

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
VIEŠOJO VALDYMO IR VERSLO FAKULTETAS
VADYBOS IR POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

BARBORA KIRDEIKIENĖ

GREITOSIOS MEDICINOS PAGALBOS PASLAUGŲ
KOKYBĖS IR PRIEINAMUMO VERTINIMAS PANEVĖŽIO
MIESTE IR RAJONE

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas

Prof. dr. Marija Čaplinskienė

VILNIUS

2024

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
VIEŠOJO VALDYMO IR VERSLO FAKULTETAS
VADYBOS IR POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

GREITOSIOS MEDICINOS PAGALBOS PASLAUGŲ
KOKYBĖS IR PRIEINAMUMO VERTINIMAS PANEVĖŽIO
MIESTE IR RAJONE

Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas
Studijų programa 6211JX074

Vadovas

Prof. dr. Marija Čaplinskienė

Darbą atliko

Stud. Barbora Kirdeikienė

VILNIUS

2024

TURINYS

LENTELIŲ SĄRAŠAS.....	5
PRIEDŲ SĄRAŠAS	6
SANTRUMPŲ SĄRAŠAS	7
PAGRINDINIŲ SĄVOKŲ ŽODYNAS	8
ĮVADAS.....	10
1. GREITOSIOS MEDICINOS PAGALBOS PASLAUGŲ KOKYBĖS IR PRIEINAMUMO TEORINĖ ANALIZĖ	14
1. 1. Greitosios medicinos pagalbos paskirtis ir organizavimas.....	14
1. 2. Greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybės samprata, dimensijos ir vertinimas.....	18
1. 3. Greitosios medicinos pagalbos paslaugų prieinamumo samprata ir vertinimas	25
1. 4. Greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybės ir prieinamumo reglamentavimas Lietuvoje ir užsienio praktika	28
1. 5. Teorinės dalies apibendrinimas	34
2. GREITOSIOS MEDICINOS PAGALBOS TARNYBOS PANEVĖŽIO FILIALO ANALIZĖ ..	37
2. 1. Paslaugų kokybės ir prieinamumo sprendimai	37
2. 2. Kokybę ir prieinamumą užtikrinantis teisinis reglamentavimas.....	40
2.3. Greitosios medicinos pagalbos tarnybos Panevėžio filialo analizės apibendrinimas.....	43
3. GREITOSIOS MEDICINOS PAGALBOS PASLAUGŲ KOKYBĖS IR PRIEINAMUMO PANEVĖŽIO MIESTE IR RAJONE TYRIMO METODOLOGIJA	45
3. 1. Tyrimo pagrindimas.....	45
3. 2. Tyrimo instrumentas ir duomenų apdorojimas.....	47
3. 3. Tyrimo organizavimas, etikos principai	50
3. 4. Tyrimo imtis ir tiriamųjų charakteristikos.....	52
4. GREITOSIOS MEDICINOS PAGALBOS PASLAUGŲ KOKYBĖS IR PRIEINAMUMO VERTINIMO PANEVĖŽIO MIESTE IR RAJONE TYRIMO REZULTATAI.....	54
4. 1. Medicinos darbuotojų vertinimo rezultatai.....	54
4. 2. Paslaugų gavėjų vertinimo rezultatai.....	59
4. 3. Tyrimo rezultatų apibendrinimas ir diskusija	67
IŠVADOS.....	71
PASIŪLYMAI	73
LITERATŪRA.....	75
ANOTACIJA	91
ANNOTATION	92
SANTRAUKA	93
SUMMARY	94
PRIEDAI.....	95

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

- 1 pav.* Greitosios medicinos pagalbos organizavimo sistema.
- 2 pav.* GMP aptarnautų iškvietimų skaičius Panevėžio mieste ir rajone pagal metus.
- 3 pav.* Teorinis greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybės ir prieinamumo vertinimo Panevėžio mieste ir rajone tyrimo modelis.
- 4 pav.* Tyrimo organizavimo schema.
- 5 pav.* Medicinos darbuotojų pasiskirstymas pagal pasiekiamą operatyvumą.
- 6 pav.* Kam kviesta greitoji medicinos pagalba pasiskirstymas pagal kvietimo priežastį
- 7 pav.* Atvykstančios GMP brigados laukimo laiko pasiskirstymas pagal kvietimo vietą.

LENTELIŲ SĄRAŠAS

- 1 lentelė.* GMP brigadų klasifikacija Lietuvoje.
- 2 lentelė.* Sveikatos priežiūros kokybės dimensijų apibrėžimai.
- 3 lentelė.* Medicininių aspektų klasifikacija.
- 4 lentelė.* Nemedicininė aspektų klasifikacija.
- 5 lentelė.* Atsakomybės už kokybės strategijų realizavimą pasiskirstymas hierarchiniuose lygmenyse.
- 6 lentelė.* Greitosios medicinos pagalbos brigadų operatyvumo laikas pasaulyje.
- 7 lentelė.* VšĮ Panevėžio miesto greitosios medicinos pagalbos gautų ir pagrįstų skundų statistika pagal metus.
- 8 lentelė.* Panevėžio miesto ir rajono GMP operatyvumas pagal metus.
- 9 lentelė.* Paslaugų gavėjų ir medicinos darbuotojų klausimų grupės ir tikslai Panevėžio miesto ir rajono GMP paslaugų kokybės ir prieinamumo vertinimui.
- 10 lentelė.* Teiginiai suformuluoti GMP paslaugų kokybės ir prieinamumo įvertinimui.
- 11 lentelė.* Medicinos darbuotojų pasiskirstymas pagal lytį ir amžių.
- 12 lentelė.* Paslaugų gavėjų pasiskirstymas pagal lytį ir amžių.
- 13 lentelė.* Medicinos darbuotojų kokybės dimensijų vertinimo palyginimas.
- 14 lentelė.* Medicinos darbuotojų kokybės dimensijų vertinimas.
- 15 lentelė.* Kokybės dimensijų vertinimas pagal medicinos darbuotojų lytį.
- 16 lentelė.* Kokybės dimensijų vertinimas pagal medicinos darbuotojų amžiaus grupes.
- 17 lentelė.* Kokybės dimensijų vertinimas pagal medicinos darbuotojų darbo stažą.
- 18 lentelė.* Kokybės dimensijų vertinimas pagal medicinos darbuotojų operatyvumo grupes..
- 19 lentelė.* Pasiekiamo operatyvumo ir pastangų užtikrinti aukštą operatyvumą vertinimo palyginimas
- 20 lentelė.* Paslaugų gavėjų kokybės dimensijų vertinimo palyginimas.
- 21 lentelė.* Paslaugų gavėjų kokybės dimensijų vertinimas.
- 22 lentelė.* Kokybės dimensijų vertinimas pagal paslaugų gavėjų amžiaus grupes.
- 23 lentelė.* Kokybės dimensijų vertinimas pagal paslaugų gavėjų lytį.
- 24 lentelė.* Tiriamųjų kokybės dimensijų vertinimas pagal tai, kam kviesta greitoji medicinos pagalba.
- 25 lentelė.* Kokybės dimensijų vertinimas pagal tai, kaip dažnai per pastaruosius metus kviesta GMP.
- 26 lentelė.* Paslaugų gavėjų kokybės dimensijų vertinimas pagal kvietimo vietą.
- 27 lentelė.* Paslaugų gavėjų pasitenkinimas GMP brigados laukimo laiku pagal įvykio vietą.
- 28 lentelė.* Paslaugų gavėjų kokybės dimensijų vertinimas pagal GMP atvykimo laiką.
- 29 lentelė.* Paslaugų gavėjų pasitenkinimas GMP brigados atvykimo laiku pagal laukimo laiką.

PRIEDŲ SĄRAŠAS

1 priedas. Lietuvos ir Anglijos greitosios medicinos pagalbos kokybės vertinimo rodiklių palyginimas.

2 priedas. Greitosios medicinos pagalbos tarnybos Panevėžio filialo medicinos darbuotojų paslaugų kokybės ir prieinamumo vertinimo Panevėžio mieste ir rajone anketa.

3 priedas. Greitosios medicinos pagalbos paslaugų gavėjų kokybės ir prieinamumo vertinimo Panevėžio mieste ir rajone anketa.

4 priedas. Greitosios medicinos pagalbos tarnybos Panevėžio filialo leidimas atlikti tyrimą.

5 priedas. Medicinos darbuotojų greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybės ir prieinamumo Panevėžio mieste ir rajone vertinimas.

6 priedas. Paslaugų gavėjų greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybės ir prieinamumo Panevėžio mieste ir rajone vertinimas.

SANTRUMPŲ SĄRAŠAS

ASPI – asmens sveikatos priežiūros įstaiga;
AKS – arterinis kraujo spaudimas;
BPC – bendrasis pagalbos centras;
EKG – elektrokardiograma;
GMP – greitoji medicinos pagalba;
LR SAM – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija;
MI STP – miokardo infarktas su ST segmento pakilimu;
O₂ – deguonis;
Pav. – paveikslas;
PSO – pasaulio sveikatos organizacija;
PVAI – perkutaninės vainikinių arterijų intervencijos centras;
SpO₂ – deguonies saturacija;
SPS – skubios pagalbos skyrius;
JAV – Jungtinės Amerikos Valstijos;
WHO – World Health Organization (PSO).

PAGRINDINIŲ SAŲVOKŲ ŽODYNAS

Algoritmas – „dokumentas, kuriame schematiškai ir nuosekliai vaizduojami svarbiausi atitinkamos ligos diagnostikos ir gydymo metodiniame dokumente ar protokole aprašyti sveikatos sutrikimo diagnostikos ir gydymo veiksmai ir jų eiliškumas.“ (Dėl Diagnostikos ir gydymo metodinio dokumento rengimo, taikymo ir atnaujinimo tvarkos aprašo patvirtinimo, 2006)

Diagnostikos ir gydymo protokolas – „atitinkamos ligos ar sveikatos sutrikimo diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašas arba atitinkamos ligos ar sveikatos sutrikimo diagnostikos ir gydymo metodika.“ (Dėl Diagnostikos ir gydymo metodinio dokumento rengimo, taikymo ir atnaujinimo tvarkos aprašo patvirtinimo, 2006)

Gaivinimas – „medicinos pagalbos priemonės, kai esant kritinei būklei siekiama atnaujinti sutrikusius arba išnykusius kraujotaką, kvėpavimą, galvos smegenų veiklą ir kitas gyvybiškai svarbias žmogaus organizmo funkcijas.“ (Lietuvos Respublikos žmogaus kritinių būklių, mirties fakto ir mirties priežasčių nustatymo įstatymas, 1997)

Greitoji medicinos pagalba – „Greitosios medicinos pagalbos tarnybos teikiamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, siekiant laiku suteikti pacientui reikalingą medicinos pagalbą jo buvimo vietoje ir prireikus transportuoti sergantį ar sužeistą pacientą į asmens sveikatos priežiūros įstaigą. Greitosios medicinos pagalbos paslaugos laikomos paslaugomis, skirtomis gyvybei gelbėti ir išsaugoti“ (Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, 1994)

Greitosios medicinos pagalbos brigada – „GMP paslaugas teikiančios ASPĮ organizacinis vienetas, teikiantis pradinio gyvybės palaikymo, pažangiojo gyvybės palaikymo ar operatyviosios GMP paslaugas įvykio vietoje ir susidedantis iš atitinkamo GMP tarnybos personalo bei tam tikslui parengto GMP automobilio.“ (Dėl Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo, 2007)

Greitosios medicinos paslaugų kokybė – laipsnis, kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos padidina pageidaujimų sveikatos rezultatų tikimybę ir atitinka šiuolaikines profesines žinias. (Institute of Medicine, 2007).

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas – „sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios asmens sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei“. (Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme (1994)

Skubioji medicinos pagalba – „institucinė (stacionarinė ar ne stacionarinė) medicinos pagalba, kuri teikiama nedelsiant arba neatidėliotinai, kai dėl ūmių klinikinių būklių, nustatytų sveikatos apsaugos ministro įsakymu, gresia pavojus pacientui ir (ar) aplinkinių gyvybei arba tokios pagalbos nesuteikimas

laiku sukelia sunkių komplikacijų grėsmę pacientams.“ (Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, 1994)

Staigi mirtis – „mirtis, kai mirštama netikėtai, tariamai esant geros sveikatos būklės.“ (Lietuvos Respublikos žmogaus kritinių būklių, mirties fakto ir mirties priežasčių nustatymo įstatymas, 1997)

IVADAS

Temos aktualumas. Paslaugų kokybė gali tiesiogiai įtakoti paciento gerovę ir ilgalaikę gyvenimo kokybę. Pačios pirmosios medicinos paslaugos, su kuriomis susiduria pacientai, turi labai didelę įtaką gerinant pacientų būklės rezultatus, o jomis dažnai tampa greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) paslaugos (Cimino ir Braun, 2023). Kintančios gyventojų sveikatos tendencijos, ypač didėjantis susirgimų dažnis įvairiomis ligomis, tampa didele našta GMP tarnybai, kuri dažniausiai yra prieinamiausia sveikatos priežiūros sistemos dalis pacientams (Sagan ir Richardson, 2015, p. 1). Atsižvelgiant į šios paslaugos svarbą bendruomenei, labai svarbu atlikti ir GMP paslaugų kokybės įvertinimą (Bogomolova ir kt., 2016). Pirminė sveikatos priežiūros dalis laikoma pirmojo kontakto, prieinamumo, tęstinumo visapusiškumo ir orientacijos į pacientą pagrindu (WHO ir UNICEF, 2020), o Lietuvoje GMP yra pirminės sveikatos priežiūros dalis (Sagan ir Richardson, 2015, p. 4). Pacientų teisę į kokybiškas ir prieinamas paslaugas ir jų priežiūra Lietuvoje užtikrina Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (1996), Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas (1996), Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas (1994) ir kiti teisės aktai.

Jau 2002 m., vykdant greitosios medicinos pagalbos reformą, Lietuvos GMP pertvarkos gairėse buvo nurodyta, jog pagrindinis GMP reformos tikslas yra pertvarkyti paslaugų teikimą taip, kad būtų užtikrintas ilgalaikis ir veiksmingas sistemos valdymas ir užtikrintos paslaugų efektyvumas, prieinamumas ir kokybė (Dėl Greitosios medicinos pagalbos pertvarkos gairių patvirtinimo, 2002), tačiau GMP paslaugų kokybė ir prieinamumas Lietuvoje vis dar yra problema. 2021–2030 m. plėtros programos valdytojo Sveikatos apsaugos ministerijos sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo plėtros programoje pabrėžiama, kad pacientams specializuotos pagalbos prieinamumas yra ribotas ir netolygus, o vienas iš veiksnių yra tai, kad GMP sistema valdoma neefektyviai (Dėl 2022–2030 metų Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo plėtros programos patvirtinimo, 2022).

Valstybė turi rūpintis žmonių sveikata užtikrinant sveikatos priežiūros sistemą, kuri veikia kokybiškai ir yra prieinama (Birmontas, 2013). Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos programoje nurodytasis ketvirtasis tikslas, kuriuo siekiama užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius (Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos patvirtinimo, 2014) ir juo siekiama pagerinti ir GMP paslaugų kokybę ir prieinamumą.

Nors Lietuvoje gyventojų skaičius mažėja, krūvis GMP tarnyboms didėja (Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos Paslaugų ekspertizės ir kontrolės skyrius, 2018). Didžiausias mirtingumas nuo išeminės širdies ligos Europos Sąjungoje (toliau - ES), prognozuojamas didesnis mirtingumas nuo vėžinių susirgimų už ES vidurkį, gyvenimo būdas ir aplinkos rizikos veiksniai, per didelis alkoholio vartojimas (OECD ir European Observatory on Health Systems and, 2021) bei senstanti

visuomenė (Oficialiosios statistikos portalas, 2022) turi didelę įtaką Lietuvos GMP tarnybų patiriamai naštai. Pastaruoju metu greitosios medicinos pagalbos kokybės ir prieinamumo klausimas plačiai aptarinėjamas politiniame ir visuomeniniame kontekste, todėl, siekiant operatyviau ir vadovaujantis vienodais kokybės standartais teikti GMP paslaugas, vykdoma reforma (Viešoji įstaiga Kauno miesto greitosios medicinos pagalbos stotis, 2022). Norint gerinti paslaugų kokybę ir prieinamumą būtina išsiaiškinti tiek paslaugų gavėjų, tiek paslaugų teikėjų nuomonę, o Panevėžio greitosios medicinos pagalbos paslaugos, nors Panevėžio apskritis ir yra penktoje vietoje pagal gyventojų skaičių (Oficialiosios statistikos portalas, 2022), nėra tyrinėjama moksliniame kontekste.

Temos iširtumas ir naujumas. Europos Sveikatos Sistemų ir Politikos Observatorija pažymėjo, kad literatūra apie sveikatos priežiūros sistemų kokybę jau daugiau nei prieš dešimtmetį buvo labai plati ir sunkiai sisteminama, o šiai dienai jos yra dar daugiau (WHO, 2019). Mokslininkai teigia (Coster ir kt., 2017), kad skubios pagalbos paslaugų tema daugiausiai nagrinėjama Jungtinėse Amerikos Valstijose ir Didžiojoje Britanijoje. Ikistacinarinėje sveikatos priežiūroje susiduriama su ribotų išteklių ir laiko, etinių klausimų, saugumo, duomenų rinkimo ir analizavimo sunkumais (Cimino ir Braun, 2023), todėl pastebima, kad ir mokslininkai į greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybę bei prieinamumą žvelgia iš skirtingų perspektyvų. Knutsson ir Tyrefors (2022) tyrė privačių ir viešų greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikėjų kokybę ir efektyvumą įvertindami ir ekonominius aspektus. Paslaugų kokybę ir prieinamumą iš pacientų perspektyvos tyrinėjo Carolus ir kt. (2021), Bogomolova ir kt. (2016). Turner ir kt. (2019) bei Howard ir kt. (2017) identifiko galimus greitosios medicinos pagalbos kokybės vertinimo indikatorius. Redlener ir kt. (2018) analizavo klinikinių kokybės rodiklių pritaikymą greitosios medicinos pagalbos agentūrose. Luo (2022) daktaro disertacijoje ir Li ir kt. (2022) atliktame tyrime analizuojamas greitosios medicinos pagalbos paslaugų prieinamumas, o prieinamumą kaimo vietovėse tyrinėjo MacKinney ir kt. (2021) ir Lee (2014). Lietuvoje daugiau dėmesio skiriama ambulatorinei arba stacionarinei sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ir prieinamumui. Sveikatos priežiūros kokybės veiksnius ir ypatumus tyrinėjo Jerdiakova ir kt. (2020), Bubnienė ir Ruževičius (2010), Kairys ir kt. (2004). Sveikatos priežiūros įstaigų kokybę ir prieinamumą tyrė Štaras ir kt. (2013). Sveikatos priežiūros įstaigų prieinamumą tyrė Kutkauskienė (2021), Jankauskienė (2012), Keliauskaitė ir kt. (2012), Tamulienė ir kt. (2011) ir kiti mokslininkai. UAB „Socialinės informacijos centras“ ir UAB „Europos tyrimai“ (2011) LR SAM užsakymu ištyrė pacientų ir paslaugų teikėjų pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugų kokybe ir prieinamumu Lietuvoje bei išskyrė greitosios medicinos pagalbos paslaugų vertinimą. Lietuvoje greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybė ir prieinamumas moksliniame kontekste tyrinėjamas mažai.

Tyrimo objektas. Greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybė ir prieinamumas.

Problema. Šiuo metu labai aktualus greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas, tačiau tam svarbu išanalizuoti pacientų ir paslaugų teikėjų pasitenkinimą gaunamomis paslaugomis. Trūksta tyrimų, kurie padėtų suprasti kaip paslaugų gavėjai Panevėžio mieste ir rajone vertina paslaugų kokybę bei ar patenkinami paslaugų prieinamumo lūkesčiai. Taip pat nėra tyrimų, kurie analizuotu greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybės ir prieinamumo vertinimą iš medicinos darbuotojų perspektyvos.

Darbe keliami šie **probleminiai klausimai**: Kaip greitosios medicinos pagalbos tarnybos Panevėžio filialo medicinos darbuotojai vertina teikiamų paslaugų kokybę ir ar jų pastangos operatyvumo užtikrinime turi įtakos prieinamumui? Ar greitosios medicinos pagalbos paslaugos yra pakankamai prieinamos Panevėžio mieste ir rajone ir kas turi įtakos kokybės vertinimui?

Tyrimo hipotezės.

1. Demografiniai rodikliai ir darbo stažas turi įtakos medicinos darbuotojų kokybės dimensijų vertinimui, o operatyvumas priklauso nuo įdedamų pastangų.
2. Trumpesnis greitosios medicinos pagalbos atvykimo laikas tenkina paslaugų gavėjų lūkesčius ir turi įtakos aukštesniam paslaugų kokybės vertinimui.

Tyrimo tikslas. Įvertinti Panevėžio greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybę ir prieinamumą Panevėžio mieste ir rajone.

Darbo uždaviniai.

1. Išanalizuoti greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybės ir prieinamumo teorinius aspektus.
2. Išanalizuoti greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybės ir prieinamumo reglamentavimą Lietuvoje ir užsienio praktika.
3. Išnagrinėti Greitosios medicinos pagalbos tarnybos Panevėžio filialo kokybės politikos ir prieinamumo sprendimus.
4. Išanalizuoti Greitosios medicinos pagalbos tarnybos Panevėžio filialo medicinos darbuotojų teikiamų paslaugų kokybės ir prieinamumo vertinimą.
5. Ištirti pacientų, kurie naudojami Greitosios medicinos pagalbos tarnybos Panevėžio filialo paslaugomis, paslaugų kokybės ir prieinamumo vertinimą.

Tyrimo metodai:

1. Mokslinės literatūros, dokumentų ir teisės aktų analizė.

2. Kiekybinis tyrimo metodas – anketinė apklausa.
3. Statistinė duomenų analizė.

Darbo teorinė ir praktinė reikšmė. Greitoji medicinos pagalba yra labai svarbi sveikatos sistemos dalis, kurios paslaugų kokybiškumas ir prieinamumas turi įtakos pacientų sveikatos rezultatams ir išgyvenamumui. Lietuvos greitosios medicinos pagalbos kokybės ir operatyvumo gerinimui įvykdyta reorganizacija. Magistro baigiamajame darbe išanalizuoti greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybės ir prieinamumo teoriniai aspektai, teisinis reglamentavimas Lietuvoje ir geroji užsienio šalių praktika. Ištirtas medicinos pagalbos paslaugų kokybės ir prieinamumo vertinimas Panevėžio mieste ir rajone atskleidė paslaugų vertinimą gavėjų ir medicinos darbuotojų požiūriu. Atsižvelgiant į teorinį ir empirinį temos ištyrimą parengtos rekomendacijos, kuriomis galima pagerinti teikiamų paslaugų kokybę ir prieinamumą greitosios medicinos pagalboje, tobulinti kokybės rodiklius ir tęsti mokslinį temos tyrinėjimą Lietuvoje.

Darbo struktūra. Darbas sudarytas iš keturių struktūrinių dalių: greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybės ir prieinamumo teorinės analizės, Greitosios medicinos pagalbos tarybos Panevėžio filialo kokybės ir prieinamumo analizės, greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybės ir prieinamumo Panevėžio mieste ir rajone tyrimo metodologijos ir tyrimo rezultatų. Pabaigoje pateikiamos išvados ir pasiūlymai.

Magistrinio darbo apimtis 94 puslapiai be priedų. Darbe yra 7 paveikslai, 29 lentelės ir 6 priedai. Panaudoti 105 moksliniai šaltiniai, 22 teisės ir kiti normatyviniai aktai ir 31 kiti internetiniai šaltiniai.

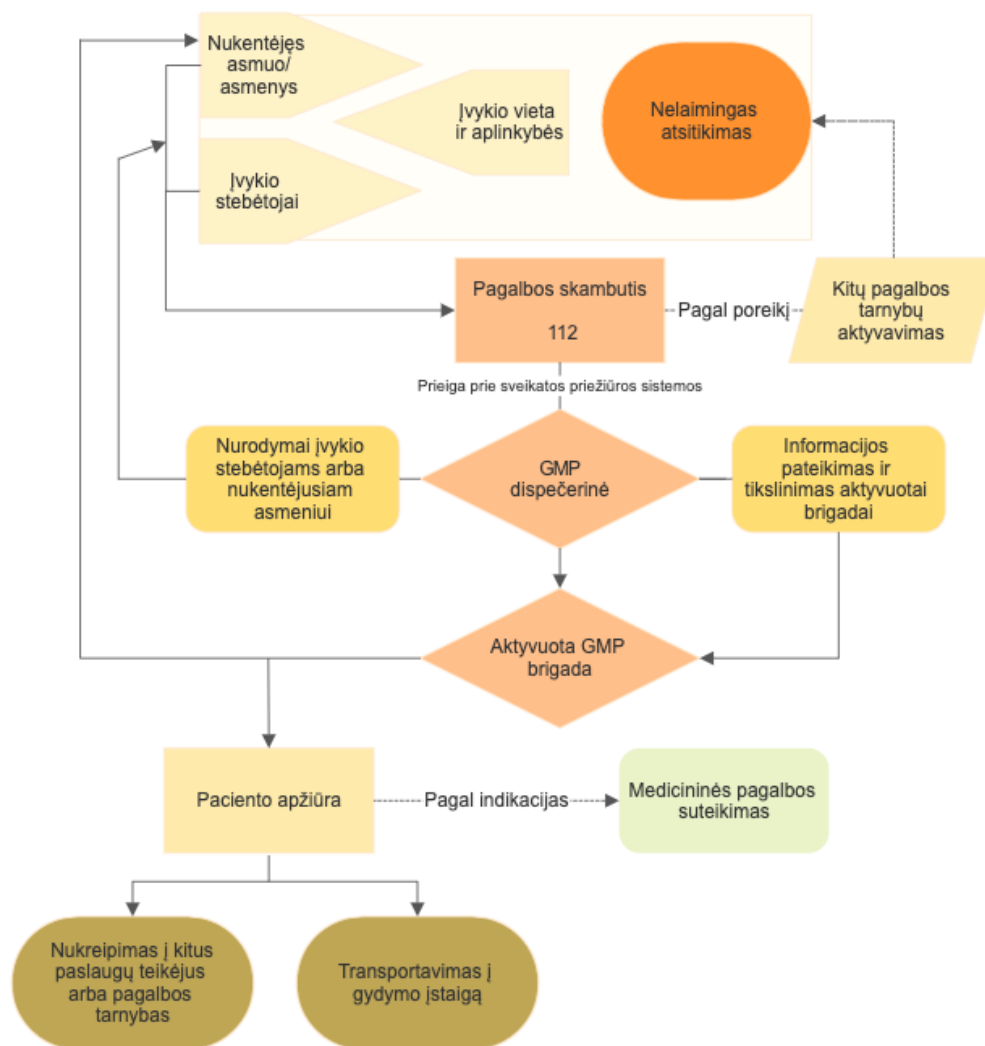
1. GREITOSIOS MEDICINOS PAGALBOS PASLAUGŲ KOKYBĖS IR PRIEINAMUMO TEORINĖ ANALIZĖ

1. 1. Greitosios medicinos pagalbos paskirtis ir organizavimas

Greitosios medicinos pagalbos paslaugos yra labai svarbios teikiant gydymą ir pagalbą, padedančią išsaugoti gyvybę, (Tiwary ir kt. 2020, p. 962 kurios yra pasiekiamos 24 valandas per parą, 7 dienas per savaitę (Sagan ir Richardson, 2015, p. 4). Skubi pagalba skirta įvairioms ligoms, apimančioms ūmias būkles, užkrečiamųjų infekcijų, neužkrečiamųjų ligų, akušerijos ir traumų spektrą, ir apima greitą būklės įvertinimą, savalaikį atitinkamų intervencijų suteikimą ir greitą transportavimą į artimiausią atitinkamą sveikatos priežiūros įstaigą geriausiomis įmanomomis priemonėmis, siekiant pagerinti išgyvenamumą, kontroliuoti sergamumą ir užkirsti kelią negaliai (Kobusingye ir kt., 2006, p. 1261).

Greitosios medicinos pagalbos sistema yra organizacija, sudaryta iš personalo, patalpų ir įrangos, kurių dalyvavimas yra būtinas, kad būtų užtikrinta savalaikė ir medicininis požiūriu tinkama reakcija į skubios pagalbos ir transportavimo į gydymo įstaigą poreikį ar nukreipimą ambulatorinėms medicinos paslaugoms (Gunderson, 2021).

Greitosios medicinos pagalbos sistema susidaro iš GMP dispečerinės ir GMP tarnybos su išvažiuojamosiomis brigadomis (Dėl Greitosios medicinos pagalbos paslaugų iškvietimų įvertinimo ir greitosios medicinos pagalbos brigados siuntimo į iškvietimo vietą tvarkos aprašo patvirtinimo, 2015). Medicininės pagalbos poreikio nustatymas ir veiksmų nurodymas įvykio stebėtojams, prieigos prie sveikatos priežiūros sistemos suteikimas, atitinkamų tarnybų išsiuntimas ir informacijos nurodymo joms iki atvykimo, tiesioginė paciento priežiūra, kurią teikia kvalifikuotas personalas, atitinkamas transportavimas ar nukreipimas į kitus paslaugų teikėjus, pagal poreikį yra atsakomieji veiksmai į pagalbos reikalaujantį įvykį, kuriuos užtikrina GMP sistema (1 pav.). Greitosios medicinos paslaugos taip pat apima pagalbos teikimą pavojingoje aplinkoje, gelbėjimo situacijose, nelaimių ir masinių nelaimių atveju, masiniuose susibūrimo renginiuose, pacientų transportavime tarp gydymo įstaigų ir dalyvavimą bendruomenės sveikatos veikloje (Gunderson, 2021).



I pav. Greitosios medicinos pagalbos organizavimo sistema. Sudaryta magistro darbo autorės pagal Gunderson, 2021 ir Dėl Greitosios medicinos pagalbos paslaugų iškvietimų įvertinimo ir greitosios medicinos pagalbos brigados siuntimo į iškvietimo vietą tvarkos aprašo patvirtinimo, 2015

Lietuvoje greitosios medicinos pagalbos paslaugos yra laikomos pirminės sveikatos priežiūros dalimi. Kitose šalyse greitosios medicinos pagalbos paslaugas teikia vietos valdžios institucijos (pvz.: Suomijoje, Norvegijoje) arba jos yra integruotos į kitas skubios pagalbos tarnybas, tokias kaip gaisrinės tarnybos (pvz.: Prancūzijoje ir Vokietijoje), tačiau jos gali priklausyti ir ligoninėms (pvz.: Latvijoje ir Belgijoje) (Sagan ir Richardson, 2015, p. 4).

Skubios medicinos paslaugų teikimas įvykio vietoje gali būti skirstoms į prancūzų-vokiečių arba anglų-amerikiečių modelius. Prancūzų-vokiečių modelio principas yra „likti ir stabilizuoti“. Įprastai komandoms vadovauja gydytojai lydimi paramedikų, kurie suteikia pažangią medicininę pagalbą įvykio vietoje, mažiau pacientų transportuojami į gydymo įstaigas, kadangi kai kuriais atvejais suteikta pagalba įvykio vietoje nereikalauja paciento transportavimo į ligoninę. Tuo tarpu anglų-amerikiečių modelis paremtas „iškelti ir vykti“ principu. Komandoms vadovauja paramedikai, kurie atlieka mažiau medicininių intervencijų, daugiau pacientų transportuojami į gydymo įstaigas (Al-Shaqsi, 2010). „Iškelti ir vykti“ dominuoja įvykus sudėtingoms traumoms (kelių eismo įvykių atveju), o „likti ir stabilizuoti“ -

ūmių būklių atveju (miokardo infarktas ar insultas). Nė vienas modelis nėra laikomas pranašesniu ir atsižvelgiant į medicinos technologijų tobulėjimą ir gyventojų sveikatos tendencijas, daugumoje Europos greitosios medicinos pagalbos tarnybų vyrauja abu paminėti modeliai. (Sagan ir Richardson, 2015, p. 4).

Pagal teikiamos priežiūros lygį GMP klasifikuojama į pradinį ir pažangų gyvybės palaikymą pagal teikiamos priežiūros lygį (1 lentelė) (Al-Shaqsi, 2010).

1 lentelė. GMP brigadų klasifikacija Lietuvoje.

	Pradinis gyvybės palaikymas	Pažangus gyvybės palaikymas
Kompetencijos	<p>Sveikatos priežiūros specialistų veiksmai atliekami suaugusio ar vaiko gyvybės ir sveikatos išsaugojimui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pradinis gaivinimas (su pusiau arba automatiniu defibriliatoriumi); • kvėpavimo sutrikimai (neinvazinės procedūros, deguonies skyrimas) • žaizdų tvarstymas; • stuburo ir kaklo imobilizavimas; • paciento transportavimas; • paciento būklės monitoravimas. 	<p>Sveikatos priežiūros specialistų veiksmai atliekami suaugusio ar vaiko gyvybės ir sveikatos išsaugojimui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • specializuotas gaivinimas (taikomi gaivinimo algoritmai ir rankinis defibriliatorius); • kvėpavimo sutrikimai (neinvazinės ir invazinės procedūros, deguonies skyrimas); • žaizdų tvarstymas; • stuburo ir kaklo imobilizavimas; • paciento transportavimas; • paciento būklės monitoravimas; • elektrokardiogramos vertinimas; • medikamentų skyrimas.
Brigados nariai	<p>Brigadą sudaro ne mažiau nei du GMP įstaigos darbuotojai:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicinos, anesteziologijos reanimatologijos, chirurgijos, kardiologijos, neurologijos, psichiatrijos, šeimos, vidaus ligų, vaikų ligų ir skubiosios medicinos gydytojai, turintys galiojančią medicinos praktikos licenciją verstis medicinos praktika pagal atitinkamą profesinę kvalifikaciją; • bendrosios praktikos slaugytojai; • skubiosios medicinos pagalbos slaugos specialistai, skubiosios medicinos pagalbos paramedikai, skubiosios medicinos pagalbos specializacijos išplėstinės praktikos slaugytojai; 	
	<ul style="list-style-type: none"> • slaugytojų padėjėjai; 	

	<ul style="list-style-type: none"> • paramedikai; • pagalbiniai darbuotojai; • vairuotojai. 	
Brigados vadovas	<ul style="list-style-type: none"> • bendrosios praktikos slaugytojas; • paramedikas; • skubiosios medicinos pagalbos paramedikas. 	<ul style="list-style-type: none"> • gydytojas; • skubiosios medicinos pagalbos slaugos specialistas; • skubiosios medicinos pagalbos paramedikas; • skubiosios medicinos pagalbos specializacijos išplėstinės praktikos slaugytojas.
Automobilis	LST EN 1789 „Medicinos transporto priemonės ir jų įranga. Greitosios pagalbos automobiliai“ standarto atitikimas.	

Sudaryta magistro darbo autorės pagal Dėl Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo, 2007

Lietuvoje 2021 m. greitosios medicinos pagalbos paslaugas teikė vidutiniškai 231 brigada, iš kurių 215 pažangaus ir pradinio gyvybės palaikymo bei 16 klasterinių brigadų (Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo nr. I-1367 39 straipsnių pakeitimo įstatymo ir Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo nr. I-552 papildymo 191 straipsniu įstatymo projektų, 2022) Klasterinės brigados atlieka pažangaus gyvybės palaikymo funkciją (1 lentelė) ir skirtos pacientų, su įtariamo ūminio miokardo infarkto su ST segmento pakilimu, ūminio galvos smegenų insulto ar sunkios traumos transportavimui į perkutanines koronarines intervencijos paslaugas teikiančias ir jų teikimą organizuojančias asmens sveikatos priežiūros įstaigas (Dėl Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo, 2010). Pažangaus gyvybės palaikymo brigados skiriasi savo pobūdžiu, sudėtimi bei galimais atlikti veiksmais (1 lentelė). Mokslininkai pastebi, jog nors pažangaus gyvybės palaikymo komanda turi daugiau kompetencijų (1 lentelė), tiek viena, tiek kita komanda esant tam tikriems įvykių tipams turi geresnius rodiklius (Ryynänen ir kt., 2010), todėl nei vienos komandos negalima laikyti pranašesne. Vis dėl to, atsižvelgiant į tai, jog pažangaus gyvybės palaikymo brigados turi daugiau kompetencijų (1 lentelė), jos turi sudaryti daugiau negu pusę visų GMP tarnybos GMP brigadų (Dėl Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo, 2007).

