

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

VIEŠOJO VALDYMO FAKULTETAS

POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

LIUCIJA VAITKEVIČIŪTĖ

**UNIVERSITETO LIGONINĖS PRIĖMIMO – SKUBIOS
PAGALBOS SKYRIAUS KOKYBĖS POLITIKOS
ĮGYVENDINIMAS**

Magistro baigiamasis darbas

Vadovė

Prof. dr. Marija Čaplinskienė

VILNIUS

2018

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

VEIŠOJO VALDYMO FAKULTETAS

POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

**UNIVERSITETO LIGONINĖS PRIĖMIMO – SKUBIOS
PAGALBOS SKYRIAUS KOKYBĖS POLITIKOS
ĮGYVENDINIMAS**

Sveikatos politikos ir vadybos magistrantūros studijų programos magistro

baigiamasis darbas

Sveikatos politikos ir vadybos magistrantūros studijų programa

Vadovas

_____ Prof. dr. Marija Čaplinskienė

2018 – 04- 16

Recenzentas

Atliko

_____ stud. L. Vaitkevičiūtė

2018-

2018 - 04-16

VILNIUS

2018

TURINYS

LENTELIŲ SĄRAŠAS.....	5
PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS.....	6
PRIEDŲ SĄRAŠAS.....	8
PAGRINDINIŲ SĄVOKŲ ŽODYNĖLIS.....	9
SANTRUMPŲ SĄRAŠAS	11
ĮVADAS	12
1. KOKYBĖ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOJE.....	19
1.1. Kokybės sveikatos priežiūroje samprata	19
1.2. Kokybė skubios pagalbos skyriuose.....	24
2. PRIĖMIMO – SKUBIOS PAGALBOS SKYRIAI IR JŲ TEIKIAMOS PASLAUGOS	27
2.1. Priėmimo – skubios pagalbos skyrių raida	27
2.2. Priėmimo – skubios pagalbos skyriai Lietuvoje.....	28
2.2.1 Priėmimo – skubios pagalbos skyrių tipai.....	28
2.2.2 Priėmimo – skubios pagalbos skyrių teikiamų paslaugų spektras.....	31
2.2.3. Priėmimo – skubios pagalbos skyrių problemos ir potencialios grėsmės.....	34
3. PRIĖMIMO – SKUBIOS PAGALBOS SKYRIŲ TEIKIAMŲ PASLAUGŲ KOKYBĖS RODIKLIAI.....	37
3.1. Priėmimo – skubios pagalbos rodiklių klasifikacija	37
3.2. Į pacientą orientuoti priėmimo – skubios pagalbos skyriaus proceso rodikliai	40
3.2.1 Priėmimo – skubios pagalbos skyriaus kokybės proceso grupės rodikliai	44
4. PRIĖMIMO – SKUBIOS PAGALBOS SKYRIŲ KOKYBĖS RODIKLIUS ĮTAKOJANTYS VEIKSNIAI	47
4.1. Pacientų spūstys priėmimo ir skubios pagalbos skyriuose	47

4.2. Priėmimo – skubios pagalbos skyrių kokybės laiko rodiklius įtakojantys organizaciniai veiksniai.....	51
4.3 Priėmimo – skubios pagalbos skyriaus kokybės laiko rodiklius įtakojantys pacientų veiksniai	53
5. 5. UNIVERSITETINĖS LIGONINĖS PRIĖMIMO – SKUBIOS PAGALBOS SKYRIAUS KOKYBĖS POLITIKĄ ĮTAKOJANČIŲ VEIKSNIŲ TYRIMAS IR REZULTATAI	59
5.1. Tyrimo metodika.....	59
5.2. Tyrimo rezultatai.....	62
5.2.1. Tyrimo aplinka	62
5.2.2. Pacientų pasitenkinimo PSPS vertinimo rezultatai	64
5.2.3. Pacientų buvimo laiko PSPS tyrimo rezultatai	72
5.2.3.1. Demografinių veiksnių įtaka pacientų buvimo laikui priėmimo – skubios pagalbos skyriuje	89
5.2.3.2. Organizacinių veiksnių įtaka pacientų buvimo priėmimo – skubios pagalbos skyriuje laikui	90
5.2.3.3. Pacientų klinikinių veiksnių įtaka jų buvimo priėmimo – skubios pagalbos skyriuje laikui	93
IŠVADOS.....	95
REKOMENDACIJOS	96
BIBLIOGRAFINIŲ ŠALTINIŲ SĄRAŠAS	98
ANOTACIJA.....	99
ANNOTATION.....	100
SANTRAUKA	100
SUMMARY	102
PRIEDAI	111

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Priėmimo – skubios pagalbos paslaugos.....	31
2 lentelė. Priėmimo – skubios pagalbos skyriaus kokybės proceso rodikliai	45
3.lentelė. Skubios pagalbos mastas	55
4 lentelė. Elektroninių įrašų pasiskirstymas pagal lėtinių ligų skaičių	86

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Priėmimo – skubios pagalbos kokybės rodiklių klasifikacija	39
2 pav. Priėmimo – skubios pagalbos skyriuje vykstantis asmens sveikatos paslaugos teikimo procesas.....	43
3 pav. Pacientų srauto pokyčiai savaitės bėgyje kas valandą	63
4 pav. Pacientų srauto pokyčiai nuo 2015 iki 2017 metų	63
5 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal lytį	64
6 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal amžių	65
7 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal atvykimo į PSPS būdą	66
8 pav. Pacientų laukimo gydytojo konsultacijos laikas	67
9 pav. Pacientų pasitenkinimas personalo darbu ir bendravimu	68
10 pav. Pacientų pasitenkinimas privatumo užtikrinimu	69
11 pav. Pacientų pasitenkinimas duomenų apsauga	70
12 pav. Pacientų pasitenkinimas informacijos gavimu	71
13 pav. Analizuotų elektroninių įrašų pasiskirstymas pagal pacientų lytį	72
14 pav. Analizuotų elektroninių įrašų pasiskirstymas pagal pacientų amžių	73
15 pav. Analizuotų elektroninių įrašų pasiskirstymas pagal pacientų amžių ir buvimo PSPS laiką	74
16 pav. Laboratorinių tyrimų skaičius elektroniniuose įrašuose	75
17 pav. Laboratorinių tyrimų skaičiaus pasiskirstymas pagal pacientų buvimo PSPS laiką elektroniniuose įrašuose	76
18 pav. Radiologinių tyrimų skaičius elektroniniuose įrašuose	77
19 pav. Dalis elektroninių įrašų, kuriuose pacientams buvo atlikti radiologiniai tyrimai tarp buvusių iki 4 val. imtinai ir virš 4 val.	78
20 pav. Atliktų brangių tyrimų grupei priskiriamų tyrimų skaičius elektroniniuose įrašuose	79
21 pav. Elektroninių įrašų pasiskirstymas pagal pacientams taikytą gydymą	80

22 pav. Elektroninių įrašų pasiskirstymas pagal pacientams suteiktų gydytojų konsultacijų skaičių	81
23 pav. Elektroninių įrašų pasiskirstymas pagal pacientų atvykimo būdą	82
24 pav. Elektroninių įrašų pasiskirstymas pagal atvykimo būdą tarp buvusių iki 4 val. ir virš 4 val. PSPS pacientų	83
25 paveikslas. Elektroninių įrašų pasiskirstymas pagal pacientų išrašymo iš PSPS būdą	84
26 paveikslas. Elektroninių įrašų pasiskirstymas pagal išrašymo būdą iš PSPS tarp buvusių iki 4 val. ir virš 4 val. PSPS pacientų	85
27 paveikslas. Multimorbidiškumo dalis tarp buvusių iki 4 val. ir virš 4 val. priėmimo – skubios pagalbos skyriuje	87
28 pav. Elektroninių įrašų pasiskirstymas pagal vartojamų vaistų skaičių	88
29 pav. Elektroninių įrašų dalis, kuriuose buvo nustatyta polifarmacija, tarp buvusių iki 4 val. ir virš 4 val. PSPS	89

PRIEDŲ SĄRAŠAS

1 PRIEDAS. Ištirtumą patvirtinanti Lietuvos akademinės elektroninės bibliotekos informacinėje sistemoje atlikta analizė.....	111
2 PRIEDAS. Anketa pacientui	116
3 PRIEDAS. Klausimynas nuasmenintiems elektroniniams pacientų įrašams	117

PAGRINDINIŲ SAŲVOKŲ ŽODYNĖLIS

Asmens sveikatos priežiūra – „valstybės licencijuota fizinių ir juridinių asmenų veikla, kurios tikslas – laiku diagnozuoti asmens sveikatos sutrikimus ir užkirsti jiems kelią, padėti atgauti ir sustiprinti sveikatą“¹.

Gydytojas specialistas – „medicinos gydytojas, įgijęs gydytojo specialisto profesinę kvalifikaciją“²

Kokybės rodiklis – „kiekybiškai įvertinamas sveikatos priežiūros proceso ar rezultato matas“³.

Kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos – „prieinamos, saugios, veiksmingos sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, ligonių gydymo ir slaugos paslaugos, kurias tinkamam pacientui, tinkamu laiku, tinkamoje vietoje suteikia tinkamas sveikatos priežiūros specialistas ar sveikatos priežiūros specialistų komanda pagal šiuolaikinio medicinos ir slaugos mokslo lygį ir gerą patirtį, atsižvelgdami į paslaugos teikėjo galimybes ir paciento poreikius bei lūkesčius, juos tenkindami ar viršydami“⁴.

Lietuvos akademinės elektroninės bibliotekos informacinė sistema – „tai nacionalinė Lietuvos akademinė elektroninė biblioteka, kurioje kaupiami ir viešai prieigai teikiami mokslo ir studijų dokumentai ir / arba jų metaduomenys“⁵.

Multimorbidiskumas – paciento sergamumas daugiau nei viena lėtine liga⁶.

Pacientas – asmuo, besinaudojantis sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis, nepriklausomai nuo to, ar jis sveikas, ar ligonis⁷.

Polifarmacija – tai penkių ir daugiau vaistų vartojimas vienu metu⁸.

¹ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas I-1552. 1994 07 19. Galiojantis suvestinė redakcija 2018 01 01. Žiūrėta 2018 02 12 <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.E2B2957B9182/EJhTBEZrGU>

² Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymas Nr. I-1555. 1996 09 25. Galiojanti suvestinė redakcija 2016 01 01. Žiūrėta 2018 02 25 <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.10E8E285740C/iDOEnyKboS>

³ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-642 Dėl Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos patvirtinimo., Galiojanti suvestinė redakcija 2008 04 27. Žiūrėta 2018 04 02 <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.D32DD96EE0A3>

⁴ Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas Nr. I-1562. 10 03, 1996. Galiojanti suvestinė redakcija 2016 01 01. Žiūrėta 2018 03 04 <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.C6E4170DB704/nebExFytrAlbid>.

⁵ Lietuvos elektroninė akademinė biblioteka. Žiūrėta 2017 06 12 <https://www.elaba.lt/elaba-portal/pradzia;jsessionid=A7DA3AC685D51289F7CD10C5E85D6481>

⁶ CHRODIS projektas. Žiūrėta 2017 10 05

http://www.smlpc.lt/media/image/Naujienoms/2017%20metai/neinfekcines/CHRODIS_IK_W_04.pdf

⁷ Supra note 4.

⁸ Vendzelytė, Aušra. Skausmo farmakoterapijos vaistinės praktikoje įvertinimas. Europos vaistų agentūros saugumo rekomendacijų įtaka nesteroidinių vaistų nuo uždegimo suvartojimui Lietuvoje. Magistro baigiamasis darbas. Kaunas, 2017.

Priėmimo – skubiosios pagalbos skyrius – stacionaro paslaugas teikiančios asmens sveikatos priežiūros įstaigos padalinys, kuriame teikiamos paslaugos pacientams, atvykusiems dėl būtiniosios medicinos pagalbos, hospitalizacijos arba „kitų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurias gali suteikti priėmimo – skubiosios pagalbos skyriuje dirbantys specialistai pagal savo kompetenciją ir profesinę kvalifikaciją“⁹.

Skubioji medicinos pagalba – tai tokia medicinos pagalba, kuri teikiama nedelsiant (1 kategorijos), arba neatidėliotinai (2 – 4 kategorijų), kai dėl ūmių sveikatos būklių paciento ir/ar aplinkinių gyvybei gresia pavojus, arba nesuteikus laiku tokios pagalbos, pacientams kyla sunkių komplikacijų grėsmė¹⁰.

Sveikatos priežiūros paslaugos – „įstaigos ir paslaugų užsakovų susitarimu grindžiamas įstaigos veiklos rezultatas. Paslaugų užsakovais gali būti Sveikatos sistemos įstatyme nustatyti LNSS veiklos užsakovai, kiti juridiniai ir fiziniai asmenys“¹¹.

Universiteto ligoninė – „viešojo asmens sveikatos priežiūros ir mokslo įstaiga, kartu su valstybine aukštąja mokykla vykdanči trijų pakopų medicinos studijas, teikianči visų lygių asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir tobulinanti medicinos specialistus. Universiteto ligoninės steigėjai – Sveikatos apsaugos ministerija ir valstybinė aukštoji mokykla“¹².

⁹ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-1073. Dėl Specialiųjų reikalavimų stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos priėmimo-skubiosios pagalbos skyriui patvirtinimo. Galiojanti suvestinė redakcija 2018 03 22. Žiūrėta 2018 03 23 <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.CB7D18580DB4/prKSunziyK>.

¹⁰ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-208. Dėl Būtiniosios medicinos pagalbos ir Būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo., Galiojanti suvestinė redakcija 2014 04 06. Žiūrėta 2017 03 14 <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.B8E6F91F019F/VvcDsFADar>

¹¹ Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstatymas Nr. I-1367. 1996 06 06, galiojanti suvestinė redakcija 2018 01 01. Žiūrėta 2018 02 23 <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.C81BD50A27C6/DvZCUYsmMt>

¹² Ibid.

SANTRUMPŲ SĄRAŠAS

ASPI – asmens sveikatos priežiūros įtstaiga

GMP – Greitoji medicinos pagalba

eLABa – Lietuvos akademinės elektroninės bibliotekos informacinė sistema

LR – Lietuvos Respublika

PSO – Pasaulinė Sveikatos organizacija

PSPS – priėmimo – skubios pagalbos skyrius

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

IVADAS

Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 3 straipsnis įvardija pacientų teisę į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, kurių kokybės rodiklius ir jų turinio reikalavimus nustato LR sveikatos apsaugos ministras¹³. Todėl vienas svarbiausių sveikatos paslaugas teikiančių įstaigų uždavinių – teikti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas.

LR SAM įsakymu 2017 metų lapkričio 15 dieną patvirtintoje „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programoje“ paskelbta, kad „siekiant užtikrinti ir nuolat gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, būtina sveikatos priežiūrą orientuoti į žmogų, ypatingą dėmesį kreipiant į jo sveikatos priežiūros poreikius ir lūkesčius“¹⁴, bei pagrindiniu visuotinės kokybės gerinimo elementu įvardinta orientacija į pacientą¹⁵. Tuo remiantis, programoje buvo išskelti uždaviniai, kurių pagrindinis – sveikatos priežiūrą nukreipti paciento poreikių ir lūkesčių linkme, ne tik užtikrinti, bet ir gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, bei tobulinti šių paslaugų kokybės vadybą¹⁶. Šiuo tikslu pagrindiniu įrankiu pasiūlyti standartizuoti ir visoms ASPĮ vienodi pacientų lūkesčių ir pasitenkinimo klausimynai apklausoms nacionaliniu mastu vykdyti, taip pat numatyta sukurti šių apklausų duomenų vertinimo sistemą¹⁷. Taip siekiama užtikrinti orientaciją į pacientą, tačiau apklausose dalyvauja ne visi pacientai, todėl paraleliai reikalingi ir kiti kokybės rodikliai, skirti sveikatos paslaugų kokybės proceso stebėsenai ir analizei.

Siekiant sveikatos paslaugų kokybę gerinti, vienu pagrindinių žingsnių turi būti šios veiklos įvertinimas, remiantis aiškiais, visoms ASPĮ vienodais kokybės ir efektyvumo rodikliais¹⁸. Stacionarines paslaugas teikiančios ASPĮ kokybės ir efektyvumo rodiklius kasmet teikia Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai, remiantis LR SAM 2012 metų įsakymu Nr. V-1073 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“¹⁹. Jau penkti metai

¹³ Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas Nr. I-1562. 10 03, 1996. Galiojanti suvestinė redakcija 2016 01 01. Žiūrėta 2018 03 04 <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.C6E4170DB704/nebExFytrA>

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr.V-1292. Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programos patvirtinimo. Vilnius, 2017 m. 11 15 d Žiūrėta 2018 02 10 <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/0333c9f0cab011e7910a89ac20768b0f>

¹⁶ Ibid.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Jankauskienė, Danguolė. "Ligonių sveikatos priežiūros kokybės rodiklių vertinimo modelis." Sveikatos politika ir valdymas, 2016: 42-68.

¹⁹ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas Nr. V-1073. Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo. Galiojanti suvestinė redakcija 2017 12 23. Žiūrėta 2018 03 14 <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.D8AD6CC08C9F>

teikiamos stacionaro pslaugas teikiančių įstaigų kokybės ir efektyvumo rodikliai, tačiau analizuoti juos paliekama pačiai ASPĮ²⁰.

Nepaisant to, kad 2007 metais Pasaulinė Sveikatos Asamblėja paskelbė skubią mediciną viena svarbiausių sveikatos priežiūros sričių²¹, Lietuvoje dėmesys šioje srityje teikiamų asmens sveikatos paslaugų kokybei nėra pakankamas.

Jeigu stacionaro pslaugas teikiančios įstaigoms nustatyti 26 kokybės ir efektyvumo rodikliai, tai Greitosios medicinos pagalbos (GMP) įstaigos realiai stebi tik vieną rodiklį – operatyvumą, pagal kurį, kartu su intensyvumu skiriamas papildomas finansavimas iš Valstybinės ligoninių kasos pagal LR SAM įsakymą Nr. V-1131²². Priėmimo – skubios pagalbos skyrių nei kokybės, nei efektyvumo rodiklių stebėsenai pateiktų rekomendacijų kol kas nėra. Privalomų stacionaro pslaugas teikiančių įstaigų kokybės ir efektyvumo rodiklių sąrašė yra tik keletas rodiklių, kuriuos galima būtų priskirti PSPS veiklos išeičių rodikliams, pvz. mirštamumas nuo miokardo infarkto, ar mirštamumas nuo galvos smegenų insulto, ar miokardo infarkto, diagnostikos ir gydymo tinkamumo užtikrinimo lygis, kuris vertinamas teigiamai, kai įstaigoje kasmet atliekamas vidaus auditas dėl miokardo infarkto diagnostikos ir gydymo atitikimo teisės aktų reikalavimams^{23 24}. Be to, ASPĮ teikiamas rodiklis apie pacientų pasitenkinimą ligoninės suteiktomis paslaugomis, labai menkai teatspindi PSPS darbą, dažniausiai klausimynuose įtrauktas tik vienas klausimas, vertinantis pasitenkinimą PSPS darbu, net neprašant įvertinti atskirai nei PSPS struktūros, nei paslaugų teikimo proceso. Be abejo, PSPS kaip ir visi stacionaro pslaugas teikiančios įstaigos skyriai registruoja ir analizuoja nepageidaujamus įvykius, kurių registravimo ir analizavimo apimtis, kaip kokybės rodiklis, teikiama Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai²⁵.

Kiekviena šalis pasirenka kokybės ir efektyvumo vertinimui tik tuos rodiklius, kurie jiems yra aktualūs ir svarbūs. Pavyzdžiu galėtų būti Didžioji Britanija, kurios sveikatos priežiūros įstaigų

²⁰ Jankauskienė, Danguolė. "Ligoninių sveikatos priežiūros kokybės rodiklių vertinimo modelis." Sveikatos politika ir valdymas, 2016: 42-68.

²¹ Anderson, Philip D., Robert E. Suter, Terrence Mulligan, Gautam Bodiwala, Junaid A. Razzak, Charles Mock. „World Health Assembly Resolution 60.22 and its importance as a health care policy tool for improving emergency care access and availability globally.“ *Annals of Emergency Medicine* 60 (2012): 35-44. Žiūrėta 2017 09 06 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22326860>

²² Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-1131. Dėl Greitosios medicinos pagalbos teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo. 12 27, 2010. Galiojanti suvestinė redakcija 2017 07 01 – 2018 06 30. Žiūrėta 2018 02 10 <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.A0FD8AFE14D9>

²³ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-1078. Dėl Ūminio miokardo infarkto su ST segmento pakilimu (TLK-10 I 21, I 22) diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašo patvirtinimo. 2010 12 17. Žiūrėta 2017 12 20 <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.2BC4656182D5>

²⁴ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-605. Dėl Ūmių išeminių (koronarinių) sindromų, nesant ST segmento pakilimo (nestabilios krūtinės anginos (TLK-10-AM I 20.0) ir miokardo infarkto (TLK-10-AM I 21, I 22), diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašo patvirtinimo. 2011 06 17. Žiūrėta 2017 12 20 <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.76E2F536F366>

²⁵ Supra note 20.

kokybės rodikliai, suskirstyti į tris grupes: stacionaro paslaugų, traumų ir skubios pagalbos, bei psichinės sveikatos priežiūros²⁶, o į skubios pagalbos grupę įtrauktas pacientų buvimo PSPS laiko trukmė, bei pasiūlymus be apžiūros, ar gydymo pacientų skaičius.

Lietuvoje pagal stacionaro paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros paslaugas privalomų teikti kokybės rodiklių sąrašą, skubios pagalbos aspektu atkreipiamas dėmesys tik į pacientus, sergančius ūmiais miokardo infarktais, o likusiųjų pacientų skubios pagalbos paslaugų teikimo kokybės, pavyzdžiui savalaikio skausmo malšinimo, ar pacientų buvimo trukmės PSPS, šiuose skyriuose stebėti ir analizuoti neskatinama. Skubios pagalbos srityje yra nemažai būklių, kurių atveju suteikta nesavalaikė asmens sveikatos priežiūros paslauga padidina mirštamumą, sunkios negalios riziką ir ligotumą^{27 28 29}. Svarbu paminėti, kad pacientų lūkesčių tyrimo Lietuvos sveikatos mokslų Universitete eigoje paaiškėjo, kad „Didžioji dauguma (78 proc.) pacientų tikėjosi žymiai trumpesnio laukimo laiko, nei jie realiai praleido skubios pagalbos skyriuje“³⁰. Nepaisant to, kad pacientų, ypač sunkios būklės, išeitys priklauso daugiausia nuo pagalbos suteiktos iki jie hospitalizuojami³¹, dėmesio šių paslaugų kokybės vertinimui stokoja.

Problema: Priėmimo – skubios pagalbos pacientų daugiausia netenkina paslaugų teikimo trukmė, o PSPS kokybės ir efektyvumo analizė ir kontrolė palikta stacionaro paslaugas teikiančių įstaigų savivaldai, be aiškių rekomendacijų ir gairių.

Temos aktualumas: Skubios pagalbos paslaugų teikimas pacientams, kuriems reikalinga skubi pagalba stacionare, prasideda PSPS, kurių veiklos kokybės ir efektyvumo rodiklių pasirinkimui, stebėsenai ir analizei rekomendacijų nėra. Tiesioginiams asmens sveikatos paslaugų gavėjams tiek subjektyviai³², tiek įrodymais pagrįstai^{33 34 35} svarbiausia šių paslaugų teikimo

²⁶ Thomson, Richard, Sally Taber, Joanne Lally, Vahe Kazandjian. „UK Quality Indicator Project (UK QIP) and the UK independent health care sector: A new development.“ *International Journal for Quality in Health Care* 16, nr. 1 (2004): 51-56.. Žiūrėta 2017 03 20 https://academic.oup.com/intqhc/article/16/suppl_1/i51/1797473

²⁷ Newgard, Craig D., Eric N. Meier, Eileen M. Bulger, Jason Buick, Kellie Sheehan, Steve Lin, Joseph P. „Revisiting the “Golden Hour”: An Evaluation of Out-of-Hospital Time in Shock and Traumatic Brain Injury.“ *Annals of emergency medicine* 66, nr. 1 (2015): 30-41. Žiūrėta 2017 03 20 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25596960>

²⁸ Koyner, Jay L. „The Golden Hours of AKI: Is Oxygen Delivery the Key?“ *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 10, nr. 8 (2015): 1311-1313. Žiūrėta 2017 03 20 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4527025/>

²⁹ Saver, Jeffrey L., Eric E. Smith, Gregg C. Fonarow, Mathew J. Reeves, Xin Zhao, DaiWai M. Olson, Lee H Schwamm. „The Golden Hour and Acute Brain Ischemia: Presenting Features and Lytic Therapy in Over 30,000 Patients Arriving Within 60 Minutes of Onset.“ *Stroke; a journal of cerebral circulation.* 41, nr. 7 (2010): 1431-1439. Žiūrėta 2017 03 20 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2909671/>

³⁰ Kapustinskienė, Violeta. Pacientų lūkesčių vertinimas priėmimo - skubios pagalbos skyriuose. Magistro diplominis darbas. Kaunas, 2008.. Žiūrėta 2017 02 05 file:///C:/Users/User/Downloads/1729229%20(3).pdf

³¹ Regel G, Stalp M, Lehmann U, Seekamp A. „Prehospital care, importance of early intervention on outcome.“ *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 110 (1997): 71-76.. Žiūrėta 2017 03 20 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9248540>

³² Supra note 29.

³³ Supra note 26.

³⁴ Supra note 27.

trukmė. Kyla nemažai klausimų dėl daugelyje šalių paplitusio PSPS kokybės rodiklio – pacientų buvimo laiko PSPS tinkamumo Lietuvoje tiek įvertinimo, tiek analizavimo tikslais: kiek jis reaktyvus į PSPS veiklos procesus įtakojančius veiksnius.

Darbo naujumas ir iširtumas: Pasaulyje, ypač skubios medicinos pradininkėje JAV yra nemažai tyrimų apie PSPS, šių skyrių kokybės, efektyvumo vertinimą, rodiklius. Dalies jų rezultatai kontraversiški, ypač rodiklių labilumo, atsižvelgiant į pacientų populiacijos demografines ir kliniškes charakteristikas, aspektu. Lietuvoje skubios pagalbos kokybės rodikliai, ypač PSPS, nėra iširti.

Analizuojant šios problemos iširtumą eLABa – nacionalinėje Lietuvos elektroninėje bibliotekoje aptikta daktaro disertacija „Skubios medicinos pagalbos sistemos valdymo tobulinimas“, kurioje skirtas dėmesys skubios pagalbos kokybei, pateiktos rekomendacijos ASPĮ dėl PSPS darbo³⁶, bei 7 darbai apie skirtingas PSPS problemas, iš kurių 4 darbai atlikti pediatrijos skubios pagalbos srityje^{37 38 39 40}. Tarp likusiųjų, vienas iš darbų yra V. Kapustinskienės magistro baigiamasis darbas skirtas pacientų lūkesčių vertinimui PSPS⁴¹, kitas 2015 metais A. Šalkauskienės apgintas magistro baigiamasis darbas „Respublikinės ligoninės priėmimo - skubiosios pagalbos skyriaus pacientų srautų apimtys ir struktūros bei sąsajų su kreipimosi pobūdžiu vertinimas“⁴², kuriame analizuotos kreipimūsi į PSPS priežastys ir PSPS srautų augimo tendencijos. 2017 metais G. Virkečio ir V. Matutytės publikuotas straipsnis „Naujas požiūris į skubios medicinos pagalbos

³⁵ Koyner, Jay L. „The Golden Hours of AKI: Is Oxygen Delivery the Key?“ *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 10, nr. 8 (2015): 1311-1313. Žiūrėta 2017 03 20
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4527025/>

³⁶ Virketis, Gintautas. „Skubios medicinos pagalbos sistemos valdymo tobulinimas“. Daktaro disertacija. Klaipėdos Universitetas. 2017.

³⁷ Burokienė, Sigita, Alicija Pažus, Daiva Vaičiūnienė, Ingrida Sapagovaitė, Vytautas Usonis. „Pediatrijų skubios pagalbos pirmumo vertinimo skalių palyginamasis prospektyvinis stebėjimo tyrimas.“ *Medicinos teorija ir praktika* 21, nr. 3 (2015): 292-297..

³⁸ Burokienė, Sigita. Ikihospitalinė vaikų sveikatos priežiūra priėmimo ir skubios pagalbos skyriuose bei jos optimizavimo kryptys. Daktaro disertacija. Vilniaus universitetas, 2015. eLABa – nacionalinė Lietuvos akademinė elektroninė biblioteka, 2015. 157 p. Prieinamas tik institucijos intranete periodu 20150929-20200924.

³⁹ Burokienė, Sigita, Emilija Markuškytė, Marius Strička, Vygtintas Aliukonis, Vytautas Usonis. „Ambulatorinė pagalba vaikams universiteto ligoninės priėmimo-skubios pagalbos skyriuje: kas lemia tėvų pasirinkimą?“ *Vaikų pulmonologija ir alergologija (Vilniaus universiteto leidykla)* 17, nr. 1 (2014): 5170-5177.

⁴⁰ Burokienė, Sigita, Juozas Raistenskis, Marius Strička, Vytautas Usonis. „Pagalba vaikams priėmimo-skubios pagalbos skyriuose Lietuvos ligoninėse: Ligonių srautai ir naudojimosi paslaugomis tendencijos.“ *Sveikatos mokslai* 22, nr. 3 (2012): 54-57.

