tendency of development there are used statistical processing of data, comparison and summation. It were observed, that during 2009–2013 years, the amount of emergency consultative assistance increased but volume of specialized emergency consultative assistance decreased. Anglo-american and Franco-german model suitability in Lithuanian health care system depends on complexity or particularity of accidents, availability of human resources and also respective infrastructure.

Key words: emergency care, emergency care management.

JEL codes: I11, I12, I18.