Apibendrinant, GMP paslaugas užtikrina GMP dispečerinė, kuri įvertina įvykį ir pagalbos poreikį ir GMP tarnybos pradinio ir pažangaus gyvybės palaikymo komandos, kurios vyksta pas pacientus. Pacientams teikiama moksliniais įrodymais pagrįsta pagalba kvalifikuotų darbuotojų

atsižvelgiant į įvykio tipą bei neviršijant leidžiamų kompetencijų. Pagrindinis GMP tikslas yra užtikrinti skubią neatidėliotiną pagalbą ūmių būklių ir nelaimingų atsitikimų atvejais taip sumažinant sergamumą ir išvengiant neigiamų sveikatos būklės rezultatų, tokių kaip negalia ar mirtis.

1. 2. Greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybės samprata, dimensijos ir vertinimas

Donabedian apibrėžė sveikatos priežiūros paslaugų kokybę kaip medicinos mokslo ir technologijų taikymą taip, kad nepadidinant rizikos, būtų maksimaliai padidinta nauda sveikatai bei nurodė tokias kokybės išmatavimo dimensijas kaip veiksmingumas, efektyvumas, teisumas, optimalumas, priimtumas ir teisingumas (2 lentelė) (Donabedian, 1980, cit. iš Lee ir Kim, 2017, p. 2).

Medicinos institutas apibrėžė kokybę kaip laipsnį, kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos padidina pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybę ir atitinka šiuolaikines profesines žinias bei aprašė šešias kokybiškos priežiūros dimensijas: saugumą, veiksmingumą, į pacientą orientuotą priežiūrą, savalaikiškumą, efektyvumą ir teisingumą (2 lentelė) (Institute of Medicine, 2007). Medicinos instituto sveikatos priežiūros kokybės apibrėžimas laikomas tinkamu greitosios medicinos pagalbos paslaugoms, kadangi kokybiškos sveikatos priežiūros koncepcija apima sistemos dizainą su konkrečiu personalo, patalpų ir įrangos išdėstymu, kuris užtikrina ne tik efektyvų ir koordinuotą sveikatos priežiūros paslaugų teikimą skubios pagalbos sąlygomis, bet ir kokybišką bei tinkamą priežiūrą (Sayed, 2012).

Per pastaruosius dešimtmečius buvo aptariama daug kokybės dimensijų, tačiau Pasaulio sveikatos organizacija teigia, jog sveikatos priežiūros paslaugos turi būti veiksmingos, efektyvios, saugios, savalaikės, orientuotos į pacientus, teisingos ir integruotos (WHO, 2022).

Nagrinėjant mokslinius šaltinius aptinkamos šios pagrindinės kokybės dimensijos: efektyvumas, veiksmingumas, prieinamumas, orientacija į pacientą, teisingumas, savalaikiškumas, saugumas, integruotumas ir priimtumas (2 lentelė), o pagrindinė prielaida yra ta, kad tie patys kokybės principai ir dimensijos, kurie taikomi bet kurioms sveikatos priežiūros paslaugų grandims, galioja ir greitosios medicinos pagalbos paslaugoms (Sayed, 2012).

2 lentelė. Sveikatos priežiūros kokybės dimensijų apibrėžimai.

Kokybės dimensija	Apibrėžimas
Efektyvumas (WHO, 2022; Donabedian, 1990; Intitute of Medicine, 2001)	Sveikatos priežiūros paslauga pagrįsta mokslinėmis žiniomis ir rezultatais, kurie pagerina sveikatos būklę.
Veiksmingumas (WHO, 2022; Donabedian, 1990; Intitute of Medicine, 2001)	Sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos siekiant didžiausio sveikatos pagerinimo, maksimaliai išnaudojant išteklius, mažiausiomis finansinėmis sąnaudomis ir išvengiant švaistymo.
Prieinamumas (WHO, 2006)	Sveikatos priežiūra teikiama laiku, geografiškai pagrįsta ir teikiama tokioje aplinkoje, kurioje išgūdžiai ir ištekliai atitinka medicinos poreikius.
Orientacija į pacientą (WHO, 2022; Donabedian, 1990; Intitute of Medicine, 2001)	Sveikatos priežiūra orientuojasi į individualius paciento pageidavimus, poreikius ir vertybes.
Teisingumas (WHO, 2022; Donabedian, 1990; Intitute of Medicine, 2001)	Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė nesumažėja dėl asmens savybių, tokių kaip lytis, tautinė kilmė, geografinė padėtis ir socialinė ir ekonominė padėtis. Atsižvelgiama į teisingą priežiūros paskirstymą ir jos poveikį sveikatai.
Savalaikiškumas (WHO, 2022; Intitute of Medicine, 2001)	Sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos laiku, trumpinamas laukimo laikas ir žalingi vėlavimai tiek gaunantiems, tiek teikiantiems pagalbą.
Saugumas (WHO, 2022; Intitute of Medicine, 2001)	Sveikatos priežiūra teikiama taip, kad būtų sumažinta rizika ir žala paslaugų gavėjams.
Integruotumas (WHO, 2022)	Sveikatos priežiūros paslaugos koordinuojamos įvairiais lygiais ir paslaugų teikėjais, ir suteikia galimybę visą gyvenimą gauti visas sveikatos priežiūros paslaugas.
Priimtinumumas (Donabedian, 1990;)	Sveikatos priežiūros paslaugų atitiktis paciento pageidavimams dėl prieinamumo, paciento ir gydytojo ryšio, patogumų, priežiūros poveikio ir priežiūros išlaidų

Sudaryta magistro darbo autorės pagal WHO, 2022; Donabedian, 1990; WHO, 2006, Intitute of Medicine 2006;

Upadhya ir kt. (2019) atliko mokslinių tyrimų analizę, kad būtų galima suprasti, kas sudaro sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, kokios dimensijos ją sudaro ir kokie jos aspektai vertinami. Jie susistemino mokslinius tyrimus, ir priėjo išvados, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybės aspektus

galima suskirstyti į medicininę ir nemedicininę klasifikaciją. Kiti mokslininkai, kurie tyrinėjo GMP kokybės aspektus taip pat skirstė į klinikinius ir ne klinikinius indikatorius (Howard ir kt., 2018; Bogomolova ir kt., 2016).

Medicininiai aspektai apima techninę, rezultato ir tarpasmeninę dimensijas (3 lentelė). Techninė sveikatos priežiūros kokybės dimensija apima paslaugų teikėjo žinias, įgūdžius ir sprendimus bei turimus išteklius tam užtikrinti. Rezultato dimensija apima efektyvią, veiksmingą, teisingą, savalaikę, saugią ir į pacientus orientuotą priežiūrą. Tarpasmeninė kokybės dimensija apima keitimąsi informacija, empatiją ir supratimo bei bendradarbiavimo ugdymą.

3 lentelė. Medicininių aspektų klasifikacija.

Techninė dimensija	Rezultato dimensija	Tarpasmeninė dimensija
Pakankami resursai;	Rezultatas;	Informuotas sutikimas;
Prieiga prie medikamentų;	Savalaikiškumas;	Patikinimas;
Žmogaus veikla;	Veiksmingumas;	Bendravimas;
Žinios;	Efektyvumas;	Informacijos pateikimas;
Pajėgumas;	Teisingumas;	Poreikių valdymas;
Patikimumas;	Patikimumas;	Prisitaikymas;
Pagrindinės medicinos paslaugos;	Prevencija;	Efektyvus bendravimas;
Profesionalumas;	Operatyvumas;	Personalo rūpestis;
Kompetencija;	Pritaikymas individualiems	Procesas;
Įranga;	poreikiams;	Mokymas;
Gydytojų, slaugytojų ir	Lygybė;	Asmeniniai santykiai;
paramedikų priežiūra;	Skausmo valdymas;	Paramos personalui paslaugos.
Priežiūros procesas;	Saugumas;	
Saugumo rodikliai;	Dėmesys;	
Medicininė kokybė;	Klinikinės priežiūros procesas.	
Gydymas;		
Diagnozė;		
Tyrimai;		
Ekspertizė;		
Personalas ir jo kokybė.		

Sudaryta magistro darbo autorės pagal (Upadhya ir kt., 2019)

Nemedicininiai aspektai paveikia pacientų sveikatą ir gerovę netiesiogiai ir susidaro iš fizinės aplinkos, prieinamumo ir reakcijos dimensijų (4 lentelė). Fizinę aplinką apima pagrindinius patogumus vietas, kurioje paslauga teikiama. Tai gali būti apgyvendinimas, pastato būklė, darbuotojo uniforma, švara ir kt. Prieinamumas apima objekto vietą, laiko sąnaudas jai pasiekti ir finansinį paslaugų

įperkumą. Į šią dimensiją taip pat įtraukiami ir kiti su sveikata nesusiję procesai (sąskaitų pateikimas, priėmimas į ligoninę ir išrašymas iš jos). Reakcija yra susijusi su paslaugų gavėjo lūkesčiais. Paciento orumas, autonomiškumas, privatumas bei prieiga prie socialinės paramos yra šios dimensijos aspektai (Upadhyā ir kt., 2019).

4 lentelė. Nemedicininų aspektų klasifikacija.

Fizinės aplinkos dimensija	Prieinamumo dimensija	Reakcijos dimensija
Struktūra; Įstaiga; Švara; Materialinės vertybės; Infrastruktūra; Ramybė; Atmosfera; Maistas ir kambarys; Moderni įranga; Fizinė aplinka; Erdvė; Apčiuopiamumas/realumas; Aplinka skirta sveikatos priežiūrai.	Politika; Administracija; Pacientų priėmimas ir išrašymas; Administracinės procedūros; Išrašymo informacija; Įstaigos pasirinkimas; Ligoninės mokesčiai.	Atsakingumas; Mandagumas, Noras padėti; Užtikrinimas; Empatija; Pasitikėjimas; Požiūris; Elgesys; Socialinė atsakomybė; Įvaizdis; Patikimumas; Rūpinimasis procesu; Santykiai; Ramybė; Pacientams draugiškas personalas; Privatumas; Saugumas; Produkto/paslaugos apsvaistymas.

Sudaryta magistro darbo autorės pagal (Upadhyā ir kt., 2019)

Kokybės apibrėžimai ir dimensijos yra naudingi siekiant suprasti kas yra sveikatos priežiūros kokybė, tačiau jie neturi prasmės be matavimo. Matavimas turi būti neatsiejama bet kokio kokybės sistemos kūrimo ar gerinimo dalis (Ransom ir kt., 2022). Upadhyā ir kt. (2019) tyrimas išsiskiria tuo, kad atskiria medicininius ir nemedicinius kokybės aspektus išanalizavę mokslininkų atliktus tyrimus. Kiekvienai dimensijai priskiriami požymiai, kurie padeda suprasti kiekvienos dimensijos savybes ir jas lengva apibūdinti.

Pagal Donabedian (1980) kokybės gerinimas ir vertinimas susidaro iš trijų matavimo priemonių:

- **Struktūros.** Tai sveikatos priežiūra teikiančių asmenų ir aplinkos, kurioje ji yra teikiama, ypatybės. Charakteristikos apima specialistų, teikiančių priežiūrą, išsilavinimą, mokymą ir licencijavimą bei įstaigos personalo kiekį, įrangą ir bendros organizacijos tinkamumą.

Kokybės vertinimai, pagrįsti struktūriniais elementais, daro prielaidą, kad aukštos kvalifikacijos žmonės, dirbantys gerai įrengtose ir organizuotose aplinkose, teikia aukštos kokybės sveikatos priežiūrą.

- **Proceso.** Tai sveikatos paslaugų teikimo metu vykstančių įvykių serija, kuri turi įtakos paciento sveikatai. Proceso kokybė gali būti skirstoma į tris dalis:
 - I. Tinkamumas (ar buvo imtasi teisingų veiksmų);
 - II. Įgūdžiai, su kuriais buvo atliekami veiksmai;
 - III. Priežiūros savalaikiškumas.

Siekiant visapusiškai įvertinti konkretaus veiksmo **procesą** reikia įvertinti ar tinkama procedūra parinkta pacientui, ar tinkamu laiku ji buvo skirta (ne per vėlai) ir atlikta paslaugos tiekėjui turint tinkamus įgūdžius.

- **Rezultatas.** Tai pasiekti sveikatos priežiūros tikslai. Priežiūros tikslus galima apibrėžti plačiai, todėl dažnai apima priežiūros išlaidas, pacientų pasitenkinimą, paciento sveikatos būklę ar pasveikimą (Ransom ir kt., 2022).

Struktūra, procesas ir rezultatas yra tarpusavyje susiję, nes tik vienos matavimo priemonės užtikrinimas negarantuoja kokybiškų paslaugų (Ransom ir kt., 2022). Norint užtikrinti kokybiškas paslaugas, struktūros, proceso ir rezultato vertinimai turi vykti kartu.

Struktūros, proceso ir rezultato matavimas gali būti naudojamas greitosios medicinos pagalbos sistemos veikimo vertinime. Struktūros indikatorius sudaro patalpos, įranga, personalas, paslaugų teikėjų išsilavinimas, įgaliojimai, resursų išnaudojimas, atsako (į iškvietimą) laikas. Šie duomenys naudingi konkurencingumui ir lyginimui su kitoms GMP paslaugas teikiančiomis įstaigomis, tačiau tai nėra tiesioginiai kokybės matavimo vienetai bei sunkiai siejami su rezultato vertinimu. Proceso indikatorius sudaro medicininiai protokolai, medikamentų administravimas ir transportavimas į tinkamas gydymo įstaigas. Proceso rodikliams lengva surinkti duomenis, juos suprasti ir įvertinti, surasti konkrečias tobulinimo galimybes. Jie turi būti griežtai apibrėžti, todėl rodiklių įvertinimas gali tapti sudėtingu naudojant pažangesnius pagalbos teikimo veiksmus. Rezultato indikatorius sudaro staigios mirties išgyvenamumas už ligoninės ribų (sėkmingos reanimacijos), pacientų pasitenkinimas ir skausmo sumažėjimas. Šiuos rodiklius lengva suprasti visiems GMP sistemos dalyviams (politikams, pacientams, GMP darbuotojams, visuomenei ir kitiems) bei yra ilgalaikiai, nes apima gerovės ir sveikatos pokyčius, tokius kaip: mirtis, liga, negalia, diskomfortas, nepasitenkinimas ir nepritekliai (Sayed, 2012). Vis dėlto tam, kad būtų galima atlikti struktūros, proceso ir rezultato vertinimą turi būti atidžiai renkami ir prieinami procesui ir rezultatui priskirti rodikliai, taip pat šis matavimas dažniausiai taikomas organizacijų, įstaigų ar valstybės lygmenyse (Ransom ir kt., 2022).

Viena plačiausiai naudojamų paslaugų gavėjų kokybės matavimo priemonių yra SERVQUAL (Darzi ir kt., 2023), kuri išskiria penkis paslaugų kokybės aspektus: patikimumą, užtikrinimą,

apčiuopiamumą, reagavimą ir empatiją (Parasuraman ir kt., 1988). Carolus ir kt. (2022) tirdami greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybę SERVQUAL modeliui pridėjo dar vieną aspektą – kokybės kontrolės.

Dar vienas pagrindinių instrumentų kokybės matavimui yra Grönroos (1984) techninis-funkcinis modelis, kuris orientuojasi į paslaugų gavėjus. Funkciniai aspektai paremti darbuotojų elgesiu ir aptarnavimo greičiu, o techniniai – galutiniu suteiktos paslaugos rezultatu.

SERVQUAL retai naudojamas paslaugų teikėjų nuomonei apie kokybę nustatyti, todėl tiek šis, tiek techninis-funkcinis modelis yra orientuoti į paslaugų gavėją ir abu modeliai yra plačiai naudojami sveikatos priežiūros sektoriuje (Piligrimienė ir Bučiūnienė, 2011). Nors ir paslaugų gavėjų nuomonė yra labai svarbi, kokybė negali būti tiksliai atspindėta tik per pacientų suvokimą. Pacientai turi labai didelę įtaką sveikatos priežiūros kokybės gerinime, nes jie vieninteliai patiria visą priežiūros eigą nuo pirminės sveikatos priežiūros ir gydymo ligoninėje iki reabilitacijos ir tolesnių ligos eigos stebėjimų. Tuo tarpu skirtingi sveikatos priežiūros specialistai dalyvauja tam tikroje paciento gydymo ir priežiūros dalyje sveikatos priežiūros sistemoje (Mainz, 2022), todėl PSO (WHO, 2022) pabrėžia, kad sveikatos priežiūros kokybė turi būti vertinama per dvi perspektyvas:

- 1) konkrečiai ligai būdingų sveikatos procesų ir rezultatų vertinimas;
- 2) paciento, šeimos ir bendruomenės patirties arba pasitenkinimo atitinkama sveikatos paslauga vertinimas.

Sveikatos priežiūros valdymo srityje pacientų suvokimas reiškia suvokiamą kokybę, o ne faktinę ar absoliučią kokybę, kurios reikalauja sveikatos priežiūros įstaigos valdymas (Hinson ir kt., 2019), todėl paslaugų teikėjų lūkesčiai ir suvokimas, kaip veikia sveikatos priežiūros sistema, yra vienodai svarbi, nes jie yra lygiaverčiai paslaugų teikimo proceso dalyviai. Paslaugos teikėjai sprendžia paslaugos pateikimo ir atlikimo aspektus, gavėjai vertina paslaugą pagal savo bendrą supratimą apie sutektą paslaugą (Pai ir Chary, 2016), todėl sveikatos priežiūros kokybės supratimas skirtingoms sistemoje dalyvaujančioms suinteresuotosioms šalims reiškia skirtingus dalykus. Šilys (2013) išskyrė tris sritis, kurios apima kokybės vertinimą:

- Paciento suvokiama kokybė - pacientų paprastai turi išankstinių lūkesčių iš sveikatos priežiūros paslaugų, kurias ketina gauti. Jiems svarbu ligos diagnozė ir saugumo jausmas. Pacientai labiau orientuojasi į psichologinius ir socialinius veiksnius nei į sveikatos priežiūros paslaugos organizavimą.
- Profesionalioji kokybė – tai teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų atitikimas galiojantiems teisės aktams ir įstaigoje patvirtintiems standartams. Paslaugų atitikimas reikalavimas įvertinamas auditu.
- Valdymo kokybė – našus turimų išteklių naudojimas, laikantis sveikatos priežiūros įstaigoms galiojančių teisės aktų.

Šilio (2013) nuomonę taip pat pagrindžia ir kiti moksliniai šaltiniai, kuriuose įvardinami pagrindiniai metodiniai instrumentai, kuriais formuojama kokybė:

- standartai (Janušonis, 2004; WHO, 2018) ir tikslai (WHO, 2018);
- licencijavimas (Janušonis, 2004; WHO, 2018);
- patikra, išorinis vertinimas (WHO, 2018) ir auditas (Janušonis, 2004; WHO, 2018);
- darbo jėgos išlaikymas ir plėtra (WHO, 2018);
- skatinimo mechanizmai (finansiniai ir nematerialūs) (WHO, 2018);
- matavimas, lyginamoji analizė ir grįžtamasis ryšys (WHO; 2018);
- žinių tobulinimo iniciatyvos pagal atitinkamą populiaciją, klinikinę būklę ir pan. (WHO, 2018);
- pacientų, šeimos ir bendruomenės įsitraukimas (dalyvavimas, mokymas, galimybė rinktis ir atsiliepiamai) (WHO, 2018) bei pacientų kontrolė (Janušonis, 2004);
- rizikos kontrolė ir klaidų prevencija (Janušonis, 2004);

Paslaugų kokybiškumui svarbus tiesiogiai dirbančių medikų, politikų, paslaugų gavėjų, įstaigų ir organizacijų, kurie teikia paslaugas, indėlis į kokybės užtikrinimą ir gerinimą (Fulop ir Ramsay, 2019). Janušonis ir Popovienė (2003) išskyrė tris – sisteminį-koncepcinį (nacionalinį), organizacinį-struktūrinį (teritorinį) ir procesinį-kokybinį (organizacijos) lygmenis, kuriuose realizuojamos kokybės strategijos. Į panašius, tačiau penkis, hierarchinius lygmenis išskiria ir WHO (2018) (5 lentelė), kurių dėka susidaro daugialypis požiūris į kokybę.

5 lentelė. Atsakomybės už kokybės strategijų realizavimą pasiskirstymas hierarchiniuose lygmenyse.

Lygmuo	Atsakomybė
Nacionalinis	Apima politikos formavimą, infrastruktūros kūrimą, išteklių skyrimą ir atskaitomybę visuomenei. Į šį lygmenį įtraukiami teisės aktai, nacionaliniai tikslų nustatymai, reguliavimas ir priežiūra, viešosios veiklų ataskaitos, išorinis vertinimas (auditas) ir akreditacija.
Subnacionalinis (regionas, savivaldybė, valstija)	Atlieka nacionalinės politikos racionalizavimo veiklą, atsižvelgiant į regiono poreikius, makrovaldymą ir veiklos rezultatų stebėjimą. Šis lygmuo apima tikslus ir standartus, veiklos stebėjimą ir lyginamąją analizę.
Bendruomenės	Veikla pavienių pacientų ir piliečių kolektyvinių interesų labui, pareikšdama savo nuomonę, vykdydama valdymą pagal pilietinės visuomenės mechanizmus, stebėdama ir užtikrindama atskaitomybę. Šis

	lygmuo apima informavimą, gynybą, mokymą, sąmoningumą ir įdeda savo indėlį į sveikatos priežiūros sistemą
Institucinis	Instituciniai subjektai, tokie kaip ligoninės, klinikos ir ambulatorijos, yra atsakingi už gerą valdymo sistemą ir kompetentingą veiklą, kad būtų patenkinti pacientų, šeimų ir bendruomenės poreikiai. Šiame lygmenyje vyrauja vadovavimas ir valdymas, remiantis nacionaliniais bei regioniniais politikos sprendimais, skatinimas tobulėti, kokybės palaikymo funkcijų ir inovatyvių sprendimų diegimas.
Individualus	Kontaktas tarp sveikatos priežiūros teikėjo ir paciento turi būti pagrįstas efektyvumu, saugumu ir orientacija į pacientą. Šis lygmuo apima procedūrų sutartis, profesionalų vertinimą, pacientų mokymą ir priežiūrą, bendrą sprendimų priėmimą.

Sudaryta magistro darbo autorės pagal WHO (2018).

Aukščiau paminėti WHO (2018) ir Janušonio (2004) kokybės formavimo instrumentai pasiskirsto šiuose lygmenyse (5 lentelė). Galima matyti už kokius sveikatos priežiūros kokybės formavimo ir priežiūros veiksmus atsakingi tam tikri lygmenys, taip organizuojant sklandų kokybės sveikatos priežiūroje užtikrinimą, vertinimą ir gerinimą.

Apibendrinant, sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir jos supratimas, vertinimas bei gerinimas yra aktualus jau ne vieną dešimtmetį. GMP paslaugos yra sveikatos priežiūros sistemos dalis, todėl galima teigti, jog apibrėžimai ir dimensijos skirti sveikatos priežiūros paslaugų kokybei apibūdinti tinka ir GMP sistemai. Paslaugų kokybiškumo užtikrinime dalyvauja visi sveikatos priežiūros sistemos dalyviai, tokie kaip politikai, savivaldybės, visuomenė, paslaugas teikiančios įstaigos ir jose dirbantys asmenys ir patys pacientai bei jų artimieji, turėdami atsakomybę už tam tikrus veiksmus. Moksliniais tyrimais pagrįsti instrumentai, aiški teisinė bazė ir standartai, tikslingas išteklių naudojimas, auditavimas ir rodiklių bei rezultatų vertinimas, nuolatinis tobulėjimas bei visuomenės ir pacientų įtraukimas į su sveikatos priežiūra susijusius procesus užtikrina, kad sveikatos priežiūra būtų veiksminga, efektyvi, saugi, savalaikiška, orientuota į pacientus, teisinga ir integruota tiek medicininiam, tiek nemedicininiam kontekste.

1. 3. Greitosios medicinos pagalbos paslaugų prieinamumo samprata ir vertinimas

Prieinamumas greitojoje medicinos pagalboje yra būtina sąlyga žmonių sveikatai ir gerovei užtikrinti (Jazairi ir Alinier, 2021). Paprastai vartojamo termino „prieinamumas“ apibrėžimas yra

sudėtingas ir išsamus bei gali skirtis priklausomai nuo konteksto, kuriame autoriai jį naudoja. Pagrindine sveikatos priežiūros prieinamumas apibendrinamas kaip geografinis ryšys tarp fizinės sveikatos priežiūros įstaigos ir asmens, kuriam jos reikia, jos pasiekimo laiko ir tam reikalingų išlaidų, informacijos teikimo ir gebėjimo vykdyti nustatytus reikalavimus (organizavimo ir valdymo prasme), o prieinamumo priimtinumai, nustatomas pagal tai, kaip asmenys supranta galimybę pasinaudoti prieinamais ištekliais (Scolari ir kt., 2018, p. 812). PSO deklaruoja, jog gauti skubią pagalbą yra kiekvieno žmogaus teisė, o vyriausybės pareiga yra suteikti šias paslaugas visiems gyventojams (Burkholder ir kt., 2019).

Prieiga prie sveikatos priežiūros yra svarbus aspektas sveikatos priežiūros politikoje. Teigiama, kad gyventojų sveikatos rezultatai ir sistemos reagavimas priklauso nuo to, koku mastu visi gyventojai turi prieigą prie priežiūros ir nuo to, kokios kokybės yra sveikatos priežiūros paslaugos. Finansiniai ir kitokie ištekliai, reikalingi galutiniams sveikatos sistemos tikslams pasiekti, lemia sistemos efektyvumą (Busse ir kt., 2017). Sveikatos priežiūra taip pat turi būti aktuali ir veiksminga, todėl taikant pacientų švietimą, kai jiems suteikiamos žinios, įgūdžiai ir pasitikėjimas, kad priežiūrą būtų veiksminga ir integruota į kasdienį gyvenimą, įgalinimą, kai užtikrinama, kad žmonės būtų informuoti ir įsitraukti į sprendimų priėmimą, ir kultūrinę kompetenciją, kai klinikinės sveikatos priežiūra derinama su paciento poreikiais, pageidavimais bei kultūriniu požiūriu, gerinamas prieinamumas prie teigiamų paciento sveikatos būklės rezultatų (Regmi ir Randhawa, 2013).

Brusse ir kt. (2017, p. 13) sujungė keturis Pasaulio sveikatos organizacijos tikslus (kokybę, prieinamumą, efektyvumą ir gyventojų sveikatą) į du: prieinamumą (įskaitant finansus) ir kokybę (įskaitant saugą), tuo pabrėždami, kad sveikatos sistema turi užtikrinti tiek prieigą prie priežiūros, tiek kokybę, kad būtų pasiekti galutiniai sveikatos sistemos tikslai. Ir nors prieinamumas yra viena iš sveikatos priežiūros paslaugų kokybės dimensijų (WHO, 2022), svarbu konceptualiai išskirti prieinamumą nuo kokybės, nes norint pagerinti prieinamumą (pavyzdžiui, gerinti finansinę apsaugą, užtikrinti geografinį paslaugų teikėjų prieinamumą), reikalingos kitokios strategijos, nei gerinant sveikatos priežiūros kokybę (Brusse ir kt., 2017).

Išskiriamos būtinosios sąlygos, kuriomis pasiekiamas prieinamumas (The Economist Intelligence Unit, 2017):

- stipri politinė lyderystė ir socialinis sutarimas;
- finansinės investicijos į viešąjį sektorių;
- visuomeninės sveikatos apsaugos didinimas;
- tikslūs ir prieinami duomenys susiję su sveikatos priežiūra;
- gerai kvalifikuota ir integruota darbo jėga;
- gera pirminė sveikatos priežiūra.

Šių sąlygų užtikrinimu pasiekiamas visuomenės pasitikėjimas politiniais sprendimais, didinamas supratimas apie gaunamas sveikatos priežiūros paslaugas bei skatinamas paslaugų gavėjų įsitraukimas kuriant tvarią sveikatos priežiūros sistemą.

Sveikatos priežiūros prieinamumas Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme (1994) apibrėžiamas kaip „sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios asmens sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei“:

- Ekonominis prieinamumas yra žmonių gebėjimo mokėti už paslaugas be finansinių sunkumų matas, atsižvelgiama ne tik į sveikatos paslaugų kainą, bet ir į netiesiogines ir alternatyvias išlaidas (Evans ir kt., 2013) bei solidarumo principo veikimą (Jankauskienė, 2009, p. 13).
- Komunikacinis prieinamumas yra atstumas iki gydymo įstaigos ir fizinės priemonės, kuriomis pasiekiamos sveikatos priežiūros paslaugos, tokios kaip transportas, mobiliojo ryšio priemonės, internetas (Jankauskienė, 2009).
- Organizacinis prieinamumas yra sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūra teritorijoje, teikiamų paslaugų rūšys, žmogiškieji išteklių, darbo laiko tinkamumas, eilės, išteklių valdymas, inovacijos ir taikomos technologijos (Jankauskienė, 2009; Zolubienė ir kt., 2014).

Prieinamumas GMP paslaugų teikime reiškia reagavimo laiką arba operatyvumą. Reagavimas laikas, arba operatyvumas, suprantamas kaip laikas nuo kvietimo užregistravimo iki pirmosios medicinos pagalbos teikimo pradžios GMP darbuotojams atvykus pas pacientą (Dėl Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo, 2007; Luo, 2022).

Siekiant įvertinti GMP paslaugų prieinamumą naudojami įvairūs techniniai, geografinėmis informacinėmis sistemomis pagrįsti, matavimai, kurie siejami su reagavimo greičiu ir operatyvumu ((Regmi ir Randhawa, 2013; Luo, 2020):

- Artumu pagrįstas matavimo modelis – tiesios linijos arba kelių sistemos atstumas nuo paslaugos teikėjo iki paciento ir laikas šiam atstumui įveikti.
- Tiekėjo ir gyventojų santykio modelis – tiekėjo pajėgumo (GMP automobilių/brigadų skaičius) ir paslaugų poreikio (gyventojų skaičius) santykis tam tikrose geografinėse vietovėse pagal turimus duomenis.
- Gravitacinis modelis – atsižvelgiama į sąveiką tarp pajėgumo ir paslaugų poreikio pagal atstumą arba kelionės laiką.

Pabrėžiama, kad siekiant įvertinti prieinamumą prie sveikatos priežiūros paslaugų ne mažiau svarbu atsižvelgti į du aspektus (Regmi ir Randhawa, 2013):

1. Koku būdu pacientai gauna prieigą prie sveikatos priežiūros paslaugų;
2. Kaip prieigą prie sveikatos priežiūros paslaugų vertina pacientai ir paslaugų teikėjai.

Europos komisijos Sveikatos ir maisto saugos generalinis direktoratas (2017) pabrėžia, kad detaliau analizuojant gautas nemokamas paslaugas ir medicininės procedūras su pacientų patirtimis gaunamas aiškesnis prieinamumo vertinimas, todėl matavimui turi būti taikomas holistiškas požiūris ir atsižvelgiama į:

- sistemos ekonomiškumą – įvertinant kiek daugiau ar mažiau išteklių reikia tam tikriems sveikatos rezultatams pasiekti;
- paciento perspektyvą – įvertinant paslaugų gavėjų patirtį ir pasiektus sveikatos rezultatus.

Paminėti matavimo modeliai sėkmingai naudojami prieinamumui ir jo gerinimo poreikiui įvertinti, tačiau GMP vis dar susiduria su prieinamumo ir nelygybės problemomis. Didžiausios GMP paslaugų prieinamumo problemos pastebimos kaimo vietovėse. Jos dažniausiai kyla dėl ilgų atstumų ir sudėtingos prieigos prie įvykio vietos, todėl prailgėja atvykimo laikas ir paciento transportavimas, nepakankamo finansavimo, kurio neužtenka padengti GMP paslaugų išlaidoms kaimo vietovėse, besikeičiančios ar nepakankamos darbo jėgos, regioninių GMP koordinavimo planų trūkumų ir nepakankamos valstybinės politikos įsitraukimo (MacKinney ir kt., 2021).

Apibendrinant, prieinamumo užtikrinimas sveikatos priežiūroje reikalauja aiškių politinių strategijų, finansinių išteklių ir visuomenės įsitraukimo. GMP sistemoje prieinamumas turi konkrečius operatyvumo ir reagavimo laiko rodiklius, kurie gali būti vertinami techniniais matavimo instrumentais. Galima teigti, kad sveikatos priežiūros prieinamumas yra suinteresuotas į paslaugų gavėją ir jo galimybę gauti paslaugas komunikaciniu, ekonominiu ir organizaciniu lygmenimis, todėl vykdant prieinamumo vertinimą labai svarbus ne tik techniniai aspektai prieinamumui nustatyti, tačiau ir pacientų patirtys. GMP sistemoje, ypač kaimo vietovėse, vis dar pastebimos prieinamumo problemos, todėl išryškėja nelygybės problema.

1. 4. Greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybės ir prieinamumo reglamentavimas Lietuvoje ir užsienio praktika

Greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybė visame pasaulyje buvo vertinama atsižvelgiant į jų operatyvumą – atvykimo iki įvykio vietos laiką ir joje praleistą laiką. Šie rodikliai lengvai fiksuojami bei patenkina visuomenės požiūrį, jog greitis yra svarbiausias GMP teikiamos pagalbos aspektas. Nors kai kurioms būklėms, tokioms kaip staigi mirtis, operatyvumo rodikliai yra svarbūs, tik laiko rodiklių vertinimas sumažina dėmesį į orientaciją į pacientą ir ilgalaikius paciento sveikatos rezultatus (Bourn ir kt., 2021). Atliktose GMP kokybės rodiklių analizėse buvo pastebėta, jog yra daugybė iki stacionarinių kokybės rodiklių, dauguma jų vertinami laiko intervalais arba skirti specifinės ligos grupėms (Poulsen

ir kt., 2019; Howard ir kt., 2018). Daugėja mokslinių tyrimų, kurie įrodo, kad atitinkamos GMP intervencijos miokardo infarkto ar insulto būklėms pagerina galutinius paciento sveikatos rezultatus (Kobayashi ir kt., 2014; Langabeer ir kt., 2014; Abboud ir kt., 2016), vis tik prieiga prie duomenų, susijusių su ilgalaikiais pacientų sveikatos rezultatais, greitosios medicinos pagalbos tarnyboms vis dar sunkiai prieinama, todėl suteiktos pagalbos kokybė pacientui dažnai nėra vertinama (Redlener ir kt., 2018).

Vienas iš būdų, kuriais galima stebėti ir rinkti pacientų ilgalaikius sveikatos duomenis yra registrai. Registrų paskirtis gali būti skirta efektyvumo ar saugumo įvertinimui ir nustatymui, istorijai (atvejų, nutikimų ar problemos mastui) sekti, taip pat išmatuoti ar nustatyti sveikatos priežiūros kokybę (Gliklich ir kt., 2020). Europoje dvidešimt šalių turi staigios mirties už ligoninės ribų registrus. Ne visose šalyse esantys registrai apima pilną populiacijos stebėjimą, tačiau net trylika šalių stebi neurologinę atgaivintų pacientų būklę išrašymo iš ligoninės metu, o septynios šalys atlieka gyvenimo kokybės patikrinimą po kurio laiko (Tjelmeland ir kt., 2020). Anglija, Vokietija, Švedija, Danija, Prancūzija, Norvegija (National Major Trauma Registry, 2024; Houwert ir kt., 2023; A French observatory for major trauma, 2024; Norwegian trauma registry, 2024) bei kitos Europos šalys turi traumų registrus. Traumos turi didelę įtaką pacientų negaliai ir mirtingumui, todėl traumų registrai daro didelę įtaką tobulinant traumų priežiūros kokybę bei gerinant pacientų rezultatus (Houwert ir kt., 2023). Lietuvoje GMP įstaigos dalyvauja tik Traumų ir nelaimingų atsitikimų stebėsenos informacinės sistemos duomenų rinkime (dėl Traumų ir nelaimingų atsitikimų stebėsenos informacinės sistemos nuostatų ir duomenų saugos nuostatų patvirtinimo, 2014). Lietuvoje nėra registrų, kurie užtikrintų ūmią būklę, traumą ar klinikinę mirtį patyrusių pacientų tolimesnę stebėseną ir išeičių vertinimą siejant su GMP teikta pagalba.

GMP paslaugas teikiančios įstaigos Lietuvoje privalo turėti galiojančią licenciją, kad galėtų teikti skubios medicinos pagalbos paslaugas, kurią suteikia Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie SAM. GMP įstaigos, kurios sveikatos priežiūros paslaugas teikia ne mažiau kaip trejus metus, gali savanoriškai akredituotis, šis pažymėjimas išduodamas penkeriems metams, jei įstaiga atitinka nustatytus teikiamų paslaugų standartus (Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 1996). Akreditavimo programos teigiamai prisideda nustatant sveikatos sistemų ir organizacijų trūkumus bei spragas ir teikia konstruktyvių patarimų, kur reikia patobulinti (Nicklin ir Greenfield, 2023). SAM taip pat įgalioja instituciją, kuri atsakinga už įstaigų valstybinį medicininį auditą (Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, 1994), kuriuo atliekama teikiamų paslaugų kokybės ir prieinamumo priežiūra. Kokybė taip pat užtikrinama LR SAM įsakymais reglamentuojant GMP sistemos darbuotojų kvalifikaciją ir kompetencijas.