⁴¹ Kapustinskienė, Violeta. Pacientų lūkesčių vertinimas priėmimo - skubios pagalbos skyriuose. Magistro diplominis darbas. Kaunas, 2008.

⁴² Šalkauskienė, Aušrelė. „Respublikinės ligoninės priėmimo - skubiosios pagalbos skyriaus pacientų srautų apimtys ir struktūros bei sąsajų su kreipimosi pobūdžiu vertinimas.“ Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. eLABa – nacionalinė Lietuvos akademinė elektroninė biblioteka.

kategorijas“, kuriame dėmesys buvo sutelktas į pacientų rūšiavimą, pagalbos teikimą, remiantis būklę atitinkančia skubios pagalbos kategorija⁴³.

Nei vieno šaltinio neaptikta, kuriame būtų rašoma apie PSPS teikiamų paslaugų kokybės ir efektyvumo rodiklius, aprašyta tik PSPS srautų augimo problema ir pacientų lūkesčiai.

Tyrimo objektas: Universiteto ligoninės priėmimo – skubios pagalbos skyriaus kokybės politikos įgyvendinimas.

Tyrimo tikslas: įvertinti pacientų pasitenkinimo teikiamomis Universiteto ligoninės priėmimo – skubios pagalbos skyriuje paslaugomis lygį, bei išanalizuoti kokybės politiką įtakojančius veiksnius laiko rodiklių aspektu.

Hipotezė:

- Pacientai vidutiniškai patenkinti Universiteto ligoninės PSPS suteiktomis paslaugomis
- Pacientų buvimo PSPS laikas, kurį vidiniai organizaciniai asmens sveikatos paslaugų teikimo veiksniai įtakoja stipriau, nei išoriniai, ar pacientų demografiniai ir klinikinių charakteristikų veiksniai, yra tinkamas PSPS kokybės rodiklis.

Uždaviniai:

1. Išanalizuoti kokybės sampratą sveikatos politikos kontekste
2. Išanalizuoti PSPS teikiamų asmens sveikatos paslaugų kokybės aspektus
3. Išanalizuoti PSPS ir jų teikiamų paslaugų teisinį reglamentavimą
4. Išanalizuoti PSPS kokybės rodiklių įvairovę ir jų pasirinkimo stebėsenai ir analizei aspektus
5. Išanalizuoti Universiteto ligoninės priėmimo –skubios pagalbos skyriaus pacientų pasitenkinimo lygį
6. Išanalizuoti pacientų buvimo PSPS trukmės reikšmę Universiteto ligoninės priėmimo – skubios pagalbos skyriaus kokybės politikos kontekste ir jo tinkamumą nepertraukiamo kokybės tobulinimo proceso formavimui

Tyrimo metodai:

1. Mokslinių literatūros šaltinių analizė
2. Teisinių dokumentų analizė
3. Statistinė duomenų analizė

⁴³ Virketis, Gintautas ir Veronika Matutyte. „Naujas požiūris į skubios medicinos pagalbos kategorijas.“ Sveikatos mokslai 39, nr. 2 (n.d.): 91-96.

Darbo struktūra. Ši darbą sudaro įvadas, keturios teorinės ir dviejų dalių empirinis tyrimas, išvados ir rekomendacijos. Teorinėje dalyje analizuojama kokybės samprata sveikatos politikos kontekste, PSPS kokybės politikos formavimo situacija Lietuvoje, ir užsienio šalyse, PSPS kokybės ir efektyvumo rodiklių įvairovė, PSPS kokybę įtakojantys veiksniai ir grėsmės. Empirinio tyrimo pirmoje dalyje pateikiami pacientų pasitenkinimo PSPS gautomis paslaugomis vertinimo duomenys, antroje dalyje pateikiami kiekybinio tyrimo rezultatai skirti patikrinti kokybės rodiklio – pacientų buvimo laiko PSPS tinkamumą, kaip rodiklio, labiausiai įtakojamo vidinių šių skyrių proceso veiksmų, kokybės stebėsenai.

Pagrindinė medžiaga aprašyta 117 puslapių su 4 lentelėmis, 29 paveikslais, 3 priedais ir bibliografinių šaltinių sąrašu, kurį sudaro 91 šaltinis.

Darbe naudoti literatūros šaltiniai. Daugiausia naudoti užsienio šalių ir Lietuvos gerąją praktiką publikavę straipsniai moksliniuose žurnaluose, monografijos, Lietuvos Respublikos teisės aktai, reglamentuojantys PSPS veiklą, asmens sveikatos paslaugų teikimo kokybę.

Darbo teorinė reikšmė:

- Atliktos literatūros analizė atskleidė asmens sveikatos paslaugų kokybės rodiklių stebėsenos situaciją Lietuvoje, kuri turi būti tobulinama, atsižvelgiant į užsienio šalių patirtį.
- Atlikta nūdienos PSPS Lietuvoje problemų ir galimų grėsmių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kokybei, remiantis užsienio šalių patirtimi, analizė, kuri gali padėti PSPS teikiamų paslaugų kokybei tobulinti.
- Atlikta PSPS kokybės ir efektyvumo rodiklių ir juos įtakojančių veiksnių analizė, leidžianti pasirinkti stebėsenai rodiklius.
- Atlikta mokslinės literatūros analizė padėjo susisteminti PSPS teikiamų asmens sveikatos paslaugų kokybės stebėsenos gerąją praktiką, kuria remiantis galimi tobulinimai šioje srityje.

Darbo praktinė reikšmė: Įvertinus PSPS teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kokybės ir grėsmių šiai sričiai situaciją Lietuvoje ir Europos kontekste, atsižvelgiant į kokybės valdymo šiuose skyriuose reglamentavimą, kurio dėka PSPS paslaugų kokybei ir efektyvumui racionaliausia pasirinkti rodiklį, kuris mažiau įtakojamas išorinių veiksnių ar pacientų demografinių ir klinikinių charakteristikų, lyginant su vidinių PSPS teikiamų paslaugų proceso veiksmų, kuriuos koreguoti pakanka asmens sveikatos priežiūros įstaigų savivaldos su atsakingų institucijų rekomendacijomis. Atlikus pacientų pasitenkinimo PSPS paslaugomis analizę ir

išsiaiškinus netenkinančius asmens sveikatos paslaugų teikimo aspektus, galima parengti tolimesnes kokybės tobulinimo rekomendacijas.

1. KOKYBĖ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOJE

1.1. Kokybės sveikatos priežiūroje samprata

Pastaraisiais metais vis daugiau dėmesio skiriama paslaugų kokybei sveikatos priežiūros paslaugų sektoriuje tiek Lietuvoje, tiek Europos šalyse. Literatūroje yra įvairių kokybės apibrėžimų, tačiau remiantis LR SAM Įsakymu Nr. V-642 „Dėl Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos patvirtinimo“ sveikatos priežiūros kokybe vadiname laipsnį, „kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos, atitinkančios šiuolaikines profesines žinias, asmeniui ir visuomenei padidina pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybę“⁴⁴. Plačiąja prasme kokybe vadinamas produkto ar paslaugos atitikimas paskirčiai. Lietuvių autorius J. Ruževičius pateikė išsamesnį ir platesnį kokybės apibrėžimą, kokybe pavadinęs produkto savybių, kurios lemia jo tinkamumą tenkinti išreikštus ir numanomus vartotojo poreikius apibrėžtomis produkto vartojimo pagal paskirtį sąlygomis⁴⁵. Naujausių literatūros šaltinių duomenimis, reikia atskirti sveikatos priežiūros kokybę ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. V. Janušonio monografijoje priežiūros kokybė apibrėžta, kaip „laipsnis, kuriuo asmens ir visuomenės sveikatos priežiūra, remdamasi šiuolaikinėmis profesinėmis žiniomis, didina tikimybę pasiekti norimų rezultatų“⁴⁶, o sveikatos priežiūros paslaugų kokybe pavadintas „sveikatos priežiūros paslaugų teikimas, laikantis sveikatos priežiūros normų, standartų, procedūrų, taisyklių, vykdomas organizacijų ir asmenų, turinčių teisę tokias paslaugas teikti“⁴⁷.

Visi sveikatos priežiūros kokybės apibrėžimai įvardija ją, kaip produkto ar paslaugos savybę, charakteristiką, kuri atitinka vartotojo poreikius. Taigi, kokybę galime traktuoti, kaip produkto ar paslaugos atitikimo vartotojo poreikiams matą.

Medicinos paslaugų kokybės analizavimo ir vertinimo pradiniu laikoma A. Donabedian'as, kurio įtakoje dar 1970 metais šioje srityje dramatiškai pasikeitė tuo metu egzistavęs požiūris⁴⁸. Šio mokslininko dėka kokybės vertinimo procesas padalintas į tarpusavyje susijusias 3 atskiras dalis: struktūros kokybės, proceso kokybės ir rezultato kokybės vertinimą⁴⁹. Struktūrai priskirta lokalizacija, patalpų išplanavimas, įranga, personalas ir darbo metodikos, procesui priskiriami visi vykdomi personalo veiksmai, o rezultatui – galutinės tokių veiksmų išeitys, tiek fizinės, tiek

⁴⁴ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas V-642 "Dėl Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos patvirtinimo". Vilnius, 2004 m. 09 14 d. Žiūrėta <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.D32DD96EE0A3>

⁴⁵ Ruževičius, Juozas. Kokybės vadybos metodai ir modeliai. Vilnius: Vilniaus Universitetas, 2007, psl. 32.

⁴⁶ Janušonis, Vinsas. Organizacinė elgsena ir kokybė sveikatos priežiūroje. Klaipėda: S. Jokužo leidykla - spaustuvė, 2017, psl. 10.

⁴⁷ Ibid.

⁴⁸ Jankauskienė Danguolė ir Rimantas Pečiūra. Sveikatos politika ir valdymas. Vilnius: MRU, 2007, psl. 217-234.

⁴⁹ Ibid.

ekonominės, tiek psichosocialinės⁵⁰. Tačiau požiūris kinta, tai įrodo dar 2001 metais publikuotame straipsnyje D. B. Evans su bendraautoriais išskirtos papildomai dar 2 kokybės vertinimo proceso grandys, be struktūros, proceso, išeičių, papildomai įjungiamos sveikatos priežiūros vadybos ir pacientų patirties dalys⁵¹.

Nūdienos sveikatos sistemos kokybės samprata ir vadyba nuolat kinta. Priežastimi galima įvardinti sveikatos priežiūros sistemos unikalumą: C. Caldwell yra pasakęs, kad sveikatos priežiūra yra unikali industrija, kurią labiausiai garsina didžiuliai kaštai, be to, mokslininkas pastebėjo, kad sveikatos priežiūros sistemoje egzistuoja „laukiamieji“, ir „jei kitos pramonės šakų vadovai taip mąstyti, seniai būtų bankrutavę“⁵². Jo žodžius galima suprasti, kaip sveikatos priežiūros sistemos nepakankamą dėmesį šių paslaugų gavėjui pacientui, ypač laiko aspektu.

Pacientų patirtis labai svarbi, tačiau, priklausomai nuo asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo vietos (stacionare ar ambulatorinėje grandyje), skubotumo (planinė ar skubi pagalba), pacientai sudėlioja skirtingus jų pasitenkinimą lemiančius veiksnius. JAV mokslininkas S.J. Welch'as savo apžvalginiam straipsnyje įvardijo teigiamą pacientų patirtį lemiančius veiksnius, ypač tinkančius skubios pagalbos srityje:

- pagalbos savalaikiškumas;
- empatija (atjauta, išgyvenimas dėl paciento problemų);
- techninė kompetencija;
- informuotumas;
- skausmo valdymas⁵³.

Tuo tarpu, neskubios sveikatos priežiūros paslaugomis pasitenkinimą lemia (hierarchine tvarka):

- tarpasmeninis bendravimas

⁵⁰ Jankauskienė, Danguolė ir Rimantas Pečiūra. Sveikatos politika ir valdymas. Vilnius: MRU, 2007, psl. 217-234.

⁵¹ Evans, David B., Tessa Edejer T., Jeremy Lauer, Julio Frenk, Christofer Murray J.L. „Measuring quality: from the system to the provider.“ *International Journal for Quality in Health Care* 13, nr. 6 (2001): 439–446. Žiūrėta 2018 03 28 https://watermark.silverchair.com/130439.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAakwggGIBgkqhkiG9w0BBwagggGWMIIbkgIBADCCAYsGCSqGSIb3DQEHATAeBglghkgBZQMEAS4wEQQMnSfpZ-8vuS2RTuwxAgEQgIIBXKLS1QEcheNy_A9AYDn7aH4JtrxyBD8svPBS13l6ANwxgfp-VzP0WKHOdIPbOUfJDDh6MEPd9c156iY3vdUSF36tFGnBgpjelo0hu2JXd64JT5EJHR5o39jReLKLJaSw22gwgxQvsx3SvIpNM2ijpS6mBUtUeDDhmrZVDjFYE8IGQxxksz-lldz0izt3XuqfxgZwKITChG5P3zgBVbzlsd1EXPPVnhWS16KGuQWVmphk0JptsyG0r8JqlyvxoDho5UC4K73JIwthRXg9Dq3GyYLD7s62pSw8c47wkWKh23uO4gaGPRqXJxuyJKnAUzEutR-YiAM0YJBndFGSaJrdbAD7ldH3Q9GChxplYXIL02pf3OwEtjr7etLUgicGTj6dYQsgqGlerP5c9_wEHfPCzE3nTQwuFGuexLBAOCrpGhh4w_qFfQqR_OJpJsvHgJOJScLtSIwRYgJERCQ

⁵² Shiver, John M., David Etel. *Optimizing Emergency Department Throughput*. New York: CRC Press Productivity press, 2010, psl. 27.

⁵³ Janušonis, Vinsas. *Organizacinė elgsena ir kokybė sveikatos priežiūroje*. Klaipėda: S. Jokužo leidykla - spaustuvė, 2017 psl. 121.

- bendras pasitenkinimas
- techninė kokybė
- gydytojo laikas, skirtas bendravimui su pacientu
- prieinamumas
- kitos paslaugos ir finansiniai aspektai⁵⁴.

Vien tokie prioritetų, o ir dimensijų skirtumai neleidžia sveikatos priežiūros kokybę matuoti vien pacientų lūkesčių aspektu, juo labiau, kad sveikatos priežiūros kokybė priklauso ir nuo jos kaštų, bei išteklių⁵⁵. Be to, nemažiau svarbus yra ir tinkamas, bei tikslingas tų išteklių panaudojimas⁵⁶.

Kita vertus, tokios priežastys skatina keisti požiūrį sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, ir dar 2010 metais Pasaulinė Sveikatos organizacija (PSO) paskelbė gerų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo (angl. *good service delivery*) pagrindinius principus, kurie akcentavo, kad geros sveikatos priežiūros paslaugos – gyvybiškai svarbus sveikatos priežiūros sistemos elementas⁵⁷. Šiame leidinyje pabrėžta, kad nepaisant skirtingų šalių sveikatos priežiūros sistemos organizacijos, gerai funkcionuojanti sveikatos priežiūra turi pasižymėti šiomis 8 pagrindinėmis savybėmis⁵⁸:

1. Visapusiškumas: Tikslinei populiacijai turi būti teikiamos visapusiškos, atitinkančios poreikius sveikatos priežiūros paslaugos, tiek prevencinės, tiek gydomosios, tiek paliatyvios sveikatos priežiūros, tiek reabilitacijos, tiek sveikatinimo.
2. Prieinamumas: Paslaugos turi būti tiesiogiai ir nepertraukiamai prieinamos nediskriminuojant dėl finansinių, kultūrinių, geografinių ar etninių skirtumų. Sveikatos priežiūros paslaugos priartinamos prie žmogaus užtikrinant paprastą patekimą pas pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus (bet ne gydytojus specialistus ar ligonines). Paslaugos gali būti teikiamos, jei reikia, namuose, bendruomenėje, darbo vietoje ar sveikatos priežiūros įstaigose.
3. Aprėptis: Sveikatos priežiūros paslaugų teikimas organizuojamas taip, kad jomis galėtų pasinaudoti visi gyventojai, kuriems jų reikia, tiek sveiki, tiek ligoti, nepaisant pajamų ar socialinės grupės.

⁵⁴ Janušonis, Vinsas. Organizacinė elgsena ir kokybė sveikatos priežiūroje. Klaipėda: S. Jokužo leidykla - spaustuvė, 2017 psl. 121.

⁵⁵ Ibid, psl. 100.

⁵⁶ Ibid, psl. 102.

⁵⁷ WHO. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. 2010. Žiūrėta 2017 09 23 http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf

⁵⁸ Ibid.

4. Tęstinumas: Sveikatos priežiūros paslaugų teikimas organizuojamas užtikrinant kiekvieno individo sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumą visame sveikatos priežiūros tinkle, visų sveikatos būklių, visuose sveikatos priežiūros lygmenyse, visą gyvenimą.
5. Kokybė: Sveikatos priežiūros paslaugos yra veiksmingos, saugios, savalaikės ir orientuotos į paciento poreikius.
6. Orientacija į pacientą (asmenį): Sveikatos priežiūros paslaugos orientuotos į žmogų, ne ligą ar finansavimą. Sveikatos priežiūros paslaugos vartotojui turi būti atliepančios ir priimtinos. Nustatant ir organizuojant sveikatos priežiūros paslaugas dalyvauja tikslinių pacientų grupių atstovai. Pacientai – lygiaverčiai savo sveikatos priežiūros partneriai.
7. Koordinavimas: Vietiniai sveikatos priežiūros tinklai aktyviai koordinuojami pagal sveikatos priežiūros teikėjų tipus ir sveikatos priežiūros rūšis, visuose sveikatos priežiūros paslaugų teikimo lygiuose, tiek įprastinėje, tiek skubioje situacijose. Pirminės sveikatos priežiūros teikėjai palengvina reikalingų kitų lygių paslaugų gavimą, bendradarbiaudami su visų lygių ir rūšių sveikatos paslaugų teikėjais. Koordinuojamas bendradarbiavimas su kitais sektoriais (socialinės paslaugos) ir partneriais (visuomeninės organizacijos).
8. Atskaitingumas ir efektyvumas: Sveikatos priežiūros paslaugos organizuojamos taip, kad būtų pasiekti aukščiau išvardinti tikslai su minimaliais išteklių nuostoliais. Sveikatos priežiūros įstaigų vadovai, pasitelkę reikalingas valdžios institucijas, siekia suplanuoti tikslų ir atsiskaito visuomenei už savo veiklą ir rezultatus. Užtikrinami atitinkami tikslinių populiacijų ir visuomenės dalyvavimo mechanizmai⁵⁹.

Taigi, nūdienos sveikatos priežiūroje akcentuojama kokybė, paraleliai orientuojantis į paslaugų gavėją – pacientą, kurio aktyvus dalyvavimas organizuojant sveikatos priežiūros paslaugas būtinas. Kita vertus, pacientų pasitenkinimas yra subjektyvus, nors atsiranda objektyviu pagrindu, remiantis sveikatos priežiūros paslaugos gavimo epizodu⁶⁰. Pavyzdžiu galima laikyti paciento patiriamą skausmą, dėl kurio jis atvyksta į sveikatos priežiūros įstaigą, o savalaikiai numalšintas skausmas tampa pasitenkinimo pagrindu, o tuo pačiu svarbiu ir objektyviu kokybės rodikliu⁶¹.

Iš esmės, sveikatos priežiūros kokybės rodikliai ir pačios kokybės įvertinimas remiasi kokybės proceso sudedamųjų dalių (struktūros, proceso, rezultatų, vadybos ir pacientų patirties) išvestiniais rodikliais, kurie pasirenkami pagal svarbą ir paslaugų pobūdį⁶². Kokybės vertinimo

⁵⁹ WHO. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. 2010. Žiūrėta 2017 09 23 http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf

⁶⁰ Janušonis, Vinsas. Organizacinė elgsena ir kokybė sveikatos priežiūroje. Klaipėda: S. Jokužo leidykla - spaustuvė, 2017 psl. 126.

⁶¹ Carr, Eloise C.J., Paul Meredith, Gillian Chumbley, Roger Killen, David R. Prytherch, Gary B. Smith. „Pain: a quality of care issue during patients' admission to hospital.“ *Journal of Advanced Nursing* 70, nr. 6 (2014): 1391–1403. Žiūrėta 2018 01 24 <https://doi.org/10.1111/jan.12301>

⁶² Supra note 60, psl. 126.

rodikliai yra vertinimui laike ir erdvėje būtini kiekybiniai matai: pačiose sveikatos paslaugas teikiančių įstaigose ir palyginimui tarpusavyje⁶³.

Deja, tiek Lietuvoje, tiek užsienio šalyse sveikatos priežiūros kokybės vertinimo procesas susiduria su tam tikrais iššūkiais tiek nacionaliniame lygyje, tiek vietiniame asmens sveikatos priežiūros įstaigos lygmenyje. Nacionalinio lygmens problemomis įvardijamos:

- dėmesio stoka sveikatos priežiūros veiklai ir pacientams, lyginant su ASPĮ struktūra ir ištekliais
- nesutarimas dėl minimalios kokybės rodiklių apimties ir sąvokų
- reikalingų duomenų rodiklių nustatymui stoka, pačių rodiklių netikslumas ir neteisinga jų interpretacija
- nesėkmingas pacientų ir visuomenės duomenų integravimas
- nepakankama iniciatyva siekti duomenų tikslumo
- duomenų saugumo ir prieinamumo teisiniai aspektai⁶⁴.

Tuo tarpu atskiros ASPĮ susiduria su nepakankamos kompiuterizacijos problema, nepakankamu vidinių medicininių sveikatos įrašų pateikimu, klinikinių duomenų pakankamo kaupimo problema, personalo kiekybinių vertinimo metodų taikymo sugebėjimo stoka, apsikeitimo duomenimis tarp įstaigos padalinių, personalo ir pacientų sutrikimai⁶⁵. Nacionaliniu lygmeniu kokybės vertinimo problemos įtakoja kokybės vertinimą vietiniame lygmenyje, o tai apunkina galimybes palyginti skirtingas ASPĮ tarpusavyje (reitinguoti)⁶⁶. Apie šią problemą savo straipsnyje rašė prof. D. Jankauskienė po to, kai 2013 metais stacionaro paslaugas teikiančios įstaigos pradėjo teikti 26 kokybės ir efektyvumo rodiklius Valstybinei akreditacijos tarnybai prie SAM, tačiau iki šiol jokios rodiklių analizės nėra atliekamos⁶⁷.

Kita vertus, sveikatos paslaugų kokybės aspekto – pacientų saugumo vertinimas, registruojant nepageidaujamus įvykius ASPĮ, Lietuvoje užtikrinimas pakankamai. Nepageidaujamų įvykių registracijos pradžia pamatus padėjo dar 2006 m. Europos Taryba, priėmusi jai priklausančių valstybių ministrų komiteto išleistas rekomendacijas dėl pacientų saugos užtikrinimo ir nepageidaujamų įvykių prevencijos sveikatos priežiūros sistemose, kurios remiasi PSO Sveikatos

⁶³ Perera, Roshan, Helen Moriarty. „If Quality is the the Answer ... what is the Question?“ International Journal for Quality in Health Care 25, nr. 2 (2013): 107-109. Žiūrėta 2018 01 12
<https://academic.oup.com/intqhc/article/25/2/107/1857295>

⁶⁴ Janušonis, Vinsas. Organizacinė elgsena ir kokybė sveikatos priežiūroje. Klaipėda: S. Jokužo leidykla - spaustuvė, 2017 psl. 127.

⁶⁵ Ibid.

⁶⁶ Ibid.

⁶⁷ Jankauskienė, Danguolė. "Ligonių sveikatos priežiūros kokybės rodiklių vertinimo modelis." Sveikatos politika ir valdymas, 2016: 42-68.

asamblėjos Rezoliucija 55.18, akcentuojančia visapusiškos ir suderintos pacientų saugos, bei patikimos nepageidaujamų įvykių stebėsenos sistemų sukūrimą⁶⁸. 2009 m. birželio 9 d. ES Taryba patvirtino rekomendacijas dėl pacientų saugos ir su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijos ir kontrolės, kuriomis remiantis sukurta „Nacionalinė pacientų saugos platforma 2010 – 2014“, kurioje akcentuojamas nepageidaujamų įvykių registravimas, mokymasis iš jų, bei plačiaja prasme, mokymas pacientų saugos klausimais⁶⁹. Remiantis šiuo dokumentu nuo 2010 metų visos ASPĮ registruoja nepageidaujamus įvykius, remiantis SAM įsakymu Nr. V-401 “Dėl Privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, ir pateikia duomenis Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai prie Sveikatos apsaugos ministerijos⁷⁰. Tačiau, 2015 metais publikuotame straipsnyje akcentuota, kad analizuojama sveikatos priežiūros specialistų nuomonė apie nepageidaujamų įvykių registraciją, bet ne pačių įvykių apimtis šalies mastu⁷¹.

Taigi, sveikatos priežiūros kokybės vertinimas Lietuvoje kol kas daugiau formalus, nei skatinantis ASPĮ kokybės analizę ir sveikatos paslaugų teikimo kokybės gerinimą. Tai įrodo ir 2016 metų gruodžio 13 dienos LR Seimo nutarimas Nr. XIII-82 “Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“, kurios antrajame skirsnyje „Sveikatos apsauga“ 35 punkte tarp eilės siekinių įrašytas ir nutarimas tobulinti Lietuvos ASPĮ kokybės rodiklių stebėsenos sistemą, siekiant ne vien kiekybinių, bet ir kokybinių rodiklių, kurie vertintų sveikatos paslaugų kokybę⁷². Tačiau, kol kas naujų pokyčių ASPĮ kokybės vertinimo ir stebėsenos sistemoje neatsirado.

1.2. Kokybė skubios pagalbos skyriuose

Skubios pagalbos skyrių teikiamų paslaugų kokybės vertinimas, lyginant su kitomis sveikatos priežiūros paslaugomis, pacientų požiūriu, skiriasi, prioritetu iškeliamas pagalbos savalaikiškumas ir empatija⁷³. Iš tiesų, skubios medicinos paslaugų teikimo srityje ypač aktualus laikas, tame tarpe ir ligoninių PSPS, todėl ir kokybės vertinimas, ir analizė nukreipta ne tik į išiečių rodiklius, bet ir proceso.

⁶⁸ Perneger, Thomas. „The Council of Europe recommendation Rec(2006)7 on management of patient safety and prevention of adverse events in health care.“ *International Journal for Quality in Health Care* 20, nr. 5 (2008): 305–307. Žiūrėta 2018 01 12 <https://academic.oup.com/intqhc/article/20/5/305/1795501>

⁶⁹ Nacionalinė pacientų saugos platforma 2010 – 2014. 2009. Žiūrėta 2018 03 17 <http://www.vaspvt.gov.lt/node/135>

⁷⁰ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas V-401. Dėl Privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo. 05 06, 2010. Žiūrėta 2018 03 17 <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.F3D002FD1DD3/gVkcMEWmii>

⁷¹ Marminienė, Loreta ir Ramunė Kalėdienė. „Gydytojų ir slaugytojų požiūris į nepageidaujamų įvykių ir neatitiktųjų valdymą Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoinėse.“ *Sveikatos politika ir valdymas* 1, nr. 8 (2015): 29-45. Žiūrėta 2018 03 17 <https://www3.mruni.eu/ojs/health-policy-and-management/article/view/4037/3905>

⁷² Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. XIII-82. Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos. Vilnius, 12 13, 2016. Žiūrėta 2018 03 17 <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/ed6be240c12511e6bcd2d69186780352>.

⁷³ Janušonis, Vinsas. Organizacinė elgsena ir kokybė sveikatos priežiūroje. Klaipėda: S. Jokužo leidykla - spaustuvė, 2017 psl. 121.

Šiuo tikslu JAV priėmimo – skubios pagalbos skyriuose diegiamos į proceso tobulinimą orientuotos kokybės vadybos sistemos, tokios kaip Lean, šešių sigma (6σ) ar Tojotos gamybos sistemos⁷⁴. Įvykus nepageidaujamam įvykiui, kylant pacientų nepasitenkinimui, neretai siekiama rasti “kaltininką”, tačiau W.A. Deming’as yra pastebėjęs, kad „nėra blogų žmonių, yra tik netinkamai vykdomi procesai“⁷⁵. Taigi, sveikatos paslaugų teikimo srityje diegiamos sistemos, kurios nukreiptos į proceso tobulinimą. Procesu vadinama serija veiksmų ar procedūrų, kurios, veikdamos kartu, pateikia rezultatą, kurio nepasisektų pasiekti, jei kiekviena operacija veiktų atskirai⁷⁶.

Deja, pastebėta, kad neretai vykstantys procesai keičiami chaotiškai, neturint pakankamai apie juos duomenų einamuoju momentu⁷⁷. Pastebėta, kad požiūris „darykim ką nors“ labai paplitęs praktikuojančių gydytojų specialistų tarpe⁷⁸. Siekiant keisti procesą, reikalingos ne tik žinios apie šiuo metu vykstančius procesus, bet būtina turėti siekiamų pokyčių strategiją, todėl, šiuo tikslu dar 2009 metais C. Caldwell’as paskelbė sveikatos sistemai pritaikytos šešių sigma – Lean kokybės vadybos sistemos koncepciją, tinkamą skubios medicinos paslaugų teikimui, paremtą 8 uždaviniais⁷⁹:

- Rengti nenumatytų nesėkmių planus
- Apjungti procesus ir eliminuoti etapus
- Iš anksto susipažinti su prieš procesą esančiais subprocesais
- Procese sugretinti nepriklausomus subprocesus
- Sumažinti subprocesų trukmę
- Šalinti klaidas, laukimą, delsimą
- Pajėgumus ir personalą formuoti atitinkamai poreikiui
- Suformuoti poreikį⁸⁰.