GMP paslaugas teikiančioms įstaigoms taip pat galioja minimalūs sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimai – įstaigų vadovai, laikantis galiojančių teisės aktų, įpareigoti užtikrinti paslaugų

kokybės valdymo ir gerinimo veiklą formuojant paslaugų kokybės politiką bei jos įgyvendinimo priemonės, nustatant saugos kultūrą įstaigoje, įtraukiant papildomus organizacinius ir klinikinius kokybės rodiklius pagal įstaigos prioritetus, paslaugų apimtį ir veiklą bei užtikrinant kokybės rodiklių stebėseną, vertinimą ir analizę bei vidaus auditą. Įstaigos vadovas turi užtikrinti, kad įstaigoje būtų parengti, patvirtinti ir taikomi atliekamų tyrimų, taikomų diagnostikos ir gydymo bei slaugos metodų, pagalbos teikimo protokolai (Dėl Minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo, 2008). GMP paslaugas teikiančios įstaigos, vadovaujantis sveikatos priežiūros paslaugų teikimą reglamentuojančiais teisės aktais dėl gaivinimo ir širdies veiklos sutrikimų, insulto, miokardo infarkto su ST pakilimu, sunkių traumų atvejų (Dėl Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sunkių traumų atvejais tvarkos aprašo patvirtinimo, 2018; Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų įtariant ar diagnozavus ūminį galvos smegenų insultą teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo, 2014; Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų įtariant ar diagnozavus ūminį miokardo infarktą, kai ST segmentas pakilęs, teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo, 2014; Dėl gaivinimo standartų patvirtinimo, 2011), atitinkamos srities tarptautinėmis gairėmis, tarptautinių organizacijų patvirtintais algoritmais ir rekomendacijomis, turi turėti paruoštus metodinius dokumentus ir pagalbos teikimo protokolus, kurie reglamentuotų medicinos personalo teikiamos pagalbos veiksmus esant tam tikroms gyvybei pavojingoms būklėms (Dėl Greitosios medicinos pagalbos metodinio dokumento rengimo, taikymo ir atnaujinimo tvarkos aprašo patvirtinimo, 2021). Taip siekiama užtikrinti, kad teikiama pagalba atitiktų šiuolaikinius standartus, būtų pagrįsta moksliniais tyrimais ir pacientai gautų kokybiškas paslaugas visos šalies mastu.

Vidaus medicininis auditas taip pat reglamentuojamas kaip sveikatos priežiūros įstaigų kokybės užtikrinimo reikalavimas. Priklausomai nuo įstaigoje dirbančių darbuotojų skaičiaus auditą ASPĮ atlieka įgaliotas fizinis arba juridinis asmuo, su kuriuo sudaryta sutartis arba medicininio audito padalinys. Auditą atliekantis asmuo turi nešališkai, profesiskai atidžiai ir principingai, laikantis konfidencialumo ir įrodymas pagrįsto požiūrio vykdyti auditavimo veiklą. Medicininio vidaus audito tikslas dalyvauti įstaigos veikloje nustatant kokybės politiką, tikslus ir rodiklius ir rengti su tuo susijusius dokumentus, atlikti planinius ir neplaninius vidaus medicininius auditus bei parengti jų ataskaitas, registruoti neatitiktis, atlikti diagnostikos, gydymo, slaugos protokolų, procedūrų ir kitų kokybės vadybos dokumentų taikymo priežiūrą bei nagrinėti pacientų skundus (Dėl Minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo, 2008). Vidaus medicininis auditas padeda įstaigoms įsivertinti tiekiamų paslaugų kokybę ir taip pasirinkti tinkamus gerinimo procesus.

Lietuvoje GMP paslaugų tiekėjams galioja Lietuvos Respublikos Sveikatos Apsaugos Ministro įsakymais patvirtinti kokybės rodikliai. Jie yra pateikiami per atskirus įsakymus, kurie skirti sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimui esant tam tikroms būklėms. Sunkioms traumoms, insultui ir

miokardo infarktui su ST segmento pakilimu pateikiami kokybės vertinimo rodikliai, šešiams yra pateikiamas siektinas rezultatas (1 priedas). Pagrindinis dėmesys skiriamas keturiems rodikliams – gaivinimo (ne mažiau 50 % atgaivinimų), insulto (pristatymo į SPS per mažiau nei 60 min), miokardo infarkto (pristatymo į SPS per mažiau nei 90 min) ir sunkios traumos (pristatymo į SPS per mažiau nei 60 min) rodikliams. GMP siektini rezultatai susiję su paciento, ūmioje būklėje, transportavimo laiku ir ligoninės į kurią transportuojama lygiu ir informavimu. Pagalbos teikimo veiksmai pacientams GMP atliekami pagal įstaigoje patvirtintus pagalbos teikimo protokolus ir suteiktų paslaugų atitikimas nėra vertinamas ir kontroliuojamas nacionaliniu lygmeniu. Kokybiškų ir protokolus atitinkančių paslaugų teikimas yra įstaigos atsakomybė, kontroliuojama atliekant vidaus medicininį auditą.

Bos ir kt. (2015) atliktoje analizėje nurodoma, kad GMP kokybės rodiklius Europoje yra nusistačiusios Kroatija, Estija, Vokietija, Vengrija, Airija, Latvija, Nyderlandai, Norvegija, Turkija ir Jungtinė Karalystė. Kitaip nei Lietuvoje, Anglijoje taikomi išsamūs GMP kokybės vertinimo rodikliai, kurie skirstomi į klinikinius ir sisteminius rodiklius (NHS, 2023). Sisteminiai GMP indikatoriai Anglijoje susidaro iš GMP reagavimo laiko, dispečerių atsiliepimo į skambučius laiko, GMP brigadų vykimo į kvietimus laiko ir transportavimo į gydymo ar kitas įstaigas laiko, įvykių skaičiaus, kurie buvo išspręsti įvykio vietoje ar skambučio metu (NHS, 2023). Klinikiniai rodikliai yra susiję su ūmiais būklėmis ir jiems pateikiamas detalus vertinimas, kuris apima ir pagalbos teikimo veiksmus. Anglijoje stebimi kokybės rodikliai susiję su insultu, miokardo infarktu ir staigia mirtimi, yra detalesni ir išsamesni nei Lietuvoje bei išskiriamas sepsinis šokas. Lietuvoje insultui, miokardo infarktui su ST pakilimu ir be ST pakilimo taikomi 30 d. ir 90 d. mirštamumo kokybės rodikliai, kuriuos stebi Higienos Institutas, tačiau nėra jokių duomenų ar šie rodikliai siejami su GMP pasiektais rezultatais ir teikiama pagalba pacientui.

Anglijoje sisteminių ir klinikinių rodiklių rezultatų analizė yra pateikiama kiekvieną mėnesį ir viešai skelbiama bei prieinama visuomenei. Atkreipiamas dėmesys į pagalbos teikimą, atvejų skaičius ir jų rezultatus. Lietuvoje kokybės rodiklių rezultatai nėra pateikiami visuomenei. Iki centralizacijos kai kurios įstaigos savanoriškai paskelbdavo pasiektus kokybės rodiklių rezultatus veiklos ataskaitose, pagalbos suteikimo pacientams vertinimas pagal pagalbos teikimo protokolus taip pat nėra viešai prieinama informacija. Anglijoje stebimi kokybės rodikliai susiję su insultu, miokardo infarktu ir staigia mirtimi, yra detalesni ir išsamesni nei Lietuvoje bei išskiriamas sepsinis šokas. Lietuvoje sunkios traumos atvejai stebimi išsamiais vertinimo rodikliais, tuo tarpu Anglijoje sunkios traumos vertinimo rodiklių nėra (1 priedas). Lietuvoje insultui, miokardo infarktui su ST pakilimu ir be ST pakilimo taikomi 30 d. ir 90 d. mirštamumo kokybės rodikliai, kuriuos stebi Higienos Institutas, tačiau nėra jokių duomenų ar šie rodikliai siejami su GMP pasiektais rezultatais ir teikiama pagalba pacientui.

Vis dėlto, Europoje bei Jungtinėse Amerikos Valstijose (toliau - JAV) atlikta daugybė GMP prieinamumo tyrimų ir yra sutariama, jog operatyvumas yra esminis rodiklis GMP sistemoje (Cabral ir

kt., 2018). Vokietijoje stebimas mažiausias laiko, nuo skambučio iki GMP atvykimo, standartas Europoje – 5 minutės, tuo tarpu Norvegijoje, Ispanijoje bei Lietuvoje operatyvumas kaimo vietovėse standartiškai siekia 25 min. ir daugiau (7 lentelė). Azijoje, Europoje, Šiaurės Amerikoje ir Okeanijoje reagavimo laiko mediana yra nuo 7,2 iki 11,1 minučių, tuo tarpu Afrikoje – 19,5 minučių. Pastebima, kad vietovės, kurios užtikrina PSO nustatytą 8 minučių nustatytą standartą, pasižymi ilgesne gyvenimo trukme, aukštesniu bendrojo vidaus produkto procentu, didesnėmis viešosiomis investicijomis bei labai aukštu žmogaus raidos indeksu (Cabral ir kt., 2018).

6 lentelė. Greitosios medicinos pagalbos brigadų operatyvumo laikas pasaulyje

Šalis	Operatyvumas
Vokietijoje	5 min.
Japonija	7,5 min.
Latvija, Švedija, Suomija, Austrija	<8 min.
Kanada	9 min.
Jungtinės Amerikos Valstijos	Mieste – 7 min., užmiestyje – 14 min.
Kinija	10-12 min.
Anglija, Estija, Vengrija, Nyderlandai	<15 min.
Čekijoje	8-20 min.
Lenkija	16,5 min.
Norvegija, Ispanija, Lietuva	Mieste – 12-15 min., užmiestyje – 25 min.
Brazilija	13-27 min.

Sudaryta magistro darbo autorės pagal NHS, 2023; Luo, 2022; Mell ir kt., 2017; Cabral ir kt., 2018; Bos ir kt., 2015.

Lietuvoje GMP paslaugų prieinamumo vertinime taip pat taikomas operatyvumo rodiklis, kuriuo siekiama užtikrinti, kad GMP brigada pas pacientus nuvyktu ne vėliau nei per 25 min. kaimo vietovėse ir ne vėliau nei per 15 min. mieste nuo kvietimo užregistravimo iki pagalbos teikimo pradžios (Dėl Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo, 2007). Lietuvoje siektinas operatyvumo laikas yra beveik dvigubai ilgesnis miesto, ir trigubai ilgesnis rajono teritorijose, nei PSO nustatytas standartas. Pagal LR SAM 2022-2030 sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo plėtros programos pažangos priemonės nr. 11-002-02-11-01 „gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą“ aprašą (2022) siekiama, kad 2029 metais operatyvumas mieste ir kaimo vietovėse siektų 98%.

Operatyvumo užtikrinimui įtakos turi ir GMP dispečerinė, kadangi operatyvumo laikas skaičiuojamas nuo skambučio priėmimo. Tyrimai rodo, kad ilgėjant skambučio laikui, ilgėja ir bendras atvykimo pas pacientą laikas, o tai turi neigiamos įtakos pacientų sveikatos būklės rezultatams (Swan ir

Baumstark, 2021). Lietuvoje asmenys, kuriems reikalinga GMP turi skambinti trumpuoju numeriu „112“ ir yra sujungiami su Bendroju pagalbos centru (toliau – BPC). BPC surenka pagrindinę informaciją – adresą, telefono numerį bei įvykio paaiškinimą, jeigu yra poreikis – klausia papildomos detalesnės informacijos apie įvykį ar paciento būklę. BPC sujungia kvietėją su teritorine GMP dispečerine ir perduoda turimą informaciją, GMP dispečerinė surenka papildomą informaciją ir aktyvuoja GMP brigadą (Dėl Greitosios medicinos pagalbos paslaugų iškvietimų įvertinimo ir greitosios medicinos pagalbos brigados siuntimo į iškvietimo vietą tvarkos aprašo patvirtinimo, 2015). BPC gali klausti papildomos informacijos, tuomet GMP dispečerinei tikslinant informaciją, užduodant papildomus klausimus, pacientams tenka atsakyti į klausimus du kartus. Moksliniuose tyrimuose taip pat pastebima, kad GMP brigados iškvietimas bendrojo pagalbos centro numeriu, kuris informaciją perduoda GMP dispečeriams padvigubina iškvietimo laiką, o būti aptarnautiems kelių operatorių bei kartoti tą pačią informaciją kelis kartus sukelia nepatogumus kvietėjams, kas sumažina prieinamumą (Garcia-Alfranca ir kt., 2018). Moksliniai tyrimai rodo, kad vieno dispečerinės centro naudojimas sutrumpina GMP brigados atvykimo laiką ir padidina išgyvenamumo tikimybę (Ageron ir kt., 2015). Tam, kad Lietuvoje būtų užtikrintas kuo trumpesnis kvietimo perdavimo brigadai laikas, reglamentuojamas BPS ir GMP dispečerinių bendradarbiavimas, stebimi BPC kvietimų perdavimo laikai pagalbos tarnyboms. Tiesiogiai paskambinti GMP dispečerinei Lietuvoje galima trumpuoju numeriu „113“, tačiau šis numeris skirtas konsultacijoms, kai nėra grėsmės asmens gyvybei, tik esant poreikiui gali būti aktyvuota GMP brigada (Dėl Nuotolinių medicininių konsultacijų teikimo greitosios medicinos pagalbos dispečerinėse tvarkos aprašo patvirtinimo, 2023). Šiuo metu GMP dispečerio darbo kokybės rodikliai susidaro iš tinkamo kvietimų skubumo rūšiavimo ir tinkamo instruktavimo ir informacijos teikimo iki GMP brigados atvykimo į įvykio vietą. (Dėl greitosios medicinos pagalbos dispečerinių tarnybų veiklos aprašo patvirtinimo, 2012).

Apibendrinant, Lietuvoje GMP kokybė užtikrinama leidžiant veiklą vykdyti tik turint galiojančią licenciją, valstybiniu medicinos ir vidaus auditais ir teisės aktų nustatytais sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimais – kokybės valdymo ir gerinimo veiklos formavimu, taikomų medicinos metodų protokolų patvirtinimu, kokybės rodiklių stebėsena, analize ir vertinimu. GMP kokybės rodikliai Lietuvoje reglamentuoti skirtinguose teisės aktuose, o Anglijoje taikomi kokybės rodikliai GMP yra detalesni, nei Lietuvoje, apima klinikinių rezultatų vertinimą, reglamentuojami atskiru dokumentu, bei turi lengvą prieigą prie jų rezultatų visiems suinteresuotiems asmenims. Vis dėlto, visame pasaulyje, taip pat ir Lietuvoje, GMP paslaugos vertinamos jų prieinamumu – operatyvumu, standartai reglamentuoti LR SAM įsakymais, tačiau yra dvigubai ilgesni miesto, ir trigubai ilgesni rajono, teritorijose nei PSO standartas. Operatyvumo užtikrinime taip pat svarbus BPC ir GMP dispečerinių bendradarbiavimas ir kvietimų perdavimo laikas brigadoms, nes ilgėjant skambučio laikui, brigada atvyksta pas pacientą vėliau.

1. 5. Teorinės dalies apibendrinimas

Pagrindinis GMP tikslas yra suteikti būtinąją medicininę pagalbą, kuri padeda pagerinti išgyvenamumą bei užkirsti kelią negaliai pacientams, kurie patiria sveikatos sutrikimus. GMP paslaugos teikiamos ikistacionarinėje grandyje, Lietuvoje ji priskiriama pirminei sveikatos priežiūrai. GMP sistema susidaro iš GMP dispečerinės, kuri įvertina pagalbos poreikį ir brigadų darbo organizavimą, ir GMP išvažiuojamųjų brigadų, kurios teikia pagalbą pacientams įvykio vietoje. GMP ypatinga tuo, kad skubios medicinos pagalbos spektras labai platus – paslaugos teikiamos nelaimingų atsitikimų, užkrečiamųjų ir neužkrečiamųjų ligų, akušerinių būklių bei staigios mirties atvejais ir ją teikia tam paruoštos kvalifikuotos brigados. GMP brigados prieinamos pacientams visomis paros valandomis, visomis savaitės dienomis bei atvyksta į įvykio vietą, kuri gali būti pavojinga ar reikalauti gelbėjimo procedūrų. Atsižvelgiant į GMP darbo pobūdį ir teikiamų paslaugų spektrą galime teigti, kad GMP yra labai svarbi sveikatos priežiūros sistemos dalis, kuri turi didelę įtaką gerinant pacientų sveikatos būklės rezultatus ūmiai susirgus ar įvykus nelaimingiems atsitikimams.

Mokslininkai sveikatos priežiūros kokybę ir jos vertinimą aptarinėja jau ne vieną dešimtmetį, o nagrinėjant mokslinius šaltinius galima daryti išvadą, kad pagrindinė prielaida yra ta, kad visi kokybės principai ir dimensijos, kuriuos galima taikyti sveikatos priežiūros sistemai, galioja ir GMP. Kokybė apibrėžiama kaip laipsnis, kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos padidina pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybę ir atitinka šiuolaikines profesines žinias, o paslaugos turi būti veiksmingos, efektyvios, saugios, savalaikės, orientuotos į pacientus, teisingos, prieinamos, priimtinos ir integruotos. Sveikatos priežiūros kokybės aspektai taip pat gali būti klasifikuojami į nemedicininis aspektus, kurie susidaro iš fizinės aplinkos, prieinamumo ir reakcijos dimensijų, ir medicinius aspektus, kurie susidaro iš techninės, rezultato ir tarpasmeninės dimensijų.

Kokybės vertinimo instrumentai gali būti pritaikyti struktūros, proceso ir rezultato vertinimui, taip pat gali būti skirti paslaugų gavėjams. Vis dėlto, paslaugų teikėjų ir paslaugų gavėjų nuomonė yra vienodai svarbi, todėl kokybės vertinimas turi susidaryti iš pacientų suvokiamos kokybės (pasitenkinimo), profesionaliosios kokybės (sveikatos priežiūros paslaugų atitikimo standartams ir galiojantiems teisės aktams) bei valdymo kokybės (našaus išteklių naudojimo).

Žmonių sveikatos išsaugojimui būtina užtikrinti prieinamumą GMP sistemoje. Nors prieinamumas laikomas viena iš kokybės dimensijų, mokslininkai teigia, kad jį reikia atskirti, nes gerinant prieinamumą reikalingos kitokios strategijos nei kokybės gerinime. Prieinamumas suprantamas kaip geografinis ryšys tarp sveikatos priežiūrą teikiančios įstaigos ir paciento, bei užtikrinimas tokių sąlygų kaip atstumas, gydymo įstaigai pasiekti reikalingi ištekliai, informacijos teikimas ir organizavimas pagal poreikius ir nustatytus reikalavimus. Galima teigti, kad siekiant paslaugų

prieinamumo būtina užtikrinti ekonominį, komunikacinį bei organizacinį priimtinumą. GMP paslaugų teikime prieinamumas reiškia reagavimo laiką arba operatyvumą. GMP prieinamumui įvertinti naudojami techniniai, geografinėmis informacinėmis sistemomis pagrįsti, matavimo modeliai, kuriais išmatuojami atstumai, pajėgumas ir paslaugų poreikis bei šių rodiklių santykiai, tačiau tik techninių aspektų vertinimas nėra pakankamas. Siekiant įvertinti prieinamumą svarbu išsiaiškinti kiek išteklių reikalauja sistema, koku būdu pacientai gauna prieigą prie sveikatos priežiūros ir kaip tą prieigą vertina paslaugų gavėjai ir teikėjai.

Lietuvoje GMP paslaugų kokybė užtikrinama įstaigų licencijavimu, įstatymais nustatytų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimais – paslaugų kokybės politikos formavimu ir jos įgyvendinimu, saugos kultūros nustatymu, vidaus ir medicininius auditų atlikimu. Paslaugos turi būti teikiamos pagal patvirtintus gydymo ir diagnostikos bei pagalbos teikimo protokolus, kurie sudaryti remiantis LR SAM įsakymais, tarptautinių organizacijų patvirtintais protokolais, algoritmais, rekomendacijomis ir gairėmis taip užtikrinant kokybišką, moksliniais tyrimais pagrįstą ir šiuolaikinius standartus atitinkančią medicininę pagalbą. Galima teigti, kad teisinis reglamentavimas Lietuvoje formuoja profesionaliosios kokybės užtikrinimą.

Įstaigoje turi būti atliekama LR SAM įsakymais nustatytų kokybės rodiklių stebėseną, vertinimas ir analizė. LR SAM įsakymais patvirtinti ir stebimi kokybės rodikliai miokardo infarktui, galvos smegenų insultui ir sunkios traumos atvejams, bei GMP tarnyboje nustatytas klinikinės mirties kokybės rodiklis. Iš viso stebimi 17 kokybės rodiklių, iš kurių 6 turi siektinas reikšmes, tačiau jie pateikiami atskirais dokumentais, o rezultatų viešinimas nėra prieinamas visuomenei. Palyginus, Anglijoje ūmioms būklėms taikomi kokybės rodikliai yra išsamesni, apima teikiamos pagalbos veiksmus, o rezultatai stebimi valstybiniu lygmeniu ir viešai pateikiami. Lietuvoje, iki GMP centralizacijos, kokybės rodiklių rezultatus pateikdavo tik kai kurios GMP paslaugas teikiančios įstaigos savo veiklos ataskaitose. Taip pat nėra žinoma, ar išgyvenamumo rodikliai yra siejami su GMP siektiniais rodikliais. Galima teigti, kad kitaip nei Anglijoje, GMP taikomi kokybės rodikliai Lietuvoje yra ne tokie išsamūs, pateikiami atskirais dokumentais kas apsunkina jų paiešką, o rezultatų analizė nėra viešai pateikiama visuomenei.

Greitoji medicinos pagalba visame pasaulyje vertinama atsižvelgiant į operatyvumą, nes šiuos rodiklius lengva fiksuoti. Greitis yra svarbus atsižvelgiant į pacientų būklę, taip pat svarbi suteiktos pagalbos kokybė, tačiau šis aspektas GMP sistemoje dažnai nėra vertinamas dėl ribotos prieigos prie duomenų. Vienas iš būdų rinkti pacientų sveikatos duomenis, stebėti pacientų ilgalaikius rezultatus ir gerinti paslaugų kokybę yra registrai. Lietuvoje nėra registrų, kuriose būtų renkami duomenys susiję su GMP teikta pagalba ir pacientų rezultatais, tuo tarpu dauguma Europos šalių turi traumų ir klinikinės mirties už ligoninės ribų registrus.

Operatyvumas yra dažniausiai naudojamas GMP prieinamumo vertinimo rodiklis visame pasaulyje. PSO nustatytu standartu, GMP operatyvumas turėtų būti ne ilgesnis nei 8 minutės, tačiau pasaulyje GMP atvykimo laikas laviruoja nuo 5 iki 27 minučių vidurkio. Lietuvoje nustatyta, kad GMP operatyvumo laikas miesto teritorijoje turėtų būti ne ilgesnis nei 15 minučių, kas yra beveik dvigubai ilgiau nei PSO standartas, o kaimo – 25 minutės, kas yra beveik trigubai ilgiau nei PSO standartas. Lietuvoje GMP brigada iškviečiama pirminiu skambučiu į BPS, tada perduodama GMP dispečerinei, o moksliniai tyrimai rodo, kad dviejų pagalbos centrų naudojimas (bendrojo pagalbos centro informacijos perdavimas dispečerinei) turi neigiamos įtakos pacientų sveikatos būklei, išgyvenamumui bei bendram pacientų pasitenkinimui, nes taip prailgėja skamučio laikas ir pailginamas GMP brigados atvykimo laikas.

2. GREITOSIOS MEDICINOS PAGALBOS TARNYBOS PANEVĖŽIO FILIALO ANALIZĖ

2. 1. Paslaugų kokybės ir prieinamumo sprendimai

1957 m. Panevėžio ligoninėje įsteigtas greitosios medicinos pagalbos skyrius, kuris teikė GMP paslaugas Panevėžio miesto ir rajono gyventojams. Vėliau, 1997 m., VšĮ Panevėžio miesto greitosios medicinos pagalbos stotis buvo įkurta kaip atskira įstaiga teikianti pagalbą tik Panevėžio miesto gyventojams, Panevėžio rajono gyventojus aptarnavo VšĮ Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos Greitosios medicinos pagalbos skyrius. Siekiant organizuoti ir teikti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas (Greitoji medicinos pagalbos tarnyba, 2023) nuo 2023 m. liepos 1 d. vykdoma GMP reorganizacija ir visos Lietuvos GMP paslaugas teikiančios įstaigos tampa vienu skubios pagalbos paslaugų teikėju – Greitosios medicinos pagalbos tarnyba. Panevėžio miesto ir rajono gyventojams skubią neatidėliotiną pagalbą teikia Greitosios medicinos pagalbos tarnybos Panevėžio filialas (Dėl Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo, 2008). Nuo šios datos, Panevėžio miesto greitosios medicinos pagalbos stoties taikyti kokybės ir prieinamumo standartai taikomi ir prisijungusioms vietovėms – Biržų, Pasvalio, Rokiškio, Kupiškio, Anykščių miestams ir Panevėžio rajonui, o ateityje tikimasi vienodų kokybės standartų ir prieinamų paslaugų pacientams visoje Lietuvoje.

Įstaigos vizija iki reorganizacijos – „šiuolaikiška greitosios medicinos pagalbos stotis, nuolat gerinanti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę bei kokybės vadybos sistemos rezultatyvumą, kelianti darbuotojų profesinę kvalifikaciją, gerinanti darbo aplinką, užtikrinanti GMP nustatytų reikalavimų laikymąsi, teikianti GMP paslaugas bei regioninės dispečerinės tarnybos funkcijas, vykdanči visuomenės sveikatos priežiūros – mokymo paslaugas.“ (VšĮ Panevėžio miesto greitosios medicinos pagalbos stotis Veiklos ataskaita 2022 metai, 2023).

Įstaigos misija iki reorganizacijos – „teikti greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) paslaugas, regioninės dispečerinės tarnybos funkcijas bei vykdyti visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas, racionaliai naudojant finansinius, personalo išteklius, siekiant patenkinti klientų (pacientų) poreikius ir lūkesčius.“ (VšĮ Panevėžio miesto greitosios medicinos pagalbos stotis Veiklos ataskaita 2022 metai, 2023).

Po reorganizacijos, GMP tarnybos vizija – „Patikima, nuolat tobulėjanti, darbuotojus vertinanti Greitosios medicinos pagalbos tarnyba“, o misija – „teikiant skubią medicinos pagalbą, gelbėti gyvybę ir išsaugoti žmogaus sveikatą“ (Kokybės politika, 2024), ji taikoma visiems GMP tarnybos padaliniais.

GMP tarnybos paslaugų teikimas remiasi efektyvumo, rezultatyvumo, veiksmingumo, tinkamumo ir prieinamumo kokybės dimensijomis (Kokybės politika, 2024).

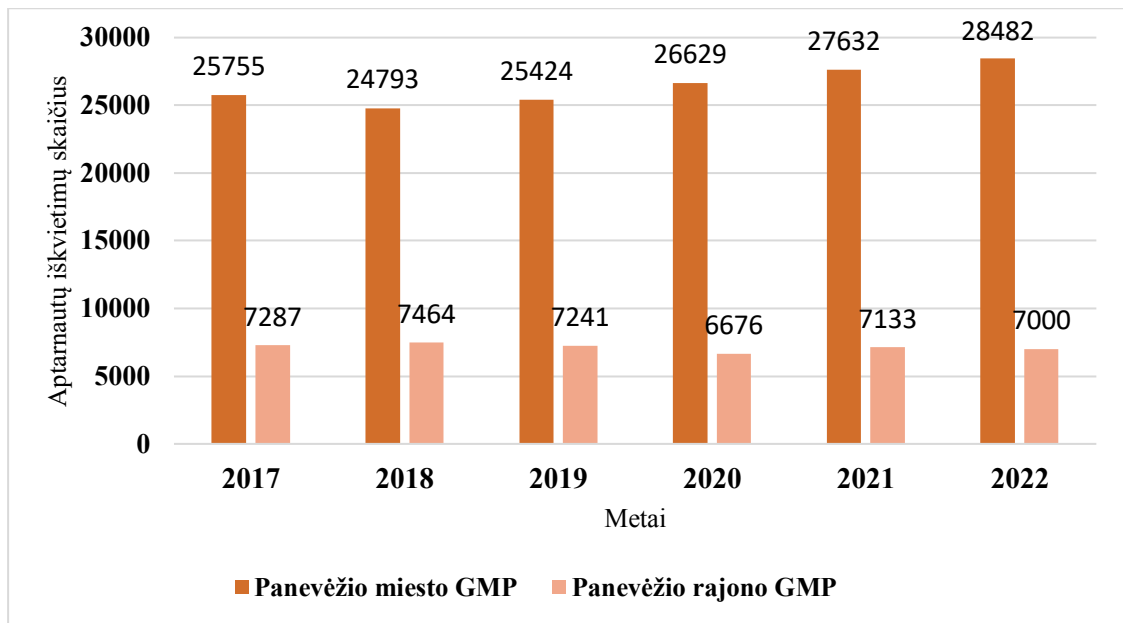
VšĮ Panevėžio GMP stotis 2016 m. įdiegė LST EN ISO 9001:2015 ir LST EN 15224:2012, o nuo 2019 m. – LST EN ISO 9001:2015 ir LST EN 15224:2017 kokybės vadybos sistemas, kurios palaikomos kasmet (VšĮ Panevėžio miesto greitosios medicinos pagalbos stotis Veiklos ataskaita 2022 metai, 2023). Įvykus GMP centralizacijai Greitosios medicinos pagalbos tarnyba išipareigoja toliau užtikrinti rezultatyvumą pagal kokybės vadybos sistemas (Kokybės politika, 2024).

GMP tarnybos Panevėžio filiale teikiamos GMP dispečerinės paslaugos, kuriomis aptarnaujama Panevėžio apskritis.

Panevėžio GMP siekdama gerinti teikiamų paslaugų kokybę ir nuolatinį tobulinimą sudariusi gydymo tarybą, kuri svarsto sveikatos priežiūros organizavimo ir tobulinimo bei naujų technologijų įsigijimo klausimus, slaugos tarybą, kuri koordinuoja ir tobulina pacientų slaugos kontrolę, formuoja jos principu, ir etikos komisiją, kuri kontroliuoja medicinos etikos reikalavimų laikymąsi (Panevėžio miesto greitosios medicinos pagalbos stotis, 2021).

Panevėžio GMP nuolat tobulino informacines technologijas ir diegė jų naujimus. Siekiant teikti kokybiškas ir prieinamas paslaugas buvo vykdomi darbuotojų profesinių žinių ir kvalifikacijos mokymai, pagal galimybes naujinamas automobilių parkas. Po reorganizacijos toliau išipareigojama kelti darbuotojų kvalifikaciją ir gerinti mikroklimatą. Planuojami inovatyvūs paslaugų kokybės gerinimo sprendimai: efektyvių medicininių technologijų diegimas, GMP ir pagalbinių procesų skaitmenizavimas, sistemos, kurios apima GMP atliekamus veiksmus ir pagalbos teikimo protokolus (Kokybės politika, 2024).

Panevėžio mieste nuo 2018 m. stebimas aptarnaujamų kvietimų daugėjimas (2 pav.). Galima manyti, kad didėjančios naštos GMP tarnybai priežastys yra senstanti visuomenė (Oficialiosios statistikos portalas, 2022), lėtinės ligos, psichikos sveikatos problemos, mobilumo problemos, socialinė izoliacija (Mahmuda ir kt., 2018) ar pacientų noras gauti paslaugą greičiau ir nelaukti konsultacijų planine tvarka (Jazairi ir Alinier, 2021). Panevėžio rajone pastebimas nežymiai mažėjantis iškvietimų skaičius (2 pav.), galima manyti, jog tam turi įtakos mažėjantis gyventojų skaičius Panevėžio rajone (VšĮ Panevėžio miesto greitosios medicinos pagalbos stotis Veiklos ataskaita 2019 metai, 2020; Oficialiosios statistikos portalas, 2022).



2 pav. GMP aptarnautų iškvietimų skaičius Panevėžio mieste ir rajone pagal metus. Sudaryta magistro darbo autorės pagal VŠĮ Panevėžio miesto greitosios medicinos pagalbos stotis Veiklos ataskaita 2022 metai, 2023; VŠĮ Panevėžio miesto greitosios medicinos pagalbos stotis Veiklos ataskaita 2020 metai, 2021; VŠĮ Panevėžio miesto greitosios medicinos pagalbos stotis Veiklos ataskaita 2018 metai, 2019; VŠĮ Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos Veiklos ataskaita 2022 metai; 2023; VŠĮ Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos Veiklos ataskaita 2020 metai; 2021; VŠĮ Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos Veiklos ataskaita 2018 metai; 2019)

Prieinamumas greitosios medicinos pagalbos sistemose grindžiamas vienoda prieiga visose geografinėse vietovėse visoms demografinėms grupėms (Li ir kt., 2022). GMP tarnybos Panevėžio filiale kasdien dirba 8,5 GMP brigados, kurios aptarnauja Panevėžio miesto ir rajono gyventojus. Į pirmos kategorijos (skubus iškvietimas esant nelaimingui atsitikimui ir esant gyvybei grėsmingoms būklėms) GMP kvietimų miesto teritorijoje turi būti nuvykstama per 15 min., o rajono teritorijoje per 25 min., skaičiuojant nuo skambučio priėmimo iki nuvykimo. Nuo 2018 m. Panevėžio mieste operatyvumo rodiklis visada didesnis nei 95%. Panevėžio rajone prieinami tik dviejų metų duomenys, 2020 m. pasiekiamas minimalus reikalaujamas rodiklis, 2021 m. stebimas operatyvumo pagerėjimas, kuris siekia beveik 90% (8 lentelė).

7 lentelė. Panevėžio miesto ir rajono GMP operatyvumas pagal metus

	2017 m.	2018 m.	2019 m.	2020 m.	2021m.	2022 m.
Panevėžio miestas	92,7%	97,2%	97,84%	98,19%	96,39%	98,21%
Panevėžio rajonas	-	-	-	80%	89,6%	-

Sudaryta magistro darbo autorės pagal VŠĮ Panevėžio miesto greitosios medicinos pagalbos stotis Veiklos ataskaita 2022 metai, 2023; VŠĮ Panevėžio miesto greitosios medicinos pagalbos stotis Veiklos ataskaita 2020 metai, 2021; VŠĮ Panevėžio miesto greitosios medicinos pagalbos stotis Veiklos ataskaita 2018 metai, 2019; Gerų darbo rezultatų rodikliai, 2023.

Panevėžio miesto GMP stotis, siekdama gerinti operatyvumo rodiklį ir padidinti paslaugų prieinamumą pacientams, įsteigė GMP budėjimo vietas 2020 m. Skapiškio miestelyje, Kupiškio rajone (VšĮ Panevėžio miesto greitosios medicinos pagalbos stotis Veiklos ataskaita 2020 metai, 2021), 2021 m. Krinčino miestelyje, Pasvalio rajone (VšĮ Panevėžio miesto greitosios medicinos pagalbos stotis Veiklos ataskaita 2021 metai, 2022), 2022 m. Kavarsko miestelyje, Anykščių rajone rajone (VšĮ Panevėžio miesto greitosios medicinos pagalbos stotis Veiklos ataskaita 2022 metai, 2023), kuriose būdi po viena pažangaus gyvybės palaikymo brigadą. 2023 m., sujungus Panevėžio miesto ir rajono GMP stotis, atidaryta pastotė Ramygalos mieste, Panevėžio rajone. Tai pagerina GMP paslaugų prieinamumą Ramygalos, Krekenavos bei Vadoklių seniūnijų gyventojams, kurie nuo Panevėžio miesto nutolę daugiau nei 25 kilometrais.

Apibendrinant, GMP tarnybos paslaugų teikimas remiasi efektyvumo, rezultatyvumo, veiksmingumo, tinkamumo ir prieinamumo kokybės dimensijomis. Panevėžio GMP stotis nuo 2016 m. įdiegusi ir palaiko kokybės vadybos sistemas, o po reorganizacijos, toliau laikomasi LST EN ISO 9001:2015 ir LST EN 15224:2017 standartų. Kokybė Panevėžio filiale užtikrinama medicinos ir vidaus auditu, medicininių technologijų diegimu, GMP ir pagalbinių procesų skaitmenizavimu ir nuolatinais GMP darbuotojų kvalifikacijos kėlimo kursais. Atsižvelgiant į senstančią visuomenę ir didėjančią GMP kvietimų skaičių didinamas prieinamumas ir įsteigiamos pastotės. Įvertinus operatyvumą įsteigta pastotė Ramygaloje, taip didinant GMP paslaugų prieinamumą Panevėžio rajone.

2. 2. Kokybę ir prieinamumą užtikrinantis teisinis reglamentavimas

Sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos, vadovaujasi įstatymais, įsakymais ir kitais teisės aktais, kurios reglamentuoja jų veiklą. Panevėžio filialas vykdo įstaigos valdymą ir veiklą vadovaujantis LR viešųjų įstaigų įstatymu, 1996 m. liepos 3 d. Nr. I-1428 ir LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymu, 1996 m. birželio 6 d. Nr. I-1367. Paslaugos teikiamos pagal įstaigos asmens sveikatos priežiūros licenciją, suteikiančią teisę teikti GMP paslaugas vadovaujantis LR SAM 2007 m. kovo 2 d. įsakymu Nr. V-156 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų licencijavimo“.

Kokybiška GMP paslaugų teikimo tvarka ir organizavimas vykdoma laikantis:

- LR SAM 2004 m. balandžio 8 d. įsakymo Nr. V-208 „Dėl Būtiniosios medicinos pagalbos ir būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo“;
- LR SAM 2002 m. liepos 1 d. įsakymo Nr. 324 „Dėl greitosios medicinos pagalbos koncepcijos“;
- LR SAM ministro 2012 m. lapkričio 7 d. įsakymo Nr. V-996 „Dėl greitosios medicinos pagalbos dispečerinių tarnybų veiklos aprašo patvirtinimo“;
- LR SAM 2010 m. gruodžio 27 d. įsakymo Nr. V-1131 „Dėl greitosios medicinos pagalbos paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“;

- LR SAM 2015 m. rugpjūčio 27 d. įsakymo Nr. V-1004 „Dėl greitosios medicinos pagalbos paslaugų iškvietimų įvertinimo ir greitosios medicinos pagalbos brigados siuntimo į iškvietimo vietą tvarkos aprašo patvirtinimo“;
- LR SAM 2007 m. lapkričio 06 d. įsakymo Nr. V-895 „Dėl greitosios medicinos pagalbos paslaugos teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“;
- LR SAM 2011 m. gegužės 20 d. įsakymo Nr. V-506 „Dėl Rašytinės informacijos, įskaitant ir konfidencialią, apie pacientą ir jam suteiktas paslaugas teikimo ir šios paslaugos apmokėjimo tvarkos aprašas“.

Vadovaujantis LR SAM 2008 m. balandžio 29 d. įsakymo Nr. V-338 „Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“ reikalavimais, siekiant užtikrinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymą ir gerinimą, pacientų teisių užtikrinimą bei vidaus medicininio audito. Panevėžio GMP įstaigoje atliekami vidaus auditi kokybės valdymo proceso kontrolei, kurių metu nustatomos neatitiktys ir pritaikant korekcinis veiksmus šalinamos neatitikčių priežastys. Įstaiga pagal savo kompetenciją nagrinėja gautus skundus, 2020-2022 m. nei vienas iš gautų skundų nebuvo pagrįsti (7 lentelė). Numatoma nuolat gerinti paslaugų kokybę visoje GMP tarnyboje, atlikti vidaus ir medicininius auditus.

8 lentelė. VšĮ Panevėžio miesto greitosios medicinos pagalbos gautų ir pagrįstų skundų statistika pagal metus

	Gauti skundai	Pagrįsti skundai
2020 m.	1	0
2021 m.	3	0
2022 m.	0	0

Sudaryta magistro darbo autorės pagal VšĮ Panevėžio miesto greitosios medicinos pagalbos stotis Veiklos ataskaita 2022 (2023), VšĮ Panevėžio miesto greitosios medicinos pagalbos stotis Veiklos ataskaita 2021 (2022), VšĮ Panevėžio miesto greitosios medicinos pagalbos stotis Veiklos ataskaita 2020 (2021).

PSO (WHO, 2022) pabrėžia, jog pacientų ir jų artimųjų patirtis yra labai svarbi vertinant gaunamų paslaugų kokybę. Panevėžio miesto GMP stotis vertina pacientų pasitenkinimo įstaigos teikiamomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis lygį, kuris 2020 m. ir 2021 m. atitiko 0,96 balo iš galimo 1, 2022 m. – 0,94 balo. Panevėžio rajono GMP paslaugas gavusių pacientų pasitenkinimo rezultatų informacija nėra prieinama.

Užtikrinant kokybišką pagalbos teikimą pacientams, Panevėžio GMP diagnostikos ir gydymo protokolai sudaryti laikantis LR SAM įsakymuose nurodytų rekomendacijų. GMP tarnyba ruošia pagalbos teikimo protokolus ir metodikas, kurios užtikrins vienodus standartus visoje Lietuvoje ir

konkrečius medicininius veiksmus ir medikamentų skyrimą pacientams tam tikrų ūmių būklių ir nelaimingų atsitikimų metu. Teisės aktai, kuriais vadovaujamosi sudarant gydymo ir diagnostikos protokolus:

- LR SAM 2006 m. gegužės 17 d. įsakymas Nr. V-395 „Dėl Diagnostikos ir gydymo metodinio dokumento rengimo, taikymo ir atnaujinimo tvarkos aprašo patvirtinimo“;
- LR SAM 2011 m. rugpjūčio 31 d. įsakymas Nr. V-822 „Dėl gaivinimo standartų patvirtinimo“;
- LR SAM 2014 m. sausio 20 d. įsakymas Nr. V-40 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų įtariant ar diagnozavus ūminį galvos smegenų insultą teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“;
- LR SAM 2014 m. vasario 19 d. įsakymas Nr. V-244 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų įtariant ar diagnozavus ūminį miokardo infarktą, kai ST segmentas pakilęs, teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“;
- LR SAM 2017 m. rugpjūčio 3 d. įsakymas Nr. V-940 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų įtariant ar diagnozavus ūminį miokardo infarktą, kai ST segmentas nepakilęs, teikimo organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“;
- LR SAM 2018 m. liepos 19 d. įsakymas Nr. V-824 „Dėl Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sunkių traumų atvejais tvarkos aprašo patvirtinimo“;
- LR SAM 2021 m. balandžio 7 d. įsakymas Nr. V-732 „Dėl Greitosios medicinos pagalbos metodinio dokumento rengimo, taikymo ir atnaujinimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

Įsakymai, kuriais reglamentuojama Panevėžio GMP paslaugas teikiančių specialistų kompetencija:

- LR SAM 2009 m. spalio 22 d. įsakymas Nr. V-868 „Dėl Skubiosios medicinos pagalbos slaugos specialisto kvalifikacinių reikalavimų aprašo patvirtinimo“;
- LR SAM 2002 m. balandžio 23 d. įsakymas Nr. 186 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų asmeninių apsauginių priemonių, dėvimų teikiant paslaugas sergant ypač pavojingomis užkrečiamomis ligomis, sąrašo ir naudojimosi taisyklių patvirtinimo“;
- LR SAM 2001 m. spalio 1d. įsakymas Nr. 512 „Dėl slaugytojų profesinio tobulinimo, privalomo bendrosios ir (ar) specialiosios praktikos slaugytojų licencijų ir sertifikatų (kai jie privalomi) perregistravimo ar galiojimo atnaujinimo tvarkos ir masto nustatymo“;
- LR SAM 1995m. balandžio 25 d. Įsakymas Nr. 217 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN:1995 „Medicinos gydytojas. Funkcijos, pareigos, teisės, kompetencija ir atsakomybė“;
- LR SAM 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V-915 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 135:2019 „Paramedikas“ patvirtinimo“;
- LR SAM ministro 2007 m. rugpjūčio 28 d. įsakymas Nr. V-710 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 142:2020 „Skubiosios medicinos pagalbos slaugos specialistas“ patvirtinimo“;

- LR SAM 2011 m. birželio 8 d. įsakymas Nr. V-591 „Lietuvos medicinos normos MN 28:2019 „Bendrosios praktikos slaugytojas“ patvirtinimo“;
- LR SAM 2011 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-650 „Lietuvos medicinos normos MN 57:2011 "Bendruomenės slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė" patvirtinimo“;
- LR SAM 2016 m. rugpjūčio 26 d. įsakymas Nr. V-1031 „Lietuvos medicinos norma MN:159:2016 "Skubios medicinos gydytojas. Teisė, pareigos, kompetencija ir atsakomybė" patvirtinimo“;
- LR SAM 2002 m. kovo 18 d. įsakymas Nr. 132 „Dėl sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimo ir jo finansavimo tvarkos“.

Apibendrinant, kokybišką paslaugų teikimą ir organizavimą, darbuotojų kvalifikaciją ir kompetenciją bei kokybiškus pagalbos teikimo ir diagnostikos protokolus užtikrina Lietuvos Respublikos įstatymai ir įsakymai. GMP tarnyba, kurios dalis yra Panevėžio filialas, įsipareigoja užtikrinti kokybės vadybos standartų ir teisės aktų keliamus reikalavimus.

2.3. Greitosios medicinos pagalbos tarnybos Panevėžio filialo analizės apibendrinimas

Po GMP reorganizacijos Greitosios medicinos pagalbos tarnybos Panevėžio filialas teikia paslaugas Panevėžio mieste ir rajone, bei užtikrina GMP paslaugų organizavimą Biržų, Pasvalio, Rokiškio, Kupiškio ir Anykščių padaliniuose. GMP tarnybos paslaugų teikimas remiasi efektyvumo, rezultatyvumo, veiksmingumo, tinkamumo ir prieinamumo kokybės dimensijomis.

VšĮ Panevėžio GMP įdiegė ir palaikė LST EN ISO 9001:2015 ir LST EN 15224:2017 kokybės vadybos sistemas, kurios ir toliau palaikomos po reorganizacijos. GMP tarnyba įsipareigoja kelti darbuotojų kvalifikaciją, gerinti mikroklimatą, planuojami diegti paslaugų kokybės gerinimo sprendimai, tokie kaip GMP ir pagalbinių procesų skaitmenizavimas. Įstaigoje patvirtinti diagnostikos ir gydymo bei pagalbos teikimo protokolai, kurie įvykus GMP reorganizacijai tobulinami ir taikomi visos Lietuvos mastu.

Panevėžio mieste kasmet pastebimas GMP kvietimų daugėjimas, tuo tarpu Panevėžio rajone – nežymus mažėjimas. Paskutiniaisiais prieinamais duomenimis, 2022 m. Panevėžio mieste GMP operatyvumas siekė 98,21%, 2021 m. Panevėžio rajone – 89,6%. Atsižvelgiant į tai, kad pagal LR SAM įsakymą GMP operatyvumas mieste turi būti ne ilgesnis nei 15 minučių, o kaimo vietovėse – 25 minutės, 10,4% Panevėžio rajono gyventojų 2021 m. GMP paslaugų laukė ilgiau nei 25 minutes. Siekiant pagerinti paslaugų operatyvumą 2023 m. įsteigta GMP būdėjimo pastotė Ramygalos mieste, kuri pagerina paslaugų prieinamumą Vadoklių, Krekenavos ir Ramygalos seniūnijų gyventojams.

GMP tarnybos Panevėžio filialas vadovaujasi įstatymais, įsakymais ir kitais normatyviniais teisės aktais, kurie reglamentuoga GMP paslaugų teikimo tvarką ir organizavimą, auditavimą, skundų nagrinėjimą, diagnostikos ir gydymo bei pagalbos teikimo protokolų sudarymą bei specialistų kompetenciją.

3. GREITOSIOS MEDICINOS PAGALBOS PASLAUGŲ KOKYBĖS IR PRIEINAMUMO PANEVĖŽIO MIESTE IR RAJONE TYRIMO METODOLOGIJA

3. 1. Tyrimo pagrindimas

Paslaugų kokybė pastaraisiais dešimtmečiais yra tapusi labai aktualia tema sveikatos priežiūros kontekste. Greitoji medicinos pagalba yra neatsiejama sveikatos priežiūros dalis, kuri užtikrina pacientų gyvybės gelbėjimą ir išsaugojimą, todėl šios sistemos dalies tyrinėjimas yra ne mažiau svarbus.

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės literatūra yra gausi, o atlikta Lietuvos ir užsienio literatūros analizė padėjo identifikuoti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės dimensijas – efektyvumas, veiksmingumas, prieinamumas, orientacija į pacientą, teisingumas, savalaikiškumas, saugumas, integruotumas ir priimtinumas (WHO, 2022; Donabedian, 1990; WHO, 2006, Institute of Medicine 2006), kurios taikomos ir GMP sistemai. Vis dėlto, prieinamumas dažnai laikomas esminiu GMP kokybės vertinimo rodikliu.

Pagrindinės prielaidos, kurios lėmė GMP kokybės ir prieinamumo tyrimo aktualumą:

- Naujų tyrimų GMP kokybės ir prieinamumo Lietuvoje trūkumas:

Lietuvoje greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybė ir prieinamumas moksliniame kontekste tyrinėjama mažai. Pasitenkinimas greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybe ir prieinamumu tirtas tik 2011 m. „Socialinės informacijos centro“ ir UAB „Europos tyrimų“, vėliau Lietuvoje tyrimų šia tema atlikta nebuvo.

- Riboti kokybės rodiklių rezultatai:

Lietuvoje nėra reglamentuota, koku būdu stebimos pacientų išeitys susijusios su GMP suteiktomis paslaugomis ir jų kokybe. LR SAM ministro nustatytų kokybės rodiklių rezultatai nėra viešai prieinami bei dauguma jų siejami su laiko intervalais, o ne teikiama pagalba.

- GMP centralizavimas Lietuvoje, kuriuo siekiama pagerinti paslaugų kokybę ir prieinamumą:

Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos programoje nurodytas ketvirtasis tikslas, kuriuo siekiama užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius (Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos patvirtinimo, 2014) ir juo siekiama pagerinti ir GMP paslaugų kokybę ir prieinamumą. 2023 m. liepos 1 d. įvyko Lietuvos GMP reorganizaciją, kurios tikslas teikti kokybiškas ir operatyvias paslaugas visiems Lietuvos gyventojams.

Panevėžio miesto ir rajono tyrinėjimo pasirinkimą lėmė tai, kad mokslinių tyrimų šioje zonoje nėra bei tyrėjo asmeninis interesas išsiaiškinti ar Panevėžio mieste ir rajone teikiamos GMP paslaugos yra kokybiškos ir prieinamos.

Sveikatos priežiūros kokybė turėtų būti vertinama per klinikinę proceso ir rezultato perspektyvą bei paciento, šeimos ir bendruomenės patirtį (WHO, 2022). Lietuvoje GMP paslaugų klinikiniai procesai ir rezultatai vertinami teisinėje bazėje nustatytais GMP kokybės rodikliais, kurių dauguma paremti laiko intervalais ir nėra tokie išsamūs kaip, pavyzdžiui, Anglijoje taikomi kokybės indikatoriai (1 priedas). Taip pat, GMP tarnyba yra atsakinga už pagalbos teikimo protokolų pasitvirtinimą įstaigoje ir audito atlikimą. Lietuvoje nėra registru, kuriuose renkami GMP duomenys apie ūmias būklės ar nelaimingus atsitikimus, todėl nėra žinoma, koks yra ryšys tarp GMP suteiktos pagalbos ir pacientų sveikatos būklės išeičių. Atsižvelgiant į ribotą GMP kokybės rezultatų prieigą, verta ištirti kaip tiesiogiai GMP sistemoje dirbantys medikai vertina paslaugų kokybę ir prieinamumą. Paslaugų kokybėje nėra pasitikima vien klinikiu efektyvumu, todėl paciento, šeimos ir bendruomenės patirtis taip pat labai svarbi, nes jų atsiliepimai turi įtakos kokybės gerinimui ir organizacijos tobulinimui (Kourkouta ir kt., 2021). Greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybės ir prieinamumo vertinimo Panevėžio mieste ir rajone ištyrimui pasirinkta išsiaiškinti medicinos darbuotojų ir pacientų, kurie naudojami GMP paslaugomis nuomonę.

Remiantis atlikta literatūros analize, teorinio pagrindimu ir tyrimo aktualumo prielaidomis suformuotas teorinis tyrimo modelis (3 pav.).

Objektas	Greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybė ir prieinamumas.
Tikslas	Įvertinti greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybę ir prieinamumą medicinos darbuotojų ir paslaugų gavėjų požiūriu Panevėžio mieste ir rajone.
Uždaviniai	<ol style="list-style-type: none"> 1. Išsiaiškinti Greitosios medicinos pagalbos tarnybos Panevėžio filialo medicinos darbuotojų teikiamų paslaugų kokybės ir prieinamumo vertinimą. 2. Ištirti pacientų, kurie naudojami Greitosios medicinos pagalbos tarnybos Panevėžio filialo paslaugomis, paslaugų kokybės ir prieinamumo vertinimą.
Tipas	Kiekybinis tyrimas.
Metodas	Anketinė apklausa.

3 pav. Teorinis greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybės ir prieinamumo vertinimo Panevėžio mieste ir rajone tyrimo modelis

Tyrimo tipas ir metodas buvo pasirinktas atsižvelgiant į tyrimo objektą, tikslą ir iškeltus uždavinius. Pasirinktas kiekybinis tyrimas, kuriuo atsakoma į mokslinio tyrimo klausimus sisteminiu skaitmenų duomenų rinkimo ir analizės būdu. Šiuo tyrimu siekiama įvertinti GMP paslaugų kokybę ir prieinamumą, todėl kiekybinis tyrimas laikomas tinkamiausiu, dėl jo pranašumo apibendrinant duomenis, tikrinant ryšius, nustatant tiriamiesiems būdingus bruožus bei pritaikant rezultatus platesnei populiacijai (Rana ir kt., 2021). Kiekybiniui tyrimui atlikti pasirinktas apklausos tyrimo metodas, kuriuo galima surinkti subjektyvius duomenis ir išanalizuoti GMP paslaugų kokybės ir prieinamumo vertinimą.

3. 2. Tyrimo instrumentas ir duomenų apdorojimas

Tyrimo instrumentas. Apklausei pasirinktas klausimynas, kuris yra kiekybinių duomenų rinkimo priemonė (Gaižauskaitė ir Mikėnė, 2014). Remiantis literatūros analize tyrimo autoriaus sudaryti du originalūs klausimynai – medicinos darbuotojams ir paslaugų gavėjams, kurių klausimai sugrupuoti į 5 grupes (10 lentelė).

Paslaugų gavėjų anketa (3 priedas). Pirma klausimų grupė skirta demografiniams duomenims nustatyti – respondento lyti ir amžiaus grupę. Antrąją klausimų grupę siekiama išsiaiškinti kaip dažnai respondentas kreipėsi į GMP per pastaruosius metus, kam kvietė pagalbą ir dėl kokių priežasčių. Trečioji klausimų grupė skirta prieinamumui įvertinti – penktame klausime nurodoma GMP kvietimo įvykio vieta (Panevėžio miestas ar rajonas), šeštajame sugrupuoti GMP atvykimo laikai atsižvelgiant į PSO rekomendaciją, kad operatyvumas turėtų būti ne ilgesnis nei 8 minutės (Nogueira ir kt., 2014) ir LR SAM įsakymą – miesto vietovėse iki 15 min., kaimo vietovėse iki 25 min (Dėl Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo, 2007). Ketvirtos grupės klausimai sudaryti remiantis Upadhya ir kt. (2019) atlikta sveikatos priežiūros kokybę tyrinėjančių mokslinių tyrimų analize. Penktos grupės klausimu prašoma pateikti pasiūlymus ir pastebėjimus, kurie pagerintu GMP paslaugų kokybę ir prieinamumą.

Medicinos darbuotojų anketa (2 priedas). Pirmąją klausimų grupę siekiama nustatyti respondento demografinius rodiklius – lytį ir amžiaus grupę. Antroje klausimų grupėje siekiama išsiaiškinti respondentų darbo stažą GMP. Trečioji klausimų grupė skirta prieinamumui įvertinti – siekiama sužinoti, kokį operatyvumą GMP darbuotojai dažniausiai pasiekia. Ketvirtos grupės klausimai sudaryti remiantis Upadhya ir kt. (2019) atlikta sveikatos priežiūros kokybę tyrinėjančių mokslinių tyrimų analize. Penktos grupės klausimu prašoma pateikti pasiūlymus ir pastebėjimus, kurie pagerintu GMP paslaugų kokybę ir prieinamumą.

9 lentelė. Paslaugų gavėjų ir medicinos darbuotojų klausimų grupės ir tikslai Panevėžio miesto ir rajono GMP paslaugų kokybės ir prieinamumo vertinimui

Klausimų grupė	Klausimų nr.	Klausimų tikslas
Paslaugų gavėjų anketa		
1 gr. Demografiniai klausimai	1, 2	Išanalizuoti respondentų demografinius duomenis.
2 gr. Klausimai susiję su GMP paslaugų naudojimusi	3, 4, 7	Išsiaiškinti naudojimosi GMP paslaugomis dažnį ir aplinkybes.
3 gr. Prieinamumo klausimai	5, 6	Išsiaiškinti GMP operatyvumą.
4 gr. Teiginiai susiję su GMP kokybės ir prieinamumo vertinimu	8: 8.1 – 8.18	Įvertinti GMP paslaugų kokybei ir prieinamumui.
5 gr. Pastebėjimai ir pasiūlymai	9	Išnagrinėti paslaugų gavėjų pastebėjimus ir pasiūlymus, kurie pagerintų GMP paslaugų kokybę ir prieinamumą.
Medicinos darbuotojų anketa		
1 gr. Demografiniai klausimai	1, 2	Išanalizuoti respondentų demografinius duomenis.
2 gr. Darbo patirties klausimas	3	Išsiaiškinti darbuotojų darbo stažą.
3 gr. Prieinamumo klausimas	4	Išsiaiškinti GMP operatyvumą.
4 gr. Teiginiai susiję su GMP kokybės ir prieinamumo vertinimu	5: 5.1 – 5.18	Išnagrinėti paslaugų gavėjų pastebėjimus ir pasiūlymus, kurie pagerintų GMP paslaugų kokybę ir prieinamumą.
5 gr. Pastebėjimai ir pasiūlymai	6	Išnagrinėti medicinos darbuotojų pastebėjimus ir pasiūlymus, kurie pagerintų GMP paslaugų kokybę ir prieinamumą.

Ketvirtos grupės klausimas sudarytas remiantis Upadhyia ir kt. (2019) atlikta sveikatos priežiūros kokybės mokslinių tyrimų ir straipsnių analize. Mokslininkai sugrupavo kokybės aspektus į medicininę ir nemedicininę klasifikaciją ir abiems priskyrė po tris dimensijas. Medicininiam aspektams priskirtos tarpasmeninė, rezultato ir techninė dimensija. Nemedicininiam aspektams priskirtos fizinės aplinkos, prieinamumo ir reakcijos dimensijos. Dimensijoms priskirti požymiai ir savybės, kurie padeda lengvai suprasti ir apibūdinti dimensijas. Kiekvienai dimensijai, remiantis atlikta greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybės ir prieinamumo teorine analize ir Upadhyia ir kt. (2019) dimensijų apibūdinimais ir priskirtais požymiais, suformuota po tris teiginius. Iš viso suformuota 18 teiginių, kurie pritaikyti medicinos personalui ir paslaugų gavėjams (11 lentelė). Teiginių vertinimas pateiktas 5 balų likerto skale: 1 – labai blogai, 2 – blogai, 3 – vidutiniškai, 4 – gerai, 5 – labai gerai.

10 lentelė. Teiginiai suformuluoti GMP paslaugų kokybės ir prieinamumo įvertinimui

	Medicinos personalui	Paslaugų gavėjams	
Medicininiai aspektai	Techninė dimensija	Žinių ir įgūdžių tobulinimas	Nusiskundimų išklausymas ir problemos įvertinimas.
		Paciento būklei įvertinti turima įranga ir jos veikimas	Paciento gyvybinių rodiklių (arterinis kraujo spaudimas, pulsas, elektrokardiograma, gliukozės kiekis kraujyje, sąmonė ir kt.) ir skausmo ar traumos vietos įvertinimas.
		Medikamentų ir priemonių išteklių ir jų prieinamumas pacientų nepageidaujamiems simptomams sumažinti	Medikamentų ir procedūrų nepageidaujamiems simptomams sumažinti skyrimas.
	Rezultato dimensija	Įstaigoje patvirtinti algoritmai ir protokolai, jų efektyvumas ir veiksmingumas	Teikiamos pagalbos efektyvumas ir veiksmingumas, būklės pagerėjimas.
		Pagalbos teikime atsižvelgiama į pacientų gretutines ligas bei asmeninius poreikius	Pagalbos teikimas atsižvelgiant į gretutines ligas ir susirgimus.
		Pacientai nediskriminuojami pagal asmenines savybes, tokias kaip amžius, lytis, socialinė ir ekonominė padėtis	Paslaugų suteikimas neišskiriant dėl asmeninių savybių, tokių kaip amžius, lytis, socialinė ir ekonominė padėtis.
	Tarpasmeninė dimensija	Informacijos suteikimas pacientui apie atliekamus veiksmus (skiriamus medikamentus ir procedūras) ir gaunamas sutikimas	Informacijos suteikimas apie teikiamas paslaugas (skiriamus medikamentus ir procedūras) ir sutikimo gavimas.
		Pacientui suteikiama informacija apie jo būklę ir transportuojama į gydymo įstaigą arba nukreipiama į kitas pagalbos tarnybas/institucijas/specialistus	Informacijos suteikimas apie būklę ir transportavimas į gydymo įstaigą arba nukreipimas į kitas pagalbos tarnybas/institucijas/specialistus.
		Brigados narių bendradarbiavimas tarpusavyje bei su pacientu ir/ar artimaisiais	GMP personalo bendradarbiavimas tarpusavyje bei su pacientu ir/ar artimaisiais.
Needicininiai aspektai	Fizinės aplinkos dimensija	GMP automobilio patogumas (įkelti/įlaipinti pacientus, atlikti procedūras) ir jame esančios įrangos modernumas	GMP automobilio patogumas (įlipti, būti įkeltam) ir saugumas (saugos diržai gulint, sėdint)
		GMP automobilio švara ir tvarka po kiekvieno paciento	GMP automobilio švara ir tvarkingumas.
		GMP aprangos kokybė (atšvaitai, audinys, dydis, termoreguliacija) ir pakankamas komplektų kiekis	GMP darbuotojų uniformų švara ir tvarkingumas.
	Prieinamumo dimensija	GMP brigados išsikvietimas pacientams nesudėtingas ir sklandus	GMP išsikvietimo nesudėtingumas ir sklandumas.
		Pastangos užtikrinti aukštą operatyvumo rodiklį.	Tenkinantis lūkesčius GMP brigados atvykimo laikas (operatyvumas).
		Korupcijos prevencijos laikymasis	Naudojimas GMP paslaugomis nieko nekainavo.
	Reakcijos dimensija	Paslaugų teikimas išlaikant paciento orumą, privatumą ir autonomiškumą.	Ligonio orumo ir privatumo išlaikymas, atsižvelgimas į paciento asmeninius poreikius.
		Empatiškas, mandagus ir rūpestingas kontaktas su pacientu.	GMP personalo empatiškumas, mandagumas ir rūpestingumas.
		Gerinamas GMP tarnybos įvaizdis.	Pasitikėjimas GMP personalu, GMP įvaizdžio gerinimas

Bandomasis tyrimas. Sudarius anketą atliktas bandomasis tyrimas, kuriuo siekiama įsitikinti, kad klausimyne nėra neaiškių ar sunkiai suprantamų klausimų ir teiginių. Medicinos darbuotojams skirta anketa pasidalinta Panevėžio filialo GMP stotyje įspėjant, kad anketos pildymas yra tik bandomasis

siekiant gauti grįžtamąjį ryšį dėl klausimyno aiškumo. Užpildytos 7 anketos. Medicinos personalas pastabų sudarytui klausimynui neturėjo. Paslaugų gavėjams skirta anketa pasidalinta socialiniame tinkle www.facebook.com su prašymu atsakyti į klausimyną ir pateikti pastabas ir iškilusius neaiškumus. Užpildytos 13 anketų. Atsižvelgiant į paslaugų gavėjų pateiktas pastabas atsisakyta medicininių terminų, keli teiginiai perfrazuoti ir patikslinti.

Magistro baigiamajame darbe pateikiami tik galutiniai klausimynai (2 priedas; 3 priedas).

Tyrimo instrumento patikimumas. Tyrimo patikimumui įvertinti naudotas Kronbacho α koeficientas. Juo apskaičiuojamas vidinis suderinamumas ir patikrinama, ar naudotieji klausimai atitinka tiriamąjį dydį. Tinkamai sudarytam klausimynui Kronbacho α koeficientas turėtų būti didesnis už 0,7 (Pukėnas, 2009). Abiejų klausimynų patikimumą galima laikyti aukštu, nes:

- *Medicinos personalo* klausimyno Kronbacho α koeficientas 0,941.
- *Paslaugų gavėjų* klausimyno Kronbacho α koeficientas 0,971.

Statistinis duomenų apdorojimas. Tyrimo statistiniui duomenų apdorojimui naudota 29.0.2.0 versijos IBM SPSS Statistics ir jų vaizdavimui bei aprašymui 16.78.3 versijos Microsoft Excel ir Word for Mac.

Statistinę analizę atlikti IBM SPSS programa nuspręsta dėl galimybės greitai ir efektyviai išspresti gausius kiekybinius duomenis ir didelio statistinių metodų pasirinkimo (Pukėnas, 2005).

Kintamųjų pasiskirstymui pagal normalųjį skirstinį pasirinktas Kolmogorov–Smirnov testas, nes tyrimo imtis tiek medicinos darbuotojų, tiek paslaugų gavėjų grupėse didesnė nei 50 (Mishra ir kt., 2019). Kintamieji pasiskirsto pagal nenormalųjį skirstinį, nes $p < 0,05$, todėl statistinei analizei naudojama aprašomoji statistika (vidurkis, standartinis nuokrypis (toliau – st. n.), mediana) ir neparametriniai testai:

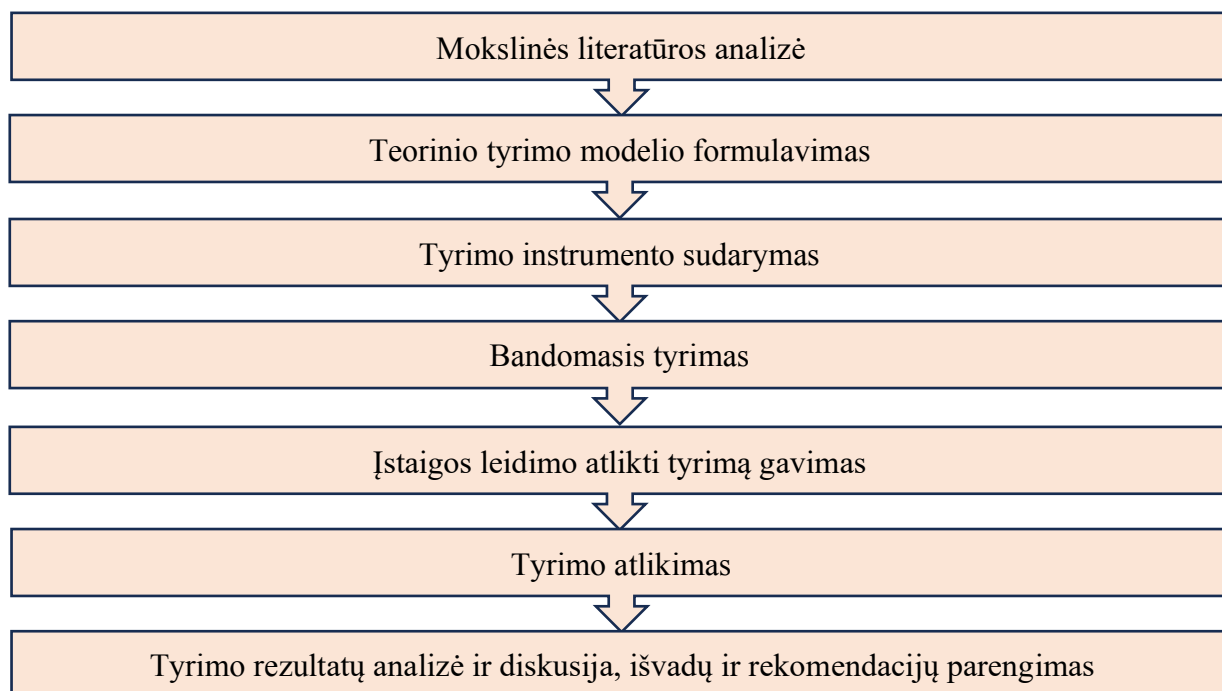
- *Mann-Whitney U* testas dviejų nepriklausomų imčių palyginimui;
- *Wilcoxon* testas dviejų priklausomų imčių palyginimui;
- *Kruskal Wallis H* testas kelių nepriklausomų imčių palyginimui;
- *Friedman* testas kelių priklausomų imčių palyginimui.

Medicininiais ir nemedicininiais aspektams priskirtų dimensijų vertinimas apskaičiuotas sugrupuojant kiekvienai dimensijai priskirtus teiginius ir išvedant tiriamųjų vertinimo medianą.

Požymių skirtumas grupėse laikomas statistiškai reikšmingu, kai $p < 0,05$, labai reikšmingu – $p < 0,001$.

3. 3. Tyrimo organizavimas, etikos principai

Tyrimo organizavimas. Siekiant tyrimą atlikti nuosekliai sudaryta tyrimo atlikimo schema (1 pav.).



4 pav. Tyrimo organizavimo schema

Atlikus mokslinės literatūros analizę greitosios medicinos pagalbos kokybės ir prieinamumo tema suformuotas teorinis tyrimo modelis bei sudaryti tyrimo instrumentai medicinos darbuotojams ir paslaugų gavėjams. Patikrintas klausimyno aiškumas respondentams bandomuoju tyrimu ir atlikti reikalingi klausimynų patobulinimai.

Gautas GMP tarnybos Panevėžio filialo direktorės raštiškas sutikimas atlikti tyrimą ir apklausti medicinos darbuotojus (4 priedas).

Panevėžio filialo GMP medicinos darbuotojų ir Panevėžio mieste ir rajone GMP paslaugas gavusių asmenų klausimynai sudaryti www.apklausa.lt interneto svetainėje. Pasirinkta apklausą atlikti internetu, nes tai neįpareigoja respondentų atsakyti į tyrimo anketą, galima ją atlikti laisvu, patogiu metu, tausojama aplinka bei sumažėja klaidų anketoje rizika.

Medicinos darbuotojams skirto klausimyno nuoroda dalintąsi Panevėžio GMP darbuotojų socialinių tinklų pokalbių grupėse. Anketos internetu buvo prieinamos 3 savaites (2024 m. sausio 25 d. – vasario 14 d.).

Paslaugų gavėjams skirto klausimyno nuoroda dalintąsi socialiniuose tinkluose, Panevėžio miesto ir Panevėžio rajono bendruomenių grupėse. Anketos internetu buvo prieinamos 4 savaites (2024 m. vasario 13 d. – kovo 11 d.).

Tyrimo etika. Tyrimo anketos preambulėje pateikta informacija apie tyrėją ir tyrimo tikslą. Tiriamieji informuoti nenurodyti jokių savo asmeninių duomenų. Anketa yra anoniminė bei savanoriška, respondentai patys nusprendžia dėl dalyvavimo apklausoje paspaudę internetinę nuorodą.

Leidimas atlikti tyrimą su Greitosios medicinos pagalbos tarnybos Panevėžio filialo medicinos darbuotojais suderintas su filialo direktore raštu (4 priedas).

Sunkumai. Tyrimo atlikimui sunkumu kėlė tai, kad tyrimas atliekamas socialiniuose tinkluose:

- Tyrime nedalyvavo nei vienas GMP paslaugų gavėjas, kuris vyresnis nei 75 metai, galimai todėl, kad tokio amžiaus asmenys retai naudojami socialiniais tinklais.
- Nebuvo grįžtamojo ryšio iš respondentų nurodytais kontaktais, kas būtų išvengta anketos pildymo fizinėje aplinkoje. Lieka neaišku ar tiriamiesiems klausimai tikrai buvo suprantami, ar nekilo abejonių pildant klausimyną ir ar visi atsakymai validūs. Pasikliaunama bandomuoju tyrimu.

Medicinos darbuotojų kiekybinio tyrimo rezultatai neparodė reikšmingų rezultatų, todėl ateityje vertėtų svarstyti kitokį tyrimo metodą.

3. 4. Tyrimo imtis ir tiriamųjų charakteristikos

Tyrimo imtis. 2022 m. Panevėžio mieste aptarnauti 28482 kvietimai, o Panevėžio rajone – 7000. (VšĮ Panevėžio miesto greitosios medicinos pagalbos stotis Veiklos ataskaita 2022 metai, 2023; VšĮ Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos Veiklos ataskaita 2022 metai, 2023). GMP paslaugų gavėjų populiacijos dydžiu laikomas – 35482.