Kaip matome, net 2 iš aštuonių uždavinių orientuoti į laiko (trukmės) mažinimą. Be to, dar 2001 metais JAV paskelbtame leidinyje „Per kokybės bedugnę: nauja sveikatos priežiūros sistema 21-ame amžiuje“ (angl. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*)

⁷⁴ Shiver, John M., David Etel. *Optimizing Emergency Department Throughput*. New York: CRC Press Productivity press, 2010, psl. 31.

⁷⁵ Ibid., psl. 14.

⁷⁶ Janušonis, Vinsas. *Organizacinė elgsena ir kokybė sveikatos priežiūroje*. Klaipėda: S. Jokužo leidykla - spaustuvė, 2017, psl. 132.

⁷⁷ Supra note 74, psl. 44.

⁷⁸ Supra note 74, psl. 44.

⁷⁹ Supra note 74, psl. 46.

⁸⁰ Supra note 74, psl. 46.

pateikė 6 specifinius, iš pacientų perspektyvos tikslus ir rekomendacijas sveikatos priežiūros paslaugų gerinimui⁸¹.

1. Saugumas: Pacientai neturi nukentėti sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procese. Pacientų saugumas – tai netyčinės žalos nebuvimas.
2. Veiksmingumas: Naudoti tik įrodymais pagrįstas gydymo priemones, pvz.: gydymo, diagnostikos metodus, kurių pasekoje pacientų išeitys gerėja. Sveikatos priežiūros paslaugas teikti remiantis moksliniais įrodymais visiems, kuriems jos reikalingos, vengiant perteklinio teikimo.
3. Pacientas – centrinė figūra: Susikoncentruoti į paciento ligos potyrius, gautas sveikatos priežiūros paslaugas ir sistemas, kurios atitinka, ar neatitinka individualaus paciento poreikius. Teikti sveikatos priežiūros paslaugas atsižvelgiant į individualų paciento pasirinkimą, poreikius ir gerbiant juos, bei užtikrinti pacientų dalyvavimą klinikinių sprendimų procese.
4. Savalaikiškumas: Sumažinti laukimo laiką, taip išvengiant galimo žalingo delsimo tiek sveikatos paslaugų gavėjams, tiek tiekėjams. Sumažinti administravimo ir paslaugų teikimo kaštus.
5. Efektyvumas: vengti įrangos, išteklių, energijos švaistymo.
6. Teisingumas: Nuolat mažinti sergamumą, ligotumą, negalios riziką, taip gerinant žmonių sveikatą ir funkcionalumą⁸².

Orientuojantis į kokybiškų paslaugų teikimą individualiam pacientui, greta tokių svarbių tikslų, kaip saugumas, orientacija į pacientą, deklaruojamas ir savalaikiškumo tikslas, o tiksliau, sumažinti delsimą ir laukimo laiką. Tačiau, to siekiant svarbiausia išsiaiškinti šiuo metu esančią padėtį ir vykstančius procesus, įvertinti galimas grėsmes, o tada planuoti procesų pokyčius.

⁸¹ Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC): National Academies Press (US), 2001. Žiūrėta 2018 01 14 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222265/#ddd00039>

⁸² Ibid.

2. PRIĖMIMO – SKUBIOS PAGALBOS SKYRIAI IR JŲ TEIKIAMOS PASLAUGOS

2.1 Priėmimo – skubios pagalbos skyrių raida

Visame pasaulyje vienas iš skubios medicinos paslaugų teikėjų yra ligoninių priėmimo – skubios pagalbos skyriai, toliau PSPS. Jų struktūra, teikiamų paslaugų spektras ir pagrindinės funkcijos pastaruosius penkiasdešimt metų nuolat kinta. Dar 1960 metais naudojimasis JAV ligoninių PSPS paslaugomis pradėjo dramatiškai augti, todėl, specifinės JAV sveikatos paslaugų draudimo sistemos, kurių dėka įstaigos gauna finansavimą už atliktas paslaugas, bei stacionaro paslaugas teikiančių įstaigų vadovai nukreipė dėmesį į šių skyrių veiklą ir jų teikiamų paslaugų kokybę, bei efektyvumą⁸³. Įdomu tai, kad didelė dalis JAV sveikatos priežiūros išlaidų tenka stacionaro paslaugas teikiančioms sveikatos priežiūros įstaigoms, o didesnė šių įstaigų pelno dalis susijusi su PSPS veikla, kuriems tenka ir didžioji dalis visuomenės reikalavimų⁸⁴.

Europoje skubios medicinos sritis „jaunesnė“, jos vystymosi pradžia 20-o amžiaus devintas dešimtmetis, Pasaulinei sveikatos Asamblėjai paskelbus skubią medicinos pagalbą esmine visuomenės sveikatos priežiūros sritimi ir paraginus šalių vyriausybes sukurti visapusiškas skubios medicinos pagalbos teikimo sistemas, apimančias tiek ikistacionarinę skubią pagalbą, tiek ir teikiamą stacionaruose⁸⁵. Deja, tarp skirtingų Europos šalių skubios medicinos pagalbą teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų buvo ir tebėra tiek profesinių standartų, tiek organizacinės struktūros, tiek ir koordinavimo mechanizmų skirtumų⁸⁶. Skirtingose šalyse PSPS buvo ne visose ligoninėse: Airijoje tokie skyriai buvo tik universiteto lygmens ligoninėse, o Vengrijoje tik regioninėse ir rajono ligoninėse, rūšiavimo (triažo) protokolai egzistavo tik mažiau, nei 14 šalių ligoninėse, o kokybės stebėsenos sistemos tik 13 iš 27 valstybių⁸⁷. Įdomu tai, kad apie Lietuvą duomenys pateikti, kaip apie turinčią kokybės stebėsenos sistemą tiek stacionaro PSPS, tiek ikistacionarinėje srityje⁸⁸, tačiau, kasdienėje praktikoje toli gražu ne visų stacionarines paslaugas teikiančių ASPĮ skubios pagalbos skyriuose stebima teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė. Per pastaruosius 30 metų keitėsi Europos valstybėse skubią medicinos pagalbą teikiančių sveikatos

⁸³ Pines JM, Abualenain J, Scott J, Shesser R. *Emergency Care and the Public's Health*. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons Ltd., 2014, psl. 200.

⁸⁴ Pines JM, Abualenain J, Scott J, Shesser R. *Emergency Care and the Public's Health*. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons Ltd., 2014, psl. 200-201.

⁸⁵ Anderson PD, Suter RE, Mulligan T, et al. "World Health Assembly Resolution 60.22 and its importance as a health care policy tool for improving emergency care access and availability globally." *Annals of Emergency Medicine*, 2012; 35-44. Žiūrėta 2017 09 06 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22326860>

⁸⁶ WHO. *Emergency Medical Services System in the European Union*. 2008. Žiūrėta 2016 12 27 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/114564/E92039.pdf

⁸⁷ Ibid.

⁸⁸ Ibid.

priežiūros sistemos organizacijų struktūra, teikiamų paslaugų spektras, tame tarpe ir ligoninių PSPS. Jei 20-o amžiaus devintajame dešimtmetyje šiuose skyriuose asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikdavo mažai patirties turintys gydytojai (internai, rezidentai), sunkesniems ligoniams intensyvios terapijos specialistai, tai nūdienos PSPS dažniausiai pagalbą teikia kvalifikuotų specialistų, turinčių specifinių žinių skubios medicinos srityje, komandos⁸⁹.

Lietuvoje per pastarąjį dešimtmetį taip pat keičiasi PSPS struktūra ir procesai: atsiranda naujų problemų ir jų sprendimo būdų, keičiasi personalo struktūra ir teikiamų paslaugų spektras.

2.2. Priėmimo – skubios pagalbos skyriai Lietuvoje

Priėmimo ir skubios pagalbos skyriai yra visose stacionaro paslaugas teikiančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Ligoninių administracijoms palikta visiška laisvė, įrengiant PSPS patalpas, tačiau šių skyrių personalas formuojamas, aprūpinama reikalinga įranga, remiantis Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymu „Dėl Specialiųjų reikalavimų stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos priėmimo-skubiosios pagalbos skyriui patvirtinimo“⁹⁰. Pagrindinė šių skyrių funkcija yra teikti būtinąją pagalbą⁹¹, tačiau, dėl istoriškai susiklosčiusios situacijos, PSPS funkcijos gerokai platesnės, juose vykdoma hospitalizacija į stacionaro skyrius tiek planine, tiek skubos tvarka, teikiamos konsultacinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos. Kita vertus, kaip įrodymas, kad PSPS skirtas būtiniosios pagalbos teikimui, teisiškai reglamentuota, kad visi PSPS dirba 24 val. per parą, 7 dienas per savaitę⁹². Taigi, PSPS yra visose ligoninėse, nors juose dirbantis personalas, o tuo pačius ir galimybės teikti įvairias skubios pagalbos ir kitas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, skiriasi.

2.2.1. Priėmimo – skubios pagalbos skyrių tipai

Kaip jau minėta aukščiau, skirtingo lygmens ir pavaldumo ligoninėse yra skirtingo tipo ir galimybių PSPS. Remiantis LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymu V-1111, visi Lietuvoje veikiantys PSPS skirstomi į 3 tipus: A, B ir C⁹³. Reglamentuojama, kad A tipo skyriuose gali dirbti tik slaugytojas, o jei atsiranda poreikis, budintis toje įstaigoje gydytojas atvyksta per 1 val.⁹⁴. Tuo tarpu B tipo skyriuose turi dirbti nuolat daugiau, skirtingos kvalifikacijos personalo. Šio tipo PSPS

⁸⁹ Totten, Vicken, Abdelouahab Bellou. „Development of emergency medicine in Europe.“ *Academic Emergency Medicine* 20, nr. 5 (2013): 514-521. Žiūrėta 2017 01 06 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acem.12126>

⁹⁰ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-1073. Dėl Specialiųjų reikalavimų stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos priėmimo-skubiosios pagalbos skyriui patvirtinimo. Galiojanti suvestinė redakcija 2018 03 22. Žiūrėta 2018 03 23 <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.CB7D18580DB4/prKSunziyK>

⁹¹ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-208. Dėl Būtiniosios medicinos pagalbos ir Būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo. Galiojanti suvestinė redakcija 2014 04 16. Žiūrėta 2018 03 22 <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.B8E6F91F019F/VvcDsFADar>

⁹² Supra note 90.

⁹³ Supra note 90.

⁹⁴ Supra note 90.

dirbantis slaugytojas gali būti tiek bendrosios, tiek išplėstinės praktikos, gali dirbti paramedikais savo kompetencijos ribose, o jei įstaiga teikia akušerijos paslaugas, priėmimo skyriuose dirba akušeriai. B tipo PSPS privalo dirbti ir gydytojai, kurie gali būti įvairių specialybių, pvz.: skubiosios medicinos, šeimos medicinos ar kitos profesinės kvalifikacijos, bei medicinos gydytojai⁹⁵. Paros bėgyje personalo skaičius gali skirtis, o darbo organizavimas B tipo skyriuose paliekamas pačios įstaigos administracijos atsakomybėje. Aukščiau išvardinti slaugytojas ir gydytojas turi dirbti darbo dienos metu, o kitu paros laiku, poilsio ir švenčių dienomis dirba kuris nors iš aukščiau išvardintų slaugos specialistų, o prireikus gydytojo paslaugų, jas gali teikti arba PSPS nuolat dirbantys aukščiau išvardintų profesinių kvalifikacijų gydytojai, arba ligoninės stacionaro skyriuose budintys gydytojai. Be to, jei skubiai reikia suteikti specializuotą asmens sveikatos priežiūros paslaugą, per 1 val. turi atvykti gydymo įstaigoje dirbantis reikalingos profesinės kvalifikacijos gydytojas specialistas ir tokią paslaugą suteikti⁹⁶. B tipo priėmimo skyriai veikia visose savivaldybėse, ir daugumoje apskričių pavaldumo ligoninėse. Tuo tarpu SAM pavaldumo, universiteto ligoninėse dėl paslaugų didesnio sudėtingumo, tiek personalo, tiek įrangos ir priemonių turi būti būti daugiau.

Daugumoje SAM pavaldumo, visose universiteto ligoninėse yra įsteigti C tipo PSPS. Tokiuose skyriuose nuolat, visą parą dirba visi aukščiau išvardinti medicinos specialistai, o PSPS dirbančiam gydytojui nusprendus, kai reikia per 1 val. atvyksta kitų profesinių kvalifikacijų gydytojai specialistai, dirbantys toje pačioje įstaigoje⁹⁷. Taigi, C tipo PSPS 24 val. per parą ir 7 dienas per savaitę gali būti teikiamos ne tik būtinosios pagalbos paslaugos, bet ir specializuotos ambulatorinės konsultacinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos.

Nors įsakyme reglamentuota, kokios profesinės kvalifikacijos medicinos personalas turi dirbti kiekvieno tipo PSPS, kiek kokios specialybės darbuotojų turi dirbti nuolat, palikta spręsti kiekvienai stacionaro paslaugas teikiančiai ASPĮ individualiai. Lietuvos Respublikos teisės aktuose neapibrėžtas ir PSPS darbuotojų darbo krūvis: maksimalus gydytojo ar slaugytojo konsultuojamų pacientų, ar suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičius.

Kita vertus, LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymu reglamentuota, kokia įranga ir priemonės turi būti kiekviename iš nustatytų tipų PSPS. Kiekviename A tipo priėmimo skyriuose privalo būti tik pirmos pagalbos teikimui reikalingos priemonės: defibriliatorius, elektrokardiografas, prietaisas arteriniam kraujo spaudimui matuoti, termometrai ir pirmosios

⁹⁵ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-1073. Dėl Specialiųjų reikalavimų stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos priėmimo-skubiosios pagalbos skyriui patvirtinimo. Galiojanti suvestinė redakcija 2018 03 22. Žiūrėta 2018 03 23 <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.CB7D18580DB4/prKSunziyK>.

⁹⁶ Ibid.

⁹⁷ Ibid.

pagalbos vaistinė, kurios turinį nustato LR SAM įsakymas Nr. V-450^{98 99}. B tipo skyriuose, remiantis teisės aktais, turi būti aukščiau išvardinti prietaisai, bei papildomai deguonies tiekimo ir dirbtinės plaučių ventiliacijos įranga, kvėpavimo takų praeinamumą užtikrinančios intubacijos priemonės¹⁰⁰. Be to, tokia PPS turi būti užtikrinta galimybė atlikti nesudėtingus ultragarsinius, endoskopinius ir radiologinius tyrimus, skirti vaistų infuzijai, tame tarpe ir per švirkštines pompas¹⁰¹. Taigi, B tipo PPS galima suteikti didesnės apimties ištyrimo ir gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugas, ne tik pirmąją pagalbą. Atsižvelgiant į privalomą medicinines įranga, C tipo PPS nuo B tipo skiriasi tik tuo, kad turi būti užtikrinta galimybė atlikti brangių tyrimų grupei priskiriamus kompiuterinės tomografijos tyrimus¹⁰².

Be to, LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-1073 reglamentuota ir privalomų laboratorinių tyrimų atlikimo apimtis. A tipo PPS pakanka užtikrinti galimybę atlikti šeimos gydytojo asmens sveikatos priežiūros paslaugos lygio laboratorinius kraujo, tokius kaip gliukozės, hemoglobino koncentracijų, bei eritrocitų ir leukocitų skaičiaus kraujyje ir šlapimo tyrimus, tuo tarpu B ir C tipų skyriuose turi būti visą parą atliekami ne tik aukščiau išvardinti laboratoriniai kraujo tyrimai, bet ir biocheminiai, skirti kepenų, inkstų funkcijų, krešėjimo sistemos įvertinimui, organizmo elektrolitų, uždegimo, širdies raumens pažeidimo žymenų ir kasos fermentų koncentracijų nustatymui, bei smegenų skysčio tyrimai. C tipo PPS papildomai turi būti atliekami kokybiniai šlapimo tyrimai narkotinėms ir galinčioms būti apsinuodijimo priežastimi medžiagoms nustatyti¹⁰³. Taigi, C tipo skyriuose teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas, galima visą parą atlikti išsamiai organizmo funkcijas ir struktūrinius pokyčius įvertinančius tyrimus, įgalinančius nustatyti ne tik dažniausias būtinosios pagalbos reikalaujančias būkles, bet ir kitas, ambulatorinėje grandyje ilgai trunkančios diagnostikos proceso reikalaujančias būkles.

B tipo skyriai, iš esmės, pagal ištyrimo galimybes nenusileidžia C tipo skyriams, tačiau, savivaldybių pavaldumo ligoninėse tokios galimybės užtikrinamos tik darbo metu, kadangi, remiantis LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymu, nakties metu, poilsio ir švenčių dienomis nebūtina teikti endoskopines paslaugas, jų atlikimą nedarbo laiku būtina užtikrinti sutartimis su

⁹⁸ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-1073. Dėl Specialiųjų reikalavimų stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos priėmimo-skubiosios pagalbos skyriui patvirtinimo. Galiojanti suvestinė redakcija 2018 03 22. Žiūrėta 2018 03 23 <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.CB7D18580DB4/prKSunziyK..>

⁹⁹ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-450. Dėl sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijos teikiant pirmąją medicinos pagalbą, pirmosios medicinos pagalbos vaistinėlių ir pirmosios medicinos pagalbos rinkinių. Galiojanti suvestinė redakcija 2008 02 24. Žiūrėta 2018 03 23 <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.9BB254501DB8/GBJZcNmmeW>

¹⁰⁰ Supra note 98.

¹⁰¹ Supra note 98.

¹⁰² Supra note 98.

¹⁰³ Supra note 98.

kitomis ASPĮ¹⁰⁴. Kasdieninėje praktikoje pacientai, kuriems reikalingi endoskopiniai tyrimai, siunčiami gydytojo specialisto konsultacijai į C tipo PSPS.

2.2.2. Priėmimo – skubios pagalbos skyriuose teikiamų paslaugų spektras

Atsižvelgiant į teikiamas paslaugas, A tipo PSPS gali būti teikiamos tik gydytojo konsultacijos, dažnai nespecializuotos, šeimos gydytojo lygmens, bei kai kurios skubiosios pagalbos paslaugos, jei gydymo įstaiga papildomai skiria įrangos ir medicininių priemonių joms teikti¹⁰⁵. C tipo PSPS gali būti teikiamos gydytojų specialistų konsultacijos, tiek antrinio lygio asmens sveikatos priežiūros ambulatorinės konsultacijos¹⁰⁶, tiek ir tretinio¹⁰⁷.

1 lentelė. Priėmimo – skubiosios pagalbos paslaugos¹⁰⁸.

Eil. Nr.	Paslaugos pavadinimas	Paslaugos aprašymas
1	Priėmimo-skubiosios pagalbos paslauga I	Atliekama paciento apžiūra, laboratorinis ištyrimas (ne mažiau kaip 1 tyrimas) ir taikomas konservatyvus medikamentinis gydymas, ir (arba) atliekama nesudėtinga medicininė intervencija (pvz., žaizdos sutvarstymas, ir kt.)
2	Priėmimo-skubiosios pagalbos paslauga II	Atliekama paciento apžiūra, laboratorinis ištyrimas (ne mažiau kaip 4) ir taikomas konservatyvus medikamentinis gydymas, ir (arba) atliekama nesudėtinga medicininė intervencija (pvz., žaizdos sutvarstymas, akių plovimas, priekinės nosies ertmės tamponavimas, valomoji klizma)
3	Priėmimo-skubiosios pagalbos paslauga III	Paviršinių svetimkūnių šalinimas iš akies
		Paviršinių svetimkūnių šalinimas iš odos
		Skrandžio zondavimas (plovimas)
		Sėklidžių apsisukimo korekcija
		Šlapimo pūslės kateterizacija
		Sifoninė klizma
		Užpakalinės nosies ertmės tamponavimas

¹⁰⁴ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-1073. Dėl Specialiųjų reikalavimų stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos priėmimo-skubiosios pagalbos skyriui patvirtinimo. Galiojanti suvestinė redakcija 2018 03 22. Žiūrėta 2018 03 23 <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.CB7D18580DB4/prKSunziyK>.

¹⁰⁵ Ibid.

¹⁰⁶ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-449. Dėl Konsultacinių asmens sveikatos priežiūros antrinio lygio paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo. 2014-04-08. Žiūrėta 2018 03 20 <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/59030a20c56f11e38c43fee5c144a67d>

¹⁰⁷ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-999. Dėl Tretinio lygio specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, suteiktų antrinio lygio specializuotose ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose, išlaidų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašo patvirtinimo. 2013-10-31. Žiūrėta 2018 03 21 <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.C4D26608EEBB>

¹⁰⁸ Supra note 104.

4	Priėmimo-skubiosios pagalbos paslauga IV	Galūnių imobilizacija gipsu / įtvaru / tampriu tvarsčiu
		Chirurginis žaizdos ar kelių žaizdų sutvarkymas
		Svetimkūnių iš paodžio ar minkštųjų audinių šalinimas, kai atliekama incizija
		Aktyvus paciento šildymas specialiomis priemonėmis (taikant šiltų tirpalų infuzoterapiją arba suleidžiant šiltus tirpalus per zondą į skrandį ir kartu naudojant specialią šildomąją antklodę arba čiužinį) arba aktyvus šaldymas specialiomis priemonėmis (suleidžiant šaltus tirpalus per zondą į skrandį ir kartu naudojant specialią šaldomąją antklodę arba čiužinį)
		Savižudybės krizę išgyvenančių asmenų psichosocialinis vertinimas (atliekamas gydytojo psichiatro ar gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro)
5	Priėmimo-skubiosios pagalbos paslauga V	Blackmoro zondo įvedimas
		Giluminių svetimkūnių šalinimas iš akies
		Ilgalaikių drenų/kateterių pakeitimas
		Infuzoterapija, skiriama lašiniu būdu (trukmė iki 4 val.)
		Kaulų (pvz., dubens) imobilizacija specialiu įtvaru
		Lūžio ar išnirimo uždara repozicija, taikant imobilizaciją/netaikant imobilizacijos
		Nekrektomija
		Pilvaplėvės ertmės punkcija/paracentezė
		Perikardo punkcija
		Pleuros drenažas
		Pleuros punkcija/torakocentezė
		Punkcinė ar chirurginė krikotiotomija
		Pūlinio ar kraujosrūvos atvėrimas
		Šąnario/bursos punkcija
Stuburo kanalo punkcija		
Kraujavimo iš hemorojinių mazgų stabdymas		
6	Priėmimo-skubiosios pagalbos paslauga VI	Bronchoskopija
		Elektrinė defibriliacija arba kardioversija
		Ezofagogastroduodenoskopija arba kolonoskopija
		Kraujuojančių stemplės varikozinių mazgų ligavimas
		Perkutaninės cistostomos suformavimas
		Tracheostominio vamzdelio pakeitimas

7	Priėmimo-skubiosios pagalbos paslauga VII	Kardiopulmoninis gaivinimas arba žmogaus gyvybinių funkcijų palaikymas, kai atliekamos ne mažiau kaip 2 iš šių procedūrų: endotrachėjinė intubacija, invazinė ar neinvazinė dirbtinė plaučių ventiliacija, defibriliacija ar kardioversija, kaulų čiulpų punkcija, centrinės venos punkcija ar kateterizacija; gaivinimo standartuose, patvirtintuose Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. rugpjūčio 31 d. įsakymu Nr. V-822 „Dėl gaivinimo standartų patvirtinimo“, nurodytų medikamentų skyrimas
8	Priėmimo-skubiosios pagalbos paslauga VIII	Bendrinė nejautra, atliekama teikiant III–VI priėmimo skubiosios-pagalbos paslaugas

Šaltinis: LR SAM Įsakymas Nr. V-1073 „Dėl Specialiųjų reikalavimų stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos priėmimo – skubiosios pagalbos skyriui patvirtinimo“. Galiojanti suvestinė redakcija 2018 03 22. Žiūrėta 2018 03 23 <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.CB7D18580DB4>

Jei stacionaro paslaugas teikiančios įstaigos PSPS yra speciali patalpa ir galimybė stebėti paciento būklę gyvybinių funkcijų monitoriaus pagalba, gali būti teikiama stebėjimo paslauga, kurios teikimo sąlygas reglamentuoja LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-1111¹⁰⁹. Stebėjimo paslaugas galima teikti ir B tipo PSPS, jei jame yra lovos ir reikalinga įranga paciento būklės stebėjimui, kitu atveju, B tipo skyrius turinčios stacionaro paslaugas teikiančios asmens sveikatos priežiūros įstaigos stebėjimo paslaugas gali teikti stacionaro lovose.

Taigi, nūdienos PSPS, ypač C tipo, esančiuose visose Universiteto ligoninėse, teikiamos įvairios asmens sveikatos ambulatorinės paslaugos, kurių teikimui pastaraisiais metais žmogiškųjų, bei laiko resursų poreikis, o tuo pačiu ir teikiamų paslaugų kaštai nuolat auga. Kasdienėje praktikoje mažesnių Lietuvos ligoninių vadovai skatina PSPS personalą teikti pacientams perteklines brangesnes (stebėjimo) paslaugas, o sunkesnės būklės pacientus kuo greičiau, dažnai nesuteikus tinkamos pagalbos, taip sutaupant resursus, išsiųsti į didesnes ligonines, ypač universiteto lygmens. Svarbu paminėti, kad perteklinių stebėjimo paslaugų teikimas, kai pacientai PSPS praleidžia virš 4 val., gali sąlygoti nūdienoje aktualią visame pasaulyje šių skyrių perpildymo problemą, asmens sveikatos paslaugų kokybės pokyčius neigiama linkme, o tuo pačiu pacientų pasitenkinimo mažėjimą.

¹⁰⁹ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas V-1111. Dėl Stebėjimo paslaugos teikimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo. 2006-12-22. Galiojanti suvestinė redakcija 2017 07 01. Žiūrėta 2018 02 01 <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.0BDFFC4B8D54/hEmLPLfTMc>

2.2.3. Priėmimo – skubios pagalbos skyrių problemos ir potencialios grėsmės

Literatūroje minima nemažai problemų su kuriomis susiduria šiuolaikiniai PPS. Viena iš problemų, apie kurias daug diskutuojama JAV, kiek mažiau Europoje ir Lietuvoje – augantys pacientų srautai PPS^{110 111 112 113}. Per dešimt metų JAV pacientų vizitų į PPS padaugėjo apie 15 proc. ir siekia kiek daugiau nei 400 vizitų 1000 gyventojų¹¹⁴. Apie vizitų augimo mastą Europos šalyse duomenų nėra daug, tačiau HOPE tyrimo metu kai kurios šalys, pvz. Didžioji Britanija, Ispanija tokius duomenis pateikė: Ispanijoje vizitų į PPS padaugėjo 25 proc. nuo 16775180 vizitų 2000 metais iki 20847675 iš viso 2008 metais¹¹⁵.

Lietuvoje literatūros šaltiniuose minimas pediatrijos paslaugas teikiančiuose PPS srautų augimas, kuris per 2001 – 2010 metus padidėjo 1,8 karto: 100 vaikų teko 22,4 vizitų¹¹⁶. Iš tiesų, dauguma PPS dirbančių gydytojų pastebėjo, kad kasmet pacientų kreipiasi vis daugiau, ir toli gražu ne dėl skubios pagalbos reikalaujančių sveikatos būklių. Naujausiais duomenimis, Lietuvoje apsilankymų PPS skaičius auga: nuo 2001 iki 2014 metų padidėjo beveik 6 kartus (nuo 278 401 paciento 2001 m. iki 1 637 465 pacientų 2014 m.)¹¹⁷. Duomenis pateikęs disertacijos autorius G. Virketis rekomendavo atkreipti dėmesį į tai, kad neretai pacientai tame pačiame PPS apsilanko kelis kartus per metus, todėl paslaugų skaičius neatitinka PPS pacientų skaičiaus¹¹⁸. Išryškėjo skubios medicinos pagalbos paslaugų padidėjimo iki 4 kartų tendencija, tačiau ir įvairių specialistų konsultacijų, bei stebėjimo paslaugų skaičius išaugo iki 3,64 karto¹¹⁹. Tai gali būti siejama su GMP paslaugų modelio pokyčiais pastarąjį dešimtmetį, kai nuo 2002 metų dauguma į iškvietimą išvykusių brigadų pacientus gabeno į stacionaro PPS pagal ango – amerikietišką modelį, nors

¹¹⁰ Burokienė, Sigita, Juozas Raistenskis, Marius Strička, Vytautas Usonis. „Pagalba vaikams priėmimo-skubios pagalbos skyriuose Lietuvos ligoninėse: Ligoninių srautai ir naudojimosi paslaugomis tendencijos.“ Sveikatos mokslai 22, nr. 3 (2012): 54-57.

¹¹¹ Hoot, Nathan R., Dominik Aronsky. „Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions.“ Annals of Emergency Medicine 52, nr. 2 (2008): 126-136. Žiūrėta 2018 01 04 [http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(08\)00606-9/fulltext](http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(08)00606-9/fulltext)

¹¹² Tang, Ning, John Stein, Renee Hsia Y., Judith Maselli H., Ralph Gonzales et al. „Trends and characteristics of U Semergency department visits, 1997–2007.“ Journal of the American Medical Association 304, nr. 6 (2010): 664–670. Žiūrėta 2018 01 04 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3123697/pdf/nihms298234.pdf>

¹¹³ Mockup, John C., David Sklar P., Joel Geiderman M., Kelly Bookman J. „Emergency department crowding, part 1—concept, causes, and moral consequences.“ Annals of Emergency Medicine 53, nr. 5 (2009): 605-611. Žiūrėta 2018 01 05 [http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(08\)01783-6/fulltext](http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(08)01783-6/fulltext)

¹¹⁴ Supra note 112.