GMP tarnybos Panevėžio filiale 2022 m. duomenimis dirbo 132 asmenys priskiriami medicinos personalui – medicinos gydytojai, slaugytojai – GMP dispečeriai, paramedikai – GMP dispečeriai, skubios medicinos pagalbos slaugos specialistai, bendrosios praktikos slaugytojai, paramedikai, paramedikai – vairuotojai, vairuotojai (VšĮ Panevėžio miesto greitosios medicinos pagalbos stotis Veiklos ataskaita 2022 metai, 2023). Medicinos darbuotojų populiacijos dydžiu laikomas – 132.

Imties dydžiui nustatyti naudota Kochrano (1977) formulė:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{(n_0 - 1)}{N}}$$

n – imties dydis;

N – populiacijos dydis;

n₀ – naudotas 95 % patikimumo lygis su 5% paklaida, todėl atitinka 384 (Sarmah ir Hazarika, 2012).

Remiantis Kochrano (1977) formule, tyrime turėtų dalyvauti mažiausiai 381 paslaugų gavėjai ir 99 medicinos darbuotojai tam, kad tyrimo rezultatus būtų galima taikyti generalinei aibei. Tyrime dalyvavo 392 paslaugų gavėjai ir 101 medicinos darbuotojai. Visos užpildytos anketos laikomos tinkamomis, kadangi klausimynas pildytas internetu ir taip išvengta atsakymų klaidų.

Tiek medicinos darbuotojų, tiek paslaugų gavėjų apklausoms taikyta netikimybinė patogioji atranka (Gaižauskienė, 2014). Jiems netaikyti jokie specifiniai kriterijai ir jie lengviausiai prieinami dalinantis anketos internetine nuoroda socialiniuose tinkluose Panevėžio miesto ir rajono bendruomenių grupėse paslaugų gavėjams ir Panevėžio GMP medicinos darbuotojų pokalbių grupėse.

Tiriamųjų charakteristika. Tyrime dalyvavo 101 medicinos darbuotojai. Moterys ir vyrai tyrime pasiskirstė beveik po lygiai, moterų dalyvavo šiek tiek daugiau nei pusė (53,5%). Beveik du trečdaliai respondentų priklausė 26-44 metų amžiaus grupei. Tiriamųjų darbo stažo vidurkis - $9,18 \pm 8,34$ metų, mediana – 6 metai. Darbo sta (12 lentelė).

11 lentelė. Medicinos darbuotojų pasiskirstymas pagal lytį ir amžių.

Lytis	N	%
Vyras	47	46,5
Moteris	54	53,5
Amžiaus grupė	N	%
≤ 25 m.	5	5,0
26-44 m.	58	57,4
45-60 m.	32	31,7
> 60 m.	6	5,9

Tyrime dalyvavo 392 paslaugų gavėjai. Moterys sudarė apie tris ketvirtadalius (77,6%) respondentų. Daugiausiai, apie pusę (51,5%), visų respondentų sudarė 26-44 metų asmenys (13 lentelė).

12 lentelė. Paslaugų gavėjų pasiskirstymas pagal lytį ir amžių.

Lytis	N	%
Vyras	88	22,4
Moteris	304	77,6
Amžiaus grupė	N	%
≤ 25 m.	43	11,0
26-44 m.	202	51,5
45-60 m.	128	32,7
> 60 m.	19	4,8

4. GREITOSIOS MEDICINOS PAGALBOS PASLAUGŲ KOKYBĖS IR PRIEINAMUMO VERTINIMO PANEVĖŽIO MIESTE IR RAJONE TYRIMO REZULTATAI

4. 1. Medicinos darbuotojų vertinimo rezultatai

Bendras GMP paslaugų kokybės dimensijų vertinimo vidurkis medicinos darbuotojų grupėje yra $4,36 \pm 0,54$ balų iš galimų 5. Lyginant medicininės su nemedicininėmis dimensijas medicinos darbuotojų grupėje matoma, kad medicininų dimensijų vertinimo vidurkis ($4,51 \pm 0,63$) statistiškai reikšmingai ($Z = -3,138$; $p = 0,002$) didesnis už nemedicininų dimensijų vertinimo vidurkį ($4,36 \pm 0,64$). Galima teigti, kad greitosios medicinos pagalbos darbuotojai medicininis kokybės aspektus vertina geriau nei nemedicininis.

Tyrimo rezultatai parodė, kad atskiruose teiginiuose medicinos darbuotojai geriausiai vertina savo pastangas užtikrinti aukštą operatyvumo rodiklį ($4,57 \pm 0,68$) ir korupcijos prevencijos laikymąsi ($4,54 \pm 0,70$), kurie priklauso prieinamumo dimensijai. Prasčiausiai personalas įvertino teiginius, kurie priklauso fizinės aplinkos dimensijai: GMP aprangos kokybiškumą ir pakankamą komplektų kiekį ($3,56 \pm 1,17$) bei GMP automobilio patogumą ir jame esančios įrangos modernumą ($4,04 \pm 0,77$) (5 priedas).

Tarpusavyje lyginant kokybės dimensijų rangų vidurkius matomi statistiškai labai reikšmingi skirtumai ($\chi^2 = 66,273$; $p < 0,001$). Techninę, rezultato, tarpasmeninę bei reakcijos dimensijas medicinos darbuotojai vertina panašiai, tačiau ženkliai mažesnis vertinimas matomas fizinės aplinkos dimensijoje, tuo tarpu geriausiu įvertinimu išsiskiria prieinamumo dimensija (13 lentelė).

13 lentelė. Medicinos darbuotojų kokybės dimensijų vertinimo palyginimas

	Vertinimas			N	Rangų vidurkis	
	Vidurkis	St. N.	Me			
Techninė dimensija	4,43	0,65	4	101	3,54	$\chi^2 = 66,273$ $p < 0,001$
Rezultato dimensija	4,43	0,70	5	101	3,56	
Tarpasmeninė dimensija	4,47	0,73	5	101	3,67	
Fizinės aplinkos dimensija	4,03	0,81	4	101	2,61	
Prieinamumo dimensija	4,60	0,68	5	101	4,01	
Reakcijos dimensija	4,45	0,67	5	101	3,60	

Siekiant išsiaiškinti ar bendras kokybės dimensijų vertinimas yra teigiamas, kiekvienos dimensijos vertinimo vidurkis lyginamas su bendru kokybės dimensijų vertinimo vidurkiu. Aukščiausiu balų vidurkiu įvertinta prieinamumo dimensija ($4,60 \pm 0,68$), kuri susidaro iš korupcijos prevencijos laikymosi, nesudėtingo GMP brigados išsikvietimo bei aukšto operatyvumo rodiklio užtikrinimo.

Žemiausiu balu įvertinta fizinės aplinkos dimensija ($4,03 \pm 0,81$), kuri vienintelė gauna neigiama įvertinimą jos vidurkį palyginus su bendru medicininių ir nemedicininių dimensijų vertinimo vidurkiu (14 lentelė) ir susidaro iš GMP automobilio švaros ir tvarkos, patogumo ir jo įrangos modernumo bei GMP aprangos kokybės ir pakankamo kiekio. Atsižvelgiant į tai, jog iš šešių dimensijų, penkių vertinimas yra teigiamas, o visų dimensijų vidurkiai yra ne mažesni nei 4 balai, kas atitinka gerą ir labai gerą vertinimą, galima teigti, kad medicinos darbuotojai GMP paslaugų kokybę Panevėžio mieste ir rajone vertina teigiamai.

14 lentelė. Medicinos darbuotojų kokybės dimensijų vertinimas

Kokybės dimensijos	Vidurkis	St. N.	Me	Vertinimas
Techninė dimensija	4,43	0,65	4	Teigiamas
Rezultato dimensija	4,43	0,70	5	Teigiamas
Tarpasmeninė dimensija	4,47	0,73	5	Teigiamas
Fizinės aplinkos dimensija	4,03	0,81	4	Neigiamas
Prieinamumo dimensija	4,60	0,68	5	Teigiamas
Reakcijos dimensija	4,45	0,67	5	Teigiamas

Tyrimo rezultatai parodė, kad reikšmingų skirtumų kokybės dimensijų vertinime tarp vyrų ir moterų dirbančių GMP nėra (15 lentelė). Visose kokybės dimensijose vyrų ir moterų vertinimo vidurkiai panašūs.

15 lentelė. Kokybės dimensijų vertinimas pagal medicinos darbuotojų lytį

Kokybės dimensijos	Lytis	Vertinimas			N	Rangų vidurkis	Rangų suma	
		Vidurkis	St.N.	Me				
Techninė dimensija	Moterys	4,50	0,54	5	54	53,18	2871,50	$Z=-0,907$
	Vyrai	4,34	0,76	4	47	48,50	2279,50	$p=0,365$
Rezultato dimensija	Moterys	4,44	0,60	4,5	54	50,67	2736,00	$Z=-0,138$
	Vyrai	4,40	0,80	5	47	51,38	2415,00	$p=0,890$
Tarpasmeninė dimensija	Moterys	4,52	0,61	5	54	51,81	2698,00	$Z=-0,341$
	Vyrai	4,40	0,85	5	47	50,06	2353,00	$p=0,341$
Fizinės aplinkos dimensija	Moterys	3,96	0,61	4	54	47,06	2541,00	$Z=-1,574$
	Vyrai	4,11	0,98	4	47	55,53	2610,00	$p=0,115$
Prieinamumo dimensija	Moterys	4,70	0,54	5	54	54,11	2922,00	$Z=-1,404$
	Vyrai	4,49	0,80	5	47	47,43	2229,00	$p=0,160$
Reakcijos dimensija	Moterys	4,41	0,57	4	54	47,94	2589,00	$Z=-1,271$
	Vyrai	4,49	0,78	5	47	54,51	2562,00	$p=0,204$

Tyrimo rezultatai parodė, kad ne vyresnių nei 25 metų medicinos darbuotojų kokybės dimensijų vertinimo balų vidurkiai aukštesni nei kitų amžiaus grupių. Vis dėlto, 25 metų ir jaunesnių bei vyresnių nei 60 metų respondentų lyginant su 26-44 metų ir 45-60 metų grupėmis tyrime dalyvavo mažai, galimai todėl statistiškai reikšmingų kokybės dimensijų vertinimo skirtumų tarp skirtingoms amžiaus grupėms priskiriamų darbuotojų nėra (16 lentelė).

16 lentelė. Kokybės dimensijų vertinimas pagal medicinos darbuotojų amžiaus grupes

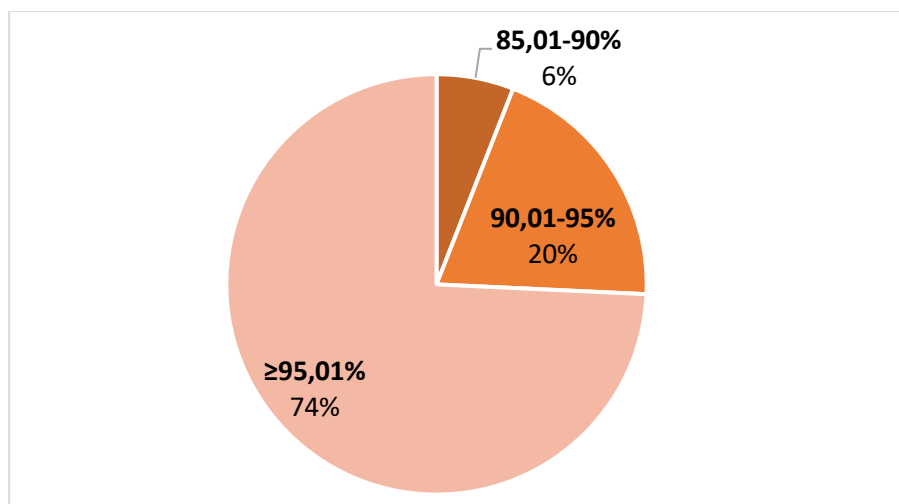
Kokybės dimensijos	Amžius	Vertinimas			N	Rangų vidurkis	
		Vidurkis	St.N.	Me			
Techninė dimensija	≤ 25 m.	4,80	0,45	5	5	67,30	$H=2,695$ $p=0,441$
	26-44 m.	4,36	0,69	4	58	48,49	
	45-60 m.	4,47	0,62	5	32	52,67	
	> 60 m.	4,50	0,55	4,5	6	52,75	
Rezultato dimensija	≤ 25 m.	5,00	0,00	5	5	75,50	$H=5,004$ $p=0,171$
	26-44 m.	4,38	0,75	4	58	49,47	
	45-60 m.	4,41	0,61	4	32	49,03	
	> 60 m.	4,5	0,84	5	6	55,83	
Tarpasmeninė dimensija	≤ 25 m.	5,00	0,00	5	5	73,00	$H=5,359$ $p=0,147$
	26-44 m.	4,47	0,75	5	58	51,22	
	45-60 m.	4,47	0,62	5	32	49,66	
	> 60 m.	4,00	1,10	4	6	37,67	
Fizinės aplinkos dimensija	≤ 25 m.	4,80	0,45	5	5	79,10	$H=5,996$ $p=0,112$
	26-44 m.	3,98	0,83	4	58	49,59	
	45-60 m.	3,97	0,78	4	32	48,42	
	> 60 m.	4,12	0,75	4	6	54,92	
Prieinamumo dimensija	≤ 25 m.	4,80	0,45	5	5	57,50	$H=0,898$ $p=0,826$
	26-44 m.	4,60	0,75	5	58	51,96	
	45-60 m.	4,56	0,62	5	32	48,22	
	> 60 m.	4,67	0,52	5	6	51,17	
Reakcijos dimensija	≤ 25 m.	5,00	0,00	5	5	75,50	$H=5,686$ $p=0,128$
	26-44 m.	4,38	0,72	4	58	48,56	
	45-60 m.	4,50	0,62	5	32	53,00	
	> 60 m.	4,33	0,52	4	6	43,50	

Medicinos darbuotojų kokybės dimensijų vertinimą pagal darbo stažą rezultatai parodė, didesni nei 20 metų stažą turinčių darbuotojų vertinimo vidurkiai yra didesni už žemesnį darbo stažą turinčių darbuotojų visose, išskyrus fizinės aplinkos, dimensijose. Vis dėlto, respondentai pagal darbo stažo grupes pasiskirsto netolygiai, galimai todėl statistiškai reikšmingų kokybės dimensijų vertinimo skirtumų tarp skirtingą darbo stažą turinčių darbuotojų nėra (17 lentelė).

17 lentelė. Kokybės dimensijų vertinimas pagal medicinos darbuotojų darbo stažą

Kokybės dimensijos	Darbo stažas	Vertinimas			N	Rangų vidurkis	
		Vidurkis	St. N.	Me			
Techninė dimensija	< 10 m.	4,39	0,66	4	75	49,13	$H=5,181$ $p=0,75$
	11-20 m.	4,39	0,70	4,5	18	49,92	
	> 20 m.	4,88	0,35	5	8	70,94	
Rezultato dimensija	< 10 m.	4,44	0,70	5	75	51,61	$H=1,432$ $p=0,489$
	11-20 m.	4,28	0,75	4	18	45,39	
	> 20 m.	4,63	0,52	5	8	57,88	
Tarpasmeninė dimensija	< 10 m.	4,49	0,70	5	75	51,77	$H=2,983$ $p=0,225$
	11-20 m.	4,22	0,88	4	18	43,22	
	> 20 m.	4,75	0,46	5	8	61,25	
Fizinės aplinkos dimensija	< 10 m.	4,03	0,82	4	75	50,97	$H=0,140$ $p=0,932$
	11-20 m.	4,06	0,87	4	18	52,42	
	> 20 m.	4,00	0,53	4	8	48,13	
Prieinamumo dimensija	< 10 m.	4,57	0,74	5	75	50,52	$H=0,270$ $p=0,874$
	11-20 m.	4,67	0,49	5	18	51,17	
	> 20 m.	4,75	0,46	5	8	55,13	
Reakcijos dimensija	< 10 m.	4,44	0,70	5	75	50,75	$H=0,836$ $p=0,659$
	11-20 m.	4,39	0,61	4	18	47,53	
	> 20 m.	4,63	0,52	5	8	61,13	

Operatyvumas yra laikas nuo GMP kvietimo užregistravimo iki pirmosios medicinos pagalbos teikimo pradžios GMP darbuotojams atvykus pas pacientą. Iki 2023 m. liepos 1 d. Dėl Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo (2011) įsakymo pakeitimo buvo siekiama, kad GMP operatyvumas būtų ne mažesnis nei 80%. Nebuvo tiriamųjų, kurie teigtų, kad pasiekia mažesnę nei 85,01% operatyvumą, o trys ketvirtadaliai respondentų teigia, kad pasiekia didesnę nei 95% operatyvumą (5 pav.).



5 pav. Medicinos darbuotojų pasiskirstymas pagal pasiekiamą operatyvumą.

Tyrimo rezultatai parodė, kad aukštesnius operatyvumo rodiklius pasiekiančių respondentų GMP kokybės dimensijų vertinimo vidurkiai aukštesni. Lyginant kokybės dimensijų vertinimo rangų vidurkius pagal operatyvumo grupes statistiškai reikšmingų skirtumų nėra (18 lentelė).

18 lentelė. Kokybės dimensijų vertinimas pagal medicinos darbuotojų operatyvumo grupes

Kokybės dimensijos	Operatyvumas	Vertinimas			N	Rangų vidurkis	
		Vidurkis	St.N.	Me			
Techninė dimensija	85,01-90%	3,60	1,52	4	6	40,08	$H=2,211$ $p=0,348$
	90,01-95%	4,35	0,59	4	20	46,63	
	≥95,01%	4,49	0,55	5	75	53,04	
Rezultato dimensija	85,01-90%	3,80	1,64	4	6	47,42	$H=0,408$ $p=0,815$
	90,01-95%	4,40	0,60	4	20	48,45	
	≥95,01%	4,47	0,62	5	75	51,97	
Tarpasmeninė dimensija	85,01-90%	3,80	1,64	4	6	37,50	$H=1,968$ $p=0,374$
	90,01-95%	4,50	0,51	4,5	20	49,50	
	≥95,01%	4,51	0,69	5	75	52,48	
Fizinės aplinkos dimensija	85,01-90%	3,40	1,34	4	6	39,75	$H=1,185$ $p=0,553$
	90,01-95%	4,05	0,60	4	20	50,23	
	≥95,01%	4,07	0,81	4	75	52,11	
Prieinamumo dimensija	85,01-90%	3,60	1,52	4	6	32,25	$H=3,936$ $p=0,140$
	90,01-95%	4,65	0,59	5	20	51,98	
	≥95,01%	4,65	0,58	5	75	52,24	
Reakcijos dimensija	85,01-90%	3,80	1,64	4	6	47,08	$H=2,654$ $p=0,265$
	90,01-95%	4,30	0,57	4	20	43,10	
	≥95,01%	4,52	0,57	5	75	53,42	

Tyrimo rezultatai rodo, kad aukštesnius operatyvumo rodiklius pasiekiantys medicinos darbuotojai geriau vertina savo pastangas operatyvumo užtikrinimui, tačiau statistiškai reikšmingų skirtumų tarp operatyvumo užtikrinimo pastangų vertinimo ir pasiekiamo operatyvumo nėra (19 lentelė).

19 lentelė. Pasiekiamo operatyvumo ir pastangų užtikrinti aukštą operatyvumą vertinimo palyginimas

Teiginys	Operatyvumas	Vertinimas			N	Rangų vidurkis	
		Vidurkis	St.N.	Me			
Pastangos užtikrinti aukštą operatyvumo rodiklį	85,01-90%	3,83	1,47	4	6	33,50	$H=3,313$ $p=0,191$
	90,01-95%	4,60	0,60	4	20	51,03	
	≥95,01%	4,63	0,59	5	75	52,39	

Atlikta pasiūlymų analizė, kuria siekta išsiaiškinti, kas medicinos darbuotojų nuomone padėtų pagerinti GMP paslaugų kokybę ir prieinamumą. Dažniausiai respondentai įvardino trijų narių komandos poreikį brigadose ir komandinio darbo stiprinimą. Nors kokybės dimensijų vertinime medicinos darbuotojai žinių ir įgūdžių tobulinimą įvertino gerai, tiriamieji norėtų daugiau ir dažnesnių

kursų įstaigoje, kurie būtų orientuoti į patvirtintus diagnostikos ir gydymo protokolus bei dokumentų pildymą. Taip pat medicinos darbuotojai įvardino GMP dispečerių kompetencijų bei teisinės bazės tobulinimą, kuriais būtų gerinamas kvietimų rūšiavimas ir išvengta GMP brigados siuntimo į būtiniosios pagalbos nereikalaujančius kvietimus. Respondentai mano, kad paslaugų kokybė pacientams pagerėtų jei GMP medikai turėtų prieigą prie pacientų e.sveikatos ar GMP skirtos duomenų bazės, kurioje būtų matoma pacientų ligos istorija.

GMP medikai įvardino, kad GMP automobilių ir įrangos remontas turėtų vykti atsakingiau ir dažniau, tačiau reikalingi ir visiškai nauji GMP automobiliai, kurie būtų pravažesni, keturiais varomaisiais ratais. Tiriamieji taip pat įvardino darbinės aprangos trūkumą.

Išnagrinėjus pateiktus medicinos darbuotojų pasiūlymus pastebėta, kad paslaugų kokybei ir prieinamumui gerinti svarbus ir GMP darbuotojų pasitenkinimas darbu. Medikai tikisi darbuotojų skatinimo premijomis, atlyginimų didinimo atsižvelgiant į ekonominę padėtį šalyje, mikroklimato gerinimo bei valstybinės pensijos suteikimo.

Apibendrinant, iš 5 galimų balų bendras medicinos darbuotojų kokybės dimensijų vertinimas yra $4,36 \pm 0,54$. Visų dimensijų vertinimo vidurkiai ne mažesni nei 4 balai, kas atitinka gerus ir labai gerus įvertinimus. Nors medicininių dimensijų balų vidurkis statistiškai reikšmingai aukštesnis už nemedicinių, atskirai analizuojant dimensijas penkios iš šešių dimensijų vertinamos teigiamai. Analizuojant kokybės dimensijų vertinimo vidurkių palyginimo su lytimi, amžiaus, darbo stažo ir operatyvumo grupėmis statistiškai reikšmingų skirtumų nepastebėta. Tyrimo rezultatai parodė, kad prieinamumo dimensija įvertinta aukščiausiu vidurkiu iš visų kokybės dimensijų. Trys ketvirtadaliai tiriamųjų teigia, kad pasiekia didesnę nei 95% operatyvumą. Pastangų užtikrinti operatyvumo rodiklį vertinimas reikšmingai nesiskyrė nuo pasiekiamo operatyvumo rodiklio. GMP kokybės ir prieinamumui gerinti medicinos darbuotojai pateikė pasiūlymų, kurie susiję medicininiiais ir nemedicininiais kokybės aspektais bei pačių darbuotojų pasitenkinimu. Įvertinus tyrimo rezultatus galima teigti, kad GMP personalas teikiamų paslaugų kokybę ir prieinamumą vertina teigiamai.

4. 2. Paslaugų gavėjų vertinimo rezultatai

Bendras GMP paslaugų kokybės dimensijų vertinimo vidurkis paslaugų gavėjų grupėje yra $4,38 \pm 0,81$ balų iš galimų 5. Lyginant medicininis su nemedicininėmis dimensijas matoma, kad nemedicinių dimensijų vertinimo vidurkis ($4,56 \pm 0,75$) statistiškai labai reikšmingai ($Z = -6,915$; $p < 0,001$) didesnis už medicininių dimensijų vertinimo vidurkį ($4,34 \pm 0,98$). Galima teigti, kad greitosios medicinos pagalbos paslaugas gavę tiriamieji nemedicininis aspektus vertina geriau nei medicininius.

Tyrimo rezultatai parodė, kad atskiruose teiginiuose paslaugų gavėjai geriausiai vertina tai, kad naudojimas GMP paslaugomis nieko nekainavo ($4,73 \pm 0,72$) ir GMP darbuotojų uniformų švarą ir

tvarkingumą ($4,73 \pm 0,72$). Prasčiausiai pacientai įvertino teiginius, kurie priklauso rezultato dimensijai: suteiktos pagalbos efektyvumą, veiksmingumą ir būklės pagerėjimą ($4,17 \pm 1,12$) bei pagalbos teikimą atsižvelgiant į gretutines ligas bei susirgimus ($4,16 \pm 1,12$) (6 priedas).

Tarpusavyje lyginant kokybės dimensijų rangų vidurkius matomi statistiškai labai reikšmingi skirtumai ($\chi^2=87,441$; $p<0,001$). Prasčiausiai vertinama rezultato dimensija, geriausiai – fizinės aplinkos ir prieinamumo dimensijos (20 lentelė).

20 lentelė. Paslaugų gavėjų kokybės dimensijų vertinimo palyginimas

Kokybės dimensijos	Vertinimas			N	Rangų vidurkis	
	Vidurkis	St. N.	Me			
Techninė dimensija	4,41	0,89	5	392	3,49	$\chi^2=87,441$ $p<0,001$
Rezultato dimensija	4,26	1,07	5	392	3,19	
Tarpasmeninė dimensija	4,35	1,01	5	392	3,37	
Fizinės aplinkos dimensija	4,60	0,70	5	392	3,83	
Prieinamumo dimensija	4,48	0,90	5	392	3,62	
Reakcijos dimensija	4,39	1,07	5	392	3,49	

Siekiant išsiaiškinti ar bendras kokybės dimensijų vertinimas yra teigiamas ar neigiamas, kiekvienos dimensijos vertinimo vidurkis lyginamas su bendru kokybės dimensijų vertinimo vidurkiu. Aukščiausiu balų vidurkiu įvertinta fizinės aplinkos dimensija ($4,60 \pm 0,70$), kuri susidaro iš GMP automobilio patogumo ir saugumo, jo švaros ir tvarkingumo bei GMP medikų aprangų švaros ir tvarkos. Neigiamai vertinama rezultato dimensija ($4,26 \pm 1,07$), kuri susidaro iš suteiktos pagalbos efektyvumo ir veiksmingumo, atsižvelgimo į gretutines ligas bei paslaugų teikimo neišskiriant dėl asmeninių savybių. Taip pat neigiamai vertinama tarpasmeninė dimensija ($4,35 \pm 1,01$), kuri susidaro iš informavimo apie teikiamas paslaugas ir paciento sutikimo, informavimo apie paciento būklę ir transportavimo ar nukreipimo į gydymo ar kitas įstaigas bei GMP medikų bendradarbiavimo tarpusavyje ir su pacientu bei jo artimaisiais (21 lentelė). Atsižvelgiant į tai, jog iš šešių dimensijų, keturių vertinimas yra teigiamas, o visų dimensijų vidurkiai yra ne mažesni nei 4 balai, kas atitinka gerą ir labai gerą vertinimą, galima teigti, kad paslaugų gavėjai GMP paslaugų kokybę Panevėžio mieste ir rajone vertina teigiamai.

21 lentelė. Paslaugų gavėjų kokybės dimensijų vertinimas

Kokybės dimensijos	Vidurkis	St. N.	Me	Vertinimas
Techninė dimensija	4,41	0,89	5	Teigiamas
Rezultato dimensija	4,26	1,07	5	Neigiamas
Tarpasmeninė dimensija	4,35	1,01	5	Neigiamas
Fizinės aplinkos dimensija	4,60	0,70	5	Teigiamas
Prieinamumo dimensija	4,48	0,90	5	Teigiamas
Reakcijos dimensija	4,39	1,07	5	Teigiamas

Tyrimo rezultatai parodė, kad geriausiai GMP paslaugų kokybę vertina jaunesni nei 25 metų asmenys. 26-60 metų tiriamųjų kokybės dimensijų vertinimas mažesnis už jaunesnių ir vyresnių respondentų, išskyrus fizinės aplinkos dimensija, kurią prasčiausiai vertina vyresni nei 61 metų asmenys. Statistiškai reikšmingų kokybės dimensijų vertinimo skirtumų tarp skirtingoms amžiaus grupėms priskiriamų tiriamųjų nėra (22 lentelė).

22 lentelė. Kokybės dimensijų vertinimas pagal paslaugų gavėjų amžiaus grupes

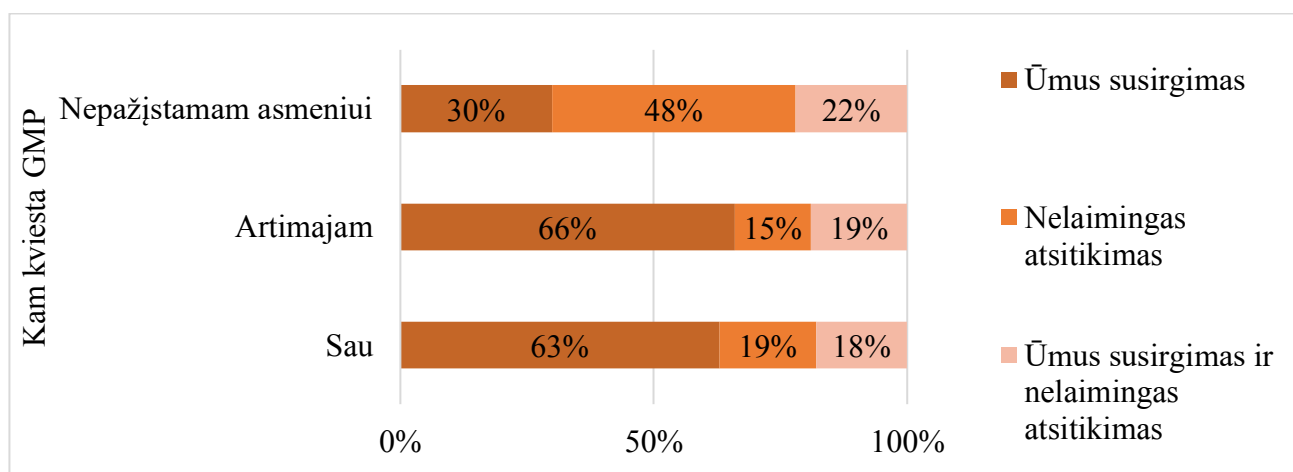
Kokybės dimensija	Amžiaus grupės	Vertinimas			N	Rangų vidurkis	
		Vidurkis	St. N.	Me			
Techninė dimensija	≤ 25 m.	4,53	0,70	5	43	206,37	$H=3,431$ $p=0,330$
	26-44 m.	4,42	0,93	5	202	200,48	
	45-60 m.	4,34	0,85	5	128	184,16	
	> 61 m.	4,42	1,17	5	19	214,95	
Rezultato dimensija	≤ 25 m.	4,37	0,93	5	43	204,56	$H=3,864$ $p=0,276$
	26-44 m.	4,29	1,07	5	202	200,81	
	45-60 m.	4,27	0,93	5	128	183,39	
	> 61 m.	4,37	1,21	5	19	220,13	
Tarpasmeninė dimensija	≤ 25 m.	4,51	0,80	5	43	210,85	$H=5,496$ $p=0,139$
	26-44 m.	4,36	1,08	5	202	202,28	
	45-60 m.	4,27	0,93	5	128	180,24	
	> 61 m.	4,42	1,12	5	19	212,13	
Fizinės aplinkos dimensija	≤ 25 m.	4,77	0,53	5	43	220,40	$H=3,281$ $p=0,350$
	26-44 m.	4,58	0,72	5	202	193,43	
	45-60 m.	4,59	0,68	5	128	193,90	
	> 61 m.	4,47	1,02	5	19	192,55	
Prieinamumo dimensija	≤ 25 m.	4,49	0,90	5	43	197,80	$H=2,573$ $p=0,462$
	26-44 m.	4,50	0,88	5	202	197,22	
	45-60 m.	4,44	0,92	5	128	190,37	
	> 61 m.	4,63	1,01	5	19	227,21	
Reakcijos dimensija	≤ 25 m.	4,58	0,85	5	43	215,91	$H=3,658$ $p=0,301$
	26-44 m.	4,34	1,12	5	202	195,43	
	45-60 m.	4,33	1,04	5	128	188,43	
	> 61 m.	4,42	1,30	5	19	218,29	

Lyginant tyrime dalyvavusių vyrų ir moterų kokybės dimensijų vertinimą statistiškai reikšmingų skirtumų nėra, nors vertinimo vidurkiai moterų grupėje šiek tiek aukštesni nei vyrų (23 lentelė).

23 lentelė. Kokybės dimensijų vertinimas pagal paslaugų gavėjų lytį

Kokybės dimensijos	Lytis	Vertinimas			N	Rangų vidurkis	Rangų suma	
		Vidurkis	St.N.	Me				
Techninė dimensija	Moterys	4,42	0,86	5	304	196,52	59742,00	$Z=-0,007$
	Vyrai	4,36	1,00	5	88	196,43	17286,00	$p=0,994$
Rezultato dimensija	Moterys	4,27	1,03	5	304	201,48	61250,00	$Z=-0,523$
	Vyrai	4,24	1,19	5	88	195,06	17165,00	$p=0,601$
Tarpasmeninė dimensija	Moterys	4,34	0,98	5	304	194,73	59197,00	$Z=-0,658$
	Vyrai	4,34	1,10	5	88	202,63	17831,00	$p=0,511$
Fizinės aplinkos dimensija	Moterys	4,63	0,66	5	304	199,84	60751,00	$Z=-1,339$
	Vyrai	4,49	0,84	5	88	184,97	16277,00	$p=0,181$
Prieinamumo dimensija	Moterys	4,54	0,82	5	304	200,78	61041,50	$Z=-1,675$
	Vyrai	4,30	1,11	5	88	181,66	15986,50	$p=0,094$
Reakcijos dimensija	Moterys	4,38	1,07	5	304	198,75	60420,50	$Z=-0,862$
	Vyrai	4,31	1,11	5	88	188,72	16607,50	$p=0,389$

Daugiausiai sau ir artimiesiems respondantai GMP kvietė dėl ūmių susirgimų. Nepažįstamiems asmenims GMP dažniausiai kviesta dėl nelaimingų atsitikimų (6 pav.).



6 pav. Kam kviesta greitoji medicinos pagalba pasiskirstymas pagal kvietimo priežastį

Nors paslaugų gavėjų amžius ir lytis įtakos kokybės vertinimui neturi, tyrimo rezultatai rodo, kad sau kvietę GMP pagalba respondantai kokybės dimensijas vertina geriau, nei tie, kurie pagalbos kreipėsi dėl artimojo ar nepažįstamojo asmens, todėl galima teigti, kad respondantai kritiškesni GMP kokybės vertinime artimųjų ir nepažįstamųjų asmenų atžvilgiu. Kokybės dimensijų vertinimo vidurkiai, visose grupėse, kam kviesta GMP, aukščiausi fizinės aplinkos dimensijoje, o žemiausi rezultato dimensijoje (24 lentelė).

24 lentelė. Tiriamųjų kokybės dimensijų vertinimas pagal tai, kam kviesta greitoji medicinos pagalba

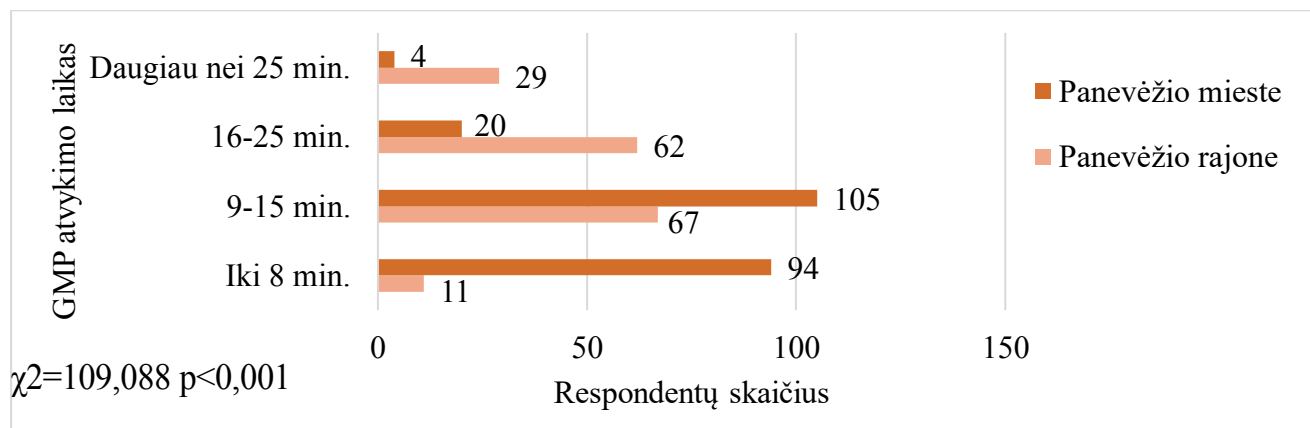
Kokybės dimensija	Sau			Artimajam			Nepažįstamam asmeniui		
	Vidurkis	St. N.	Me	Vidurkis	St. N.	Me	Vidurkis	St. N.	Me
Techninė dimensija	4,52	0,78	5	4,37	0,91	5	4,30	1,06	5
Rezultato dimensija	4,34	1,02	5	4,25	1,10	5	4,15	1,10	5
Tarpasmeninė dimensija	4,48	0,89	5	4,31	1,04	5	4,30	1,01	5
Fizinės aplinkos dimensija	4,62	0,75	5	4,62	0,67	5	4,50	0,89	5
Prieinamumo dimensija	4,50	1,05	5	4,46	0,90	5	4,35	1,12	5
Reakcijos dimensija	4,44	1,03	5	4,36	1,10	5	4,40	1,06	5

Tyrimo rezultatai parodė, kad daugėjant kvietimų dažniui, mažėja kokybės dimensijų vertinimo vidurkis. Visose medicininėse (techninėje, rezultato, tarpasmeninėje) ir vienoje nemedicininėje - reakcijos dimensijose statistiškai reikšmingai mažėja kokybės dimensijų vertinimo vidurkis didėjant kvietimų skaičiui (25 lentelė).