¹¹⁵ Federation, European Hospital and Healthcare. HOPE Emergency Care Survey. 2015. Žiūrėta 2018 03 19 https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/9/5/CH1161/CMS1182951248070/hope_emergency_care_october_2015.pdf

¹¹⁶ Burokienė, Sigita, Alicija Pažus, Daiva Vaičiūnienė, Ingrida Sapagovaitė, Vytautas Usonis. „Pediatriinių skubios pagalbos pirmumo vertinimo skalių palyginamasis prospektyvinis stebėjimo tyrimas.“ Medicinos teorija ir praktika 21, nr. 3 (2015): 292-297.

¹¹⁷ Virketis, Gintautas „Skubios medicinos pagalbos sistemos valdymo tobulinimas“. Daktaro disertacija. Klaipėdos Universitetas. 2017, psl. 98.

¹¹⁸ Ibid.

¹¹⁹ Ibid., psl. 99.

bendrai GMP paslaugų nuo 2001 iki 2010 metų sumažėjo nuo 234,3 iki 190,2 tūkstančiui gyventojų, o nuo 2010 iki 2015 metų vėl išaugo iki 230,5 tūkstančiui gyventojų¹²⁰.

Egzistuoja mitas, kad srautai PSPS didėja dėl vadinamųjų neskubių vizitų į PSPS¹²¹, ir tai įvardijama kaip viena iš pastarųjų metų PSPS problema. Vis dėlto, vadinamieji neskubūs pacientų apsilankymai, nėra vienintelė priežastis dėl kurios PSPS vienu metu būna dešimtys pacientų, iš kurių dalis išvyksta nesulaukę gydytojo apžiūros. Pastaraisiais metais daugėja duomenų apie PSPS perpildymo problemą, kurios priežastys ne tik didėjantys pacientų srautai PSPS, bet ir vietų stacionaro skyriuose stoka PSPS pacientų hospitalizacijai¹²², didėjančios pacientų ištyrimo apimtys (daugėja laboratorinių ir instrumentinių tyrimų)¹²³. Be to, eilėje tyrimų nustatyta, kad PSPS gydytojai delsia priimti sprendimą pacientą išrašyti, ar hospitalizuoti, ir tai yra viena pagrindinių šių skyrių perkrovimo priežasčių¹²⁴. Taigi, problema ne pacientų apsilankymai PSPS dėl skubios pagalbos nereikalaujančių būklių, o reiškinys – PSPS perpildymas su savitomis priežastimis ir pasekmėmis.

Neretai, kaip problema įvardinami vadinamųjų nuolatinių PSPS pacientų, kurie kreipiasi keletą, ar net keliolika kartų per metus, vizitai¹²⁵. Be to, manoma, kad tokie pacientai kreipiasi dažnai į PSPS, nes nesikreipia į kitus gydytojus, tame tarpe pirminės sveikatos priežiūros specialistus – šeimos gydytojus¹²⁶. Tačiau, tame yra tik dalis tiesos, labiau tikėtina priežastis, kad senėjant visuomenei, daugėja daugybinėmis lėtinėmis ligomis sergančių pacientų, kurie dažnai dėl sudėtingų sveikatos būklių, lėtinių ligų paūmėjimų kreipiasi į PSPS. Literatūros duomenimis, tokie pacientai bendradarbiauja su daugeliu gydytojų specialistų įvairiose sveikatos priežiūros grandyse^{127 128}. Kita vertus, tokiems pacientams skubios pagalbos skyrių gydytojai turi skirti nemažai laiko derindami tolimesnį jų gydymo ir sveikatos priežiūros planą, o jei tokį pacientą reikia hospitalizuoti, PSPS gydytojams tenka ilgai įtikinėti stacionaro skyrių administratorius, kurie

¹²⁰ Virketis, Gintautas „Skubios medicinos pagalbos sistemos valdymo tobulinimas“. Daktaro disertacija. Klaipėdos Universitetas. 2017, psl. 93-95.

¹²¹ Pines, Jesse M, Jameel Abualenain, James Scott, Robert Shesser. *Emergency Care and the Public's Health*. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons Ltd., 2014, psl. 28.

¹²² Ibid.

¹²³ Pitts, Stephen R., Jesse Pines M., Michael Handrigan T., Arthur Kellermann L. „National trends in emergency department occupancy, 2001 to 2008: effect of inpatient admissions versus emergency department practice intensity.“ *Annals of Emergency Medicine* 60, nr. 6 (2012): 679–685. Žiūrėta 2018 03 19 [http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(12\)00507-0/fulltext](http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(12)00507-0/fulltext)

¹²⁴ Supra note 121, psl. 29.

¹²⁵ Supra note 121, psl. 30.

¹²⁶ Supra note 121, psl. 30.

¹²⁷ Sun, Benjamin C., Helen Burstin R., Troyen Brennan A. „Predictors and outcomes of frequent emergency department users.“ *Academic Emergency Medicine* 10, nr. 4 (2003): 320-328. Žiūrėta 2018 02 03 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1553-2712.2003.tb01344.x>

¹²⁸ La Calle, Eduardo, Elaine Rabin. „Frequent users of emergency departments: the myths, the data, and the policy implications.“ *Annals of Emergency Medicine* 56, nr. 1 (2010): 42-48. Žiūrėta 2018 02 03 [http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(10\)00105-8/fulltext](http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(10)00105-8/fulltext)

nesuinteresuoti priimti į savo skyrių pacientą, kurio diagnostikos, slaugos ir gydymo kaštai ženkliai didesni¹²⁹. Taigi, nuolatiniai PSPS pacientai neretai PSPS užtrunka ilgiau, tačiau daugiau dėl savo sunkios klinikinės prasmės būklės, o ne todėl, kad jie nesikreipia į kitose sveikatos priežiūros sistemos įstaigose dirbančius gydytojus specialistus. Kita vertus, Lietuvoje situacija kiek skiriasi, remiantis naujausių tyrimų mūsų šalyje duomenimis, pacientai į PSPS kreipiasi dažniau nei į šeimos gydytoją, nes šiuose skyriuose laukti gydytojo apžiūros užtrunka trumpiau, nei atvykus pas šeimos gydytoją¹³⁰.

Lietuvos medikų visuomenėje paplitusi nuomonė, kad PSPS dirba tie gydytojai, kurie nesugeba susirasti darbo vietos kitur. Kita vertus, tai nėra vien Lietuvos problema, JAV taip pat egzistuoja klaidingas įsitikinimas, kad PSPS personalas – nesugebantys dirbti privačioje klinikinėje praktikoje gydytojai¹³¹. Ši nuostata klaidinga, skubios medicinos specialybę JAV renkami vis daugiau medicinos studentų¹³², Europoje taip pat. Sunku kol kas daryti išvadas apie skubios medicinos specialybę Lietuvoje, nes pirmieji specialistai pradėti ruošti tik prieš 5 metus, tačiau įstojusių skubios medicinos rezidentų skaičius kasmet vis didėja.

Kita su personalu susijusi problema, kad Lietuvoje pastaraisiais metais PSPS trūksta gydytojų, ypač specialistų. Tai gali būti siejama su gana dideliais reikalavimais šiuose skyriuose dirbančiam personalui tiek iš pačios ASPĮ administracijos (profesionalumo, teisinių žinių, konfliktų valdymo), tiek ir iš pacientų, kurių prioritetais gaunamas asmens sveikatos paslaugą PSPS tampa savalaikiškumas ir empatija¹³³. Kita galima priežastis – pačių gydytojų specialistų nenoras dirbti PSPS dėl dažnų emocinę įtampą sukeliančių situacijų, kurių priežastys būna sudėtingos tiek dėl medicininės, tiek dėl socialinės situacijos¹³⁴.

Remiantis literatūros duomenimis, PSPS veikla siejama su eile problemų, susijusių tiek su pacientų srautais, tiek su personalu, o taip pat su Lietuvoje aktualiais mažais PSPS paslaugų įkainiais, kuriuos akcentuoja Lietuvos ASPĮ vadovai¹³⁵, tačiau pagrindine problema turėtume įvardinti PSPS perkrovimą, kurio potencialios pasekmės – neigiama įtaka paslaugų kokybei dėl nesavalaikių, netinkamų konkrečiam pacientui, neefektyvių paslaugų teikimo rizikos padidėjimo. Literatūros duomenų apie šį reiškinį Lietuvoje nepakanka, tačiau pasaulyje ši problema pastaruosius

¹²⁹ Virketis, Gintautas. „Skubios medicinos pagalbos sistemos valdymo tobulinimas“. Daktaro disertacija. Klaipėdos Universitetas. 2017, psl. 159.

¹³⁰ Ibid.

¹³¹ Pines, Jesse M, Jameel Abualenain, James Scott, Robert Shesser. Emergency Care and the Public's Health. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons Ltd., 2014, psl. 32.

¹³² Ibid.

¹³³ Supra note 129, psl. 145-146.

¹³⁴ Ibid.

¹³⁵ Ibid., psl. 160.

20 metų gausiai aprašoma: tiek pacientų srautų augimo PSPS reiškinys, kaip problema^{136 137 138}, tiek ir neigiama šio reiškinio įtaka asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybei^{139 140 141}.

Suvokiant potencialias, su PSPS specifinėmis problemomis susijusias, grėsmes, būtina išsiaiškinti, kokie svarbiausi ir tinkami nuolatiniam stebėjimui PSPS teikiamų asmens sveikatos paslaugų kokybės rodikliai, kuriuos monitoruojant būtų galima užtikrinti ir gerinti šiuose skyriuose teikiamos sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

3. PRIĖMIMO – SKUBIOS PAGALBOS SKYRIŲ KOKYBĖS RODIKLIAI

3.1. Priėmimo – skubios pagalbos rodiklių klasifikacija

Didėjant pacientų srautams PSPS, kylant šių skyrių perkrovimo problemai, kyla grėsmė, kad to pasekoje nukentės PSPS teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė. Siekiant užtikrinti kokybiškų paslaugų teikimą PSPS, ypač didėjant pacientų srautams juose, būtina žinoti kokie procesai vyksta PSPS, kokiais rodikliais remiantis galima šiuos procesus įtakoti, kokie veiksniai gali būti reikšmingi PSPS kokybės rodiklių pokyčiams, bei kokius rodiklius įmanoma be papildomos įrangos, ar priemonių nuolat stebėti.

Kadangi visame pasaulyje situacija PSPS panaši, pastarąjį dešimtmetį Vakarų Europoje publikuota nemažai mokslinių straipsnių, kurių pagrindinis tikslas buvo nustatyti ir susisteminti PSPS veiklos kokybės rodiklius. Vienoje pirmųjų publikacijų, kurioje ieškota, kaip įvertinti šių

¹³⁶ Mockup, John C., David Sklar P., Joel Geiderman M., Kelly Bookman J. „Emergency department crowding, part 1—concept, causes, and moral consequences.“ *Annals of Emergency Medicine* 53, nr. 5 (2009): 605-611. Žiūrėta 2018 01 05 [http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(08\)01783-6/fulltext](http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(08)01783-6/fulltext)

¹³⁷ Burokienė, Sigita, Juozas Raistenskis, Marius Strička, Vytautas Usonis. „Pagalba vaikams priėmimo-skubios pagalbos skyriuose Lietuvos ligoninėse: Ligoninių srautai ir naudojimosi paslaugomis tendencijos.“ *Sveikatos mokslai* 22, nr. 3 (2012): 54-57.

¹³⁸ Hoot, Nathan R., Dominik Aronsky. „Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions.“ *Annals of Emergency Medicine* 52, nr. 2 (2008): 126-136. Žiūrėta 2018 02 12 [http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(08\)00606-9/fulltext](http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(08)00606-9/fulltext)

¹³⁹ Mills Angela M., Frances S. Shofer, Esther H. Chen, Judd E. Hollander, Jesse M. Pines. „The association between emergency department crowding and analgesia administration in acute abdominal pain patients.“ *Academic Emergency Medicine* 16, nr. 7 (2009): 603-608. Žiūrėta 2018 02 13 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1553-2712.2009.00441.x>

¹⁴⁰ Bernstein, Steven L., Brent R. Asplin. „Emergency department crowding: old problem, new solutions.“ *Emergency Medicine Clinics of North America* 24, nr. 4 (2006): 821-837. Žiūrėta 2018 02 13 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1553-2712.2008.00295.x>

¹⁴¹ Pines, Jesse M., Judd Hollander E. „Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain.“ *Annals of Emergency Medicine* 51, nr. 1 (2008): 1-5. Žiūrėta 2018 02 12 [http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(07\)01297-8/fulltext](http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(07)01297-8/fulltext)

skyrių paslaugų teikimo kokybę, publikuota dar 2002 metais¹⁴². Šio straipsnio autoriai apie skubios pagalbos skyriuose vykstančius procesus rašė, kaip apie naują reiškinį, reikalaujantį naujų įgūdžių, technologijų, o svarbiausia, kitokios vadybos, kuri veda į visiškai naują organizacinę kultūrą¹⁴³. Su šiuo iššūkiu susidūria ir nūdienos Lietuvos PSPS administratoriai, kuriems trūksta žinių apie šiuose skyriuose vykstančius procesus, bei įgūdžių, kaip juos stebėti, analizuoti ir tobulinti.

Remiantis sveikatos priežiūros paslaugų kokybės mokslo pradininku A. Donebedian'u, kokybės rodikliai skirstomi į struktūros, proceso ir išeičių rodiklius¹⁴⁴. Struktūra apima ne tik paties skyriaus patalpų išplanavimą, bet ir diagnostikai naudojamą įrangą, personalą, diagnostikos protokolus ir gaires, o taip pat ir paties skyriaus darbo organizavimą, atsižvelgiant į galimybes stebėti, analizuoti ir vertinti asmens sveikatos priežiūros kokybę¹⁴⁵, arba tiesiog užtikrinti kokybės vadybos proceso tęstinumą.

Analogiškai nūdienos situacijai Lietuvoje, straipsnio autoriai akcentavo, kad 2002 metais skubios pagalbos skyrių struktūros dėka buvo galima tikrai užtikrinti tam tikrą paslaugų kokybės laipsnį, bet nebuvo galimybių tinkamai analizuoti PSPS vykstančių procesų ir užtikrinti kokybės gerinimo procesą¹⁴⁶. Proceso rodikliais vadinami matavimai susiję su pacientu, kuriam PSPS teikiama asmens sveikatos priežiūros paslauga, ir kurie, siekiant tobulinti šį procesą, gali būti keičiami¹⁴⁷. Išeičių rodiklius galima įvertinti jau po to, kai pacientui buvo suteikta asmens sveikatos priežiūros paslauga ir kai jis išvyksta iš PSPS: tai mirštamumo, sergamumo ir gyvenimo kokybės rodikliai¹⁴⁸. Sergamumo ir mirštamumo svarbiausiomis laikomų (dažniausių, potencialiai galimų išvengti) ligų rodikliai nuolat visuotinai monitoruojami, pavyzdžiui mirštamumas nuo miokardo infarkto, sergamumas širdies ir kraujagyslių ligomis registruojami Higienos instituto ir pateikiami sveikatos statistikos kasmetiniuose leidiniuose. Tačiau, daugumos išeičių rodiklių rezultatus PSPS teikiamų paslaugų kokybė įtakoja menkai, išskyrus ūmaus ST pakilimo MI infarkto, bei ūmaus galvos smegenų insulto, tinkamo trombolizei, atvejus.

¹⁴² Graff, Louis, Carl Stevens, Daniel Spaite, JoAnne Foody. „Measuring and Improving Quality in Emergency Medicine.“ *Academic Emergency Medicine* 9, nr. 11 (2002): 1091-1107.. Žiūrėta 2018 02 21
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1197/aemj.9.11.1091>

¹⁴³ Ibid.

¹⁴⁴ Donabedian A. " Evaluating the quality of medical care." *Milbank Quarterly*, 1966: 166-206. Žiūrėta 2018 03 12
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>

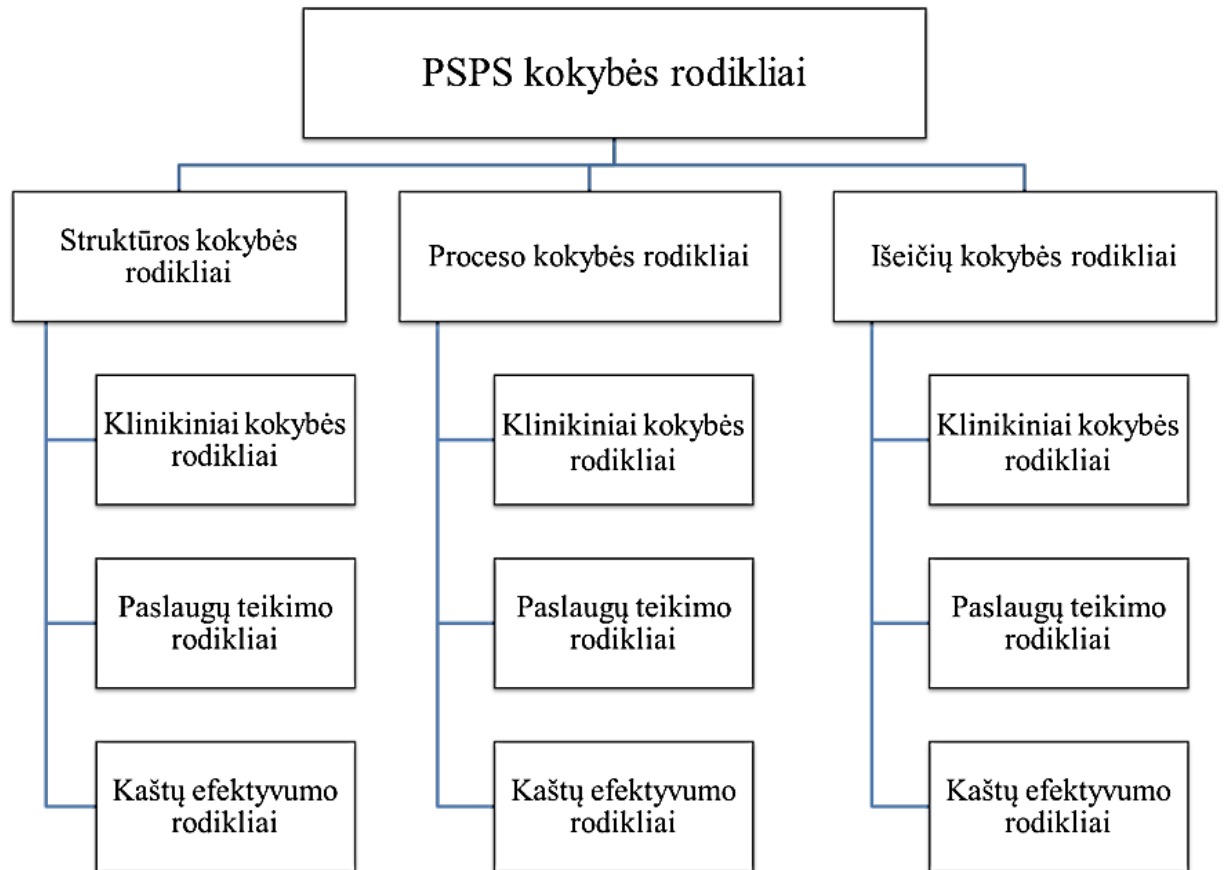
¹⁴⁵ Supra note 142.

¹⁴⁶ Supra note 142.

¹⁴⁷ Supra note 142.

¹⁴⁸ Supra note 142.

1 pav. Priėmimo – skubios pagalbos kokybės rodiklių klasifikacija.



Šaltinis: sudaryta autorės pagal Graff, Louis, Carl Stevens, Daniel Spaite, JoAnne Foody. „Measuring and Improving Quality in Emergency Medicine.“ Academic Emergency Medicine 9, nr. 11 (2002): 1091-1107.. Žiūrėta 2018 02 21 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1197/aemj.9.11.1091>.

Analizei tinkamų rodiklių paieška tampa lengviau išpildoma, kai jie susisteminami atitinkamai vykstančiam PSPS procesui. Šiuo tikslu, kiekviena iš šių kokybės rodiklių grupių dar savo ruožtu gali būti suskirstyta į klinikinius kokybės rodiklius, paslaugų teikimo kokybės ir kaštų efektyvumo rodiklius¹⁴⁹.

Klinikiniai kokybės rodikliai atspindi, kiek konkretus veiksmas ir/ar sprendimas atitinka įrodymais pagrįstas tam tikrų sveikatos būklių ir ligų diagnostikos ir/ar gydymo gairių rekomendacijas, pavyzdžiui laikas nuo paciento, kuriam atsirado kraujotakos sutrikimo galvos smegenyse (insulto) simptomai, atvykimo į PSPS ir trombolizei (kraujagyslės atkimšimui) naudojamo vaisto sušvirkštimo. Klinikiniai kokybės rodikliai, savo ruožtu, dar gali būti skirstomi į

¹⁴⁹ Graff, Louis, Carl Stevens, Daniel Spaite, JoAnne Foody. „Measuring and Improving Quality in Emergency Medicine.“ Academic Emergency Medicine 9, nr. 11 (2002): 1091-1107. Žiūrėta 2018 02 21 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1197/aemj.9.11.1091>.

saugumo, efektyvumo, savalaikiškumo ir teisingumo (visiems lygiateisiškai teikiamos paslaugos)¹⁵⁰.

Paslaugų teikimo kokybės rodikliai atspindi pacientų lūkesčių patenkinimo lygį, pavyzdžiui laikas nuo atvykimo į PSPS ir gydytojo apžiūros, ar laikas nuo paciento atvykimo iki gydymo paskyrimo¹⁵¹. Norint įvertinti pastaruosius rodiklius, reikalinga elektroninė PSPS procesų stebėjimo sistema, nes analizuojant rankiniu būdu, reikalingi papildomi žmogiškieji ištekliai. Todėl dažnai pasitenkinama pacientų anketinių apklausų analize, arba kasmetinėmis ASPĮ medicininio audito išvadomis.

Kaštų efektyvumo rodikliai reikalauja išsamios analizės, tokio kokybės rodiklio pavyzdžiu galėtų būti sirgusių ir pasveikusiujų gydant antibiotikais nuo vidurinės ausies uždegimo pacientų, dalis ir procentas gydytų simptominio gydymo priemonėmis¹⁵². Šių rodiklių apskaičiavimas ir analizė reikalauja ilgalaikio atskirų dominančių atvejų grupių perspektyvinio stebėjimo.

Kita vertus, visi šie rodikliai gali būti naudojami pacientams teikiamų asmens sveikatos paslaugų kokybės vertinimui skirtinguose lygmenyse.

3.2. Į pacientą orientuoti priėmimo – skubios pagalbos proceso rodikliai

Pastaruosius 20 – 30 metų vis daugiau moksliniuose žurnaluose publikuojama straipsnių, kuriuose pateikiamos įvairios PSPS veiklos kokybės rodiklių klasifikacijos, o ypač pastarąjį dešimtmetį^{153 154 155 156 157}. Klasifikacijos įvairios, vienos apimta tik proceso rodiklius, kitos platesnės, išskiriančios iki 200 įvairių PSPS vykstančius procesus atspindinčių rodiklių. Daugumoje šių mokslinių tyrimų kokybės rodikliai nustatyti Delfų metodu, apklausiant skubios medicinos

¹⁵⁰ Graff, Louis, Carl Stevens, Daniel Spaite, JoAnne Foody. „Measuring and Improving Quality in Emergency Medicine.“ *Academic Emergency Medicine* 9, nr. 11 (2002): 1091-1107. Žiūrėta 2018 02 21 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1197/aemj.9.11.1091>.

¹⁵¹ Ibid.

¹⁵² Ibid.

¹⁵³ Coleman, Patricia, Jon Nicholl. „Consensus methods to identify a set of potential performance indicators for systems of emergency and urgent care.“ *Journal of Health Services Research & Policy* 15, nr. 2 (2010): 12-18. Žiūrėta 2018 02 21 <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1258/jhsrp.2009.009096>

¹⁵⁴ Heyworth, John. „Emergency medicine - quality indicators: the United Kingdom perspective.“ *Academic Emergency Medicine* 18, nr. 12 (2011): 1239-1241. Žiūrėta 2018 02 21 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1553-2712.2011.01223.x>

¹⁵⁵ Schull MJ, Guttman A, Leaver CA, Vermeulen M, Hatcher CM, Rowe BH, et al. „Prioritizing performance measurement for emergency department care: consensus on evidence-based quality of care indicators.“ *Canadian Journal of Emergency Medicine* 13, nr. 5 (2011): 300-309. Žiūrėta 2018 03 12 <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/S1481803500000555>

¹⁵⁶ Welch, Shari J., Brent Asplin R., Suzanne Stone-Griffith, Steven Davidson J., James Augustine, Jeremiah Schuur. „Emergency department operational metrics, measures and definitions: results of the second performance measures and benchmarking summit.“ *Annals of Emergency Medicine* 58, nr. 1 (2011): 33-40. Žiūrėta 2018 03 12 [http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(10\)01498-8/fulltext](http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(10)01498-8/fulltext)

¹⁵⁷ McClelland, Mark S., Karen Jones, Bruce Siegel, Jesse Pines M. „A field test of time-based emergency department quality measures.“ *Annals of Emergency Medicine* 59, nr. 1 (2012): 1-10. Žiūrėta 2018 03 13 [http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(11\)00677-9/fulltext](http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(11)00677-9/fulltext)

ekspertus, daugiausia mokslininkus, kurie analizuoja PSPS vykstančius procesus. Šiuose straipsniuose identifikuoti tik tie kokybės rodikliai, kuriuos galima naudoti paslaugų teikimo kokybės stebėsenai ir analizei, bei asmens sveikatos paslaugų kokybės tobulinimo tikslais. Daugumoje šių mokslinių publikacijų ypatingas dėmesys nukreiptas į laiko ir į orientuotus (centruotus) į pacientą rodiklius. Šių tyrimų duomenys buvo apibendrinti danų autorių apžvalgoje, kur, atsižvelgiant į rodiklių gausą, bandyta juos susisteminti ir kritiškai įvertinti jų reikšmę, išrenkant iš kelių šimtų rodiklių svarbiausius galimybių tobulinti kokybės vadybos procesą aspektu ir nesudėtingai nustatomus, bei apskaičiuojamus¹⁵⁸.

Taigi, pastarųjų dešimtmečių mokslininkų pagrindinis tikslas, identifikuoti tuos rodiklius, kuriuos būtų nesudėtinga stebėti, analizuoti, o remiantis analizės duomenimis, gerinti paslaugų teikimo procesus.

Keletas priežasčių lemia PSPS vykstančių procesų specifiškumą:

- tiek pacientų srautas, tiek jų sudėtingumas klinikinė prasme sunkiai prognozuojamas
- kokybiškų paslaugų teikimui būtini greitai vykdomi procesai tiek sveikatai pavojingų būklių atpažinimo, tiek jų klinikinio įvertinimo, tiek diagnostikos ir gydymo¹⁵⁹.

Šios priežastys nulemia laiko rodiklių, įvertinančių viso proceso, ar jo dedamosios trukmę, dažniausiai vertinami nuo paciento atvykimo į PSPS iki kurio nors proceso etapo.

Laiko rodiklių yra net 17, tačiau vieni stebimi ir analizuojami dažniau, kiti rečiau, pavyzdžiui, dažnai stebimi rodikliai: laikas nuo paciento atvykimo į PSPS iki pirmojo kontakto su medicinos personalu, arba laikas nuo atvykimo iki pacientų rūšiavimo (triažo), kurio metu priskiriama tam tikra skubios, ar neskubios pagalbos kategorija, tačiau dažniausiai stebimas ir analizuojamas rodiklis yra paciento PSPS buvimo trukmė, išmatuojama nuo paciento atvykimo į PSPS iki jo išrašymo ambulatoriniam gydymui, arba į stacionaro skyrių, arba į kitą stacionaro paslaugas teikiančią ASPĮ. Kai kurių autorių teigimu, paciento buvimo trukmė PSPS yra ne tik kokybės rodiklis, bet ir netiesioginis skubios pagalbos skyriaus efektyvumo matas¹⁶⁰, kurį sutrumpinus, mažėja pacientų spūsčių skubios pagalbos skyriuose rizika. Šį rodiklį lengva išmatuoti iš duomenų

¹⁵⁸ Sørup, Christian M., Peter Jacobsen, Jakob Forberg L. „Evaluation of emergency department performance – a systematic review on recommended performance and quality-in-care measures.“ *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 21 (2013). Žiūrėta 2018 03 13
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3750595/>

¹⁵⁹ Ibid.

¹⁶⁰ Schull MJ, Guttman A, Leaver CA, Vermeulen M, Hatcher CM, Rowe BH, et al. „Prioritizing performance measurement for emergency department care: consensus on evidence-based quality of care indicators.“ *Canadian Journal of Emergency Medicine* 13, nr. 5 (2011): 300-309. Žiūrėta 2018 03 12
<https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/S1481803500000555>

kompiuterinėje sistemoje¹⁶¹, ar iš ambulatorinių PSPS pacientų žurnalų. Visgi geriau skyriaus veiklos efektyvumą atspindintis rodiklis yra laikas nuo pacientų atvykimo iki gydymo pradžios, nes būtent savalaikis ir veiksmingas gydymas PSPS ir yra pagrindinis tikslas, ypač pacientams, atvykusiems dėl įvairių lokalizacijų skausmo¹⁶². Pastarojo kokybės rodiklio plačiam naudojimui trukdo apsunkintas jo apskaičiavimas dėl PSPS procesų elektroninio stebėjimo sistemų stokos, o be to, jis turi būti vertinamas, atsižvelgiant į pacientui priskirtą skubios pagalbos kategoriją¹⁶³, dėl ko apskaičiavimas tampa dar sudėtingesnis. Taigi, dažnai skaičiuojami ir vertinami tie rodikliai, kuriuos lengva įvertinti ir surinkti, nors jie ir nėra tiksliausiai atspindintys PSPS veiklos efektyvumą, tačiau pakankamai įvertinantys šiuose skyriuose teikiamų asmens sveikatos paslaugų kokybę.

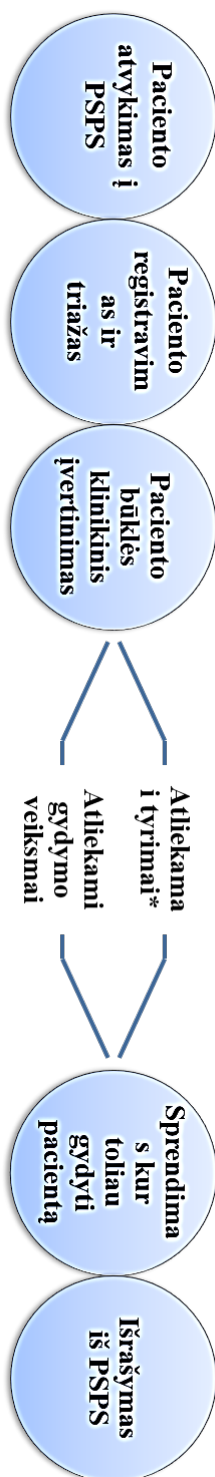
Siekiant identifikuoti laiko rodiklių grupei priskiriamus kokybės rodiklius, būtina suprasti, kokie procesai vyksta pacientui atvykus į PSPS. Pacientui atvykus į PSPS, jis registruojamas, ir kartu vyksta jo triažas, atitinkamai priskirtai skubos kategorijai, per tam tikrą laiką turi apžiūrėti PSPS konsultuojantis gydytojas, kuris, atlikęs paciento klinikinį įvertinimą (specifinį kiekvieno paciento būklei), paskiria laboratorinius, rentgenologinius ar kitus tyrimus, atlieka gydymo veiksmus, po kurių sprendžia, kur toliau pacientą gydyti.

¹⁶¹ Sørup, Christian M., Peter Jacobsen, Jakob Forberg L. „Evaluation of emergency department performance – a systematic review on recommended performance and quality-in-care measures.“ *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 21 (2013). Žiūrėta 2018 03 13
[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3750595/..](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3750595/)

¹⁶² Ibid.

¹⁶³ Ibid.

2 pav. Priėmimo – skubios pagalbos skyriuje vykstantis asmens sveikatos paslaugos teikimo proceso schema.



Šaltinis: Sudaryta autorės pagal Sørup, Christian M., Peter Jacobsen, Jakob Forberg L. „Evaluation of emergency department performance – a systematic review on recommended performance and quality-in-care measures.“ *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 21 (2013). Žiūrėta 2018 03 13
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3750595/>

Taigi, žinant, kokie procesai, kokiais etapais vyksta PSPS, atsižvelgiant į iškeltus tikslus, galima apsispręsti, kokius pasirinkti analizei kokybės rodiklius, kurių reikšmes sumažinant, ar jei reikia, padidinant, galima įtakoti teikiamų asmens sveikatos paslaugų kokybę.

Nusprendus, kurį asmens sveikatos paslaugos teikimo etapą norime gerinti, visus PSPS kokybės rodiklius galima klasifikuoti į tris grupes: su pacientu susiję rodikliai, proceso (organizaciniai) rodikliai ir personalo rodikliai¹⁶⁴. Pirmai grupei priskiriami pacientų saugumo rodikliai, tokie kaip nepageidaujami įvykiai, gydymo klaidos (retai registruojamas rodiklis), klaidingai nustatyta diagnozė (taip pat retai nustatomas) ir dažniausiai vertinamas rodiklis pakartotini nesuplanuoti vizitai į PSPS per 72 val. nuo išvykimo iš skubios pagalbos skyriaus¹⁶⁵, kurį lengva nustatyti iš registracijos duomenų elektroniniuose ar popieriniuose ambulatoriniuose PSPS žurnaluose. Tačiau tie nepageidaujamų įvykių, tiek pakartotinių vizitų skaičius nėra didelis, todėl, izoliuotas šių rodiklių analizavimas atskirame padalinyje, paslaugos kokybės ženkliai neįtakoja. Visgi, jei tokių atvejų skaičius turi tendenciją didėti, tikslinga analizuoti galimas šio reiškinio priežastis ir jas modifikuoti.

Kitą pogrupį su pacientu siejamų rodiklių galima vadinti į pacientą orientuoti (centruoti rodikliai), kuriam priskiriami pacientų skundų skaičius, pacientų, išvykusių anksčiau numatyto laiko, skaičius, išvykusių be apžiūros pacientų skaičius ir išvykusių pacientų, kuriems buvo rekomenduota tęsti gydymą, skaičius¹⁶⁶. Pacientų apklausų duomenų vertinimas išskiriamas į atskirą – pacientų pasitenkinimo – pogrupį¹⁶⁷. Šis rodiklis dėl savo santykinai paprastos tyrimo metodikos gana dažnai tiriamas studentų įvairiose Lietuvos gydymo įstaigų PSPS.

3.2.1 Priėmimo – skubios pagalbos skyriaus kokybės proceso grupės rodikliai

Savo ruožtu, proceso PSPS rodikliai taip pat suskirstyti į pogrupius. Planavimo pogrupiui priskiriami lovos užimtumo rodiklis ir PSPS apkrova¹⁶⁸. Šis rodiklis labai aktualus planuojant PSPS išteklius. Kitam, PSPS planavimui svarbių rodiklių, vadinamam sunaudojimo (angl. *utilisation*), pogrupiui priskiriami naudojimosi laboratorijos paslaugomis rodiklis (laboratorinių tyrimų skaičius), atliktų elektrokardiogramų skaičius, atskirų rūšių radiologinių tyrimų skaičius, gydytojų specialistų konsultacijų skaičius, kito PSPS personalo krūvis ir medikamentų sunaudojimas¹⁶⁹. Šie

¹⁶⁴ Sørup, Christian M., Peter Jacobsen, Jakob Forberg L. „Evaluation of emergency department performance – a systematic review on recommended performance and quality-in-care measures.“ *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 21 (2013). Žiūrėta 2018 03 13
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3750595/>.

¹⁶⁵ Ibid.

¹⁶⁶ Ibid.

¹⁶⁷ Ibid.

¹⁶⁸ Ibid.

¹⁶⁹ Ibid.

rodikliai analizuojami prognozuojant PSPS darbo procesą, bei kitais tikslais: nuo jų gali priklausyti kiti, ypač laiko pogrupiui priskiriami proceso rodikliai, tame tarpe paciento PSPS buvimo laikas. Efektyvumo pogrupiui priskirti hospitalizuotų pacientų ir išleistų ambulatoriniam gydymui rodikliai.

Didžiausias proceso rodiklių pogrupis vadinamas laiko rodiklių pogrupis, kuriems priskiriami laikas nuo atvykimo iki registracijos, laikas iki pirminio triažo (kurio metu pacientui priskiriama viena iš skubios, ar neskubios pagalbos kategorijų), laikas iki pradinio gydymo paskyrimo, laikas iki klinikinio ištyrimo pradžios, paciento buvimo PSPS trukmė (laikas nuo paciento atvykimo į skyrių iki išrašymo į stacionaro skyrių, kitą stacionaro paslaugas teikiančią ASPĮ, ar ambulatoriniam gydymui), paties triažo trukmė, laikas nuo sprendimo hospitalizuoti iki paciento išrašymo iš PSPS, laikas nuo patekimo į gydymui skirtą patalpą (pavyzdžiui į stebėjimo palatą ar gydytojo konsultacijų kabinetą) iki gydytojo apžiūros, laikas nuo pirminės apžiūros iki pradinio gydymo paskyrimo, laikas nuo pirminės apžiūros iki hospitalizacijos, laikas nuo pirminės apžiūros iki klinikinio sprendimo, laikas nuo pirminės apžiūros iki išrašymo/ perkėlimo į kitą asmens sveikatos priežiūros įstaigą, laikas nuo paciento registracijos iki radiologinio tyrimo paskyrimo, laikas nuo radiologinio tyrimo paskyrimo iki jo atlikimo, laikas nuo atliktų tyrimų rezultatų gavimo iki klinikinio sprendimo, laikas nuo laboratorinių tyrimų paskyrimo iki jų atlikimo (laboratorijos darbas), bei lovų logistiką atspindintis rodiklis – laikas nuo lovos užsakymo iki lovos paskyrimo¹⁷⁰. Pastarasis Lietuvoje kol kas mažai aktualus, nes daugelyje Lietuvos PSPS struktūroje nėra fiksuotų lovų.

2 lentelė. Priėmimo – skubios pagalbos skyriaus kokybės proceso rodikliai.

Pogrupis	Kokybės rodikliai
Planavimo	Lovos užimtumo rodiklis PSPS apkrova Panaudojimo kokybės rodikliai: <ul style="list-style-type: none"> • naudojimosi laboratorijos paslaugomis rodiklis, • atliktų elektrokardiogramų skaičius, • atskirų rūšių radiologinių tyrimų skaičius, • specialistų konsultacijų skaičius, • PSPS personalo krūvis,

¹⁷⁰ Sørup, Christian M., Peter Jacobsen, Jakob Forberg L. „Evaluation of emergency department performance – a systematic review on recommended performance and quality-in-care measures.“ *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 21 (2013). Žiūrėta 2018 03 13
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3750595/>

	<ul style="list-style-type: none"> • medikamentų sunaudojimas
Efektyvumo	Hospitalizuotų pacientų skaičius Išleistų ambulatoriniam gydymui pacientų skaičius
Laiko	Laikas nuo atvykimo iki registracijos Laikas nuo atvykimo iki pirminio triažo Laikas nuo atvykimo iki pradinio gydymo paskyrimo Laikas nuo atvykimo iki klinikinio ištyrimo pradžios Paciento buvimo PSPS trukmė Triažo trukmė Laikas nuo sprendimo hospitalizuoti iki paciento išrašymo iš PSPS Laikas nuo patekimo į gydymui skirtą patalpą iki gydytojo apžiūros Laikas nuo pirminės apžiūros iki pradinio gydymo paskyrimo Laikas nuo pirminės apžiūros iki hospitalizacijos Laikas nuo pirminės apžiūros iki klinikinio sprendimo Laikas nuo pirminės apžiūros iki išrašymo/ perkėlimo į kitą asmens sveikatos priežiūros įstaigą Laikas nuo paciento registracijos iki radiologinio tyrimo paskyrimo Laikas nuo radiologinio tyrimo paskyrimo iki jo atlikimo Laikas nuo atliktų tyrimų rezultatų gavimo iki klinikinio sprendimo Laikas nuo laboratorinių tyrimų paskyrimo iki jų atlikimo Laikas nuo lovos užsakymo iki lovos paskyrimo

Šaltinis: sudaryta autorės pagal Sørup, Christian M., Peter Jacobsen, Jakob Forberg L. „Evaluation of emergency department performance – a systematic review on recommended performance and quality-in-care measures.“ *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 21 (2013). Žiūrėta 2018 03 13 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3750595/>

Lietuvoje atliktų tyrimų apie PSPS kokybės rodiklius nėra, tačiau G. Virketis savo disertacijoje nagrinėjęs skubios pagalbos modelį, anketinės apklausos metodu išaiškino poreikį į ASPI kokybės vertinimo kriterijus įtraukti skubios medicinos pagalbos suteikimo trukmę (apsilankumo PSPS laiką), šį pasiūlymą pateikė disertacijos rekomedacijų skyriuje¹⁷¹. Kita vertus, rodiklio pavadinimas svarstytinas: pavadinus tiesiog skubios medicinos pagalbos teikimo trukmę, į analizę nebus įtraukiami pacientai PSPS konsultuoti dėl būklių, neatitikusių skubios medicinos pagalbos kategorijų.

¹⁷¹ Virketis, Gintautas. „Skubios medicinos pagalbos sistemos valdymo tobulinimas“. Daktaro disertacija. Klaipėdos Universitetas. 2017, psl. 149.

Taigi, literatūros šaltiniuose pateikiama gausybė įvairius PSPS veiklos aspektus atspindinčių kokybės rodiklių, kurių dauguma dėl šių skyrių specifikos orientuoti į laiką. Sutrumpinus pacientų laiką iki triažo, sumažėja rizika neatpažinti gyvybei grėsmingų, kuo skubescnio ištyrimo ir gydymo reikalaujančių būklių. Be to, sutrumpinus pacientų buvimo PSPS trukmę, galima išvengti pacientų spūscių skubios pagalbos skyriuose. Analogiškai, dėl tos pačios priežasties galima vertinti ir analizuoti laiko iki gydytojo apžiūros rodiklį, laiko iki pradinio gydymo paskyrimo ir laiko iki sprendimo hospitalizuoti/išleisti iš PSPS ambulatoriniam gydymui rodiklius. Žinoma, akiai orientotis į laiko rodiklių sumažinimą negalima, todėl atskirose šalyse, net PSPS 6 sigma metodu nustatomos tam tikros tikslinės trukmės, pavyzdžiui triažo trukmė iki 10 min., pacientų buvimo PSPS trukmė iki 4 val.¹⁷².

4. PRIĖMIMO – SKUBIOS PAGALBOS SKYRIŲ KOKYBĖS RODIKLIUS ĮTAKOJANTYS VEIKSNIAI

Remiantis literatūros duomenimis, yra nemažai veiksnių, kurie keičia neigiama linkme PSPS teikiamų paslaugų kokybę, tačiau svarbiausiais laikomi PSPS perpildymas, organizaciniai PSPS veiksniai ir nuo pacientų prieklausantys veiksniai, tame tarpe demografiniai (pacientų amžius). Nuo pacientų priklausomų veiksnių neįmanoma pašalinti, ar reguliuoti jų įtaką, tačiau, atsižvelgiant į juos, galima planuoti ir modifikuoti PSPS vykstančius procesus.

4.1. Pacientų spūscys priėmimo – skubios pagalbos skyriuose

Su laiko rodikliais tampriai susijęs pacientų spūscių PSPS reiškinys, dar vadinamas PSPS perpildymu (angl. *overcrowding*). Lietuvoje tyrimų, analizavusių šį unikalų PSPS reiškinį, tačiau JAV, kur daugiausia duomenų apie skubios medicinos paslaugas teikiančių įstaigų PSPS problemas, mokslininkų duomenimis, šis reiškinys siejamas tiek su asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo prastesne kokybe, tiek su ekonominiais nuostoliais¹⁷³.

Rašant apie PSPS perpildymą, akcentuojama, kad dėl šio reiškinio nukenčia pacientų saugumas ir medicininė priežiūra, pavyzdžiui per vėlai skiriamas įrodymais pagrįstas antibakterinis pneumonijos gydymas, kuris turi būti skiriamas per 4 val. nuo paciento atvykimo į PSPS¹⁷⁴. Tuo tarpu Lietuvoje, remiantis naujausiomis pneumonijos diagnostikos ir gydymo gairėmis – Lietuvos

¹⁷² Shiver, John M., David Etel. *Optimizing Emergency Department Throughput*. New York: CRC Press Productivity press, 2010, psl. 41.

¹⁷³ Handel, Daniel A., Joshua A. Hilton, Michael J. Ward, Elaine Rabi, Frank L. Zwemer, Jesse M. Pines. „Emergency Department Throughput, Crowding, and Financial Outcomes for Hospitals.“ *Academic Emergency Medicine* 17, nr. 8 (2010): 840–847. Žiūrėta 2018 02 19 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1553-2712.2010.00814.x>

¹⁷⁴ Ibid.

pulmonologų sutarimu, rekomenduojama gydymą antibiotikais pradėti kuo greičiau, neįvardijant tikslų laiko ribų¹⁷⁵. Dėl PSPS perpildymo, pacientams, ištiktiems ūmaus miokardo infarkto uždelsiamas gydymo gairėmis rekomenduojamas reperfuzinės terapijos (užkimštos kraujagyslės atvėrimo) skyrimas, dėl ko išauga tiek pačios nesavalaikės procedūros, tiek pačios ligos (miokardo infarkto) komplikacijų skaičius, kurios ženkliai pablogina pacientų gyvenimo kokybę¹⁷⁶. Svarbu paminėti ir tai, kad pacientams, atvykusiems su krūtinės skausmu, dėl uždelsto diagnostikos proceso, daugiau stebima komplikacijų, o sunkios būklės pacientų mirštamumas stacionare išauga¹⁷⁷. Dėl pacientų spūsčių PSPS prailgėja jų buvimo laikas šiame skyriuje, bei, dar svabiau, padaugėja išvykusių be gydytojo apžiūros pacientų¹⁷⁸, kurių skaičius yra svarbus į pacientą orientavimosi PSPS kokybės rodiklių. Tai tik keletas pavyzdžių, kokią įtaką PSPS teikiamų paslaugų kokybei daro šis reiškinys tiek PSPS kokybės rodikliams, tiek pacientų gyvenimo kokybei.

Dėl PSPS perpildymo pacientais gali padidėti pacientų nepasitenkinimo šiuose skyriuose teikiamomis paslaugomis rizika. Dar 2013 metų JAV Amerikos skubios medicinos gydytojų ataskaitoje įvardintos ir kitos PSPS perpildymo pasekmės: pacientai gydomi tam nepritaikytose vietose, pvz.: koridoriuose, laukimo salėse, pacientai, kurie turi būti gydomi stacionaro skyriuose, ir toliau gydomi PSPS skyriaus personalo, o dėl šių priežasčių padidėja tiek pastarųjų pacientų, tiek naujai atvykusių mirštamumas ir ligotumas, bei užvilkinamas naujai atvykusių pacientų ištyrimas ir pradinio gydymo paskyrimas, be to, daugiau pacientų išvyksta anksčiau, nebaigę gydymą¹⁷⁹. Remiantis šiais duomenimis, galima teigti, kad siekiant sumažinti PSPS perpildymo riziką ir tobulinti šių skyrių paslaugų teikimo kokybę, būtina analizuoti PSPS paslaugų teikimo procesus.

PSPS perpildymo priežastys gali būti nepakankamas paties PSPS dydis, lovų jame skaičius, personalo stygius, kurį, kaip priežastį, dažniausiai akcentuoja patys PSPS darbuotojai. Tačiau, ne tiek struktūros kokybės rodikliai įtakoja šio reiškinio atsiradimą, kiek organizaciniai. Atsižvelgiant į PSPS perpildymo reiškinio apibrėžimą, kuris pavadina PSPS perpildymą reiškiniumi, atsirandančiu dėl pacientų perkėlimo iš vienos asmens sveikatos paslaugos teikimo proceso grandies į kitą surtikimo, pristigus galimybių laiku pacientų perkelti į jų būklę atitinkantį stacionaro skyrių, arba į kitą ligoninę, arba išrašyti ambulatoriniam gydymui¹⁸⁰, išaiškėja, kad organizaciniai PSPS veiksniai

¹⁷⁵ Sakalauskas, Raimundas, Edvardas Danila, Kęstutis Malakauskas, Rolandas Zablockis, Astra Vitkauskienė ir kiti. Suaugusiųjų pneumonijos diagnostika ir gydymas. Kaunas: UAB "Spaudos praktika", 2016, psl. 21.

¹⁷⁶ Handel, Daniel A., Joshua A. Hilton, Michael J. Ward, Elaine Rabi, Frank L. Zwemer, Jesse M. Pines. „Emergency Department Throughput, Crowding, and Financial Outcomes for Hospitals.“ *Academic Emergency Medicine* 17, nr. 8 (2010): 840–847. Žiūrėta 2018 02 19 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1553-2712.2010.00814.x>.

¹⁷⁷ Ibid.

¹⁷⁸ Ibid.

¹⁷⁹ American College of Emergency Physicians (ACEP). "Crowding. Policy statement." *Annals of Emergency Medicine*, 2013: 726-727. Žiūrėta 2018 02 21 [http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(13\)00321-1/fulltext](http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(13)00321-1/fulltext)

¹⁸⁰ Supra note 176.

šio reiškinių genezėje žymiai svarbesni. Viena dažniausiai literatūroje minimų priežasčių yra nepakankamas stacionaro skyrių lovų skaičius pacientų iš PSPS hospitalizacijai^{181, 182}. Dėl šios priežasties pacientai, kuriems reikalingas tolimesnis gydymas stacionaro skyriuose užima PSPS lovas, naudojasi šio skyriaus žmogiškaisiais ir materialiniais ištekliais, dėl to naujai į PSPS atvykusiems pacientams laiko ir resursų skiriama nepakankamai.

Literatūros duomenimis PSPS perpildymo problema dažniausiai kyla dėl skubos tvarka iš PSPS hospitalizuojamų ir planine tvarka guldomų pacientų konkurenciniu principu vykstančio patekimo į stacionaro lovas, ypač pirmoje darbo dienų pusėje (nuo pirmadienio iki penktadienio)¹⁸³. Tačiau ši pacientų, kuriuos reikia gydyti stacionare, per ilgo buvimo PSPS priežastis nėra vienintelė. Svarbus ne tik varžymasis tarp planinio ir skubos tvarka guldomų pacientų srauto, bet ir kitos procesinės priežastys, tokios kaip laisvų lovų nebuvimas skyriuose, kur pagal savo būklę pacientas turi būti gydomas ir laisvų lovų buvimas skyriuose, kuriame konkretus pacientas dėl savo būklės negali būti gydomas, pvz.: gripu sergantis pacientas negali būti gydomas kartu su pacientais po transplantacijos tame pačiame skyriuje. Be to, dėl PSPS greičiau atliekamų tiek instrumentinių, tiek laboratorinių tyrimų, stacionaro skyrių personalas ir/ar administracijos atstovai pageidauja, kad pacientas būtų hospitalizuojamas jau atlikus visus tyrimus, kartais ir perteklinius, taip prailginant gydymo į skyrių laiką.

Taigi, PSPS perkrovimo priežastys gali būti tiek išorinės (didėjantis besikreipiančių pacientų srautas, stacionaro lovų trūkumas), tiek ir vidinės, tokios kaip PSPS lovų, personalo stoka, ar planinių ir skubos tvarka hospitalizuojamų pacientų varžymasis dėl tų pačių lovų, stacionaro skyrių personalo, o Lietuvoje ir PSPS personalo, noras kuo išsamiau iširti pacientą prieš hospitalizuojant, nors sprendimui hospitalizuoti tokios apimties tyrimų planas nereikalingas.

Yra duomenų, kad skubos tvarka hospitalizuojamų pacientų skaičius gali būti nesunkiai prognozuojamas, nes jis dažniausiai yra panašus, ir kinta neženkliai. Be abejo, gali varijuoti skirtingų profilių stacionaro skyrių lovų poreikis. Tuo tarpu, literatūros duomenimis, planinės hospitalizacijos poreikiams lovų skaičius gali gana smarkiai varijuoti, tame tarpe ir intensyvios terapijos skyriuose¹⁸⁴. Kita vertus, dirbtinai mažinti planinės hospitalizacijos srautą vien dėl to, kad

¹⁸¹ Olshaker, Jonatan S., Niels Rathlev K. „Emergency department overcrowding and ambulance diversion: the impact and potential solutions of extended boarding of admitted patients in the emergency department.“ *Journal of Emergency Medicine* 30, nr. 3 (2006): 351–356. Žiūrėta 2018 02 20 [http://www.jem-journal.com/article/S0736-4679\(05\)00442-7/fulltext](http://www.jem-journal.com/article/S0736-4679(05)00442-7/fulltext).

¹⁸² Rathlev, Niels K., John Chessare, Jonathan Olshaker et al. „Time series analysis of variables associated with daily mean emergency department length of stay.“ *Annals of Emergency Medicine* 49, nr. 3 (2007): 265–71. Žiūrėta 2018 02 20 [http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(06\)02528-5/fulltext](http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(06)02528-5/fulltext)

¹⁸³ Bernstein, Steven L., Brent R. Asplin. „Emergency department crowding: old problem, new solutions.“ *Emergency Medicine Clinics of North America* 24, nr. 4 (2006): 821–837. Žiūrėta 2018 02 19 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0733862706000587?via%3Dihub>

¹⁸⁴ Handel, Daniel A., Joshua A. Hilton, Michael J. Ward, Elaine Rabi, Frank L. Zwemer, Jesse M. Pines. „Emergency Department Throughput, Crowding, and Financial Outcomes for Hospitals.“ *Academic Emergency Medicine* 17, nr. 8 (2010): 840–847. Žiūrėta 2018 02 19 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1553-2712.2010.00814.x>

PSPS būtų pakankamai vietų suguldyti pacientus skubos tvarka, ekonomiškai neracionalu. Be to, dėl to prailgėja eilės planinėms operacijoms ir procedūroms, didina pacientų nepasitenkinimą asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarka.

Vykdamas sveikatos apsaugos sistemos reformą ir siekiant racionaliau naudoti sveikatos apsaugos sistemos materialinius ir žmogiškuosius išteklius, tikslinga mažinti stacionarų paslaugų, o tuo pačiu ir tokių lovų, didinant ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo apimtį. Pagal 2015 metais patvirtintą LR Vyriausybės nutarimo „Dėl ketvirto sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo plano patvirtinimo“ 15.3 punktą siekiama „optimizuoti stacionarines paslaugas, nesudėtingas paslaugas perkeltiant į dienos stacionaro, dienos chirurgijos ir ambulatorinį lygmenį, nepabloginant šių paslaugų kokybės ir saugumo“¹⁸⁵. Taigi, svarstyti stacionaro lovų didinimo, ar planinių asmens sveikatos paslaugų mažinimo galimybę, neracionalu ir ekonomiškai nuostolinga. Vienintelis teisingas kelias analizuoti PSPS vykstančių procesų kokybės rodiklius, juos įtakojant, tobulinti sveikatos paslaugų teikimo kokybę.

Kita vertus, stacionaro skyrių administratoriai dažnai šioje situacijoje linkę piktnaudžiauti, planine tvarka hospitalizuojami pacientai jaunesnio amžiaus, hospitalizuojami šeimos gydytojo ar gydytojo specialisto siuntimu prieš tai koregavus lėtinių, jei pacientas serga gretutinėmis ligomis, gydymą, todėl dažniau gydomi trumpiau, jų gydymui reikia mažiau resursų, ypač terapinio profilio skyriuose.

Skubos tvarka iš PSPS hospitalizuojami pacientai dėl ūmių sunkių susirgimų, ar lėtinių ligų paūmėjimų, nemaža dalis tokių pacientų serga ne viena gretutine liga, yra vyresni nei 65 metų, todėl stacionaro skyrių administratoriai, siekdami mažiau hospitalizuoti pacientų skubos tvarka, tikisi sumažinti atskirų skyrių gydymo kaštus, bei sumažinti eiles planinėms hospitalizacijoms. Tai įrodo skubos ir planine tvarka hospitalizuojamų pacientų proporcijų skirtumai skirtingo lygmens ligoninėse: universiteto, respublikinėse ligoninėse iš PSPS pacientų hospitalizuojama mažesnė dalis, nei savivaldybių ligoninėse, pvz.: per 2016 metus Vilniaus miesto klinikinėje ligoninėje planine tvarka į terapijos profilio skyrius hospitalizuota tik 8,8 proc. pacientų¹⁸⁶, tuo tarpu Lietuvos Sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno Klinikų vadovo metinėje ataskaitoje pateikta, kad skubos tvarka teiktų stacionaro paslaugų bendrai siekia 31,77 proc., o planinių 68,23 proc.¹⁸⁷. Tikslesnių ir palyginimui tinkamų duomenų, deja, ataskaitose nenurodyta, todėl, tvirtų įrodymų, kad

¹⁸⁵ Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr 1290. Dėl Ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo plano patvirtinimo. 2015 m. gruodžio 9 d. Žiūrėta 2017 12 24 <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/e6d81660a33a11e58fd1fc0b9bba68a7>

¹⁸⁶ VšĮ Vilniaus miesto Klinikinės ligoninės vadovo metinė ataskaita. vasario 22, 2017. Žiūrėta 2017 12 25

¹⁸⁷ LSMU Kauno Klinikų veiklos metinė ataskaita. 2017. Žiūrėta 2017 12 25
<https://www.vmkli.lt/attachments/article/80/VMKL%20metin%C4%97%20ataskaita%202016.pdf>
http://www.kaunoklinikos.lt/kk/images/2016_Kauno_kliniku_veiklos_ataskaita.pdf

egzistuoja reikšmingi skirtumai tarp skirtingo lygmens ligoninių planinių ir skubos tvarka hospitalizacijų, nepakanka.

Remiantis mokslinių šaltinių duomenimis, galima daryti išvadą, kad daugelio priežasčių sąlygotas PSPS perpildymas ir PSPS kokybės proceso grupės, ypač laiko pogrūpio rodikliai tampriai tarpusavyje susiję, modifikuojant pastaruosius, atitinkamai pacientų srautui, PSPS perkrovimo riziką galima sumažinti.