25 lentelė. Kokybės dimensijų vertinimas pagal tai, kaip dažnai per pastaruosius metus kviesta greitoji medicinos pagalba

Kokybės dimensija	GMP kvietimų dažnis	Vertinimas			N	Rangų vidurkis	
		Vidurkis	St. N.	Me			
Techninė dimensija	1 kartą	4,50	0,78	5	248	204,79	$H=10,780$ $p=0,005$
	2-3 kartus	4,36	0,93	5	119	191,45	
	≥ 4 kartus	3,68	1,38	4	25	138,30	
Rezultato dimensija	1 kartą	4,36	0,96	5	248	203,91	$H=9,600$ $p=0,008$
	2-3 kartus	4,21	1,14	5	119	193,20	
	≥ 4 kartus	3,52	1,45	4	25	138,68	
Tarpasmeninė dimensija	1 kartą	4,44	0,94	5	248	205,90	$H=11,386$ $p=0,003$
	2-3 kartus	4,29	1,01	5	119	189,05	
	≥ 4 kartus	3,68	1,38	4	25	138,70	
Fizinės aplinkos dimensija	1 kartą	4,63	0,65	5	248	199,64	$H=1,885$ $p=0,390$
	2-3 kartus	4,60	0,68	5	119	194,76	
	≥ 4 kartus	4,28	1,17	5	25	173,64	
Prieinamumo dimensija	1 kartą	4,55	0,82	5	248	202,99	$H=5,077$ $p=0,079$
	2-3 kartus	4,43	0,93	5	119	190,47	
	≥ 4 kartus	4,04	1,31	5	25	161,48	
Reakcijos dimensija	1 kartą	4,48	0,93	5	248	204,99	$H=8,869$ $p=0,012$
	2-3 kartus	4,26	1,20	5	119	188,84	
	≥ 4 kartus	3,76	1,48	4	25	148,74	

Tyrimo rezultatai parodė, kad GMP brigados atvykimų laikai statistiškai labai reikšmingai skiriasi Panevėžio mieste ir rajone ($\chi^2=109,088$ $p<0,001$). Beveik devyni dešimtadaliai Panevėžio mieste GMP kvietusių respondentų GMP laukė iki 15 minučių, o Panevėžio rajone trys ketvirtadaliai tiriamųjų GMP sulaukė per 9-25 min. (5 pav).



7 pav. Atvykstančios GMP brigados laukimo laiko pasiskirstymas pagal kvietimo vietą

Tyrimo rezultatai parodė, kad nepriklausomai ar kvietimo vieta Panevėžio mieste ar rajone, paslaugų gavėjai kokybės dimensijas vertino panašiai (26 lentelė).

26 lentelė. Paslaugų gavėjų kokybės dimensijų vertinimas pagal kvietimo vietą

Kokybės dimensijos	Kvietimo vieta	Vertinimas			N	Rangų vidurkis	Rangų suma	
		Vidurkis	St.N.	Me				
Techninė dimensija	Panevėžio miestas	4,41	0,90	5	223	197,26	43989,50	$Z=-0,176$
	Panevėžio rajonas	4,41	0,89	5	169	195,49	33038,50	$p=0,860$
Rezultato dimensija	Panevėžio miestas	4,25	1,11	5	223	169,77	43879,50	$Z=-0,060$
	Panevėžio rajonas	4,28	1,01	5	169	196,14	33148,50	$p=0,952$
Tarpasmeninė dimensija	Panevėžio miestas	4,35	1,03	5	223	198,06	44167,50	$Z=-0,358$
	Panevėžio rajonas	4,35	0,98	5	169	194,44	32860,50	$p=0,720$
Fizinės aplinkos dimensija	Panevėžio miestas	4,57	0,71	5	223	191,90	42794,00	$Z=-1,140$
	Panevėžio rajonas	4,63	0,70	5	169	202,57	34234,00	$p=0,254$
Prieinamumo dimensija	Panevėžio miestas	4,52	0,87	5	223	200,76	44768,50	$Z=-1,026$
	Panevėžio rajonas	4,44	0,94	5	169	190,88	32259,50	$p=0,305$
Reakcijos dimensija	Panevėžio miestas	4,36	1,11	5	223	198,02	44158,50	$Z=-0,360$
	Panevėžio rajonas	4,37	1,03	5	169	194,49	32869,50	$p=0,719$

Kvietimo vieta GMP brigados atvykimo laiko lūkesčių tenkinimo vertinimui taip pat neturėjo (27 lentelė). Galima teigti, kad GMP paslaugų kokybės ir prieinamumo vertinimas nuo kvietimo vietos nepriklausė.

27 lentelė. Paslaugų gavėjų pasitenkinimas GMP brigados laukimo laiku pagal įvykio vietą

Teiginys	Įvykio vieta	Vertinimas			N	Rangų vidurkis	Rangų suma	
		Vidurkis	St.N.	Me				
GMP brigados atvykimo laikas tenkino lūkesčius	Panevėžio miestas	4,40	0,95	5	223	202,23	45097,00	$Z=-1,313$ $p=0,189$
	Panevėžio rajonas	4,23	1,113	5	169	188,94	31931,00	

GMP atvykimo laikas turėjo statistiškai labai reikšmingos ($p<0,001$) įtakos visų medicininių ir nemedicininių kokybės dimensijų vertinimui. Visose kokybės dimensijose mažesnis nei 8 min. atvykimo laikas pasižymėjo aukščiausiais vertinimo vidurkiais. Ilgėjant laukimo laikui mažėjo kokybės dimensijų vertinimo vidurkiai (28 lentelė).

28 lentelė. Paslaugų gavėjų kokybės dimensijų vertinimas pagal GMP atvykimo laiką

Kokybės dimensija	Atvykimo laikas	Vertinimas			N	Rangų vidurkis	
		Vidurkis	St. N.	Me			
Techninė dimensija	≤ 8 min.	4,75	0,58	5	105	238,42	$H=53,524$ $p<0,001$
	9-15 min.	4,52	0,75	5	172	204,93	
	16-25 min.	4,02	1,08	4	82	155,07	
	> 25 min.	3,70	1,19	4	33	122,12	
Rezultato dimensija	≤ 8 min.	4,58	0,84	5	105	229,59	$H=39,116$ $p<0,001$
	9-15 min.	4,42	0,86	5	172	207,24	
	16-25 min.	3,83	1,30	4	82	158,69	
	> 25 min.	3,48	1,35	4	33	129,23	
Tarpasmeninė dimensija	≤ 8 min.	4,69	0,71	5	105	233,64	$H=37,468$ $p<0,001$
	9-15 min.	4,44	0,87	5	172	201,30	
	16-25 min.	4,00	1,21	4	82	178,35	
	> 25 min.	3,67	1,34	4	33	149,23	
Fizinės aplinkos dimensija	≤ 8 min.	4,77	0,47	5	105	217,68	$H=18,035$ $p<0,001$
	9-15 min.	4,66	0,56	5	172	201,30	
	16-25 min.	4,44	0,85	5	82	178,35	
	> 25 min.	4,09	1,18	4	33	149,23	
Prieinamumo dimensija	≤ 8 min.	4,86	0,40	5	105	239,39	$H=59,869$ $p<0,001$
	9-15 min.	4,60	0,69	5	172	204,44	
	16-25 min.	4,11	1,08	4	82	155,63	
	> 25 min.	3,58	1,46	4	33	120,20	
Reakcijos dimensija	≤ 8 min.	4,71	0,81	5	105	234,30	$H=43,869$ $p<0,001$
	9-15 min.	4,48	0,93	5	172	203,46	
	16-25 min.	3,95	1,29	4	82	158,79	
	> 25 min.	3,70	1,33	4	33	133,70	

Nors kvietimo vieta įtakos kokybės dimensijų ir atvykimo laiko lūkesčių vertinimui neturi, tyrimo rezultatai parodė, kad kuo trumpesnis GMP laukimo laikas, tuo labiau tenkinami tiriamųjų

lūkesčiai dėl GMP atvykimo. GMP laukimo laikas turėjo statistiškai labai reikšmingos ($p < 0,001$) įtakos lūkesčių, dėl GMP atvykimo laiko, vertinimui (29 lentelė).

29 lentelė. Paslaugų gavėjų pasitenkinimas GMP brigados atvykimo laiku pagal laukimo laiką

Teiginys	Laukimo laikas	Vertinimas			N	Rangų vidurkis	
		Vidurkis	St.N.	Me			
GMP brigados atvykimo laikas tenkino lūkesčius	≤ 8 min.	4,82	1,47	5	105	247,45	$H=89,288$ $p < 0,001$
	9-15 min.	4,50	0,60	5	172	206,43	
	16-25 min.	3,91	0,59	4	82	158,51	
	> 25 min.	2,88	1,32	3	33	77,03	

Atlikta pasiūlymų analizė, kuria siekta išsiaiškinti, kas paslaugų gavėjų nuomone padėtų pagerinti GMP paslaugų kokybę ir prieinamumą. Dažniausiai respondentai įvardino operatyvumo gerinimą, ypač nuošalesnėse vietovėse, atnaujinti GMP automobilius į pravažesnius ir patogesnius bei pritaikyti juos vaikų ir kūdikių transportavimui. Taip pat tiriamieji siūlo atnaujinti GPS navigacijas bei sukurti sistemą, kuri atpažintų GMP kvietėjo lokaciją.

Paslaugų gavėjai teigia, kad kartais trūksta empatiškesnio ir malonesnio bendravimo iš GMP personalo. Respondentai norėtų turėti galimybę įvertinti gautas paslaugas iškart po to, kai juos aptarnauja GMP brigada. Tiriamieji taip pat įvardina, kad kviečiant GMP reikia informaciją kartoti du kartus – bendrajam pagalbos centrui ir GMP dispečerinei, o taip, jų manymu, gaišamas brangus laikas.

Apibendrinant, iš 5 galimų balų bendras paslaugų gavėjų kokybės dimensijų vertinimas yra $4,38 \pm 0,81$. Visų dimensijų vertinimo vidurkiai ne mažesni nei 4 balai, kas atitinka gerus ir labai gerus įvertinimus. Nemedicininį dimensijų balų vidurkis statistiškai reikšmingai aukštesnis už medicininių. Atskirai išanalizavus dimensijas – keturios iš šešių kokybės dimensijų vertinamos teigiamai. Paslaugų gavėjų lytis ir amžius reikšmingos įtakos kokybės dimensijų vertinimui neturėjo. Tyrimo rezultatai parodė, kad paslaugų gavėjai kritiškiau vertina GMP paslaugų kokybę kai greitoji pagalba kviečiama artimiesiems ar nepažįstamiems asmenims nei sau, o kuo dažniau kviečiama GMP, tuo mažesnis medicininių ir reakcijos dimensijų vertinimo vidurkis. Panevėžio rajone pacientai GMP paslaugų laukia ilgiau nei mieste, o ilgesnis laukimas mažiau tenkina tiriamųjų lūkesčius. Kvietimo vieta kokybės vertinimui įtakos neturėjo, tačiau ilgėjant GMP laukimo laikui paslaugų gavėjai prasčiau vertina medicinines ir nemedicininės kokybės dimensijas. Tiriamieji įvardina tokius pasiūlymus kaip operatyvumo gerinimas, automobilių ir GPS navigacijų atnaujinimas, galimybė įvertinti GMP brigados suteiktas paslaugas, GMP dispečerinės darbo tobulinimas bei empatiškesnis medicinos personalo bendravimas, kurie padėtų pagerinti GMP paslaugų kokybę ir prieinamumą. Galima teigti, kad paslaugų gavėjai GMP kokybę ir prieinamumą vertina teigiamai, tačiau kokybės ir prieinamumo vertinimas prastėja ilgėjant GMP laukimo laikui.

4. 3. Tyrimo rezultatų apibendrinimas ir diskusija

Medicinos darbuotojų tyrimo rezultatai. Medicinos darbuotojų GMP paslaugų kokybės ir prieinamumo vertinimas Panevėžio mieste ir rajone yra teigiamas. Visų kokybės dimensijų vertinimo vidurkis ne mažesnis nei 4 balai iš galimų penkiu, kas rodo gerą ir labai gerą GMP paslaugų vertinimą. Tarpusavyje lyginant kokybės dimensijas stebimi statistiškai reikšmingi skirtumai. Geriausiai vertinama prieinamumo kokybės dimensija, į kurią įtraukti GMP iškvietimo paprastumas, aukšto operatyvumo išlaikymo pastangos bei korupcijos prevencijos laikymasis, o blogiausiai – fizinės aplinkos, į kurią įtraukti GMP automobilio švara ir tvarka, patogumas ir jame esančios įrangos modernumas, darbinės aprangos kokybė ir pakankamas kiekis.

Mokslinių tyrimų nagrinėjančių medicinos darbuotojų GMP paslaugų kokybės ir prieinamumo vertinimą labai mažai, todėl rezultatų palyginimas labai ribotas.

Lyginant amžiaus grupes ir tiriamųjų lytį reikšmingų skirtumų kokybės ir prieinamumo vertinime nepastebėta. Lyginant GMP darbuotojų darbo stažą ir kokybės dimensijų vertinimą nepastebėti reikšmingi skirtumai. Moksliniuose tyrimuose, kuriuose lyginamas gydytojų darbo patirtis ir sveikatos priežiūros kokybė (Ajmi ir Aase, 2021).

Operatyvumas yra laikas nuo GMP kvietimo užregistravimo iki pirmosios medicinos pagalbos teikimo pradžios GMP brigadai atvykus pas pacientą. Trys ketvirtadaliai respondentų teigia, kad pasiekia didesnę nei 95% operatyvumą, tai reiškia, kad daugiau nei 95% pacientų pasiekiami greičiau nei per 15 min. miesto ribose arba 25 min. kaimo vietovėse (Dėl Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo, 2007). Priklausomai nuo pasiekiamo operatyvumo medicinos darbuotojų kokybės ir prieinamumo vertinimas reikšmingai nesiskyrė.

Medicinos darbuotojai GMP paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimui rekomenduoja atnaujinti automobilius ir užtikrinti jų remontą. Analizuojant mokslinę literatūrą matoma, kad automobilio būklė ir vairuotojo įgūdžiai (Evtiukov ir kt., 2018; Dobromirov ir Voytko, 2019) yra svarbūs GMP prieinamumo gerinime.

Mokslininkų atliktame kokybiniame tyrime, kuriame dalyvavo vienos ligoninės medicinos personalas, išsiaiškinta, kad sveikatos priežiūros kokybei įtakos turi vadovo gebėjimai ir lyderystė, tinkamos ir kvalifikuotos slaugytojos, tinkamos darbo aplinkos kūrimas, geri atlyginimai ir darbuotojų skatinimas (Algunmeeyn ir kt., 2021). Panevėžio GMP medicinos darbuotojai pasiūlymuose taip pat paminėjo, kad kokybės ir prieinamumo gerinimui reikia kursų, kurie tobulintų personalo kvalifikaciją, bei didesnio darbuotojų pasitenkinimo darbu, gerinant mikroklimatą, didinant atlyginimus ir skiriant premijas. Atliktame tyrime medicinos darbuotojai taip pat įvardino kvietimų rūšiavimo gerinimo poreikį, kadangi brigados vyksta į netikslingus kvietimus, kurie nereikalauja GMP paslaugų. Mokslininkų atliktas kokybinio pobūdžio tyrimas nurodo, jog literatūroje apibrėžiamas netinkamas

GMP paslaugų naudojimas skiriasi nuo to, kaip tai vertina GMP paramedikai ir jų nuomonė turėtų būti labai aktuali politikos formuotojams bei GMP sistemų administratoriams siekiant sumažinti pacientų piktnaudžiavimą GMP paslaugomis (Dejean ir kt., 2016). Atsižvelgiant į medicinos darbuotojų teigiamą kokybės dimensijų vertinimą ir lyginant pateiktus pasiūlymus su atliktais kokybiniais moksliniais tyrimais, išsamiau ištirti paslaugų teikėjų nuomonę Panevėžio mieste ir rajone apie GMP paslaugų kokybę ir prieinamumą padėtų kokybinis tyrimas, įtraukiant ne tik medicinos darbuotojus, tačiau ir vadovus, politikos formuotojus bei suinteresuotus asmenis.

Medicinos darbuotojai pasiūlymuose taip pat nurodo, kad GMP medikai turėtų turėti prieigą prie pacientų e.sveikatos ar GMP skirtos duomenų bazės, kurioje būtų matoma pacientų ligos istorija. Pavyzdžiui, Estijoje naudojama „E-Ambulance“ sistema, kuri leidžia greitosios medicinos pagalbos personalui pasiekti pacientų ligos istoriją (E-Ambulance, 2024). GMP personalui paciento anamnezė labai svarbi norint suteikti veiksmingą ir tinkamą medicininę pagalbą (Zorab ir kt., 2015), tačiau Lietuvoje GMP sistema prieigos prie pacientų ligos istorijos neturi.

Apibendrinant, matomas reikšmingas skirtumas tarp kokybės dimensijų vertinimo. Prieinamumo dimensija vertinamas geriausiai, tuo tarpu blogiausiai – fizinė aplinka. Kokybės dimensijų vertinimo vidurkiai ne mažesni nei 4 balai iš galimų 5. Trys ketvirtadaliai respondentų pasiekia didesnę nei 95% operatyvumą, o mažesnę nei 80% rezultatą pasiekiančių medicinos darbuotojų nebuvo. Tiriamųjų amžiaus grupės, lytis ar pasiekiamas operatyvumas įtakos kokybės dimensijų vertinimui neturėjo, todėl siekiant išsamiau ištirti GMP darbuotojų požiūrį į GMP paslaugų kokybę ir prieinamumą Panevėžio mieste ir rajone vertėtų atlikti kokybinį tyrimą, kuris padėtų labiau įsigilinti į tyrimo problemą (Moser ir Korstjens, 2017). Medicinos darbuotojai turėjo naudingų pasiūlymų kokybės ir prieinamumo gerinimui, kuriuos patvirtina ir mokslinė literatūra. Galima teigti, kad Panevėžio mieste ir rajone medicinos darbuotojai GMP paslaugų kokybę ir prieinamumą vertina teigiamai.

Paslaugų gavėjų tyrimo rezultatai. Lytis, amžius bei vieta, į kurią kviesta GMP, įtakos paslaugų gavėjų kokybės ir prieinamumo dimensijų vertinimui neturėjo. Moksliniuose tyrimuose taip pat nepastebima, kad lytis, amžius ar lokacija turėtų įtakos pacientų pasitenkinimui GMP paslaugomis (Bogomolova ir kt., 2016).

Paslaugų gavėjai geriausiai įvertino fizinės aplinkos kokybės dimensiją, į kurią įtraukti automobilio patogumo ir saugumo, jo švaros ir tvarkingumo bei GMP medikų aprangų švaros ir tvarkos vertinimai. Moksliniai tyrimai rodo, kad bendram pacientų pasitenkinimui įtakos turi ligoninės fizinė aplinka, nes jaučiama aukšta fizinės aplinkos kokybė teigiamai veikia pacientų pasitenkinimą (Bellio ir Buccoliero, 2021). Visi Panevėžio miesto ir rajono GMP paslaugų kokybės ir prieinamumo dimensijų balų vidurkiai, paslaugų gavėjų grupėje, ne žemesni nei 4 balai. Tarpusavyje lyginant kokybės dimensijas stebimi statistiškai reikšmingi skirtumai.

Moksliniai tyrimai rodo, kad vertinant pacientų pasitenkinimą GMP paslaugomis ir lyginant dimensijas tarpusavyje, geriausiai vertinama medikų priežiūra ir gydymas, o blogiausiai - GMP atvykimo laikas ir transportavimo kokybė (Bogomolova ir kt., 2016). Panevėžio miesto ir rajono GMP paslaugų kokybės ir prieinamumo paslaugų gavėjų vertinimas parodė kitokius rezultatus – geriausiai vertinamos fizinės aplinkos, kuri susijusi su transportavimo kokybe, ir prieinamumo, kuri susijusi su atvykimo laiku, dimensijos, o blogiausiai vertinama rezultato, kuri susijusi su medikų priežiūra ir gydymu, dimensija.

Tyrimo rezultatai parodė, kad pacientai kokybės dimensijas vertino prasčiau, kai GMP kviesta artimiesiems arba nepažįstamiems asmenims, negu kviečiant sau. Taip gali būti todėl, kad kvietėjus apima emociniai kraštutinumai stebint kritinę situaciją, jie jaučiasi nereikalingi ir nenaudingi. Komunikacija labai pagerina artimųjų ir įvykio stebėtojų patirtį (Satchell ir kt., 2023).

Pastebima, kad dažnėjant GMP kvietimų dažniui paslaugų gavėjai linkę prasčiau vertinti GMP paslaugų kokybę – vertinimo vidurkiai techninėje, rezultato, tarpasmeninėje ir reakcijos dimensijose mažėja didėjant kvietimų skaičiui. Moksliniai tyrimai rodo, kad pakartotinis GMP kvietimas susijęs su neišspręstomis sveikatos bei psichinėmis ir fizinėmis problemomis, o kartais GMP sistema piktnaudžiaujama (Evans ir kt., 2023). Dažnas GMP kvietimas 12 mėnesių laikotarpyje dažniausiai susijęs su lėtinėmis kvėpavimo ligomis, epilepsija, psichikos sutrikimais ir piktnaudžiavimu alkoholiu (Søvsø ir kt., 2019). Taip pat, dažnas kvietimų skaičius gali būti susijęs su netinkamu būklės sunkumo įvertinimu sau ar artimiesiems, kuomet vietoje pirminės sveikatos priežiūros naudojamosi GMP paslaugomis (Booker ir kt., 2015). Tiriant Panevėžio miesto ir rajono GMP paslaugų gavėjus matoma, kad kuo dažniau kviečiama GMP, tuo prasčiau vertinamos techninė, rezultato, tarpasmeninė ir reakcijos dimensijos.

Panevėžio mieste pacientai GMP brigados sulaukdavo greičiau nei Panevėžio rajone, todėl galima teigti, kad GMP paslaugų prieinamumas Panevėžio mieste yra geresnis nei Panevėžio rajone. Tačiau lyginant kokybės dimensijų ir GMP atvykimo laiko lūkesčių tenkinimo vertinimą Panevėžio mieste ir rajone reikšmingų skirtumų nėra. Ilgėjant GMP laukimo laikui paslaugų gavėjai prasčiau vertino GMP paslaugų kokybės dimensijas. Moksliniuose tyrimuose pastebima, kad pacientai linkę nurodyti ilgesnį GMP laukimo laiką nei jis yra iš tikrųjų (Sultan ir kt., 2019; Huabbangyang ir kt., 2022), tačiau taip gali būti todėl, kad kvietėjams sunku prisiminti kiek tiksliai praėjo laiko nuo GMP iškvietimo iki atvykimo, taip pat GMP laukimas gali būti lydimas nerimo (Huabbangyang ir kt., 2022). Panevėžio mieste ir rajone GMP paslaugų vertinimo rezultatai parodė, kad kuo trumpesnis GMP laukimo laikas, tuo labiau tenkinami tiriamųjų lūkesčiai dėl GMP atvykimo. Bendrai tiriamųjų lūkesčių patenkinimas dėl GMP atvykimo laiko vertinamas gerai ($4,33 \pm 1,03$), tyrime nagrinėjusiame GMP reagavimo laikus (Huabbangyang ir kt., 2022), artimųjų pasitenkinimo lygis GMP laukimo laiku vertinamas taip pat gerai

(4,47±0,63). Galima teigti, kad ilgėjant greitosios medicinos pagalbos brigados laukimo laikui mažiau tenkinami paslaugų gavėjų lūkesčiai ir blogėja kokybės dimensijų vertinimas.

Panevėžio GMP paslaugas gavę asmenys pasiūlymuose įvardina, kad reikia gerinti operatyvumą. Panevėžio mieste 2022 m. duomenimis operatyvumas siekė 98,21%. Panevėžio rajono gyventojams GMP paslaugos nėra tokios prieinamos, 2021 m. operatyvumas rajone siekė 89,6%. Įkurta Ramygalos GMP pastotė užtikrina operatyvias paslaugas Ramygalos, Krekenavos ir Vadoklių seniūnijoms, tačiau Raguvos (nutolusi nuo Panevėžio miesto 31 kilometrą), Smilgių (25 km.), Karsakiškio (20 km.) seniūnijos ir joms priklausantys miesteliai ir kaimai (Panevėžio rajono bendrasis planas, 2020), kurie yra dar toliau nuo Panevėžio miesto, GMP paslaugų laukia ilgiau. Tai mažina GMP paslaugų prieinamumą ir didina nelygybę.

Respondentai įvardina, kad norėtų turėti galimybę įvertinti gautas paslaugas iškart po to, kai juos aptarnauja GMP, o tyrimai rodo, kad GMP medikai norėtų gauti atsiliepimus ir manoma, kad tai gali turėti teigiamos įtakos pacientų saugai, personalo gerovei ir profesiniam tobulėjimui (Wilson ir kt., 2022).

Paslaugų gavėjai pastebėjimuose įvardina, kad kviečiant GMP du kartus pateikiama informacija ir gaišamas laikas. Moksliniuose tyrimuose taip pat pastebima, kad GMP brigados iškvietimas bendrojo pagalbos centro numeriu padvigubina iškvietimo laiką, o būti aptarnautiems kelių operatorių bei kartoti tą pačią informaciją kelis kartus sukelia nepatogumus kvietėjams, kas sumažina prieinamumą (Garcia-Alfranca ir kt., 2018).

Apibendrinant, respondentai geriausiai vertina fizinės aplinkos dimensiją, o blogiausiai – rezultato, kai moksliniuose tyrimuose pastebimi priešingi paslaugų gavėjų rezultatai. Matomas reikšmingas skirtumas tarp kokybės dimensijų vertinimo, o jų vertinimo vidurkiai ne mažesni nei 4 balai iš galimų 5. Lytis ir amžiaus grupė neturėjo įtakos respondentų kokybės ir prieinamumo dimensijų vertinimui. Pastebėta, kad kuo ilgesnis GMP laukimo laikas, tuo reikšmingai prasčiau vertinamos kokybės dimensijos. Taip pat, kuo dažniau kviečiama GMP, tuo prasčiau vertinamos visos medicininės dimensijos ir viena nemedicininė – reakcijos dimensija. Tarp Panevėžio miesto ir rajono ir kokybės dimensijų ir prieinamumo vertinimo reikšmingų skirtumų nėra, tačiau galima teigti, kad paslaugų gavėjai GMP paslaugas vertina teigiamai, o trumpesnis GMP atvykimo laikas tenkina tiriamųjų lūkesčius ir yra susijęs su geresniu GMP paslaugų vertinimu.

IŠVADOS

1. Greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybė apibrėžiama kaip laipsnis, kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos padidina pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybę ir atitinka šiuolaikines profesines žinias. Greitajai medicinos pagalbai taikomi tokie pat paslaugų kokybės apibrėžimai, principai ir dimensijos kaip ir kitoms sveikatos priežiūros sistemos sritims, todėl paslaugos turi būti veiksmingos, efektyvios, saugios, savalaikės, orientuotos į pacientus, teisingos, prieinamos, priimtinos ir integruotos. Kokybės vertinimas susidaro iš pacientų suvokiamos, profesionaliosios ir valdymo kokybės. Prieinamumas suprantamas kaip atstumas iki sveikatos priežiūros įstaigos ir ekonominių, komunikacinių ir organizacinių sąlygų užtikrinimo. Greitojoje medicinos pagalboje prieinamumas reiškia operatyvumą arba reagavimo laiką – laiką, nuo pagalbos kvietimo iki pirmosios medicinos pagalbos teikimo pradžios. Prieinamumui įvertinti naudojami techniniai matavimai bei ekonomiškumo, paciento ir paslaugų teikėjo perspektyvų vertinimai.

2. Teisinis reglamentavimas Lietuvoje formuoja profesionaliosios kokybės užtikrinimą licencijavimu, kokybės politikos formavimu, vidaus ir medicininio auditu, paslaugų teikimu pagal patvirtintus metodinius diagnostikos, gydymo ir pagalbos teikimo protokolus. Greitajai medicinos pagalbai taikomi šeši siektinas reikšmes turintys kokybės rodikliai sunkių traumų, insulto, miokardo infarkto ir klinikinės mirties atvejais. Kitaip nei Anglijoje, Lietuvoje kokybės rodikliai nėra tokie išsamūs, pateikiami atskirais įsakymais ir jų vertinimo ir analizavimo pateikimas visuomenei nėra reglamentuojamas. Registrai padeda gerinti paslaugų kokybę ir pacientų rezultatus bei išgyvenamumą, kitaip nei daugumoje Europos šalių, traumų ir klinikinės mirties už ligoninės ribų registrų Lietuvoje nėra. Lietuvoje greitosios medicinos pagalbos prieinamumas vertinamas operatyvumu ir yra dvigubai ilgesnis mieste (iki 15 min.) ir trigubai ilgesnis kaimo vietovėse (iki 25 min.) nei Pasaulio sveikatos organizacijos standartas – 8 minutės. Lietuvoje galiojanti praktika dėl greitosios medicinos pagalbos brigados išsikvietimo, kai skambutį priima bendrasis pagalbos centras ir perduoda greitosios medicinos pagalbos dispečerinei, turi įtakos prieinamumo mažinimui.

3. Greitosios medicinos pagalbos tarnybos kokybės ir prieinamumo sprendimų analizė parodė, kad paslaugų teikimas remiasi efektyvumu, rezultatyvumu, veiksmingumu, tinkamumu ir prieinamumo kokybės dimensijomis. Panevėžio filiale įdiegtos ir palaikomos LST EN ISO 9001:2015 ir LST EN 15224:2017 kokybės vadybos sistemos, patvirtinti atliekamų veiksmų ir pagalbos teikimo protokolai, vykdomas darbuotojų kvalifikacijos kėlimas, tobulinamos ir diegiamos inovatyvios skaitmeninės technologijos. Panevėžio filiale kasdien paslaugas teikia 8,5 brigados, o prieinamumui gerinti Panevėžio rajone įsteigta brigados budėjimo pastotė Ramygalos mieste. Panevėžio filialo paslaugos teikiamos laikantis LR įstatymų, įsakymų ir kitų teisės aktų reglamentuojančių veiklos organizavimą, pagalbos teikimo veiksmus ir tvarką, auditavimą bei darbuotojų kompetenciją.

4. Medicinos darbuotojai greitosios medicinos pagalbos paslaugas Panevėžio mieste ir rajone vertina teigiamai. Dimensijų vertinimo vidurkiai ne žemesni nei 4 balai, kas rodo gerą ir labai gerą paslaugų kokybės ir prieinamumo vertinimą. Medicininės dimensijas respondentai vertina geriau nei nemedicininės. Geriausiai vertinama prieinamumo kokybės dimensija, o blogiausiai – fizinės aplinkos. Kokybės dimensijų vertinimui lytis, amžius, darbo stažas ir operatyvumas įtakos neturėjo. Reikšmingo skirtumo tarp pastangų užtikrinti operatyvumą ir pasiekiamo operatyvumo nėra. Visi respondentai pasiekia didesnę nei 85,01% operatyvumą, iš jų trys ketvirtadaliai - didesnę nei 95%. Medicinos darbuotojų nuomone paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimui reikia daugiau mokymų ir kursų, kvietimų rūšiavimo ir dispečerių kompetencijų tobulinimo, e.sveikatos integracijos, automobilių atnaujinimo ir atsakingesnio jų bei įrangos remonto.

5. Paslaugų gavėjų kokybės dimensijų vertinimo vidurkiai ne žemesni nei 4 balai, kas rodo gerą ir labai gerą paslaugų vertinimą. Paslaugų gavėjų demografiniai rodikliai įtakos kokybės vertinimui neturėjo. Geriausiai vertinama fizinės aplinkos dimensija, blogiausiai – rezultato. Nemedicininės dimensijos respondentų vertinamos geriau, nei medicininės. Kokybės dimensijų vertinimas prastesnis, kai greitoji medicinos pagalba kviečiama artimiesiems ar nepažįstamiems asmenims nei sau. Dimensijų vertinimo vidurkiai mažėja dažnėjant kvietimų skaičiui. Panevėžio mieste respondentai greitosios medicinos pagalbos brigados sulaukia greičiau nei Panevėžio rajone, tačiau kokybės dimensijų vertinimui ir paslaugų gavėjų lūkesčių tenkinimui kvietimo vieta įtakos neturėjo. Tyrimo rezultatai parodė, kad paslaugų gavėjų kokybės dimensijų vertinimo vidurkiai ir brigados atvykimo lūkesčių vertinimas mažėja ilgėjant brigados atvykimo laikui. Paslaugų gavėjų nuomone paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimui reikia didinti operatyvumą, koreguoti kvietimų registravimą, kad būtų išvengta perteklinio klausinėjimo ir laiko gaišimo, taip pat respondentai norėtų galimybės iškart įvertinti GMP paslaugas po kvietimo.

Hipotezės:

1. Demografiniai rodikliai ir darbo stažas turi įtakos medicinos darbuotojų kokybės dimensijų vertinimui, o operatyvumas priklauso nuo įdedamų pastangų – *nepasitvirtino*. Reikšmingo skirtumo tarp pastangų užtikrinti operatyvumą ir pasiekiamo operatyvumo nėra, o darbo stažas ir demografiniai rodikliai kokybės dimensijų vertinimui įtakos neturėjo.
2. Trumpesnis greitosios medicinos pagalbos atvykimo laikas tenkina paslaugų gavėjų lūkesčius ir turi įtakos aukštesniam paslaugų kokybės vertinimui – *pasitvirtino*. Tyrimo rezultatai parodė, kad paslaugų gavėjų kokybės dimensijų vertinimo vidurkiai ir brigados atvykimo lūkesčių tenkinimas didėja trumpėjant brigados atvykimo laikui.

PASIŪLYMAI

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai:

1. Naudotis gerąja užsienio šalių praktika greitosios medicinos pagalbos kokybės rodiklių taikyme ir stebėsenoje. Parengti atskirą dokumentą skirtą greitosios medicinos pagalbai, kuriame būtų nurodyti kokybės rodikliai ir jų siektinos reikšmės. Vykdyti stebėseną, analizuoti tendencijas ir reglamentuoti greitosios medicinos pagalbos kokybės rodiklių rezultatų prieigą visuomenei.
2. Remiantis užsienio šalių kokybės užtikrinimo patirtimi, būtinas staigios mirties ir traumų registrų įkūrimas, kuris leistų monitoruoti teikiamų paslaugų kokybę bei analizuoti pacientų rezultatams įtakos turinčius veiksnius ir juos koreguoti.
3. Atsižvelgiant į dabartinę greitosios medicinos pagalbos iškvietimo organizavimą Lietuvoje ir mokslininkų įžvalgas dėl ne vieno pagalbos skambučių centro įtaką prieinamumo mažėjimui, išanalizuoti ir tobulinti greitosios medicinos pagalbos brigados iškvietimo reglamentavimą. Koreguoti ydingą bendrojo pagalbos centro ir greitosios medicinos pagalbos dispečerinės darbo praktiką: spręsti klausimų kartojimo kvietėjams problemą, reglamentuoti skambučio perdavimo laikus greitosios medicinos pagalbos dispečerinei ir greitosios medicinos pagalbos brigadai.

Greitosios medicinos pagalbos tarnybai:

1. Atsižvelgiant į pacientų pasitenkinimo mažėjimą ilgėjant greitosios medicinos pagalbos laukimo laikui ir numatytą 98% operatyvumo siekiamybę 2030 metais, atlikti ekonominį, organizacinį ir komunikacinį prieinamumo vertinimą ir parengti strateginį veiksmų planą operatyvumo gerinimui.
2. Tęsti paslaugas gavusių asmenų pasitenkinimo paslaugų kokybe ištyrimą, analizuoti ir vertinti rezultatus, stebėti metines tendencijas ir atsižvelgiant į pacientų vertinimą rengti į pacientus orientuotos kokybės gerinimo planus.
3. Atsižvelgiant į tai, kad paslaugų gavėjai rezultato dimensiją vertina prasčiausiai, o medicinos darbuotojai yra suinteresuoti į tikslinį mokymąsi (būklių atpažinimo ir pagalbos teikimo protokolų tema), organizuoti medicinos darbuotojų mokymus ir kvalifikacijos kėlimo kursus būklių atpažinimo ir įstaigoje patvirtintų diagnostikos, gydymo ir pagalbos teikimo protokolų bei algoritmų pritaikymo tema.