4.2. Priėmimo – skubios pagalbos skyrių kokybės laiko rodiklius įtakojančios organizaciniai veiksniai

Literatūroje pateikiama duomenų, kad organizaciniai veiksniai, tokie, kaip gydytojų specialistų konsultacijų skaičius PSPS esančiam pacientui, ar skiriamas gydymas, galėtų prailginti pacientų buvimo PSPS trukmę, o tuo pačiu pabloginti PSPS teikiamų paslaugų kokybę.

S. Brouns su bendraautoriais atliktame tyrime, kuriame buvo tirtos priežastys, įtakojančios pernelyg ilgą pacientų buvimo PSPS laiką, nustatyta, kad daugiau negu viena gydytojo konsultacija, didesnis tyrimų skaičius ir žemesnė konsultuojančio gydytojo kvalifikacija (studentas, gydytojas rezidentas) padidina prailgėjusio paciento buvimo PSPS laiko riziką¹⁸⁸. Pastebėtos ir kitos tendencijos: pacientų, kurie į PSPS atvyko turėdami kitos ASPĮ gydytojo siuntimą ir savarankiškai (be siuntimo) atvykusiems vyresnio amžiaus pacientams PSPS praleido trumpiau, nei atvykusieji Greitosios pagalbos (GMP) automobiliu, tuo tarpu jaunesnio amžiaus pacientams prailgėjusio buvimo PSPS trukmės rizika buvo didesnė atvykusiųjų su gydytojo siuntimu grupėje¹⁸⁹. Tyrimo autoriai vertino ir hospitalizuotų, ir išrašytų ambulatoriniam gydymui pacientų buvimo laiką PSPS, ir paaiškėjo, kad hospitalizuojami užtruko ilgiau vidutiniškai 175 min., lyginant su ambulatoriniam gydymui išleistais pacientais, kurie praleido vidutiniškai 158 min.¹⁹⁰. Be to, hospitalizuotų pacientų gydymosi stacionare trukmė buvo ilgesnė, jei jie iki hospitalizacijos PSPS praleido ilgiau, tiek jaunesnio, tiek ir vyresnio amžiaus pacientų grupėse¹⁹¹. Taigi, organizaciniai veiksniai, tokie kaip viena iš PSPS perpildymo priežasčių sprendimas hospitalizuoti, bei daugiau nei viena gydytojo specialisto konsultacija pacientui, prailgina pacientų PSPS buvimo laiką.

Panašūs rezultatai gauti ir Olandijoje vykdytame tyrime, kurio metu nustatyta, kad pacientų buvimo PSPS laikas prailgėjo dėl didesnio tyrimų ir/ar konsultuojančių gydytojų skaičiaus, o

¹⁸⁸ Brouns, Steffie H.A., Klara van der Schuit C.H., Patricia Stassen M., Suze Lambooy L.E., Jeanne Dieleman, Irene Vanderfeesten T.P. Harm Haak R. „Applicability of the modified Emergency Department Work Index (mEDWIN) at a Dutch emergency department.“ PLOS ONE, 2017. Žiūrėta 2018 03 10
<http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0135066&type=printable>

¹⁸⁹ Ibid.

¹⁹⁰ Ibid.

¹⁹¹ Ibid.

vyresniojo amžiaus pacientų grupėje ir mažesnės konsultuojančio gydytojo kompetencijos, tačiau, laikas nuo atvykimo į PPSPS iki gydytojo apžiūros dėl šių priežasčių nepakito¹⁹². Prancūzijoje vykdyto tyrimo duomenimis, pacientų, kuriems buvo atliekami laboratoriniai kraujo tyrimai, šansų santykis (ŠS) praleisti PPSPS ilgiau, kaip 4 val. siekė 3.34 (95% PI nuo 3.15 iki 3.56), o stebėjimo padalinyje net 7.81 (95% PI nuo 7.23 iki 8.43); atliekant rentgeno tyrimus 1.53 (95% PI nuo 1.45 iki 1.61) ir atitinkamai stebėjimo padalinyje 1.95 (95% PI nuo 1.85 iki 2.06)¹⁹³. Dar labiau prailgina pacientų buvimo PPSPS laiką ultragarsinių tyrimų ir brangesiems tyrimams priskiriamų magnetinio rezonanso, bei kompiuterinės tomografijos atlikimas: ŠS siekė 2.60 (95% PI nuo 2.39 iki 2.82), o stebėjimo padalinyje net 6.74 (95% nuo PI 5.98 iki 7.6)¹⁹⁴. Panašūs rezultatai gauti ir 2 metais anksčiau atliktame amerikiečių tyrime, kuriame nustatyta, kad bet kokių tyrimų pacientams atlikimas padidina jų riziką praleisti PPSPS virš 4 val. (ŠS 2.29 (95% PI nuo 1.86 iki 2.83)), tuo tarpu vien gydymo priemonių taikymas jokios įtakos neturėjo (ŠS 0.84 (95% PI nuo 0.68 iki 1.03))¹⁹⁵. Svarbu pastebėti, kad laikui imliausi laboratorinių ir magnetinio rezonanso tyrimų skyrimas, prailginantys pacientų buvimo laiką atitinkamai 72 min (95% PI nuo 66 iki 78) ir 64 min (95% PI nuo 36 iki 93), šiek tiek mažiau pacientų buvimo PPSPS laiką prailgino kompiuterinės tomografijos ir ultragarsinių tyrimų skyrimas¹⁹⁶. Remiantis šiais duomenimis, galime daryti prielaidą, kad didelės apimties paciento ištyrimas, kai kuriais atvejais perteklinis, prailgina pacientų PPSPS buvimo laiką ir sudaro prielaidas PPSPS perpildymui, dėl kurio, savo ruožtu, pacientų rizika užtrukti PPSPS ilgiau dar padidėja.

Yra duomenų, kad egzistuoja veiksniai, kurie sutrumpina pacientų PPSPS buvimo laiką. JAV atlikto tyrimo metu nustatyta, kad pacientų rūšiavimo metu skiriant tyrimus ir/ar gydymą reikšmingai sutrumpėja pacientų buvimo PPSPS¹⁹⁷, tačiau tokių veiksmų negali atlikti atitinkamai nepasirengęs, t.y. neturintis pakankamos kvalifikacijos slaugytojas. Svarbu paminėti, kad Lietuvoje kol kas tokia galimybė negali būti svarstoma dėl juridiskai reglamentuotos bendrosios praktikos

¹⁹² Vegting IL, Nanayakkara PW, van Dongen AE, Vandewalle E, van Galen J, Kramer MH, et al. „Analysing completion times in an academic emergency department: coordination of care is the weakest link.“ *The Netherlands Journal of Medicine*, 2011: 392-398. Žiūrėta 2018 03 10 <http://www.njmonline.nl/getpdf.php?id=1099>

¹⁹³ Casalino, Enrique, Mathias Wargon I, Anne Peroziello, Christophe Choquet, Christophe Leroy, Sebastien Beaune, Laurent Pereira, Julien Bernard, Jean-Claude Buzzi. „Predictive factors for longer length of stay in an emergency department: a prospective multicentre study evaluating the impact of age, patient's clinical acuity and complexity, and care pathways.“ *Emergency Medicine Journal* 31, nr. 5 (2014): 361-368. Žiūrėta 2018 03 09 <http://emj.bmj.com/content/31/5/361.long>

¹⁹⁴ Ibid.

¹⁹⁵ Kocher, Keith E., William J. Meurer, Jeffrey S. Desmond, Brahmajee K. Nallamotheu. „Effect of testing and treatment on emergency department length of stay using a national database.“ *Academic Emergency Medicine* 19, nr. 5 (2012): 525-534. Žiūrėta 2018 03 10 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1553-2712.2012.01353.x>

¹⁹⁶ Ibid.

¹⁹⁷ Retezar, Rodica, Edward Bessman, Ru Ding, Scott Zeger L., Melissa McCarthy L. „The effect of triage diagnostic standing orders on emergency department treatment time.“ *Annals of Emergency Medicine* 57, nr. 2 (2011): 89-99. Žiūrėta 2018 03 10 [http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(10\)00486-5/fulltext](http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(10)00486-5/fulltext)

slaugytojo kompetencijos¹⁹⁸. Pastarojo tyrimo metu gydymo paskyrimo ir tyrimų užsakymo veiksmus atliko ne mažiau 10 metų skubios pagalbos skyriuje dirbę, turintys pakankamą įgūdžių ir atitinkamos kvalifikacijos slaugytojai¹⁹⁹.

Remiantis mokslinių tyrimų duomenimis, galima daryti išvadą, kad laiko rodiklius, išskyrus laiką nuo atvykimo į PSPS iki triažo ir nuo atvykimo iki gydytojo apžiūros, svarbiausi įtakoiantys organizaciniai veiksniai yra pacientui skiriamų tyrimų, ypač laboratorinių kraujo ir kitų organizmo skysčių ir terpių, bei daugiau nei vienos gydytojų specialistų konsultacijų skaičius. Be to, vyresniojo amžiaus pacientams ne mažiau svarbi buvo ir konsultuojančio gydytojo kvalifikacija ir patirtis. Kiti organizaciniai veiksniai, tokie kaip atvykimo į PSPS būdas, mažiau analizuoti moksliniuose tyrimuose, nors yra pastebėta, kad GMP automobiliu atvykusieji skubios pagalbos skyriuje praleidžia mažiau laiko. Šio reiškinio priežastimi gali būti kvalifikuoto medicinos personalo vykdoma pacientų atranka ir veiksmai pakeliui į skubios pagalbos skyrių.

4.3 Priėmimo – skubios pagalbos skyriaus kokybės laiko rodiklius įtakoiantys pacientų veiksniai.

Literatūroje aptikta duomenų apie tam tikras pacientų charakteristikas (demografinius ir klinikinius veiksniai), kurios siejamos su jų buvimo PSPS laiko pokyčiais.

Vienas iš labiausiai ištirtų demografinių rodiklių yra pacientų amžius virš 65 metų²⁰⁰, tačiau vien dėl pacientų amžiaus, vertinant laiko rodiklius (pacientų buvimo laiką PSPS) reikšmingų skirtumų nestebima^{201, 202}, todėl galima teigti, kad vyresnio amžiaus grupės pacientų ilgesnį buvimo PSPS laiką įtakoja ir kiti, tame tarpe aukščiau paminėti organizaciniai veiksniai, kadangi vyresniojo amžiaus pacientams dėl lėtinių ligų gausos teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas PSPS prireikia daugiau 2 specialistų konsultacijų, kurių dėka paciento buvimo laikas prailgėja virš 4 valandų²⁰³. Kita vertus, vertinant gretutinių lėtinių susirgimų reikšmę, kaip veiksnio įtakojančio paciento buvimo laiką PSPS, svarbu atkreipti dėmesį į reikšmingo skirtumo nebuvimą tarp

¹⁹⁸ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-591 Dėl Medicinos normos MN28:2011 "Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė" patvirtinimo. 2015-08-04 galiojanti suvestinė redakcija. Žiūrėta 2018 01 03 <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.7DB50471C9A5/VzrnIRvqOS>

¹⁹⁹ Retezar, Rodica, Edward Bessman, Ru Ding, Scott Zeger L., Melissa McCarthy L. „The effect of triage diagnostic standing orders on emergency department treatment time.“ *Annals of Emergency Medicine* 57, nr. 2 (2011): 89-99. Žiūrėta 2018 03 10 [http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(10\)00486-5/fulltext](http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(10)00486-5/fulltext).

²⁰⁰ Bobrovitz, Niklas, Daniel Lasserson D., Adam Briggs DM. „Who breaches the four-hour emergency department wait time target? A retrospective analysis of 374,000 emergency department attendances between 2008 and 2013 at a type 1 emergency department in England.“ *BMC Emergency Medicine*, 2017. Žiūrėta 2018 03 10 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5668984/>

²⁰¹ Supra note 199.

²⁰² Brouns, Steffie H.A., Klara van der Schuit C.H., Patricia Stassen M., Suze Lambooy L.E., Jeanne Dieleman, Irene Vanderfeesten T.P. Harm Haak R. „Applicability of the modified Emergency Department Work Index (mEDWIN) at a Dutch emergency department.“ *PLOS ONE*, 2017. Žiūrėta 2018 03 10 <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0135066&type=printable>

²⁰³ Ibid.

Charlson'o gretutinių ligų indekso (*Charlson Comorbidity Index*)²⁰⁴ reikšmių, vartojamų vaistų skaičiaus ir vyraujančios sveikatos problemos, dėl kurios pacientas atvyko į PSPS ir paciento buvimo laiko PSPS²⁰⁵. Tokie kontraversiški duomenys leidžia manyti, kad pacientų demografiniai ir klinikiniai veiksniai daro silpnesnę įtaką pacientų buvimo PSPS laikui, nei aukščiau aprašyti organizaciniai veiksniai.

Kita vertus, anksčiau atliktuose tyrimuose nustatyta, kad pacientų daugybinės sveikatos problemos, dėl kurių jie kreipėsi į skubios pagalbos skyrių ir daugiau nei penkių vaistų nuolatinis vartojimas apsunkino tokių pacientų klinikinį ištyrimą^{206 207}.

Kita vertus, literatūroje yra duomenų apie nuo paciento priklausančius veiksnius, reikšmingai sutrumpinančius pacientų buvimo PSPS laiką: tai triažo metu atitinkamai paciento būklei, jam priskirta „skubesnė“, t.y. 1-3, lyginant su 4, skubios medicinos pagalbos kategorija²⁰⁸. Šiuos duomenis nesunku paaiškinti, pirmai skubos kategorijai priskiriami pacientai yra kraštutinai sunkios būklės, jų gyvybei gresia pavojus, todėl, PSPS atlikus gyvybę gelbstinčius veiksmus, tokie pacientai nedelsiant hospitalizuojami, antros ir trečios kategorijos pacientų būklės sunkios, gydytojas turi apžiūrėti ir pradėti gydymą kuo greičiau, 10 – 30 min. bėgyje, todėl ir ištyrimas, gydomieji veiksmai dažniausiai neužtrunka virš 4 val.²⁰⁹. Svarbu paminėti, kad Lietuvoje daugumoje savivaldybių ligoninių pacientai, kurių būklė atitinka pirmą skubios pagalbos kategoriją (ypač gaivinami, ar po gaivinimo) keliauja tiesiai į stacionaro reanimacijos ir intensyvios terapijos skyrių, aplenkiant PSPS.

²⁰⁴ Medcalc: charlson-comorbidity-index. Žiūrėta 2017 09 15 <https://www.mdcalc.com/charlson-comorbidity-index-cci>.

²⁰⁵ Brouns, Steffie H.A., Klara van der Schuit C.H., Patricia Stassen M., Suze Lambooj L.E., Jeanne Dieleman, Irene Vanderfeesten T.P. Harm Haak R. „Applicability of the modified Emergency Department Work Index (mEDWIN) at a Dutch emergency department.“ PLOS ONE, 2017. Žiūrėta 2018 03 10

<http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0135066&type=printable>.

²⁰⁶ Salvi F, Morichi V, Grilli A, Giorgi R, De Tommaso G, Dessì-Fulgheri P. "The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions." Internal and Emergency Medicine, 2007: 292-301. Žiūrėta 2017 12 21 <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11739-007-0081-3>

²⁰⁷ Samaras, Nicolaos, Thierry Chevalley, Dimitrios Samaras, Gabriel Gold. „Older patients in the emergency department: a review.“ Annals of Emergency Medicine 56, nr. 3 (2010): 261-269.. Žiūrėta 2017 12 21 [http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(10\)00385-9/fulltext](http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(10)00385-9/fulltext)

²⁰⁸ Supra note 205.

²⁰⁹ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-208. Dėl Būtiniosios medicinos pagalbos ir Būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo. Galiojanti suvestinė redakcija 2014 04 06. Žiūrėta 2017 03 14 <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.B8E6F91F019F/VvcDsFADar>

3 lentelė. Skubios medicinos pagalbos mastas.

Skubiosios medicinos pagalbos kategorija	Laikas, per kurį pradėti teikti pagalbą	Ūmios klinikinės būklės arba skubiosios medicinos pagalbos teikimo indikacijos
1 kategorija	Nedelsiant, tuo pat metu vertinama paciento būklė ir atliekami gydymo veiksmai.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Širdies sustojimas. 2. Kvėpavimo sustojimas arba asfiksija. 3. Gresiantis kvėpavimo nustojimas dėl kvėpavimo takų obstrukcijos. 4. Suaugusiųjų kvėpavimo dažnis < 8 k./min. arba vaikų iki 8 m. kvėpavimo dažnis < 10 k./min. 5. Suaugusiųjų sistolinis arterinis kraujo spaudimas (toliau – AKS) <80 mmHg, kūdikis/vaikas ištiktas dekompensuojamojo šoko. 6. Sąmonės praradimas ir nereagavimas į skausmą arba reakcija pagal <i>Glasgow</i> komų skalę (toliau – GCS) < 9 balų. 7. Stebimi viso kūno traukuliai. 8. Intraveninis medikamentų arba narkotikų perdozavimas su hipoventiliacija ir hemodinamikos sutrikimu. 9. Sunkūs psichikos sutrikimai su pavojingais agresyviais veiksmais sau ar aplinkiniams.
2 kategorija	Paciento būklės vertinimas ir gydymas turi būti pradėti ne vėliau kaip per 10 min. nuo atvykimo į asmens sveikatos priežiūros įstaigą. Paciento būklė	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kritiška kvėpavimo takų būklė – stridoras arba patologinis seilėtekis. 2. Ūmus kvėpavimo sutrikimas. 3. Ūmus kraujotakos sutrikimas: <ol style="list-style-type: none"> 3.1. šalta, drėgna, „marmurinė“ oda, bloga perfuzija (kapiliarų prisipildymo laikas > 5 s); 3.2. suaugusiųjų širdies susitraukimų dažnis (toliau – ŠSD) < 50 k./min. arba > 150 k./min., naujagimių ŠSD <100 k./min. arba >200 k./min., kūdikių ŠSD < 80 k./min. arba > 200 k./min., vaikų iki 8 m. ŠSD < 60 k./min. arba >180 k./min.; 3.3. hipotenzija su audinių perfuzijos sutrikimu. 4. Ūmus didelio kraujo kiekio (25% cirkuliuojančio kraujo kiekio arba daugiau) netekimas. 5. Labai stiprus ūmus skausmas dėl įvairių priežasčių, įskaitant ūmų

2 kategorija	vertinama ir gydymo veiksmi dažnai atliekami vienu metu.	<p>širdies, pilvo, danties skausmą ar ektočinį nėštumą, kai skausmo intensyvumas vertinamas 9–10 balų pagal dešimties balų skalę 9–10 balų pagal dešimties balų skalę.</p> <p>6. Gliukozės kiekis kraujyje < 2 mmol/l.</p> <p>7. Mieguistumas, sulėtėjusi reakcija dėl bet kokios priežasties.</p> <p>8. Karščiavimas arba bendras kūno atšalimas su letargijos požymiais.</p> <p>9. Rūgščių ar šarmų patekimas į akis.</p> <p>10. Politrauma, kai reikalinga skubi organizuota medikųbrigados pagalba.</p> <p>11. Ūmi lokali trauma – didžiųjų kaulų ir/ar stuburo kaulų lūžimai, amputacijos.</p> <p>12. Didelės rizikos anamnezė:</p> <p>12.1. didelio raminamųjų medžiagų kiekio suvartojimas ar kitos kilmės toksinių medžiagų suvartojimas;</p> <p>12.2. kitas, gyvybei pavojingas apsinuodijimas.</p> <p>12.3. gyvybei pavojingas aplinkos faktorių poveikis (generalizuota alerginė reakcija).</p> <p>13. Psichikos ir elgesio sutrikimai:</p> <p>13.1. agresija arba smurtas, keliantys grėsmę pačiam pacientui ir aplinkiniams;</p> <p>13.2. intensyvus psichomotorinis sujaudinimas, kai reikalingas fizinis asmens laisvės suvaržymas dėl grėsmės sau ar aplinkiniams.</p>
3 kategorija	Paciento būklės vertinimas ir gydymas turi būti pradėti ne vėliau kaip per 30 min. nuo atvykimo į asmens sveikatos priežiūros įstaigą.	<p>1. Hipertenzinė krizė su greitai progresuojančiais objektyviais širdies-kraujagyslių ir/ar centrinės nervų sistemos pažeidimo požymiais.</p> <p>2. Vidutiniškai sunkus nukraujavimas dėl bet kokios priežasties.</p> <p>3. Mieguistumas, sulėtėjusi reakcija dėl bet kokios priežasties (pagal GCS < 13 balų).</p> <p>4. Oksigenacija < 90 procentų.</p> <p>5. Besikartojantys traukuliai, užfiksuoti ir kelių (iki 12 val.) valandų anamnezėje.</p> <p>6. Nenustojamas (ilgiau kaip 30 min.) vėmimas.</p> <p>7. Ūmi dehidratacija.</p> <p>8. Galvos trauma su trumpalaikiu sąmonės netekimu.</p>

		<p>9. Vidutinio stiprumo skausmas, išskyrus danties skausmą, vertinamas 7–8 balais pagal dešimties balų skalę, kai reikia skubaus nuskausminimo.</p> <p>10. Ūmus pilvo skausmas be didelės rizikos požymių, kai pacientui > 65 m., vertinamas ne mažiau kaip 8 balais pagal dešimties balų skalę.</p> <p>11. Ūmi židininė neurologinė simptomatika.</p> <p>12. Vidutinio sunkumo galūnės sužalojimas su deformacija, laceracija ar suspaudimo sindromas.</p> <p>13. Vaikai iki 8 m., kuriems pagal anamnezę ir stebimus klinikinius požymius yra potenciali grėsmė gyvybei.</p> <p>14. Psichikos ir elgesio sutrikimai:</p> <p>14.1. mėginimas nusižudyti ar tokio poelgio grėsmė;</p> <p>14.2. ūmios psichozės;</p> <p>14.3. sunki psichologinė trauma, dezorganizuojanti elgesį;</p> <p>14.4. sunki depresija;</p> <p>14.5. ryškus psichomotorinis sujaudinimas.</p> <p>15. Kiauryminis akies sužalojimas.</p>
4 kategorija	Paciento būklės vertinimas ir/ar gydymas turi būti pradėti ne vėliau kaip per 1 val. nuo atvykimo į asmens sveikatos priežiūros įstaigą	<p>1. Šlapimo sulaikymas, anurija.</p> <p>2. Galvos kaulų traumos, įskaitant žandikaulių ir dantų traumas, be sąmonės sutrikimo.</p> <p>3. Sunki abstinencijos būklė, galinti komplikuotis dėl rizikos veiksnių (anamnezėje buvo psichozės, traukulių; gali komplikuotis dėl gretutinių ūmių ir lėtinių ligų; kompulsyvus potraukis psichoaktyvioms medžiagoms).</p> <p>4. Pasiutusių ar įtariamai pasiutusių gyvūnų įkandimai, įdrėskimai, apseilėjimai.</p> <p>5. Traumos ir nelaimingi atsitikimai.</p> <p>6. Erkių įsisiurbimai.</p> <p>7. Stiprus (vertinamas 6–8 balais pagal dešimties balų skalę) odontogeninis skausmas.</p> <p>8. Veido ir žandikaulių srities pūliavimas.</p>

Šaltinis: LR SAM Įsakymas Nr. V-208 „Dėl Būtiniosios medicinos pagalbos ir Būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo“. Galiojanti suvestinė

redakcija 2014 04 06 Žiūrėta 2017 03 14 <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.B8E6F91F019F/VvcDsFADar>.

Deja, yra ir prieštaraujančių net kelių mokslinių tyrimų duomenų, kurie teigia, kad trumpiau PSPS praleidžia 4 skubos kategorijos pacientai^{210, 211, 212}. Prancūzų mokslininkų duomenimis, pacientų, kurių būklė atitiko 4 skubos kategoriją praleisti PSPS ilgiau, nei 4 val. ŠS siekė 1.31 (95% PI nuo 1.27 iki 1.35), tuo tarpu 1-3 priskirtų pacientų buvo 1.71 (95% PI nuo 1.66 iki 1.77)²¹³.

Lietuvoje mokslinių tyrimų apie įtakojančius pacientų buvimo PSPS trukmę nėra, tačiau, G. Virketis, PSPS vedėjų ir ASPĮ vadovų anketinės apklausos metodu nustatė, kad sveikatos priežiūros įstaigų administracijos atstovų nuomone pacientų PSPS buvimo laiką prailgina nesunkios būklės pacientai, „kurie negali laukti“, „agresyvūs pacientų artimieji“, bei „pacientai, kurie atvyko be indikacijų“ į PSPS²¹⁴. Kita vertus, mokslinio klausimyne nebuvo klausimų apie organizacinius PSPS ar pacientų demografinius ir klinikinius veiksnius, todėl tokie duomenys su aukščiau pateiktais negali būti palyginami.

Apibendrinant aukščiau išvardintų tyrimų duomenis dėl pacientų demografinių ir klinikinių veiksnių, įtakojančių pacientų buvimo PSPS laiką, daugiausia duomenų yra apie neigiamą pacientų amžiaus 65 ir daugiau metų įtaką. Priešaringi duomenys gauti dėl pacientų būklės sąlygotos skubios pagalbos kategorijos. Todėl tolimesni tyrimai šia kryptimi būtų ypač reikalingi, deja, pacientų rūšiavimas daugumoje nūdienos PSPS formalus, neatitinka rūšiavimo principų ir kriterijų dėl patirties stokos.

²¹⁰ Casalino, Enrique, Mathias Wargon, Anne Peroziello, Christophe Choquet, Christophe Leroy, Sebastien Beaune, Laurent Pereira, Julien Bernard, Jean-Claude Buzzi. „Predictive factors for longer length of stay in an emergency department: a prospective multicentre study evaluating the impact of age, patient's clinical acuity and complexity, and care pathways.“ *Emergency Medicine Journal* 31, nr. 5 (2014): 361-368. Žiūrėta 2018 03 09 <http://emj.bmj.com/content/31/5/361.long>

²¹¹ Ding, Ru, Melissa L. McCarthy, Jeffrey S. Desmond, Jennifer S. Lee, Dominik Aronsky, Scott L. Zeger. „Characterizing waiting roomtime, treatment time, and boarding time in the emergency department using quantile regression.“ *Academic Emergency Medicine* 17, nr. 8 (2010): 813-823. Žiūrėta 2018 03 09 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1553-2712.2010.00812.x>

²¹² Herring, Andrew, Andrew Wilper, David U. Himmelste, Steffie Woolhandler, Janice A. Espinola, David F.M. Brown, Carlos A. Camargo. „Increasing length of stay among adult visits to U.S. Emergency departments, 2001–2005.“ *Academic Emergency Medicine* 16, nr. 7 (2009): 609-616. Žiūrėta 2018 03 09 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1553-2712.2009.00428.x>

²¹³ Supra note 210.

²¹⁴ Virketis, Gintautas. Skubios medicinos pagalbos sistemos valdymo tobulinimas. Daktaro disertacija. Klaipėdos universitetas, 2017, psl. 156.

5. UNIVERSITETO LIGONINĖS PRIĖMIMO – SKUBIOS PAGALBOS SKYRIAUS KOKYBĖS POLITIKĄ ĮTAKOJANČIŲ VEIKSNIŲ TYRIMAS IR REZULTATAI

5.1. Tyrimo metodika

Tyrimo tikslas – išsiaiškinti pacientų pasitenkinimo PSPS teikiamų asmens sveikatos paslaugų lygį, o taip pat išanalizuoti PSPS kokybę įtakojančius veiksnius, išsiaiškinant pacientų buvimo PSPS laiko ir organizacinių, bei pacientų demografinių ir klinikinių veiksnių tarpusavio ryšį, o tuo pačiu ir šio kokybės rodiklio tinkamumą kokybės proceso tobulinimui.

Tyrimui naudotas kiekybinio tyrimo metodas, kuriam naudota:

- Anketa pacientų pasitenkinimo vertinimui ir jį įtakojančių veiksnių analizei (žr. 2 priedas)
- Klausimynas elektroninių nuasmenintų elektroninių įrašų analizei (žr. 3 priedas)

Pacientų pasitenkinimo lygio analizei imtis apskaičiuota naudojantis Paniotto formule²¹⁵.

$n=1/(\Delta^2+1/N)$, kur n – imties dydis, Δ – paklaida, N – generalinė aibė.

Pacientų pasitenkinimo lygio analizei generaline aibe pasirinktas pacientų skaičius per 1 mėnesį, kurių buvo 3353, o paklaida pasirinkus 0,07, kadangi tirtas pacientų požiūris į jiems teikiamos asmens sveikatos paslaugos kokybę, o ne tam tikri kiekybiai parametrai. Gautas reikalingas imties dydis 192. Tyrimas pradėtas vykdyti 2017 gruodžio 1 dieną, tačiau dėl respondentų aktyvumo stokos tęstas iki 2018 03 01. Anketos klausimai suformuluoti laiko nuo paciento atvykimo iki gydytojo apžiūros įvertinimui, bei pasitenkinimo personalo darbu, privatumo užtikrinimo, bei informacijos gavimo subjektyviam vertinimui: 2 klausimai demografiniai, po 1 klausimą atvykimo būdui ir susirgimo laikui įvertinti, 1 klausimas laiko iki gydytojo apžiūros įvertinimui, 2 klausimai suformuluoti privatumo ir konfidencialumo užtikrinimo ir 10 klausimų pasitenkinimo personalo darbu įvertinimui. Įvertinus PSPS skyriaus specifiką, kuriame asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos ūmiais susirgimais pacientams, visi anketos pacientams klausimai suformuluoti uždari. Buvo išdalinta 463 anketų, tačiau grįžo su atsakymais tik 201. Kadangi buvo laikomasi etikos principų, ir visi tyrimo dalyviai anketas pildė anonimiškai ir savanoriškai, iš vidutiniškai 100 per parą apsilankančių pacientų tik 4 – 5 per parą sutikdavo jas pildyti, tačiau būdavo dienų, kai nei viena užpildyta anketa negrįždavo.

²¹⁵ Kardelis, Kęstutis. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Šiauliai: Lucilijus, 2007.

Antroje kiekybinio tyrimo dalyje, organizacinių ir pacientų veiksmų įtaką PSPS kokybės rodikliui pacientų buvimo laikui šiame skyriuje, atlikta retrospektyvinė elektroninių nuasmenintų ambulatorinio pacientų registravimo žurnalo ir nuasmenintų elektroninių įrašų ambulatorinėse asmens sveikatos istorijose analizė, kadangi pacientų apklausos metodu tokių duomenų išsiaiškinti negalima dėl subjektyvumo. Iš ambulatorinio pacientų žurnalo analizuoti per parą buvusių pacientų skaičius, pacientų registracijos PSPS laikas ir išvykimo laikas, kuris buvo tikslinamas, remiantis paskutiniu elektroniniu įrašu asmens ambulatorinėje sveikatos istorijoje. Vidiniai organizaciniai veiksniai – konsultavusių specialistų skaičius, atliktų tyrimų skaičius, taikyto gydymo apimtys duomenys ir paciento atvykimo į PSPS būdas ir išvykimo vieta – surinkti iš elektroninio ambulatorinio pacientų registravimo žurnalo. Reikalingi analizei demografiniai rodikliai: paciento lytis, amžius, bei kiti su pacientu susiję veiksniai, tai yra lėtinių ligų skaičius ir vartojamų vaistų skaičius buvo surinkti iš nuasmenintų pacientų elektroninių įrašų. Šios tyrimo dalies statistinei analizei naudotas aprašomosios statistikos procentinis duomenų įvertinimo metodas.

Šios tyrimo dalies imtis buvo apskaičiuota naudojantis „Calculator.net“ skaičiuokle²¹⁶, kur populiacijos dydžiu laikytas pacientų apsilankiusių PSPS skaičius per 1 mėnesį – t.y. 3353 asmenys, pasiklovimo lygį nustatė 95 proc., o siekiant didesnio duomenų tikslumo, patikimumo intervalą sumažinus iki 1 proc.. Tokiu būdu gauta minimalaus dydžio imtis siekė 2486 atvejus.

Antroji tyrimo dalis vykdyta nuo 2017 metų gruodžio 1 iki 31 dienos, todėl analizei pasirinkti duomenys nuo 2017 metų spalio 1 iki 31 dienos, kad visi elektroniniai įrašai būtų patikrinti ir tikslūs. Siekiant kuo labiau atspindinčių realią padėtį duomenų, visi besikreipusių į PSPS šiuo laikotarpiu įstaigos darbuotojų įrašai buvo į analizę neįtraukti. Taip pat į analizę nebuvo įtraukti nepilnai užpildyti įrašai, kuriuose nebuvo informacijos apie su pacientu susijusius veiksmus: lėtinių ligų skaičių ir nuolat vartojamų vaistų skaičius.

Analizuotas PSPS kokybės rodiklis – pacientų buvimo PSPS laikas, kurio trukmė, siekiant pakankamai kokybiškos ir efektyvios PSPS veiklos, turi būti ne ilgesnis nei 4 val.. Šios tyrimo dalies tikslas buvo išsiaiškinti, koks yra ilgesnio nei 4 val. pacientų buvimo laiko ir kitų veiksmų, tame tarpe ir vidinių organizacinių, tarpusavio statistinio ryšio lygmuo. Potencialiai įtakojančiais kintamaisiais buvo pasirinkti vienas išorinis veiksnys – atvykimo į PSPS būdas, keturi vidiniai organizaciniai veiksniai: atliktų laboratorinių tyrimų skaičius, atliktų brangių tyrimų grupei priskiriamų kompiuterinės tomografijos ir magnetinio rezonanso tomografijos tyrimų skaičius, bei taikyto gydymo PSPS priemonės (infuzinė terapija, injekcijos į veną, į raumenis ar į paodį, gydymas geriamaisiais vaistais, ar nemedikamentinis invazinis arba neinvazinis gydymas), bei nuo

²¹⁶ Elektroninė skaičiuoklė Calculator.net. Žiūrėta 2017 10 12 <http://www.calculator.net/sample-size-calculator.html>

pacientų priklausomi veiksniai: lytis, amžius, lėtinių ligų, kuriomis pacientas kreipimosi metu sirgo, bei tuo metu nuolat vartotų vaistų skaičius. Kintamųjų tarpusavio ryšio lygmens įvertinimui apskaičiuotas kiekvieno iš veiksnių šansų santykis (ŠS), nustatant 95 proc. pasikliautinus intervalus ir nurodant patikimumo reikšmę. Svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad net ir statistiškai patikimai didelės šansų santykio vertės priežastinio vertinamo efektyvumo rodiklio ir jį įtakančių veiksnių ryšio nurodo, nustatyta tik dviejų kintamųjų statistinė priklausomybė.

Antros tyrimo dalies naudotų elektroninių įrašų duomenų statistinė analizė buvo atlikta naudojant „SPSS 11.0 for Windows“ programą. Kintamųjų tarpusavio ryšių statistinis patikimumas vertintas Pirsono χ^2 kriterijaus ir Spirmeno koreliacijos koeficiento pS pagalba. Statistinio reikšmingumo kriterijaus vertė pasirinkta $\alpha=0,05$ ir statistiškai reikšmingu laikytas, kai $\alpha<0,05$, kurio reikšmė, kad klaidingų rezultatų tikimybė iki 5 proc.. Hipotezės patikimumo p lygmuo pasirinktas 0,05, statistikai reikšmingais rodiklių skirtumai laikyti kai $p<0,05$. Spirmeno koreliacijos koeficientas, rodantis statistinio ryšio stiprumą tarp veiksnių parodo ar didėjant vienam iš veiksnių kinta (didėja/mažėja) kitas veiksnys. Koreliacijos koeficiento reikšmė varijuoja -1 – 1 intervale, ir kuo jis arčiau 1, tuo ryšys yra stipresnis.

Ši tyrimo dalis buvo atlikta laikantis etikos principų, todėl visi elektroniniai įrašai analizuoti nuasmeninus, laikantis konfidencialumo principų.

Tyrėja susidūrė su tam tikru tyrimo ribotumu. Pirmosios tyrimo dalies, apklausiant pacientus, tyrėja susidūrė su pacientų pasyvumu pildant anketas, didžioji dalis pacientų atsisakė jas net paimti pildymui, motyvuodami dažniausiai prasta savijauta, be to, sunkios būklės pacientams ir jų artimiesiems nesiūlyta pildyti dėl etinių aspektų. Antroje tyrimo dalyje atlikta retrospektyvinė elektroninių įrašų analizė, todėl nebuvo galima įvertinti PSPS tuo metu esančių pacientų skaičiaus, tik jų atvykimą kas 1 val. paros bėgyje, be to, pritrūko tikslių duomenų apie pasišalinusius pacientus anksčiau, nei buvo baigtas tyrimo ir gydymo PSPS procesas.

5.2. Tyrimo rezultatai

5.2.1. Tyrimo aplinka

Vilniaus universiteto ligoninės Santaros Klinikos priėmimo – skubios pagalbos skyrius priskiriamas C kategorijai, kuriame asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikia vidaus ligų gydytojai, gydytojai anesteziologai – reanimatologai, gydytojai kardiologai, gydytojai neurologai, gydytojai pilvo chirurgai, gydytojai akušeriai – ginekologai, gydytojai traumatologai, gydytojai otorinolaringologai, gydytojai oftalmologai, esant reikalui konsultuoja gydytojai kraujagyslių chirurgai, gydytojai urologai, gydytojai kardiochirurgai, gydytojai nefrologai, rečiau kitų specialybių gydytojai.

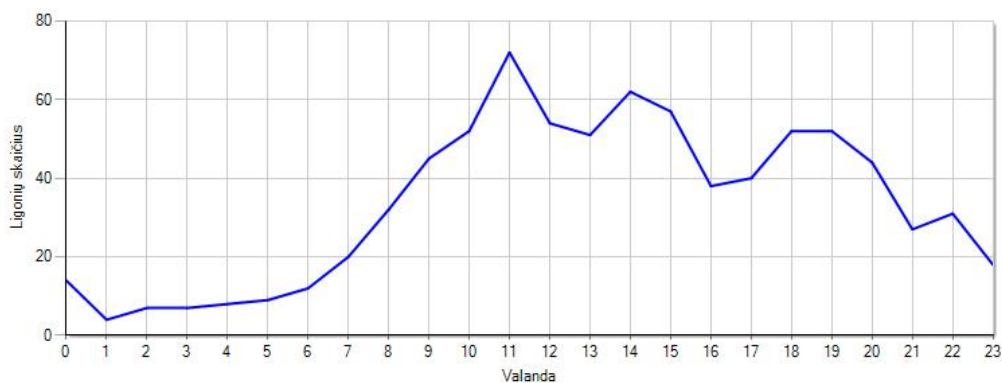
Visą parą, 7 dienas per savaitę atliekami laboratoriniai, radiologiniai, ultragarsiniai, endoskopiniai, kompiuterinės tografijos tyrimai, darbo laiku atliekami magnetinio rezonanso tomografijos tyrimai.

Šio skyriaus struktūroje yra reanimacijos palata kritiškai sunkios būklės pacientams, atitinkantiems 1-2 skubios pagalbos kategorijas, kurioje yra 4 lovos, 6 gydytojų apžiūros kabinetai: gydytojo traumatologo, gydytojo pilvo chirurgo, gydytojo kardiologo, gydytojo neurologo ir gydytojo urologo, bei 20 lovų stebėjimo palata, kurioje tiriami ir stebimi 3 kategorijos, pacientai, kuriems teikiama stebėjimo paslauga (užtrunkantys PSPS virš 4 val.), o taip pat judėjimo negalią turintys, ar vyresnio amžiaus pacientai.

Per parą PSPS apsilanko 100 – 130, retais atvejais iki 180 pacientų. Kasmet apsilankiusiųjų per parą pacientų skaičius auga.

3 pav. Pacientų srauto pokyčiai savaitės bėgyje kas valandą.

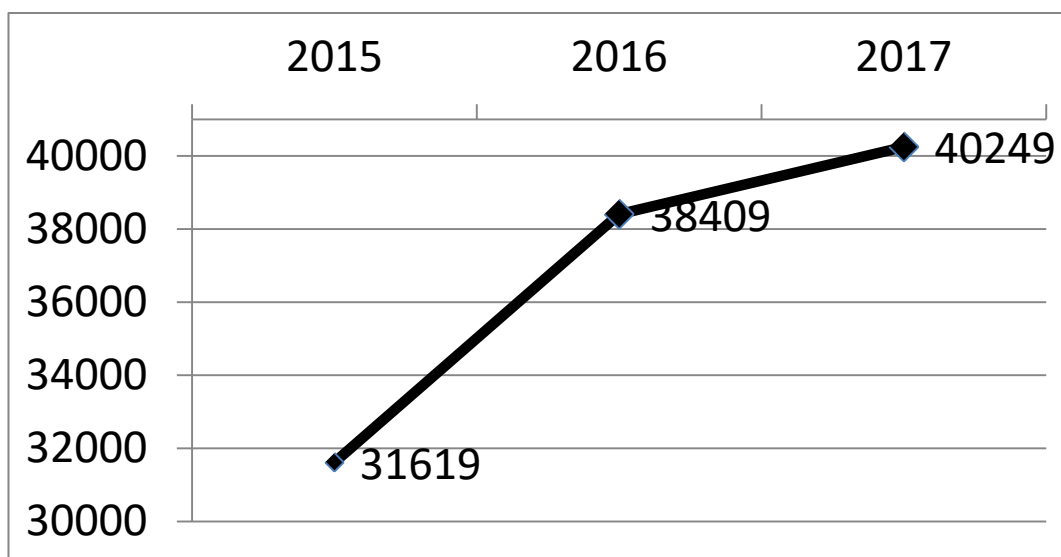
Diena	Sav. diena	Valanda																							
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
2017.10.01	sekmadienis	1	0	1	3	0	1	2	3	6	5	6	6	4	7	8	9	5	7	9	9	8	5	6	3
2017.10.02	pirmadienis	2	0	1	0	2	0	2	2	6	6	5	14	7	8	12	10	5	9	9	8	8	6	3	2
2017.10.03	antradienis	1	1	1	1	1	2	1	6	4	10	7	4	6	7	8	8	3	2	6	7	9	1	1	3
2017.10.04	trečiadienis	4	0	1	1	0	1	2	3	4	8	7	9	12	6	4	8	6	5	3	9	9	6	5	3
2017.10.05	ketvirtadienis	2	1	2	0	2	3	3	1	1	3	11	15	11	10	7	7	3	5	8	5	3	3	2	4
2017.10.06	penktadienis	2	1	0	1	1	1	1	3	5	7	10	12	8	8	9	8	7	5	11	7	5	4	11	2
2017.10.07	šeštadienis	2	1	1	1	2	1	1	2	6	6	6	12	6	5	14	7	9	7	6	7	2	2	3	1
VISO		14	4	7	7	8	9	12	20	32	45	52	72	54	51	62	57	38	40	52	52	44	27	31	18



Šaltinis: Elektroninė Vilniaus universiteto ligoninės Santaros Klinikų sistema.

Per 2015 – 2017 metus pacientų srautas padidėjo nuo 31619 pacientų iki 40249, o tai sudaro 27,29 proc.. Užtikrinti ir tobulinti asmens sveikatos paslaugų kokybę esant tokiam pacientų srauto augimui, reikalinga PPS rodiklių ir paslaugų teikimo proceso analizė.

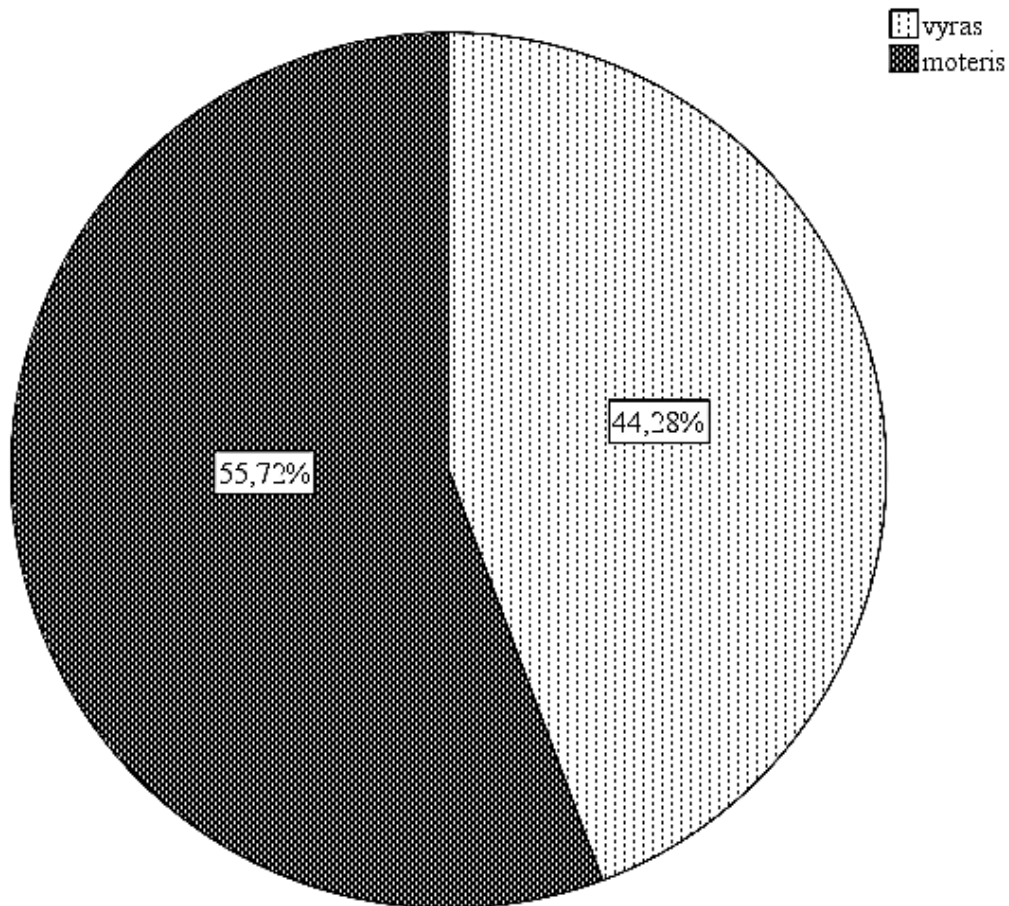
4 pav. Pacientų srauto pokyčiai nuo 2015 iki 2017 metų.



5.2.2. Pacientų pasitenkinimo PSPS vertinimo rezultatai

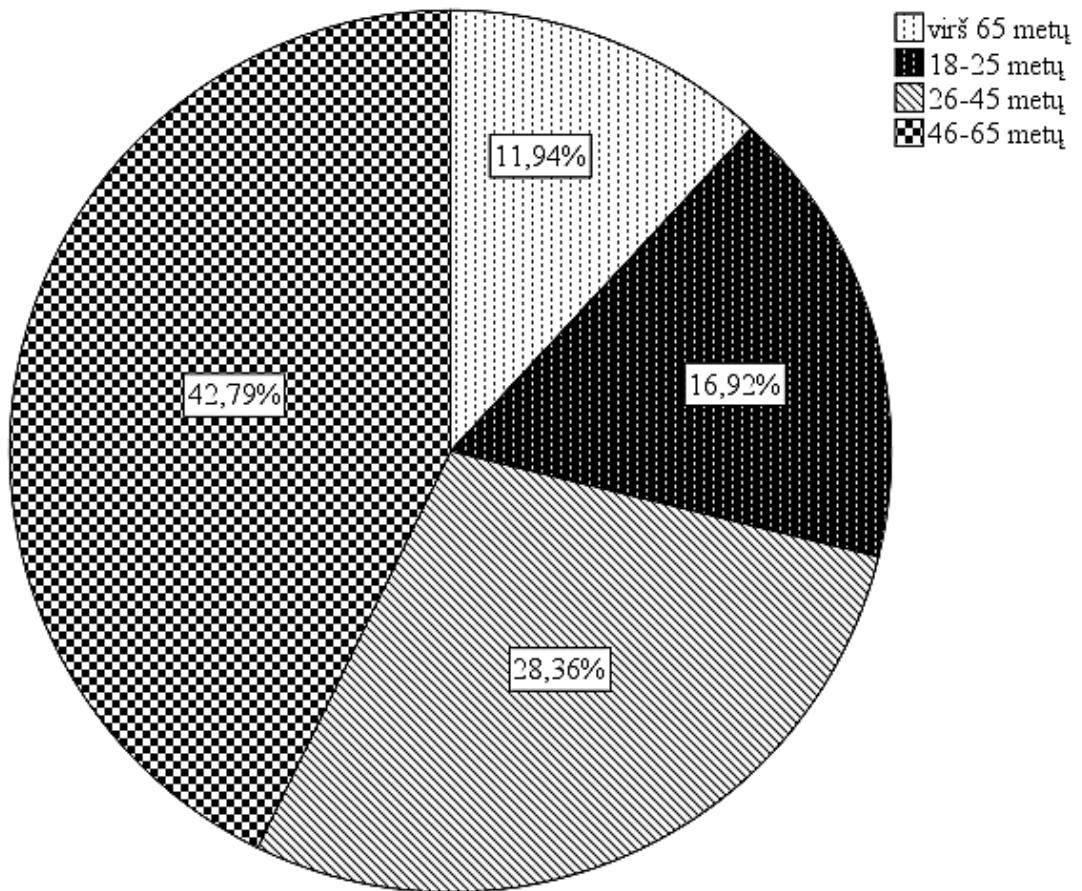
Pilnai užpildytų grąžinta 201 anketa, o minimalus analizei reikalingų anketų skaičius su 7 proc. paklaida buvo 192. Tyrime dalyvavo kiek daugiau moterų 112 (55,72 proc.) ir 89 vyrai (44,26 proc.).

5 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal lytį.



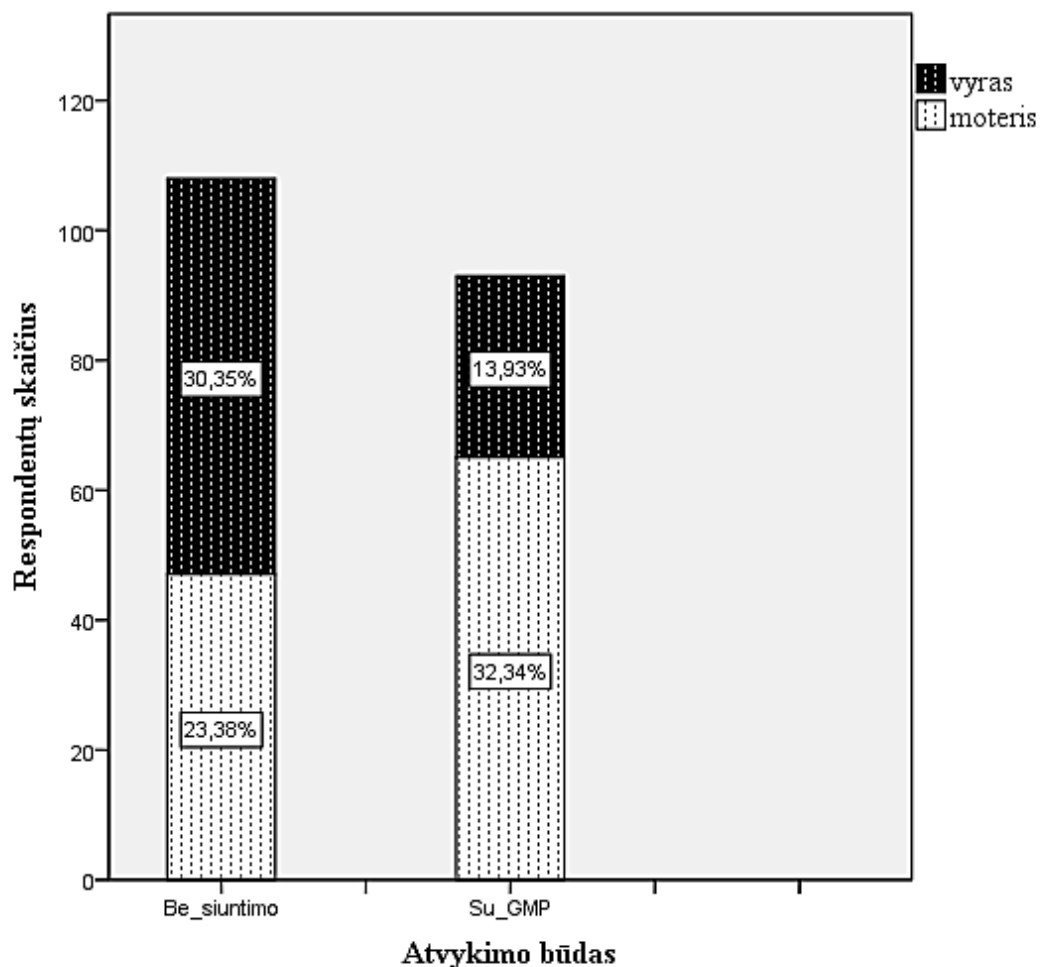
Pagal amžiaus grupes, daugiausia pacientų buvo 46 – 65 metų, kurių siekė 86 (42,8 proc.), mažiausiai vyresnių, nei 65 metų, kurių buvo 24 (11,9 proc.), 34 (16,9 proc.) pacientai buvo 18 – 25 metų ir 57 (28,4 proc.) pacientai 26 – 45 metų.

6 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal amžių.



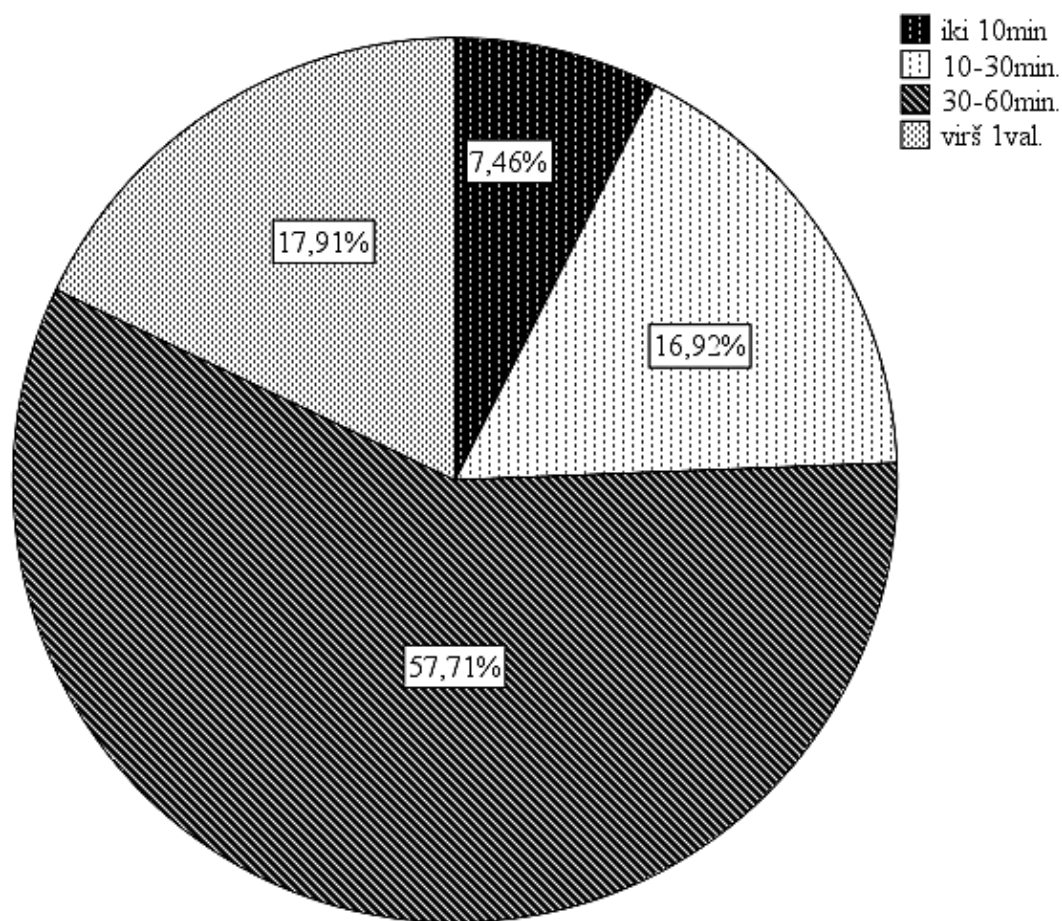
Atsakę į anketos klausimus pacientai buvo atvykę arba GMP, arba be siuntimo, atvykusių su gydytojo siuntimu iš poliklinikos, tarp atsakusių į anketos klausimus nebuvo. GMP automobiliu atvyko 93 (46,2 proc.) pacientai, iš kurių 28 buvo vyrai ir 65 moterys, o 108 (53,8 proc.) atvyko be siuntimo, iš kurių 61 vyras ir 47 moterys.

7 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal atvykimo į PSPS būdą.



Iš tyrimo dalyvavusių pacientų 116 (57,7 proc.) gydytojo apžiūros pažymėjo laukę nuo 30 iki 60 min., panašiai po tiek pat pažymėjo laukę nuo 10 iki 30 min. ir virš 1 valandos, atitinkamai 34 (16,9 proc.) ir 36 (17,9 proc.) pacientų, nedelsiant tik atvykus pažymėjusiųjų nebuvo, o iki 10min. laukusiųjų buvo 15 (7,46 proc.) respondentų. Toks subjektyvus laukimo laiko rezultatų pasiskirstymas paaiškinamas tuo, kad sunkios būklės pacientai, kurie priimami nedelsiant, atsakyti į anketos klausimus negalėjo dėl savo būklės.