Tolimesniems moksliniams tyrimams:

1. Tęsti mokslinius tyrimus susijusius su greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybe ir prieinamumu. Atlikti kokybinį tyrimą, kuris padėtų įsigilinti į paslaugų kokybės ir prieinamumo vertinimą bei išsiaiškinti vertinimui įtakos turinčias priežastis. Įtraukti politikos formuotojas, įstaigų vadovus, suinteresuotus asmenis.
2. Atlikti mokslinį tyrimą greitosios medicinos pagalbos dispečerinės reglamentavimo ir darbo organizavimo tema. Tyrimu išsiaiškinti bendrojo pagalbos centro ir dispečerinės bendradarbiavimo ypatumus ir išanalizuoti, kokia yra dviejų pagalbos skambučių centrų įtaka greitosios medicinos pagalbos prieinamumo užtikrinimui ir pacientų sveikatos būklės rezultatams Lietuvoje.

LITERATŪRA

MOKSLINIAI ŠALTINIAI

1. Abboud, M.E., Band, R., Jia, J., Pajerowski, B. A., David, G., Guo, M., Mechem, C.C., Messe, S.R., Carr, B.G. and Mullen, M.T. (2016). Recognition of stroke by EMS is associated with improvement in emergency department quality measures. *Prehospital Emergency Care*, 20(6), 729–736. doi: 10.1080/10903127.2016.1182602
2. Ageron, F. X., Debaty, G., Gayet-Ageron, A., Belle, L., Gaillard, A., Monnet, M. F., Bare, S., Richard, J. CH., Danel, V., Perfus, J. P., and Savary, D. (2016). Impact of an emergency medical dispatch system on survival from out-of-hospital cardiac arrest: a population-based study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 24(53). doi: 10.1186/s13049-016-0247-y
3. Ajmi, S.C., Aase, K. (2021). Physicians' clinical experience and its association with healthcare quality: a systematised review. *BMJ Open Quality*, 10. doi: 10.1136/bmjoq-2021-001545
4. Al-Shaqsi, S. (2010). Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems. *Oman Medical Journal*, 25(4), 320–323.
5. Algunmeeyn, A., El-Dahiyat, F., ir Al-Hussami, M. (2021) Exploring the factors that influence healthcare providers care quality in Jordanian hospitals: the perspectives of nurses, pharmacists and physicians. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*, (12)4, 509-513. doi: 10.1093/jphsr/rmab035
6. Bellio, E. ir Buccolero, L. (2021). Main factors affecting perceived quality in healthcare: a patient perspective approach. *The TQM Journal*, 33(7), 176-192. doi: 10.1108/TQM-11-2020-0274
7. Berry, L. L. ir Bendapudi, N. (2007). Health care: A fertile field for service research. *Journal of Service Research*, 10(2), 111–122. doi: 10.1177/1094670507306682
8. Birmontas V. (2013). Teisė į sveikatos priežiūros paslaugas kaip konstitucinė teisė. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(5), 30–45. Prieiga per internetą: <https://www.lituanistika.lt/content/64170>
9. Bogomolova, S., Tan, P. J., Dunn, S. P. ir Bizjak-Mikic, M. (2016). Understanding the factors that influence patient satisfaction with ambulance services. *Health Marketing Quarterly*, 33(2), 163–180. doi: 10.1080/07359683.2016.1166864
10. Booker, M.J., Shaw, A. R. G., ir Purdy, S. (2015). Why do patients with 'primary care sensitive' problems access ambulance services? A systematic mapping review of the literature. *BMJ Open*, 5. doi: 10.1136/bmjopen-2015-007726
11. Bos, N., Król, M., Veenvliet, C. and Plass, A.M. (2015). *Ambulance care in Europe: organization and practices of ambulance services in 14 European countries*. Prieiga per

interneta:

https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport_ambulance_care_europe.pdf

12. Bourn, S. S., Mackey, K. E. ir Redlener, M. (2021). Defining, measuring, and improving quality, iš D. C., Cone, J. H., Brice, T. R., Delbridge, J., Brent Myers. *Emergency Medical Services: Clinical Practice and Systems Oversight, Third Edition* (p. 432–445). doi: 10.1002/9781119756279.ch113
13. Bubienė, D. ir Ruževičius, J. (2010). Kokybės valdymo sveikatos priežiūros institucijose ypatumai. *Verslo ir teisės aktualijos*, 5. doi: 10520/1822-9530.2010.00
14. Burkholder, T. W., Hill, K. and Hynes, E. J C. (2019) Developing emergency care systems: a human rights-based approach. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(9), 612–619. doi: 10.2471/BLT.18.226605
15. Busse, R., Panteli, D., Quentin, W. (2019). An introduction to healthcare quality: defining and explaining its role in health systems. Iš: R., Busse, N., Klazinga, D., Panteli, W., Quentin. *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. Prieiga per internetą: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549277/>
16. Cabral, E. L. dos S., Castro, W. R. S., Florentino, D. R. de M., Viana, D. de A., Costa Junior, J. F., Souza, R. P., Rêgo, A. C. M, Araújo-Filho, I., and Medeiros, A. C. (2018). Response time in the emergency services. Systematic review. *Acta Cirurgica Brasileira*, 33(12), 1110–1121. doi: 10.1590/s0102-865020180120000009
17. Carolus, G., Singh, K. K., Abid, J. Y. ir Alinier, G. (2021). An Ambulance Service evaluation of Quality Control Measures based on patients' perception in Qatar. *Journal of Emergency Medicine, Trauma and Acute Care*. doi: 10.5339/jemtac.2022.qhc.55.
18. Cimino, J., & Braun, C. (2023). Clinical Research in Prehospital Care: Current and Future Challenges. *Clinics and practice*, 13(5), 1266–1285. doi: 10.3390/clinpract13050114
19. Cochran, W.G. (1977). *Sampling Techniques (3rd edition)*. New York: John Wiley & Sons.
20. Coster, J. E., Turner, J. K, Bradbury, D. ir Cantrell, A. (2017). Why Do People Choose Emergency and Urgent Care Services? A Rapid Review Utilizing a Systematic Literature Search and Narrative Synthesis. *Academy Emergency Medicine*, 24(9), 1137-1149. doi: 10.1111/acem.13220
21. Darzi, M. A., Islam, S. B., Khursheed, A. O. ir Bhat, A. S. (2023). Service quality in the healthcare sector: a systematic review and meta-analysis. *LBS Journal of Management & Research* 21(1). doi: 10.1108/LBSJMR-06-2022-0025
22. Dejean, D., Giacomini, M., Welsford, M., Schwartz, L., ir Decicca, P. (2016). Inappropriate Ambulance Use: A Qualitative Study of Paramedics' Views. *Utilisation inadéquate de*

l'ambulance: étude qualitative du point de vue des ambulanciers. Healthcare policy = Politiques de sante, 11(3), 67–79. Prieiga per internetą: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4817967/>

23. Dobromirov, V. N., and Voytko, A. M. (2019). The impact of the ambulance vehicle mobility on the efficiency of using the “golden hour” in metropolis conditions. *Bulletin of Civil Engineers*, 6(77), 290-298. doi: 10.23968/1999-5571-2019-16-6-290-298
24. Donabedian A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 114(11), 1115-1118. PMID: 2241519.
25. Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. 1980. Chicago: Health Administration Press.
26. Evans, B. A., Khanom, A., Edwards, A., Edwards, B., Farr, A., Foster, T., Fothergill, R., Gripper, P., Gunson, I., Porter, A., Rees, N., Scott, J., Snooks, H., ir Watkins, A. (2023). Experiences and views of people who frequently call emergency ambulance services: A qualitative study of UK service users. *Health Expect*, 27. doi: 10.1111/hex.13856
27. Evans, D.B., Hsu, J. ir Boerma, T. (2013). Universal health coverage and universal access. *Bulletin of the World Health Organisation*, (91)546. doi: 10.2471/BLT.13.125450
28. Evtiukov, S., Karelina, M., and Terentyev, A. (2018). A method for multi-criteria evaluation of the complex safety characteristic of a road vehicle. *Transportation Research Procedia*, 36, 149-156. doi: 10.1016/j.trpro.2018.12.057.
29. Fulop, N.J., Ramsay, A. I. G. (2019). How organisations contribute to improving the quality of healthcare. *BMJ*, 365. doi: 10.1136/bmj.l1773.
30. Gaižauskaitė, I. Ir Mikėnė, S. (2014). *Socialinių tyrimų metodai: apklausa*. Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas.
31. García-Alfranca, F., Puig, A., Galup, C., Aguado, H., Cerdá, I., Guilabert, M., Pérez-Jover, V., Carrillo, I., and Mira, J. J. (2018). Patient Satisfaction with Pre-Hospital Emergency Services. A Qualitative Study Comparing Professionals' and Patients' Views. *International journal of environmental research and public health*, 15(2), 233. doi: 10.3390/ijerph15020233
32. Grönroos, Ch. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*, 18, 36-44.
33. Gunderson, M. (2021). Principles of EMS system design, Iš D. C., Cone, J. H., Brice, T. R., Delbridge, J. B., Myers. *Emergency Medical Services: Clinical Practice and Systems Oversight* (p. 16–31). doi: 10.1002/9781119756279.ch71
34. Hinson, R., Aziato, L., Adeola, O. ir Osei-Frimpong, K. (2019) Health Service Marketing Management in Africa. New York: Productivity Press. doi: 10.4324/9780429400858

35. Hopkinson, E. (1991). BS 5750: Quality System in Ambulance Services: Part 1. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 4(6). doi:10.1108/eum0000000002034
36. Howard, I., Cameron, P., Wallis, L., Castrén, M. ir Lindström, V. (2020). Understanding quality systems in the South African prehospital emergency medical services: a multiple exploratory case study. *BMJ Open Quality*, 9 (2). doi: 10.1136/bmjopen-2020-000946
37. Howard, I., Cameron, P., Wallis, L., Castren, M., and Lindstrom, V. (2018). Quality Indicators for Evaluating Prehospital Emergency Care: A Scoping Review. *Prehospital and Disaster Medicine*, 33(1), 43–52. doi:10.1017/s1049023x17007014
38. Houwert, R.M., Balogh, Z.J. & Lefering, R. (2023). Trauma registries: towards global standardisation and outcome evaluation. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery* 49, 1611–1612. doi: 10.1007/s00068-023-02332-7
39. Huabangyang, T., Sangketchon, C., Piewthamai, K., Saengmanee, K., Ruangchai, K., Bunkhamsaen, N., Keawjanrit, P., & Tonsawan, R. (2022). Perception and Satisfaction of Patients' Relatives Regarding Emergency Medical Service Response Times: A Cross-Sectional Study. *Open access emergency medicine : OAEM*, 14, 155–163. doi: 10.2147/OAEM.S360114
40. Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press (US).
41. Institute of Medicine (2007). *Emergency Medical Services: At the Crossroads*. Washington, DC: The National Academies Press. doi: 10.17226/11629.
42. Jankauskienė, D. (2009). Sveikatos politikos ir valdymo vystymas. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1, 4-22. Prieiga per internetą: <https://etalpykla.lituanistika.lt/object/LT-LDB-0001:J.04~2009~1367169903621/J.04~2009~1367169903621.pdf>
43. 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. Prieiga per internetą: <https://www.lituanistika.lt/content/41653>
44. Janušonis, V. (2004). Sveikatos priežiūros organizacijų kokybės sistemų valdymas. *Sveikatos mokslai*, 1, 69-73. Prieiga per internetą: http://www.elibrary.lt/resursai/Ziniasklaida/SAM/Sveikatos%20mokslai/sm_2004_01.pdf#page=69
45. Janušonis, V. (2018). Paciento sveikatos priežiūros (ligoninės) pasirinkimas ir kokybė: literatūros apžvalga ir atvejo (Lietuva) analizė. *Sveikatos ekonomika ir vadyba*, 28(7), 90-109. doi: <https://doi.org/10.5200/sm-hs.2018.100>
46. Jazairi, F. H. A., A. and Alinier, G. (2022). Access to Emergency Healthcare. *IntechOpen*. doi: 10.5772/intechopen.98574

47. Jerdiakova, N., Mikaliūkštienė, A., Rabkovskaja, J., Žilinskienė, R., Kutkauskienė, J. ir Davydenko, E. (2020). Dažniausi pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę lemiantys veiksniai. Pacientų požiūris. *Sveikatos mokslai*, 30(1), 56-64. doi: 10.35988/sm-hs.2020.008
48. Kairys, J., Žėbienė, E., Rutkys, B. A. ir Zokas, I. (2004). Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose. *Medicina*, 40(2), 178 – 191.
49. Keliauskaitė, S., Stankūnas, M. ir Sauliūnė, S. (2012) Kauno miesto gyventojų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą įvertinimas. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*, 16(3). Prieiga per internetą: <https://lsmu.lt/cris/handle/20.500.12512/88826>
50. Knutsson, D. ir Tyrefors, B. (2022). The Quality and Efficiency of Public and Private Firms: Evidence from Ambulance Services. *The Quarterly Journal of Economics*, 137(4), 2213–2262, doi: 10.1093/qje/qjac014
51. Kobayashi, A., Misumida, N., Aoi, S., Steinberg, E., Kearney, K., Fox, J. T. and Kanei, Y. (2016). STEMI notification by EMS predicts shorter doorto-balloon time and smaller infarct size. *The American Journal of Emergency Medicine*, 34(8), 1610–1613. doi: 10.1016/j.ajem.2016.06.022
52. Kobusingye, O. C., Hyder, A. A., Bishai, D., Joshipura, M., Hicks, E. R., Mock, Ch. (2006). Emergency Medical Services, Iš D. T., Jamison, J. G., Breman, A. R., Measham, G., Alleyne, M., Claeson, D. B., Evans, P., Jha, A., Mills, P., Musgrove. *Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd edition* (p. 1261-1279). New York: Oxford University Press.
53. Kourkouta, L., Iliadis, Ch., Sialakis, Ch., Adamakidou, T., Ouzounakis, P. ir Kleisiaris, Ch. (2021). Quality of health services. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 12(1), 498-502. doi: 10.30574/wjarr.2021.12.1.0555.
54. Kutkauskienė, J. (2021). Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir sauga ekstremalios situacijos metu dėl COVID-19. *Sveikata ir teisė*, 31(1), 80-86. doi: 10.35988/sm-hs.2021.017
55. Landsem, T. ir Gisvold, S.E. (2009). Improved communication between ambulance personnel and supervising doctors. A quality improvement project in central Norway. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 17(3). doi: 10.1186/1757-7241-17-S3-O6
56. Langabeer, J. R., Dellifraire, J., Fowler, R., Jollis, J. G., Stuart, L., Segrest, W., Griffin, R., Koenig, W., Moyer, P. and Henry, T.D. (2014). Emergency Medical Services as a strategy for improving ST-elevation myocardial infarction system treatment times. *The Journal of Emergency Medicine*, 46(3), 355–352. doi: 10.1016/j.jemermed.2013.08.112

57. Lee, D., Kim, K.K. (2017). Assessing healthcare service quality: a comparative study of patient treatment types. *International Journal of Quality Innovation*, 3(1). doi: 10.1186/s40887-016-0010-5
58. Lee, E. (2014). Designing Service Coverage and Measuring Accessibility and Serviceability of Rural and Small Urban Ambulance Systems. *Systems*, 2, 34-53. doi: 10.3390/systems2010034
59. Li, M., Wang, F., Kwan, M. P., Chen, J. and Wang, J. (2022). Equalizing the spatial accessibility of emergency medical services in Shanghai: A trade-off perspective. *Computers, Environment and Urban Systems*, 92(2). doi: 10.1016/j.compenvurbsys.2021.101745.
60. Luo, W. (2022). *Measuring and optimizing accessibility to emergency medical services (daktaro disertacija)*. Prieiga per internetą: <https://theses.gla.ac.uk/83279/>
61. MacKinney, C., Mueller, K., Coburn, A., Knudson, A., Lundblad, J., and McBride, T. (2021). *Characteristics and Challenges of Rural Ambulance Agencies – A Brief Review and Policy Considerations*. Prieiga per internetą: <https://rupri.org/wp-content/uploads/Characteristics-and-Challenges-of-Rural-Ambulance-Agencies-January-2021.pdf>
62. Mahmuda, S., Wade-Vallance, A., Stosic, A., Guenter, D., Howard, M., Agarwal, G., Mcleod, B. and Angeles, R. (2018). Understanding Why Frequent Users of EMS Call 9-1-1: A Grounded Theory Study. *Health Promotion Practice*, 21(3). Doi: 10.1177/1524839918799504.
63. Mainz, J., Kristensen, S., Roe, D. (2022) The power of the patient's voice in the modern health care system. *International Journal for Quality in Health Care*, 34(1), 1-2. doi: 10.1093/intqhc/mzac001
64. Mell, H. K., Mumma, S. N., Hiestand, B., Carr, B. G, Holland, T. and Stopyra, J. (2017). Emergency Medical Services Response Times in Rural, Suburban, and Urban Areas. *JAMA Surgery*, 152(10), 983-984. doi: 10.1001/jamasurg.2017.2230
65. Mishra, P., Pandey, C. M., Singh, U., Gupta, A., Sahu, C., ir Keshri, A. (2019). Descriptive statistics and normality tests for statistical data. *Annals of cardiac anaesthesia*, 22(1), 67–72. doi: 10.4103/aca.ACA_157_18
66. Moser, A., and Korstjens, I. (2017). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 1: Introduction. *The European journal of general practice*, 23(1), 271–273. doi: 10.1080/13814788.2017.1375093
67. Nicklin, W. ir Greenfield, D. (2023). Health system resilience, accreditation, high-quality care, and continuous quality improvement: what is the destination and how do we get there? *International Journal for Quality in Health Care*, 35(2). doi: 10.1093/intqhc/mzad036
68. Nogueira, L. C., Pinto, L. R., ir Silva, P. M. S. (2014). Reducing Emergency Medical Service response time via the reallocation of ambulance bases. *Health Care Management Science*, 19(1), 31–42. doi:10.1007/s10729-014-9280-4

69. OECD ir European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). *Lithuania: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU*. Paris: OECD Publishing. doi: 10.1787/20b64b36-en.
70. Pai, Y. P. ir Chary, S. T. (2016). Measuring patient-perceived hospital service quality: a conceptual framework. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 29(3), 300–323. doi: 10.1108/ijhcqa-05-2015-0069
71. Parasuraman, A. P., Zeithaml, V. A. ir Berry, L. (1988). SERVQUAL: A multiple-Item Scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of retailing*, 64(1), 12-40. Prieiga per internetą: https://www.researchgate.net/publication/225083802_SERVQUAL_A_multiple-Item_Scale_for_measuring_consumer_perceptions_of_service_quality/citations
72. Patel, A. B., Waters, N. M., Blanchard, I. E., Doig, Ch. J. ir Ghali W. A. (2012). A validation of ground ambulance pre-hospital times modeled using geographic information systems. *International Journal of Health Geographics*, 11(42). doi: 10.1186/1476-072X-11-42
73. Piligrimiene, Ž. ir Bučiūnienė, I. (2011). Exploring managerial and professional view to health care service quality. *Ekonomika ir vadyba*, 16.
74. Poulsen, N., Jepsen, J., and Christensen, E. (2019). 9 Quality indicators in the prehospital emergency medical service: a scoping review. Abstracts. *BMJ Open*, 9(2). 10.1136/bmjopen-2019-ems.9
75. Pukėnas, K. (2005). *Sportinių tyrimų duomenų analizė SPSS programa: mokomoji knyga*. Kaunas: LKKA.
76. Pukėnas, K. (2009). *Kokybinių duomenų analizė SPSS programa: mokomoji knyga*. Kaunas: LKKA.
77. Rana, J., Luna Gutierrez, P. L., and Oldroyd, J. (2021). *Quantitative Methods*, iš *Springer Reference Living Edition, Global Encyclopedia of Public Administration, Public Policy, and Governance*. Cham: Springer. doi: 10.1007/978-3-319-31816-5_460-1.
78. Ransom, E., Joshi, M., Ransom, S., and Nash, D. (2022). *The Healthcare Quality Book: Vision, Strategy, and Tools, Fifth Edition (5th ed.)*. Chicago: Health Administration Press.
79. Redlener, M., Olivieri, P., Loo, G. T., Munjal, K., Hilton, M. T., Potkin, K. T., Levy, M., Rabrich, J., Gunderson, M. R. and Braithwaite, S. A. (2018). National Assessment of Quality Programs in Emergency Medical Services. *Prehospital Emergency Care*, 22(3), 370–378. doi:10.1080/10903127.2017.1380094
80. Regmi, K. and Randhawa, G. (2013). Access to Healthcare: Issues of Measure and Method. *Primary Health Care*, 3(2). doi: 10.4172/2167-1079.1000136

81. Ryyänen, O.P., Iirola, T., Reitala, J., Pälve, H., Malmivaara, A. (2010) Is advanced life support better than basic life support in prehospital care? A systematic review. *Scandinavian Journal of Trauma Resuscitation and Emergency Medicine*, (18)62. doi: 10.1186/1757-7241-18-62
82. Sagan, E. ir Richardson, E. (2015). The challenge of providing emergency medical care. *Eurohealth*, 21(4), 3-5. Prieiga per internetą: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332739>
83. Sarmah, Hemanta & Hazarika, B. (2012). Importance of the size of Sample and its determination in the context of data related to the schools of greater Guwahati. *Bulletin of the Gauhati University Mathematics Association*, 12, 55-76. Prieiga per internetą: https://www.researchgate.net/publication/306099484_Importance_of_the_size_of_Sample_and_its_determination_in_the_context_of_data_related_to_the_schools_of_greater_Guwahati
84. Sayed, M. E. (2012). Measuring Quality in Emergency Medical Services: A Review of Clinical Performance Indicators. *Emergency Medicine International*. doi: 10.1155/2012/161630
85. Scolari, G. A. de S., Rissardo, L. K., Baldissera, V. D. A., & Carreira, L.. (2018). Emergency care units and dimensions of accessibility to health care for the elderly. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 71, 811–817. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0440
86. Søvsvø, M.B., Kløjgaard, T.A., Hansen, P.A., ir Christensen, E. F. (2019). Repeated ambulance use is associated with chronic diseases - a population-based historic cohort study of patients' symptoms and diagnoses. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 27(46). doi: 10.1186/s13049-019-0624-4
87. Sultan, M., Abebe, Y., Tsadik, A.W., Ababa, A., Yesus, A. G., ir Mould-Millman, N.K. (2019) Trends and barriers of emergency medical service use in Addis Ababa; Ethiopia. *BMC Emergency Medicine*. 2019;19(28). doi: 10.1186/s12873-019-0242-5
88. Swan, D., and Baumstark, L. (2022). Does Every Minute Really Count? Road Time as an Indicator for the Economic Value of Emergency Medical Services. *Value in Health*, 25(3), 400-408. doi: 10.1016/j.jval.2021.09.009.
89. Šilys, A. (2013). *Asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės valdymas*. Vilnius: Vilniaus universitetas.
90. Štaras, K., Vedlūga, T. ir Kalvelytė, N. (2013). Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės prieinamumo ir priimtimumo vertinimas ir analizė. *Sveikatos mokslai*, 23, 27-33. 10.5200/sm-hs.2013.088.
91. Tamutienė, I., Černiauskaitė, I. ir Sruogaitė, A. (2011). Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai. *Kultūra ir visuomenė*, 2(1), 95-110. Prieiga per internetą: http://culturesociety.vdu.lt/wp-content/uploads/2011/06/9.I.-Tamutiene_I.-Cerniauskaite_A.-Sruogaite-Lietuvos-kaimo-ir-miesto-gyventoj%C5%B3-prieinamumo-prie-ambulatorini%C5%B3_KV21.pdf

92. The Economist Intelligence Unit. (2017). *Global access to healthcare: Building sustainable health systems*. Prieiga per internetą: <https://impact.economist.com/perspectives/sites/default/files/Globalaccesstohealthcare-3.pdf>
93. Tiwary, B., Nilima, N., Majumdar, P., Singh, M., ir Khan, M. D. (2020). Quality of services provided by public funded ambulance program: Experience from a northern state in India. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 8(3), 962-966. doi: 10.1016/j.cegh.2020.03.005
94. Tjelmeland, I.B.M., Masterson, S., Herlitz, J., Wnent, J., Bossaert, L., Rosell-Ortiz, F., Alm-Kruse, K., Bein, B., Lilja, G. and Gräsner, J. T. (2020). Description of Emergency Medical Services, treatment of cardiac arrest patients and cardiac arrest registries in Europe. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 28(103). doi: 10.1186/s13049-020-00798-7
95. Turner, J., Siriwardena, A. N., Coster, J., Jacques, R., Irving, A, Crum, A., Gorrod, H. B., Nicholl, J., Phung, V. H., Togher, F., Wilson, R., O’Cathain, A., Booth, A., Bradbury, D., Goodacre, S., Spaight, A., Shewan, J., Pilbery, R., Fall, D., Marsh, M., Broadway-Parkinson, A., Lyons, R., Snooks, H. ir Campbell, M. (2019). Developing new ways of measuring the quality and impact of ambulance service care: the PhOEBE mixed-methods research programme. *Programme Grants for Applied Research*, 7(3). doi: 10.3310/pgfar07030
96. UAB „Socialinės informacijos centras“ ir UAB „Europos tyrimai“. *Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų pasitenkinimo teikiamų paslaugų kokybe bei prieinamumu analizė (I dalis)*. 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
97. Upadhyai, R., Jain, A. K., Roy, H. ir Pant, V. (2019). A Review of Healthcare Service Quality Dimensions and their Measurement. *Journal of Health Management*, 21(1), 102–127. doi:10.1177/0972063418822583
98. Wilson, C., Howell, AM., Janes, G., and Benn, J. (2022) The role of feedback in emergency ambulance services: a qualitative interview study. *BMC Health Services Research*, 22(296). doi: 10.1186/s12913-022-07676-1
99. World Health Organization ir United Nations Children’s Fund. (2020). *Operational framework for primary health care: transforming vision into action*. Geneva: WHO Press. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832>
100. World Health Organization. (2006). *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. Geneva: WHO press. Prieiga per internetą: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43470>

101. World Health Organization. (2018). *Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care*. World Health Organization. Prieiga per internetą: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272357>
102. World Health Organization. (2019). *Improving healthcare quality in Europe: characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. Regional Office for Europe. Prieiga per internetą: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327356>
103. World Health Organization. (2022). *Introducing the WHO Quality Toolkit: supplemental overview*. Prieiga per internetą: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240043879>
104. Zolubienė, E., Beržanskytė, A., Aguonytė, V. ir Nedzinskienė, L. (2014). 65 m. ir vyresnių asmenų požiūris į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. *Visuomenės sveikata*, 3(66), 109-114. Prieiga per internetą: [https://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2014.3\(66\)/VS%202014%203\(66\)%2000RIG%20Sveikatos%20prieziura.pdf](https://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2014.3(66)/VS%202014%203(66)%2000RIG%20Sveikatos%20prieziura.pdf) [Original source: <https://studycrumb.com/alphabetizer>]
105. Zorab, O., Robinson, M., & Endacott, R. (2015). Are prehospital treatment or conveyance decisions affected by an ambulance crew's ability to access a patient's health information?. *BMC emergency medicine*, 15,(26). doi: 10.1186/s12873-015-0054-1

TEISĖS IR KITI NORMATYVINIAI AKTAI

1. *Dėl 2022–2030 metų Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo plėtros programos patvirtinimo*. 2022/Nr. 319. Žiūrėta 2023 m. balandžio 6 d. TAR. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/cec00290b1c011ec8d9390588bf2de65>
2. *Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų įtariant ar diagnozavus ūminį galvos smegenų insultą teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo*. 2014/Nr. V-40. Žiūrėta 2023 m. liepos 16 d. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/cdb72670829f11e3a89fd7598ca5c9ab/asr>
3. *Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų įtariant ar diagnozavus ūminį miokardo infarktą, kai ST segmentas nepakilęs, teikimo organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo*. 2017/Nr. Nr. V-940. Žiūrėta 2023 m. liepos 16 d. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/4e1098107b2b11e7827cd63159af616c/asr>
4. *Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų įtariant ar diagnozavus ūminį miokardo infarktą, kai ST segmentas pakilęs, teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo*. 2014/Nr. V-244. Žiūrėta 2023 m. liepos 16 d. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/b297c530996e11e3bdd0a9c9ad8ce1bf/asr>

5. *Dėl Diagnostikos ir gydymo metodinio dokumento rengimo, taikymo ir atnaujinimo tvarkos aprašo patvirtinimo.* 2006/Nr. V-395. Žiūrėta 2023 m. lapkričio 16 d. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.772CED27856C>
6. *Dėl gaivinimo standartų patvirtinimo.* 2011/Nr. V-822. Žiūrėta 2023 m. liepos 16 d. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.8761422F0FD0/asr>
7. *Dėl greitosios medicinos pagalbos dispečerinių tarnybų veiklos aprašo patvirtinimo.* 2012/Nr. V-996. Žiūrėta 2024 m. vasario 11 d. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/ddcff9f0f5af11ed9978886e85107ab2>
8. *Dėl Greitosios medicinos pagalbos metodinio dokumento rengimo, taikymo ir atnaujinimo tvarkos aprašo patvirtinimo.* 2021/Nr. V-732. Žiūrėta 2023 m. liepos 16 d. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/ed62be40976311eb9fecb5ecd3bd711c>
9. *Dėl Greitosios medicinos pagalbos paslaugų išskvietimų įvertinimo ir greitosios medicinos pagalbos brigados siuntimo į išskvietimo vietą tvarkos aprašo patvirtinimo.* 2015/V-1004. TAR. Žiūrėta 2023 m. balandžio 13 d. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/55b307304fb111e5b0f2b883009b2d06/asr>
10. *Dėl Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo.* 2010/V-1131. TAR. Žiūrėta 2023 m. gegužės 24 d. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.A0FD8AFE14D9/asr>
11. *Dėl Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo organizavimo reikalavimų aprašo patvirtinimo.* 2007/V-895. TAR. Žiūrėta 2023 m. balandžio 6 d. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.7E55A3172D3A/asr>
12. *Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo nr. I-1367 39 straipsnių pakeitimo įstatymo ir Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo nr. I-552 papildymo 191 straipsniu įstatymo projekto.* 2022/XIVP-1396. E-seimas. Žiūrėta 2023 m. gegužės 24 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAK/d3d4c870a05311ec9e62f960e3ee1cb6?jfwid=kjtir1fr0>
13. *Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos patvirtinimo.* 2014/XII-964. TAR. Žiūrėta 2023 m. balandžio 6 d. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/85dc93d000df11e4bfca9cc6968de163/asr>
14. *Dėl Minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo.* 2008/Nr. V-338. Žiūrėta 2023 m. liepos 16 d. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.5F77961F8D8D/asr>
15. *Dėl Nuotolinių medicininių konsultacijų teikimo greitosios medicinos pagalbos dispečerinėse tvarkos aprašo patvirtinimo.* 2023/Nr. V-705. Žiūrėta 2024 m. balandžio 11 d. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/35ad9fa00e8e11ee9f7ec2ffce8b47bc>

16. *Dėl Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sunkių traumų atvejais tvarkos aprašo patvirtinimo.* 2018/Nr. V-824. Žiūrėta 2023 m. liepos 16 d. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/0e0d7a108c1b11e8adc2b65cf0f647e0/asr>
17. *Dėl Traumų ir nelaimingų atsitikimų stebėsenos informacinės sistemos nuostatų ir duomenų saugos nuostatų patvirtinimo.* 2014/Nr. V-776. Žiūrėta 2023 m. liepos 16 d. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/9fc70e500b1c11e4adf3c8c5d7681e73/asr>
18. *Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas.* 1996/I-1562. TAR. Žiūrėta 2023 m. balandžio 17 d. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.C6E4170DB704/asr>
19. *Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas.* 1994/I-1367. TAR. Žiūrėta 2023 m. balandžio 6 d. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.C81BD50A27C6/asr>
20. *Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas.* 1996/Nr. I-1367. Žiūrėta 2023 m. gegužės 11 d. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.C81BD50A27C6/asr>
21. *Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas.* 1994/ Nr. I-552. TAR. Žiūrėta 2023 m. balandžio 13 d. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.E2B2957B9182/asr>
22. *Lietuvos Respublikos žmogaus kritinių būklių, mirties fakto ir mirties priežasčių nustatymo įstatymas.* 1997/ Nr. VIII-157. Žiūrėta 2024 m. vasario 22 d. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.890D3838A27D/asr>

KITI INTERNETINIAI ŠALTINIAI

1. *A French observatory for major trauma.* (2024). Trauma base. Prieiga per internetą: https://www.traumabase.eu/en_US
2. *Ambulance Quality Indicators: Clinical Outcomes specification.* (2021). The National Health service. Prieiga per internetą: <https://www.england.nhs.uk/statistics/wp-content/uploads/sites/2/2021/06/20210610-AmbCO-specification.pdf>
3. *Ambulance Quality Indicators: Indicator specification for Systems Indicators.* (2023). The National Health service. Prieiga per internetą: <https://www.england.nhs.uk/statistics/wp-content/uploads/sites/2/2021/05/20230825-AmbSYS-specification.pdf>
4. *Apie GMP reformą.* (2022). Viešoji įstaiga Kauno miesto greitosios medicinos pagalbos stotis. Prieiga per internetą: <https://reforma.greitojipagalba.lt/>
5. *E-Ambulance.* (2024). E-estonia. Prieiga per internetą: <https://e-estonia.com/solutions/healthcare/e-ambulance/>
6. *Gerų darbo rezultatų rodikliai.* (2023). Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos Apsaugos Ministerijos. Prieiga per internetą: <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/gydymo-istaigoms->

- ir-partneriams/teritoriniu-ligoniu-kasu-statistika-tyrimai-ir-analizes/panevezio-teritorine-ligoniu-kasa-20/statistika-ir-tyrimai/geru-darbo-rezultatu-rodikliai-1/
7. *Greitosios medicinos pagalbos reformos eiga*. (2023). Mikelionis N. Prieiga per internetą: https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Nerijus%20Mikelionis_GREITOSIOS%20MEDICINOS%20PAGALBOS%20REFORMOS%20EIGA.pdf
 8. *Istatai*. (2023). Greitosios medicinos pagalbos tarnyba. Prieiga per internetą: https://www.pangreitoji.lt/wp-content/uploads/2023/02/GMP-tarnybos-istatai_proj.pdf
 9. *Kokybės politika*. (2024). Greitosios medicinos pagalbos tarnyba. Prieiga per internetą: https://greitojipagalba.lt/wp-content/uploads/2024/04/kokybes_politika_2024.pdf
 10. *Komisijos ir darbo grupės*. (2021). Panevėžio miesto greitosios medicinos pagalbos stotis. Prieiga per internetą: <https://www.pangreitoji.lt/struktura-kontaktai/komisijos-ir-darbo-grupes/>
 11. *Lietuvos gyventojai (2022 m. leidimas). Gyventojų skaičius ir sudėtis*. (2022). Oficialiosios statistikos portalas. Prieiga per internetą: <https://osp.stat.gov.lt/lietuvos-gyventojai-2022/salies-gyventojai/gyventoju-skaicius-ir-sudetis>
 12. *Lietuvos gyventojai (2022 m. leidimas). Miesto ir kaimo gyventojai*. (2022). Oficialiosios statistikos portalas. Prieiga per internetą: <https://osp.stat.gov.lt/lietuvos-gyventojai-2022/salies-gyventojai/miesto-ir-kaimo-gyventojai>
 13. *Lietuvos gyventojai (2022 m. leidimas). Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė*. (2022). Oficialiosios statistikos portalas. Prieiga per internetą: <https://osp.stat.gov.lt/lietuvos-gyventojai-2020/mirtingumas/vidutine-tiketina-gyvenimo-trukme>
 14. *Major Trauma Services Quality Indicators*. (2013). NHS. Prieiga per internetą: <https://www.c4ts.qmul.ac.uk/downloads/quality-indicators-for-trauma.pdf>
 15. *NHS standard contract for major trauma service (all ages)*. (2014). NHS. Prieiga per internetą: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/04/d15-major-trauma-0414.pdf>
 16. *Norwegian Trauma Registry*. (2024). Helsedata. Prieiga per internetą: <https://helsedata.no/en/forvaltere/oslo-university-hospital/norwegian-trauma-registry/>
 17. *Panevėžio rajono bendrasis planas*. (2020). Panevėžio rajono savivaldybė. Prieiga per internetą: <https://www.panrs.lt/panevezio-rajono-savivaldybes-teritorijos-bendrieji-planai/>
 18. *Veiklos ataskaita 2017 metai*. (2018). VšĮ Panevėžio miesto greitosios medicinos pagalbos stotis. Prieiga per internetą: https://www.registrucentras.lt/jar/paieska/edoc_fa.php?enc=DBHCEodt83sPM4X1K2C4sv2%2FFPNk15EaYJkA9ozc7zRF2nJcPC3gGgF0oKGlzweoBMyKjT62UAp1LgtNlZu3ZGR%2F4GJh%2Fg%2FBKDKgoWTh72QviXUALgThq2AXiQT0WDZff7E%2BUGGf8ct7Ypb9DEP3XEOSafMa%2FpHWOuBRxLC92T4LGpo%3D

19. *Veiklos ataskaita 2018 metai.* (2019). VšĮ Panevėžio miesto greitosios medicinos pagalbos stotis. Prieiga per internetą:
https://www.registrucentras.lt/jar/paieska/edoc_fa.php?enc=DBHCfWp2%2BigGgNOx047%2BKxVem340H6N1tnbdTarvwCEYo72m7Sfhwf%2FUWekNVREoqxvKvmFEjB19LvOFVqcHLL8k7oGVi2SqlCE11mYdtii0hL3jnzki7w%2FRNfiaMZhDst8XytT4SdPO6DHp9qbmWJ56%2F0QWSCq3ilDTDVwOrbuGb5w%3D
20. *Veiklos ataskaita 2018 metai.* (2019). VšĮ Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika. Prieiga per internetą:
https://www.registrucentras.lt/jar/paieska/edoc_fa.php?enc=DBHCXJTIRHoXWZy72HtoLwQpbbVYHyfY8jAizOZEltwBMWQE%2F0GfG1FXUzpOxfRM4qdkzhey%2BLI9YkpZkzje1EL65rls0knsi1%2FXeQNmfx2GUyEDpruDbvvK8aAQQupSQ8KDP%2Bbb%2BEQQPrmiRjPScDwwa1a%2BbJ3VVrrmhSIOyEEh7xw%3D
21. *Veiklos ataskaita 2019 metai.* (2020). VšĮ Panevėžio miesto greitosios medicinos pagalbos stotis. Prieiga per internetą:
https://www.registrucentras.lt/jar/paieska/edoc_fa.php?enc=DBHCKc2FvfwRPERri%2BeSEP EAKkpTBF1vniYXIHxDCqMph3W4%2F712KCOBLfMSjEzNh0hcQ0ggusizWzr81NZXeF88rwdpZopax2gxicQNbpqSCLlIcgv4sXjVDPtbdCUHrbSRPvD3ia3uieTwAiyAAcuqYw%2BIC0t0ixkAJQiTaQmld0w%3D
22. *Veiklos ataskaita 2019 metai.* (2020). VšĮ Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika. Prieiga per internetą:
https://www.registrucentras.lt/jar/paieska/edoc_fa.php?enc=DBHCGS6wvNJ5XFajIvCPAaF8asTY1xB2qT%2FgcDvgFmgU5Uls7cKJSQhnX1WBkm9D1KolgppSLUHieu9W4SN7g4E0F9RY2HVL9d6rm1afAvFDdufeMgtrHJiR7dgzyCFhRASgDZHZCz8VSYYzhWfoJ3WIHADxow8kX%2Bd1g6SazfIO4a4%3D
23. *Veiklos ataskaita 2020 metai.* (2021). VšĮ Panevėžio miesto greitosios medicinos pagalbos stotis. Prieiga per internetą:
https://www.registrucentras.lt/jar/paieska/edoc_fa.php?enc=DBHCEGxK3823KmXKe%2FYk%2BhJdVdD%2BKGUq7zEe1KrXxUIlaAy%2FY3ZRJhwuLmx3LvfdOGAWoiPgeXLqSTMr9nPsKppKb1k2tig8nA3XQ3kxEV1yBWbnWd5KUSuO%2B5UU6wJjireNLoFLDpmbDIKU8aSQ1IIP6eOkRYvDOU%2F9fYVbO1L55h4%3D
24. *Veiklos ataskaita 2020 metai.* (2021). VšĮ Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika. Prieiga per internetą:
https://www.registrucentras.lt/jar/paieska/edoc_fa.php?enc=DBHCXmNi9t0bA4eTic1sQCrVSzsyw0EoLRA3RQyjtW7H5%2FMQxwlp3oi6aSuz08uu1TtIr1Bhx1Yw1MBA4tSFJj%2BcE8

%2Bo2mLF3Qvn8XWkUAmwdVO6zHPWVrUUoLGOAPoeDYmtLanXGFwdrzK1DbhP3iZ
n2HmShufZh2NfUe%2FYC8kQVoM%3D

25. *Veiklos ataskaita 2021 metai.* (2022). VšĮ Panevėžio miesto greitosios medicinos pagalbos stotis.

Prieiga per internetą:

https://www.registrucentras.lt/jar/paieska/edoc_fa.php?enc=DBHCl7i7Y7CGl6RD4xSUiHtFD4zc3viqVpy3yIRoy3smSOm7p1Tnl4yOX4LMDrRtMvp8NnMpaiUxQ0V5nWQgIgKtW3TC Efn6HHgS%2FplQVU6aXYpZA1GiS5Kp24h3f89q0v7hVJkXHhmqgQxFJe8uBucQ3Y61TrPHna9bZ8zB7BvTFbs%3D

26. *Veiklos ataskaita 2021 metai.* (2022). VšĮ Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika. Prieiga per internetą:

https://www.registrucentras.lt/jar/paieska/edoc_fa.php?enc=DBHCFZC2QiUfhJ%2F9rxilp%2FE7V3ZGxfvE8vf7dlOZC xvX8aCpfF9gvxgL5qc4vX3h7MtlpPfsaTrr1Jw9Q%2Bx9u8et5BrrZ9uDSVmENWoeE4IFeThmQjVB3yf6S%2BM248Nm3AxV9fbammUOUuFEv%2FYIUDO BiN%2BJuRw953dNG12fAeKlyQA%3D

27. *Veiklos ataskaita 2022 metai.* (2023). VšĮ Panevėžio miesto greitosios medicinos pagalbos stotis.

Prieiga per internetą:

https://www.registrucentras.lt/jar/paieska/edoc_fa.php?enc=DBHCFxS11HWKB5Y%2FJ49RgB97PG6v6LqQ4nPJaiDyWdsPC%2BZMVIgJvKf6EWHhzDvxSCYGTyKzA6Fi8zm9ZZuK%2Fpvuy5Q8XP1xOkOekn%2BiF4ay3w0ZCisRSwBJl32bHfZVX9%2F4n5aWqxiruYphxhSpV57Q%2B2HANq1ygE%2BmxXpUePPWTGY%3D

28. *Veiklos ataskaita 2022 metai.* (2023). VšĮ Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika. Prieiga per internetą:

https://www.registrucentras.lt/jar/paieska/edoc_fa.php?enc=DBHCBrejk0aGxnbeQ5aesOszbGh4clv6W98yE3GBszvn1DpO%2Bd4oobzP8op%2BVtgItLfY2RN8ayFhZAFn89lP3vdkYJ7R2DCDjktYunxXQoyd2p9VZH5bmsspBat%2BngQgS6fSkTEJUrt2Wtxvha2vdz3RZ%2FBCKE1xZlyFjGCxZzq7sYGE%3D

29. *Veiklos ataskaita 2020 metai.* (2021). VšĮ Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika. Prieiga per internetą:

https://www.registrucentras.lt/jar/paieska/edoc_fa.php?enc=DBHCXmNi9t0bA4eTic1sQCrVSzsyw0EoLRA3RQyjtW7H5%2FMQxwlp3oi6aSuz08uu1TtIrlBhx1Yw1MBA4tSFJj%2BcE8%2Bo2mLF3Qvn8XWkUAmwdVO6zHPWVrUUoLGOAPoeDYmtLanXGFwdrzK1DbhP3iZn2HmShufZh2NfUe%2FYC8kQVoM%3D

30. *Veiklos ataskaita 2019 metai.* (2020). VšĮ Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika. Prieiga per internetą:

https://www.registrucentras.lt/jar/paieska/edoc_fa.php?enc=DBHCGS6wvNJ5XFajIvCPAAf8a

sTY1xB2qT%2FgcDvgFmgU5Uls7cKJSQhnX1WBkm9D1KolggpSLUHieu9W4SN7g4EOF9
RY2HVL9d6rm1afAvFDdufeMgtrHJiR7dgzyCFhRAsgDZHZCz8VSYYzhWfoJ3WIHADxo
w8kX%2Bd1g6SazfIO4a4%3D

31. *Veiklos ataskaita 2018 metai.* (2019). VšĮ Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika. Prieiga per internetą:

https://www.registrucentras.lt/jar/paieska/edoc_fa.php?enc=DBHCXJTIRHoXWZy72HtoLwQpbbVYHyfY8jAizOZEltwBMWQE%2F0GfG1FXUzpOxfRM4qdkzhey%2BLI9YkPZkzje1EL65rls0knsi1%2FXeQNmfx2GUyEDpruDbvvK8aAQQupSQ8KDp%2Bbb%2BEQQPrmiRjPScDwwa1a%2BbJ3VVrrmhSIOyEEh7xw%3D

Kirdeikienė B. Greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybės ir prieinamumo vertinimas Panevėžio mieste ir rajone / Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas. Vadovė Prof. dr. M. Čaplinskienė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Viešojo valdymo ir verslo fakultetas, Vadybos ir politikos mokslų institutas, 2024, 94 p.

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe nagrinėjamas greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybės ir prieinamumo vertinimas Panevėžio mieste ir rajone. Teorinėje dalyje analizuojama greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybės ir prieinamumo samprata, dimensijos ir vertinimo aspektai Lietuvoje ir užsienyje, atliekama Greitosios medicinos pagalbos tarnybos Panevėžio filialo kokybės ir prieinamumo sprendimų analizė. Remiamasi moksline literatūra, teisės aktais ir kitais šaltiniais. Empirinėje dalyje aprašyta vykdyto kiekybinio tyrimo metodologija, išsiaiškintas greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybės ir prieinamumo vertinimas Panevėžio mieste ir rajone paslaugų gavėju ir medicinos darbuotojų požiūriu. Rezultatai palyginti su mokslininkų tyrimais, pateiktos išvados ir pasiūlymai, kurie padėtų pagerinti greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybę ir prieinamumą Panevėžio mieste ir rajone.

Raktiniai žodžiai: greitoji medicinos pagalba, greitosios medicinos pagalbos paslaugos, vertinimas, kokybė, prieinamumas, Panevėžio miestas, Panevėžio rajonas

Kirdeikienė B. Evaluation of the quality and accessibility of ambulance services in Panevezys city and district. / Master's thesis in Health Policy and Management. Supervisor Prof. dr. M. Čaplinskienė. – Vilnius: Mykolas Romeris university, Faculty of Public Governance and Business, Institute of Management and Political Science, 2024, 94 p.

ANNOTATION

The master's thesis examines the evaluation of the quality and accessibility of ambulance services in the city and district of Panevezys. The theoretical part analyzes the concept, dimensions and assessment aspects of the quality and accessibility of ambulance services in Lithuania and abroad, and analyzes the quality and accessibility decisions of the Panevėžys branch of the Emergency Medical Service. Reference is made to scientific literature, legal acts and other sources. The empirical part describes the methodology of the carried out quantitative research, the assessment of the quality and accessibility of ambulance services in the city and district of Panevėžys from the point of view of the service recipient and medical staff. The results are compared with the researches of scientists, the conclusions and proposals are presented, which would help to improve the quality and accessibility of ambulance services in the city of Panevėžys and the district.

Key words: ambulance, emergency medical services, evaluation, quality, accessibility, Panevezys city, Panevezys district

SANTRAUKA

Greitoji medicinos pagalba yra labai svarbi sveikatos sistemos dalis, kurios paslaugų kokybiškumas ir prieinamumas turi įtakos pacientų sveikatos rezultatams ir išgyvenamumui. Šiuo metu labai aktualus greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas, tačiau tam svarbu išanalizuoti pacientų ir paslaugų teikėjų pasitenkinimą paslaugomis. Darbe keliami šie **probleminiai klausimai**: Kaip greitosios medicinos pagalbos tarnybos Panevėžio filialo medicinos darbuotojai vertina teikiamų paslaugų kokybę ir ar jų pastangos operatyvumo užtikrinime turi įtakos prieinamumui? Ar greitosios medicinos pagalbos paslaugos yra pakankamai prieinamos Panevėžio mieste ir rajone ir kas turi įtakos kokybės vertinimui?

Darbo tikslas. Įvertinti Panevėžio greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybę ir prieinamumą Panevėžio mieste ir rajone. **Darbo uždaviniai.** 1. Išanalizuoti greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybės ir prieinamumo teorinius aspektus. 2. Išanalizuoti greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybės ir prieinamumo reglamentavimą Lietuvoje ir užsienio šalių praktiką. 3. Išnagrinėti Greitosios medicinos pagalbos tarnybos Panevėžio filialo kokybės politikos ir prieinamumo sprendimus. 4. Išsiaiškinti Greitosios medicinos pagalbos tarnybos Panevėžio filialo medicinos darbuotojų teikiamų paslaugų kokybės ir prieinamumo vertinimą. 5. Ištirti pacientų, kurie naudojami Greitosios medicinos pagalbos tarnybos Panevėžio filialo paslaugomis, paslaugų kokybės ir prieinamumo vertinimą. **Darbo metodai.** Reikšmingo skirtumo tarp pastangų užtikrinti operatyvumą ir pasiekiamo operatyvumo nėra, o darbo stažas ir demografiniai rodikliai kokybės dimensijų vertinimui įtakos neturėjo, todėl *hipotezė, kad demografiniai rodikliai ir darbo stažas turi įtakos medicinos darbuotojų kokybės dimensijų vertinimui, o operatyvumas priklauso nuo įdedamų pastangų, nepasitvirtino*. Panevėžio mieste respondentai greitosios medicinos pagalbos brigados sulaukia greičiau nei Panevėžio rajone, tačiau kokybės dimensijų vertinimui ir paslaugų gavėjų lūkesčių tenkinimui kvietimo vieta įtakos neturėjo. Tyrimo rezultatai parodė, kad paslaugų gavėjų kokybės dimensijų vertinimo vidurkiai ir brigados atvykimo lūkesčių tenkinimas didėja trumpėjant brigados atvykimo laikui, todėl *hipotezė, kad trumpesnis greitosios medicinos pagalbos atvykimo laikas tenkina paslaugų gavėjų lūkesčius ir turi įtakos aukštesniam paslaugų kokybės vertinimui, pasitvirtino*.

Raktiniai žodžiai: greitoji medicinos pagalba, greitosios medicinos pagalbos paslaugos, vertinimas, kokybė, prieinamumas, Panevėžio miestas, Panevėžio rajonas.

SUMMARY

Emergency medical services are very important part of the health system, whose quality and availability affect the health outcomes and survival of patients. Improving the quality and availability of ambulance services is currently very relevant, but for this it is important to analyze the satisfaction of patients and service providers. The following **problematic questions** are raised in the work: How do the medical staff of the Panevėžys branch of the Emergency Medical Service evaluate the quality of the services provided and do their efforts in ensuring response time affect accessibility? Are emergency medical services sufficiently accessible in Panevėžys city and district and what affects the quality evaluation?

The aim of the research. To evaluate the quality and availability of Panevėžys ambulance services in the city and district of Panevėžys. **The tasks of the research.** 1. To analyze the theoretical aspects of the quality and accessibility of ambulance services. 2. To analyze the regulation of the quality and accessibility of ambulance services in Lithuania and the practice of foreign countries. 3. To examine the quality policy and accessibility solutions of the Panevėžys branch of the Emergency Medical Service. 4. Find out the evaluation of the quality and accessibility of services provided by the medical staff of the Panevėžys branch of the Emergency Medical Service. 5. To study the evaluation of the quality and accessibility of services of patients who used the services of the Panevėžys branch of the Emergency Medical Service. **The methods of the research.** Analysis of scientific literature, documents and legal acts, quantitative research method - questionnaire survey, statistical data analysis. **Conclusions.** There is no significant difference between the efforts to ensure response time and the response time efficiency achieved, also the work experience and demographic indicators did not influence the evaluation of quality dimensions, so the *hypothesis that demographic indicators and work experience influence the evaluation of quality dimensions of medical workers, and response time depends on the efforts put in, was not confirmed*. The results of the study showed that the averages of service recipients' evaluation of the quality dimensions and the meeting of the ambulance arrival expectations increase with the shortening of the arrival time to scene, so the *hypothesis that the shorter arrival time of the ambulance meets the expectations of the service recipients and affects the higher evaluation of the service quality was confirmed*.

Keywords: emergency medical assistance, emergency medical assistance services, evaluation, quality, availability, Panevėžys city, Panevėžys district.

PRIEDAI

Lietuvos ir Anglijos greitosios medicinos pagalbos kokybės vertinimo rodiklių palyginimas

Įvykio tipas	Kokybės rodikliai	
	Lietuva	Anglija
Staigi mirtis	<ul style="list-style-type: none"> - Klinikinės mirties liudininkų akivaizdoje įvykusios dėl skilvelių virpėjimo skaičius. Siektinas rezultatas - ne mažiau 50 proc. atgaivinimų. 	<ul style="list-style-type: none"> - Visų gaivinimų skaičius; - Kiekis gaivintų pacientų, kuriems atkurta spontaniinė kraujotaka; - Atgaivintų pacientų 30 dienų išgyvenamumas; - Priežiūros veiksmai po spontaninės kraujotakos atkūrimo: <i>12 derivacijų elektrokardiograma, gliukozės kiekis kraujyje, CO₂ ir AKS matavimas, deguonies skyrimas, kristaloidų skyrimas</i>
Miokardo infarktas su ST pakilimu (toliau - MI STP)	<ul style="list-style-type: none"> - Laikas nuo GMP brigados sveikatos priežiūros specialisto būklės įvertinimo ir įtariamo MI STP iki jo atvežimo į Perkutaninės vainikinių arterijų intervencijos centro (toliau – PVAI centras) SPS. Siektinas rezultatas – ne ilgiau 90 min. - Pacientų, kuriems pirminio įvertinimo metu įtariamas MI STP ir kurie nuvežti į PVAI centrą ir tarpinės pagalbos (toliau – TP) ligoninę, dalis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Visų pacientų skaičius, kuriems įtariamas MI STP iš EKG. - Visų GMP transportuotų pacientų skaičius, kuriems ligoninėje patvirtintas miokardo infarktas. - Vidutinis laikas ir 90-asis procentilis nuo skambučio iki kateterio įvedimo angiografijai; - MI STP priežiūros veiksmai: <i>Aspirino ir glicerolio trinitrato skyrimas, skausmo skalės vertinimas ir nuskausminamųjų skyrimas.</i>
Galvos smegenų insultas	<ul style="list-style-type: none"> - Laikas nuo kreipimosi į GMP (užpildytas FAST (angl. face arm speech time – FAST) klausimynas ir GMP brigados sveikatos priežiūros specialistas įtarė ūminį galvos smegenų insultą) iki paciento pristatymo iki insulto gydymo centro arba tarpinės pagalbos ligoninės. Siektinas rezultatas – ne ilgiau 60 min. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientų, kuriems GMP patvirtintas FAST testas, skaičius. - Pacientų, kuriems patvirtinta insulto diagnozė ligoninėje, skaičius. - Vidutinis laikas, laiko mediana ir 90-asis procentilis nuo skambučio iki atvykimo į ligoninę. - Vidutinis laikas, laiko mediana ir 90-asis procentilis nuo skambučio iki kompiuterinės tomografijos atlikimo. - Vidutinis laikas, laiko mediana ir 90-asis procentilis nuo skambučio iki trombolizės atlikimo. - Insulto diagnostikos ir priežiūros veiksmai: <i>FAST testo rezultatai, gliukozės kiekis kraujyje, sistolinis ir diastolinis kraujo spaudimas.</i>
Sepsinis šokas		<ul style="list-style-type: none"> - Visų pacientų skaičius, kuriems įtariamas sepsis ir Nacionalinis išankstinio įspėjimo balas (Angl. –

		<p>National Early Warning Score) 7 balai ar daugiau.</p> <p>- Sepsio priežiūros veiksmai: <i>Būklės vertinimas (sąmonė, kraujospūdis, O₂ kraujyje, kvėpavimo dažnis), ligojinės informavimas, O₂ ir intraveninių skysčių skyrimas.</i></p>
Sunki trauma (toliau - ST)	<ul style="list-style-type: none"> - Visų pacientų skaičius; - Pacientų pasiskirstymas pagal amžių; - Susižalojimo ir traumos aplinkybės; - Atvejai, kai pranešta stacionarinei ASPĮ SPS skaičius. Siektinas rezultatas – 100%. - Pacientų, kuriems įvykio vietoje konstatuota mirtis, skaičius; - Pacientų, kuriems transportavimo metu konstatuota mirtis, skaičius; - Pacientų, kurie transportuoti į bet kurio lygio Traumų centrą, skaičius. Siektinas rezultatas – 100%. - Pacientų, patyrusių ST, pristatytų į kitą stacionarinę ASPĮ (ne traumų centrą), skaičius; - Laikas, per kurį pacientas transportuotas į stacionarinę ASPĮ. Siektinas rezultatas – ne ilgiau 60 min. - GMP atliktos procedūros: <i>Nurodoma pacientų dalis, kuriems naudota gerklų kaukė, kombinuotas vamzdelis, atlikta intubacija, atlikta ventiliacija ambu maišu, taikyta dirbtinė plaučių ventiliacija;</i> - Pacientų skaičius, kuriems atvykus į stacionarinę ASPĮ SpO₂ ≤ 90 %; - Pacientų skaičius, kuriems po medicininės pagalbos teikimo nustatyta pagal Glazgo komų skalę <9 balai. - Pacientų skaičius, kuriems iki medicininės pagalbos teikimo nustatyta pagal Glazgo komų skalę <9 balai. 	<ul style="list-style-type: none"> - Paciento transportavimas į traumų centrą per 45 minutes, nebent paciento būklė reikalauja papildomų veiksmy; - Atvykimas į įvykio vietą per 8 minutes; - Dispečerinės kvietimo perdavimo laikas brigadai; - Informacijos perdavimas traumų centrui; - Pagalbos teikimo protokolai: <i>kvėpavimo takų užtikrinimo; krūtinės ląstos traumos, skausmo kontrolės vaikams ir suaugusiems; didelio kraujavimo kontrolė.</i>

Sudaryta magistrinio darbo autorės pagal Dėl gaivinimo standartų patvirtinimo, 2011; Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų įtariant ar diagnozavus ūminį galvos smegenų insultą teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo, 2014; Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų įtariant ar diagnozavus ūminį miokardo infarktą, kai ST segmentas pakilęs, teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo, 2014; Dėl Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sunkių traumų atvejais tvarkos aprašo patvirtinimo, 2018; NHS, 2021; NHS, 2014; NHS, 2013; Greitosios medicinos pagalbos reformos eiga, 2023.

**GREITOSIOS MEDICINOS PAGALBOS TARNYBOS PANEVĖŽIO FILIALO
MEDICINOS DARBUOTOJŲ PASLAUGŲ KOKYBĖS IR PRIEINAMUMO
VERTINIMO PANEVĖŽIO MIESTE IR RAJONE ANKETA**

Gerb. Respondente,

Esu Viešojo valdymo ir verslo fakulteto Sveikatos politikos ir vadybos studijų programos 6 kurso studentė Barbora Kirdeikienė ir atlieku magistro baigiamojo darbo tyrimą, kurio tikslas yra įvertinti Panevėžio greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybę ir prieinamumą. Dalyvavimas tyrime yra savanoriškas, jūs galite atsisakyti dalyvauti šioje apklausoje.

Anketa yra anoniminė, Jums **nereikia** nurodyti jokių asmeninių duomenų, visi anketoje pateikti duomenys yra konfidencialūs ir bus panaudoti tik moksliniams tikslams.

Ačiū už Jūsų skirtą laiką!

1. Jūsų amžius:

- Iki 25 m.
- 26-44 m.
- 45-60 m.
- > 60 m.

2. Jūsų lytis:

- Moteris
- Vyras

3. Jūsų darbo stažas greitojoje medicinos pagalboje (toliau – GMP): _____

4. Pasirinkite, kokį operatyvumo rodiklį dažniausiai pasiekiate:

- ≤ 80%
- 80,01-85%
- 85,01-90%
- 90,01-95%
- ≥95,01%

5. Įvertinkite teikiamų GMP paslaugų kokybę ir prieinamumą:

	Labai gerai	Gerai	Vidutiniškai	Blogai	Labai blogai
5.1 Žinių ir įgūdžių tobulinimas					
5.2. Paciento būklei įvertinti turima įranga ir jos veikimas					
5.3 Medikamentų ir priemonių ištekliai ir jų prieinamumas pacientų nepageidaujamiems simptomams sumažinti					
5.4 Įstaigoje patvirtinti algoritmai ir protokolai, jų efektyvumas ir veiksmingas					
5.5 Pagalbos teikime atsižvelgiama į pacientų gretutines ligas bei asmeninius poreikius					
5.6 Pacientai nediskriminuojami pagal asmenines savybes, tokias kaip amžius, lytis, socialinė ir ekonominė padėtis					
5.7 Informacijos suteikimas pacientui apie atliekamus veiksmus (skiriamus medikamentus ir procedūras) ir gaunamas sutikimas					

5.8 Pacientui suteikiama informacija apie jo būklę ir transportuojama į gydymo įstaigą arba nukreipiama į kitas pagalbos tarnybas/institucijas/specialistus					
5.9 Brigados narių bendradarbiavimas tarpusavyje bei su pacientu ir/ar artimaisiais					
5.10 GMP automobilio patogumas (įkelti/įlaipinti pacientus, atlikti procedūras) ir jame esančios įrangos modernumas					
5.11 GMP automobilio švara ir tvarka po kiekvieno paciento					
5.12 GMP aprangos kokybė (atšvaitai, audinys, dydis, termoreguliacija) ir pakankamas komplektų kiekis					
5.13 Paslaugų teikimas išlaikant paciento orumą, privatumą ir autonomiškumą.					
5.14 Empatiškas, mandagus ir rūpestingas kontaktas su pacientu.					
5.15 Gerinamas GMP tarnybos įvaizdis.					
5.16 GMP brigados išsikvietimas pacientams nesudėtingas ir sklandus					
5.17 Pastangos užtikrinti aukštą operatyvumo rodiklį					
5.18 Korupcijos prevencijos laikymasis					

6. Įrašykite savo pastebėjimus arba pasiūlymus, kurie pagerintu Panevėžio GMP paslaugų kokybę ir prieinamumą:

GREITOSIOS MEDICINOS PAGALBOS PASLAUGŲ GAVĖJŲ KOKYBĖS IR PRIEINAMUMO VERTINIMO PANEVĖŽIO MIESTE IR RAJONE ANKETA

Gerb. Respondente,

Esu Viešojo valdymo ir verslo fakulteto Sveikatos politikos ir vadybos studijų programos 6 kurso studentė Barbora Kirdeikienė ir atlieku magistro baigiamojo darbo tyrimą, kurio tikslas yra įvertinti Panevėžio greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybę ir prieinamumą.

Anketa yra anoniminė, Jums **nereikia** nurodyti jokių asmeninių duomenų, visi anketoje pateikti duomenys yra konfidencialūs ir bus panaudoti tik moksliniams tikslams.

Prašau atsakyti į klausimus remiantis savo patirtimi gavus greitosios medicinos paslaugas Panevėžio mieste ir/ar rajone. Ačiū už Jūsų skirtą laiką!

1. Jūsų amžius:

- Iki 25 m.
- 26-44 m.
- 45-60 m.
- 61-75 m.
- >75 m.

2. Jūsų lytis:

- Moteris
- Vyras

3. Kiek kartų kreipėtės į greitąją medicinos pagalbą (toliau – GMP) per paskutinius 12 mėn.?

- 1 kartą
- 2-3 kartus
- 4 ir daugiau kartų

4. Kam kvietėte GMP? (galite žymėti kelis atsakymus)

- Sau
- Artimajam
- Nepažįstamam asmeniui/asmenims (buvote įvykio stebėtojas)

5. Įvykio vieta, į kurią paskutinį kartą kvietėte GMP. (galite žymėti kelis atsakymus)

- Panevėžio miestas
- Panevėžio rajonas

6. Per kiek laiko atvyko GMP?

- Iki 8 min.
- Nuo 9 iki 15 min.
- Nuo 16 iki 25 min.
- Daugiau nei 26 min.

7. Dėl kokių priežasčių kreipėtės į GMP?

- Ūmaus susirgimo (insultas, miokardo infarktas, lėtinių ligų paūmėjimas, psichikos sutrikimas, infekcinė liga ir kt. susirgimai)
- Nelaimingo atsitikimo (trauma, užpuolimas, autoįvykis ir kt. susižalojimai)
- Dėl ūmaus susirgimo ir nelaimingo atsitikimo

8. Pažymėkite, kaip vertinate GMP paslaugų kokybę ir prieinamumą atsižvelgdami į savo patirtį:

	Labai gerai	Gerai	Vidutiniškai	Blogai	Labai blogai
8.1 Išklaustyti nusiskundimai ir įvertina problema.					
8.2. Įvertinti paciento gyvybiniai rodikliai (arterinis kraujo spaudimas, pulsas, elektrokardiograma, gliukozės kiekis kraujyje, sąmonė ir kt.) ir skausmo ar traumos vieta.					
8.3 Skirti medikamentai ir procedūros nepageidaujamiems simptomams sumažinti.					
8.4 Suteikta pagalba efektyvi ir veiksminga, būklė pagerėjo.					
8.5 Teikiant pagalbą atsižvelgta į gretutines ligas ir susirgimus.					
8.6 Paslaugos suteiktos neišskiriant dėl asmeninių savybių, tokių kaip amžius, lytis, socialinė ir ekonominė padėtis.					
8.7 Suteikta informacija apie teikiamas paslaugas (skiriamus medikamentus ir procedūras) ir gautas sutikimas.					
8.8 Suteikta informacija apie būklę ir transportuota į gydymo įstaigą arba nukreipta į kitas pagalbos tarnybas/institucijas/specialistus.					
8.9 GMP personalas bendradarbiavo tarpusavyje bei su pacientu ir/ar artimaisiais.					
8.10 GMP automobilio patogus (įlipti, būti įkeltam) ir saugus (saugos diržai gulint, sėdint)					
8.11 GMP automobilis švarus ir tvarkingas.					
8.12 GMP darbuotojų uniformos švarios ir tvarkingos.					
8.13 Nepažeistas ligonio orumas, privatumas ir atsižvelgta į paciento asmeninius poreikius.					
8.14 GMP personalas empatiškas, mandagus ir rūpestingas.					
8.15 GMP personalas sukėlė pasitikėjimą, pagerino GMP įvaizdį.					
8.16 GMP išsikvietimas nesudėtingas ir sklandus.					
8.17 GMP brigados atvykimo laikas (operatyvumas) tenkino lūkesčius.					
8.18 Naudojimasis GMP paslaugomis nieko nekainavo.					

9. Įrašykite savo pastebėjimus arba pasiūlymus, kurie pagerintu Panevėžio GMP paslaugų kokybę ir prieinamumą:

MEDICINOS DARBUOTOJŲ GREITOSIOS MEDICINOS PAGALBOS
PASLAUGŲ KOKYBĖS IR PRIEINAMUMO PANEVĖŽIO MIESTE IR RAJONE
VERTINIMAS

		Teiginiai	Vidurkis	St. N.	Me	
Medicininiai aspektai	Techninė dimensija	Žinių ir įgūdžių tobulinimas	4,50	0,67	5	
		Paciento būklei įvertinti turima įranga ir jos veikimas	4,40	0,68	4	
		Medikamentų ir priemonių išteklių ir jų prieinamumas pacientų nepageidaujamiems simptomams sumažinti	4,44	0,70	5	
	Rezultato dimensija	Įstaigoje patvirtinti algoritmai ir protokolai, jų efektyvumas ir veiksmingumas	4,50	0,67	5	
		Pagalbos teikime atsižvelgiama į pacientų gretutines ligas bei asmeninius poreikius	4,40	0,72	5	
		Pacientai nediskriminuojami pagal asmenines savybes, tokias kaip amžius, lytis, socialinė ir ekonominė padėtis	4,32	0,84	5	
	Tarpasmeninė dimensija	Informacijos suteikimas pacientui apie atliekamus veiksmus (skiriamus medikamentus ir procedūras) ir gaunamas sutikimas	4,50	0,78	5	
		Pacientui suteikiama informacija apie jo būklę ir transportuojama į gydymo įstaigą arba nukreipiama į kitas pagalbos tarnybas/institucijas/specialistus	4,52	0,67	5	
		Brigados narių bendradarbiavimas tarpusavyje bei su pacientu ir/ar artimaisiais	4,33	0,78	4	
	Nemedicininiai aspektai	Fizinės aplinkos dimensija	GMP automobilio patogumas (įkelti/įlaipinti pacientus, atlikti procedūras) ir jame esančios įrangos modernumas	4,04	0,77	4
			GMP automobilio švara ir tvarka po kiekvieno paciento	4,28	0,78	4
			GMP aprangos kokybė (atšvaitai, audinys, dydis, termoreguliacija) ir pakankamas komplektų kiekis	3,56	1,17	4
Prieinamumo dimensija		GMP brigados išsikvietimas pacientams nesudėtingas ir sklandus	4,42	0,79	5	
		Pastangos užtikrinti aukštą operatyvumo rodiklį.	4,57	0,68	5	
		Korupcijos prevencijos laikymasis	4,54	0,70	5	
Reakcijos dimensija		Paslaugų teikimas išlaikant paciento orumą, privatumą ir autonomiškumą.	4,47	0,76	5	
		Empatiškas, mandagus ir rūpestingas kontaktas su pacientu.	4,47	0,64	5	
		Gerinamas GMP tarnybos įvaizdis.	4,23	0,77	4	

PASLAUGŲ GAVĖJŲ GREITOSIOS MEDICINOS PAGALBOS PASLAUGŲ
KOKYBĖS IR PRIEINAMUMO PANEVĖŽIO MIESTE IR RAJONE VERTINIMAS

		Teiginiai	Vidurkis	St. N.	Me
Medicininiai aspektai	Techninė dimensija	Nusiskundimų išklausymas ir problemos įvertinimas.	4,39	0,94	5
		Paciento gyvybinių rodiklių (arterinis kraujo spaudimas, pulsas, elektrokardiograma, gliukozės kiekis kraujyje, sąmonė ir kt.) ir skausmo ar traumos vietos įvertinimas.	4,41	0,89	5
		Medikamentų ir procedūrų nepageidaujamiems simptomams sumažinti skyrimas.	4,29	1,00	5
	Rezultato dimensija	Teikiamos pagalbos efektyvumas ir veiksmingumas, būklės pagerėjimas.	4,17	1,12	5
		Pagalbos teikimas atsižvelgiant į gretutines ligas ir susirgimus.	4,16	1,12	5
		Paslaugų suteikimas neišskiriant dėl asmeninių savybių, tokių kaip amžius, lytis, socialinė ir ekonominė padėtis.	4,39	1,03	5
	Tarpasmeninė dimensija	Informacijos suteikimas apie teikiamas paslaugas (skiriamus medikamentus ir procedūras) ir sutikimo gavimas.	4,28	1,03	5
		Informacijos suteikimas apie būklę ir transportavimas į gydymo įstaigą arba nukreipimas į kitas pagalbos tarnybas/institucijas/specialistus.	4,31	1,08	5
		GMP personalo bendradarbiavimas tarpusavyje bei su pacientu ir/ar artimaisiais.	4,34	1,07	5
Nemedicininiai aspektai	Fizinės aplinkos dimensija	GMP automobilio patogumas (įlipti, būti įkeltam) ir saugumas (saugos diržai gulint, sėdint)	4,39	0,881	5
		GMP automobilio švara ir tvarkingumas.	4,60	0,72	5
		GMP darbuotojų uniformų švara ir tvarkingumas.	4,61	0,73	5
	Prieinamumo dimensija	GMP išsikvietimo nesudėtingumas ir sklandumas.	4,35	0,99	5
		Tenkinantis lūkesčius GMP brigados atvykimo laikas (operatyvumas).	4,33	1,03	5
		Naudojimas GMP paslaugomis nieko nekainavo.	4,73	0,72	5
	Reakcijos dimensija	Ligonio orumo ir privatumo išlaikymas, atsižvelgimas į paciento asmeninius poreikius.	4,47	0,91	5
		GMP personalo empatiškumas, mandagumas ir rūpestingumas.	4,35	1,10	5
		Pasitikėjimas GMP personalu, GMP įvaizdžio gerinimas	4,31	1,15	5