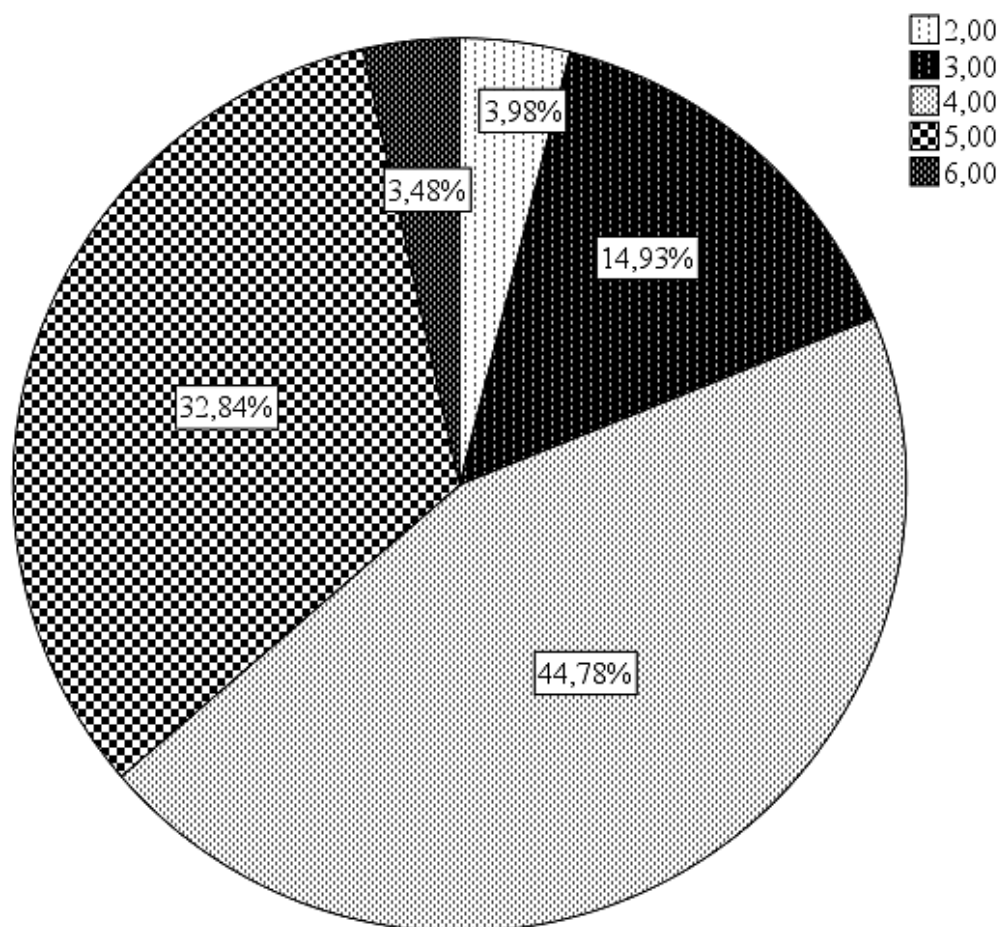
8 pav. Pacientų laukimo gydytojo apžiūros trukmė.



Analizuojant tyrime dalyvavusių pacientų pasitenkinimą, gydytojo darbą vertinant nuo 1 (labai blogai) iki 7 (labai gerai) respondentų dauguma įvertino kiek geriau nei vidutiniškai (5 balais) ir vidutiniškai (4 balai), tokių atsakymų buvo 73 (36,3 proc.) ir 70 (34,8 proc.) atitinkamai, gerai (6 balais) įvertino 10 (5 proc.) respondentų, blogiau nei vidutiniškai 38 (18,9 proc.), o blogai ir labai blogai įvertino atitinkamai 9 (4,5 proc.) ir 1 (0,5 proc.). Taigi dauguma PSPS pacientų gydytojo darbą įvertino vidutiniškai ir gerai, t.y. nuo 4 iki 6 balų. Slaugytojų darbą dauguma respondentų įvertino vidutiniškai (4 balais) ir geriau nei vidutiniškai (5 balais), atitinkamai 72 (35,8 proc.) ir 77 (38,3 proc.), gerai įvertino 5 (2,5 proc.), blogiau nei vidutiniškai (3 balais) ir blogai (2 balais) įvertino 20 (10 proc.) ir 18 (9 proc.) respondentų, labai blogai įvertinusių aptikti 9 (4,5 proc.) atsakymai. Analizuojant pasitenkinimą slaugytojų padėjėjų darbu dauguma į anketos klausimus atsakiusių pacientų įvertino vidutiniškai (4 balais) 89 (44,3 proc.), panašiai pasiskirstė įvertinę geriau nei vidutiniškai (5 balais) ir blogiau nei vidutiniškai (3 balais), atitinkamai 38 (18,9 proc.) ir 44 (21,9 proc.), blogai (2 balai) įvertinusių buvo 18 (9 proc.), labai blogai 8 (4 proc.). Suteikta pagalba dauguma respondentų buvo vidutiniškai (4 balai) ir daugiau nei vidutiniškai (5 balai) patenkinti, tokių atsakymų buvo 81 (40,3 proc.) ir 68 (33,8 proc.) atitinkamai, gerai įvertino 1 (0,5

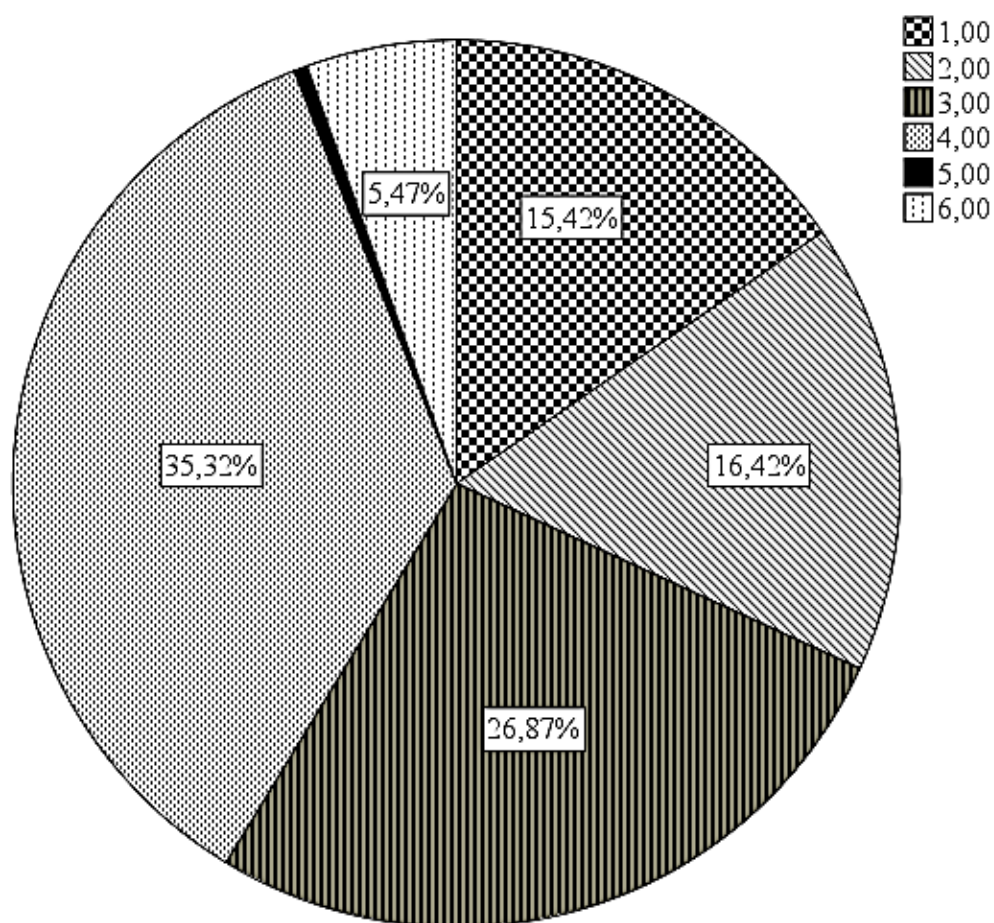
proc.) respondentas, o blogiau nei vidutiniškai (3 balais) ir blogai (2 balais) įvertino 42 (20,9 proc.) ir 9 (4,5 proc.) respondentai. Personalo bendravimu pacientai, atsakę į anketos klausimus, buvo labiau nepatenkinti 44 (21,9 proc.) įvertino vidutiniškai (4 balais), 42 (20,9 proc.) geriau nei vidutiniškai (5 balais), 32 (15,9 proc.) įvertino blogiau nei vidutiniškai (3 balais), 47 (23,4 proc.) vertino blogai (2 balai) ir 36 (17,9 proc.). Taigi, dauguma respondentų 90 (44,8 proc.) buvo vidutiniškai patenkinti personalo darbu, o nepatenkintų dalis nesiekė 10 proc..

9 pav. Pacientų pasitenkinimas personalo darbu ir bendravimu.



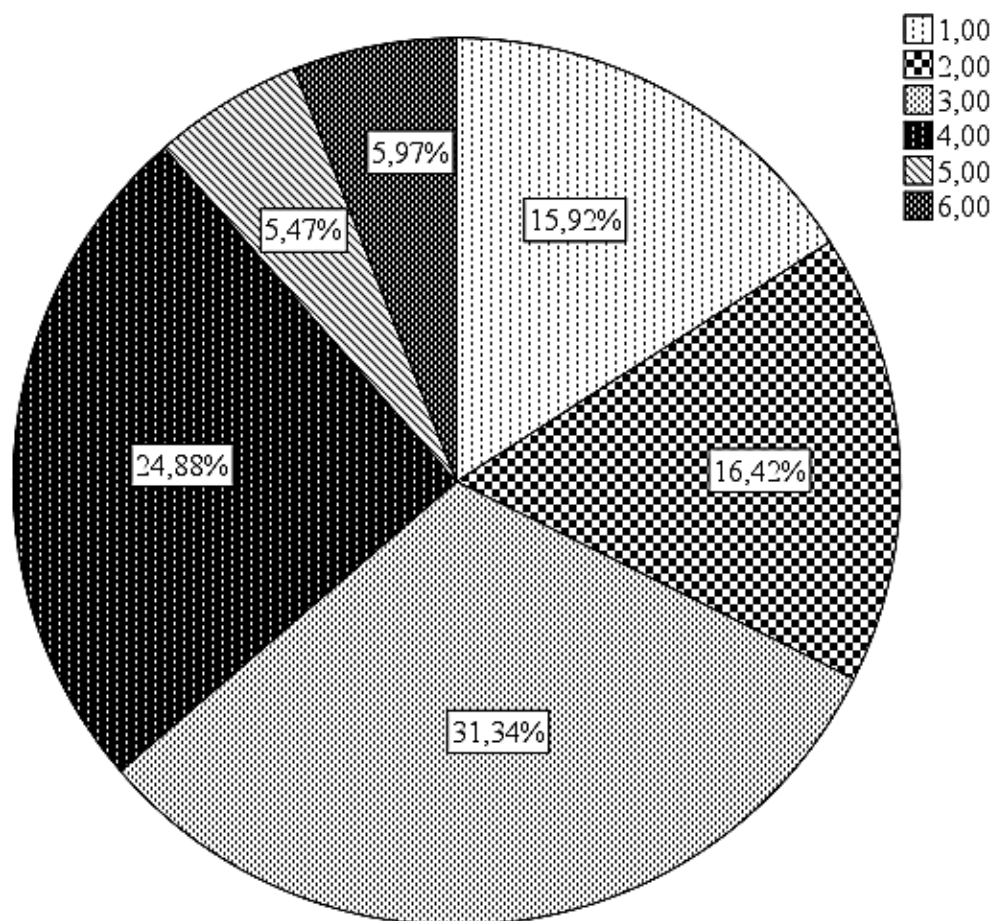
Analizuojant pasitenkinimą pacientų privatumo užtikrinimu paaiškėjo, kad dauguma pacientų, užpildžiusių anketas patenkinti buvo vidutiniškai 71 (35,3 proc.), labiau nei vidutiniškai patenkintų buvo 1 (0,5 proc.), patenkintų 11 (5,5 proc.), mažiau nei vidutiniškai patenkintų buvo 54 (26,9 proc.), nepatenkintų 33 (16,4 proc.) ir labai nepatenkintų 31 (15,4 proc.). Šio vertinimo priežastimi galėtų būti stebėjimo palatų struktūra.

10 pav. Pacientų pasitenkinimas privatumo užtikrinimu.



Pacientų duomenų konfidencialumo užtikrinimu dauguma buvo patenkinti blogiau nei vidutiniškai (3 balai), tokių respondentų buvo 63 (31,3 proc.), vidutiniškai patenkintų buvo 50 (24,9 proc.), labiau nei vidutiniškai patenkintų buvo 11 (5,5 proc.), patenkintų 12 (6 proc.), nepatenkintų ir labai nepatenkintų respondentų buvo panašiai tiek pat, 33 (16,4 proc.) ir 32 (15,9 proc.) atitinkamai.

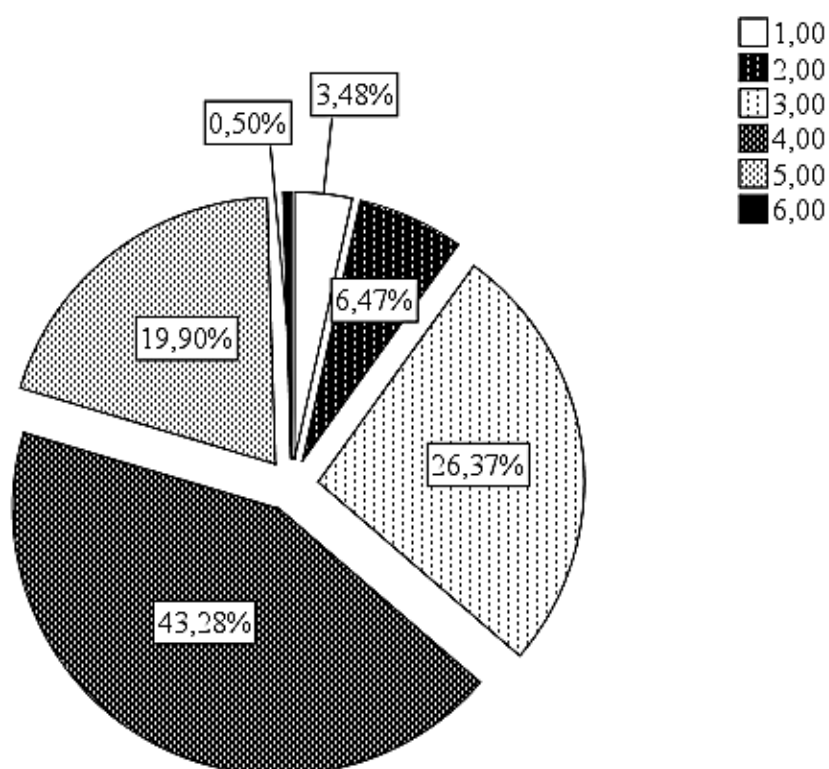
11 pav. Pacientų pasitenkinimas duomenų apsauga.



Analizuojant pasitenkinimą informuotumu paaiškėjo, kad dauguma pacientų buvo vidutiniškai (4 balai) patenkinti informacijos apie sveikatos būklę gavimu, tokių buvo 78 (38,8 proc.), labiau nei vidutiniškai patenkintų (5 balai) buvo 57 (28,4 proc.), patenkintų (6 balai) 2, mažiau nei vidutiniškai (3 balai) patenkintų buvo 44 (21,9 proc.), nepatenkintų (2 balai) buvo 13 (6,5 proc.) ir labai nepatenkintų (1 balas) buvo 7 (3,5 proc.). Paaiškinimu apie paskirtus tyrimus dauguma pacientų buvo patenkinti mažiau nei vidutiniškai (3 balai), tokių atsakymų siekė 92 (45,8 proc.), 49 (24,4 proc.) respondentai pažymėjo buvę vidutiniškai (4 balai) patenkinti, labiau nei vidutiniškai (5 balai) patenkintų buvo 14 (7 proc.) ir patenkintų (6 balai) buvo 11 (5,5 proc.), nepatenkintų (2 balai) respondentų buvo 27 (13,4 proc.), o labai nepatenkintų (1 balas) atsakymų aptikta 8 (4 proc.) anketose. Apie skiriamą gydymą PSPS dauguma pacientų 89 (44,3 proc.) buvo patenkinti vidutiniškai (4 balai), labiau nei vidutiniškai (5 balai) patenkintų buvo 18 (9 proc.), mažiau nei vidutiniškai (3 balai) pažymėta 41 (20,4 proc.) anketoje, o nepatenkintų (2 balai) ir labai nepatenkintų (1 balas) atsakymų atitinkamai siekė 26 (12,9 proc.) ir 27 (13,4 proc.). Deja, bet dauguma pacientų, užpildžiusių anketas, pažymėjo, kad informaciją apie tolimesnį gydymą suprato

blogiau, nei vidutiniškai (3 balai), tokių anketų buvo 81 (40,3 proc.), vidutiniškai (4 balai) ir geriau nei vidutiniškai (5 balai) įvertinusių respondentų atitinkamai buvo 22 (10,9 proc.) ir 26 (12,9 proc.), nepatenkintų (2 balai) ir labai nepatenkintų (1 balas) sudarė po 36 (17,9 proc.). Apibendrinant, dauguma pacientų 87 (43,3 proc.) buvo vidutiniškai patenkinti informuotumu, labiau nei vidutiniškai patenkintų siekė 40 (19,9 proc.), šiek tiek didesnę dalis 53 (26,4 proc.) respondentų žymėjo blogiau nei vidutinį įvertinimą, blogų ir labai blogų įvertinimų siekė atitinkamai 13 (6,5 proc.) ir 7 (3,5 proc.), o geras įvertinimas buvo 1 (0,5 proc.). Apibendrinant, vidutinio pacientų pasitenkinimo informacijos gavimu vertinimas gali būti sąlygotas greitų PSPS procesų.

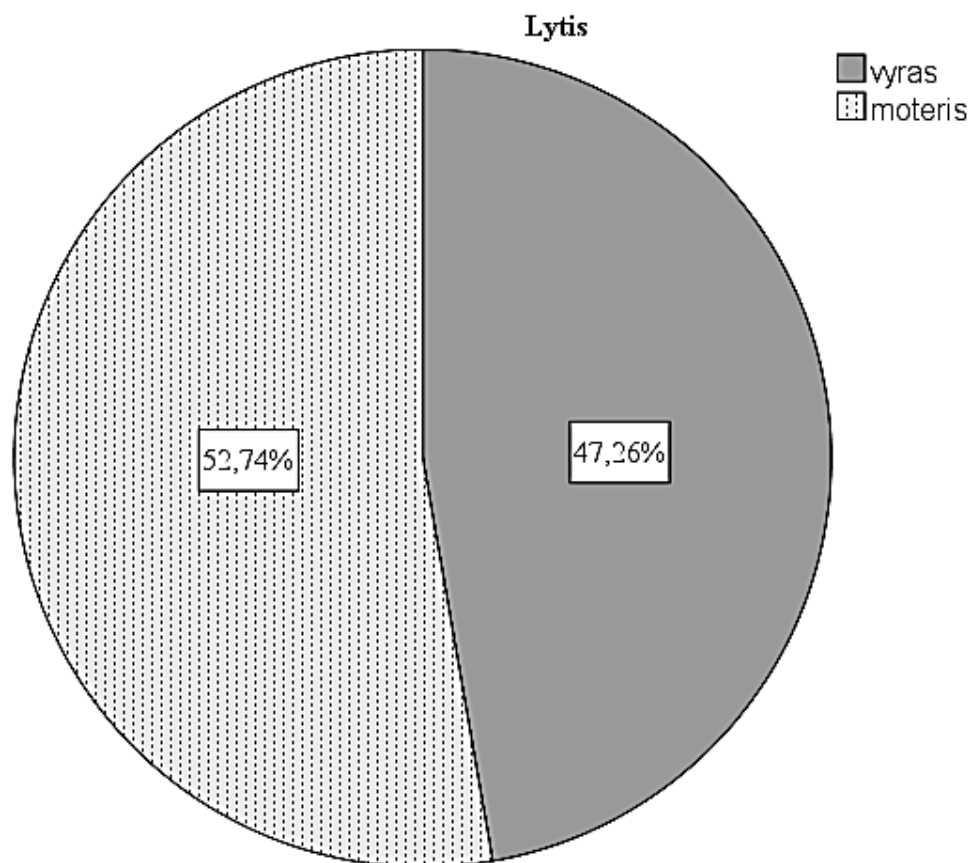
12 pav. **Pacientų pasitenkinimas informacijos gavimu.**



5.2.3 Pacientų buvimo laiko PSPS tyrimo rezultatai

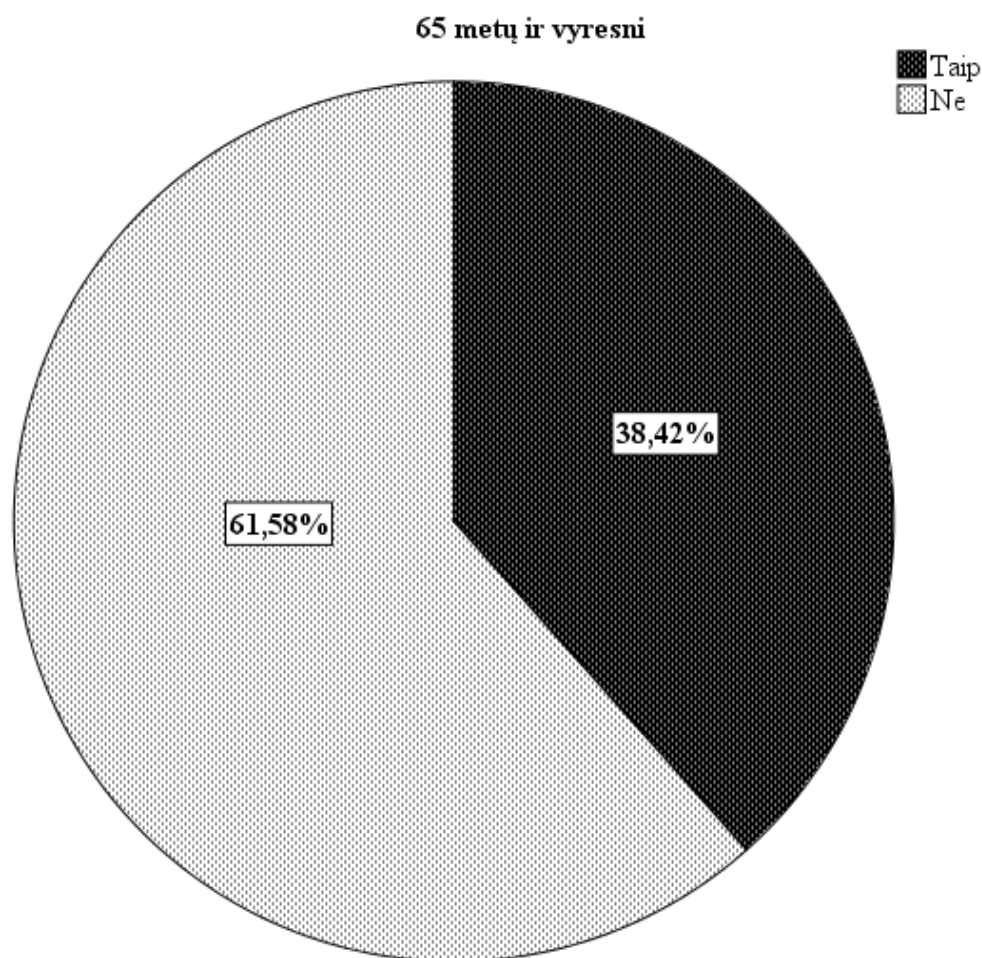
Į šį tyrimą buvo įtraukti ir analizei tinkami 2486 pacientų elektroniniai įrašai. Vyrų įrašų įtraukta 1175, moterų 1311, o tai sudarė atitinkamai 47,3 proc. ir 52,7 proc..

13 pav. **Analizuotų elektroninių įrašų pasiskirstymas pagal pacientų lytį.**



Analizuojant į tyrimą įtrauktų elektroninių įrašų pacientų amžių, nustatyta, kad vyresniojo amžiaus pacientų (65 metų ir vyresnių) buvo mažiau: iš 2486 pacientų 955, iš viso 38,4 proc., tuo tarpu jaunesnių nei 65 metų buvo 1531, o tai sudarė 61,6 proc..

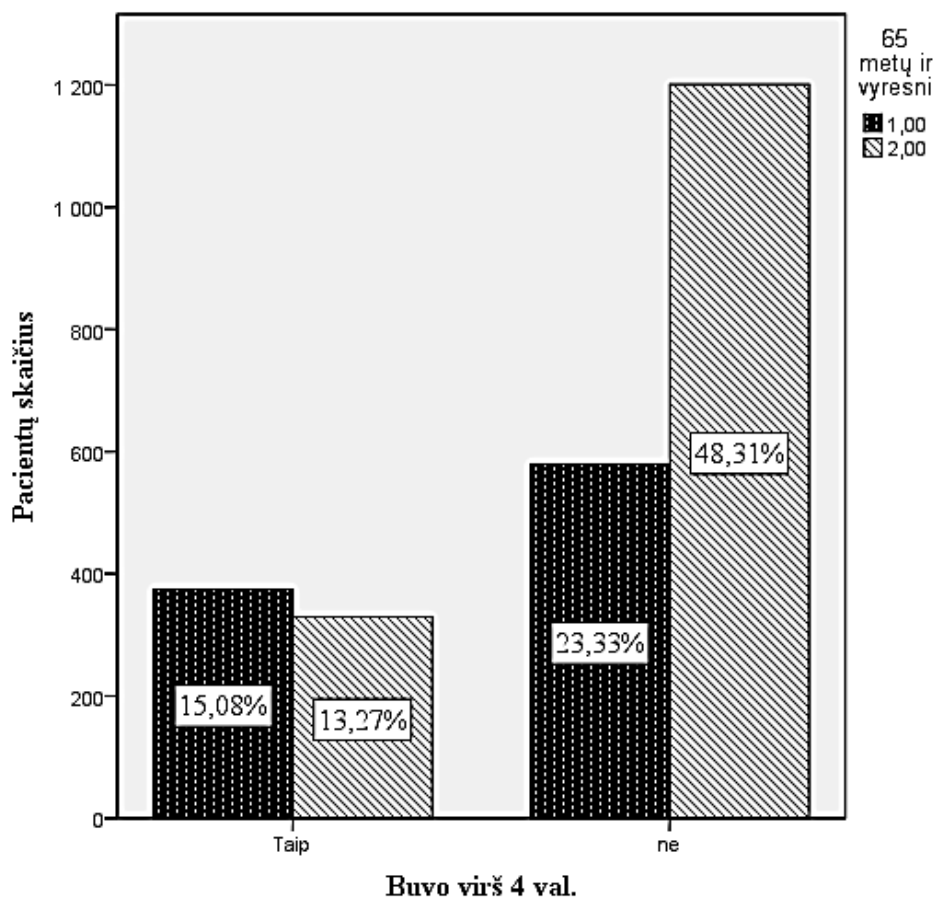
14 pav. Elektroninių įrašų pasiskirstymas pagal pacientų amžių.



Analizuojant įrašus paaiškėjo, kad ilgiau nei 4 val. PSPS praleido 705 pacientai, o tai sudarė 28,4 proc. visų pacientų. Iš visų ilgiau nei 4 val. buvusiųjų 320 buvo vyrų ir 385 moterys, atitinkamai 45,4 proc ir 54,6 proc.. Panašiai ir iki 4 val. imtinai buvusių pacientų grupėje, iš 1781 visų įrašų 855 buvo vyrų ir 926 moterų, o tai sudarė atitinkamai 48 proc. ir 52 proc.. šiose grupėse.

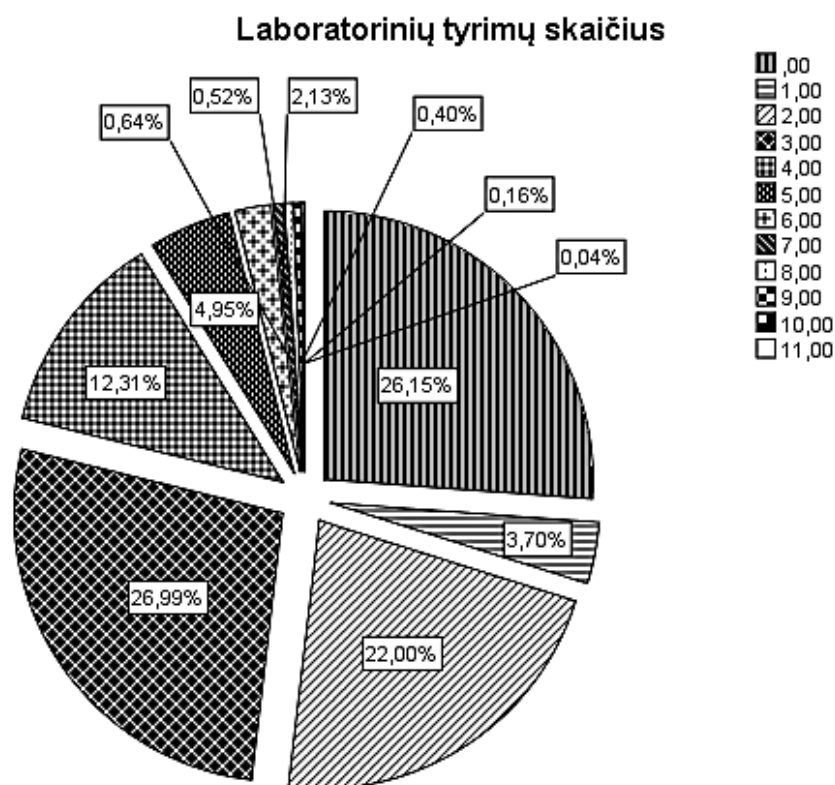
Pagal amžiaus grupes tarp buvusiųjų PSPS virš 4 val. jaunesnių nei 65 metų pacientų buvo 330, tuo tarpu 65 metų ir panašiai tiek pat vyresnių 375, atitinkamai 46,8 proc. ir 53,2 proc.. Tuo tarpu iki 4 val. imtinai PSPS tirtų ir gydytų pacientų tarpe jaunesnių, nei 65 metų buvo gerokai daugiau 1201 (67,4 proc.), lyginant su vyresniojo amžiaus pacientais, kurių buvo 580 (32,6 proc.).

15 pav. Analizuotų elektroninių įrašų pasiskirstymas pagal pacientų amžių ir buvimo PPS laiką.



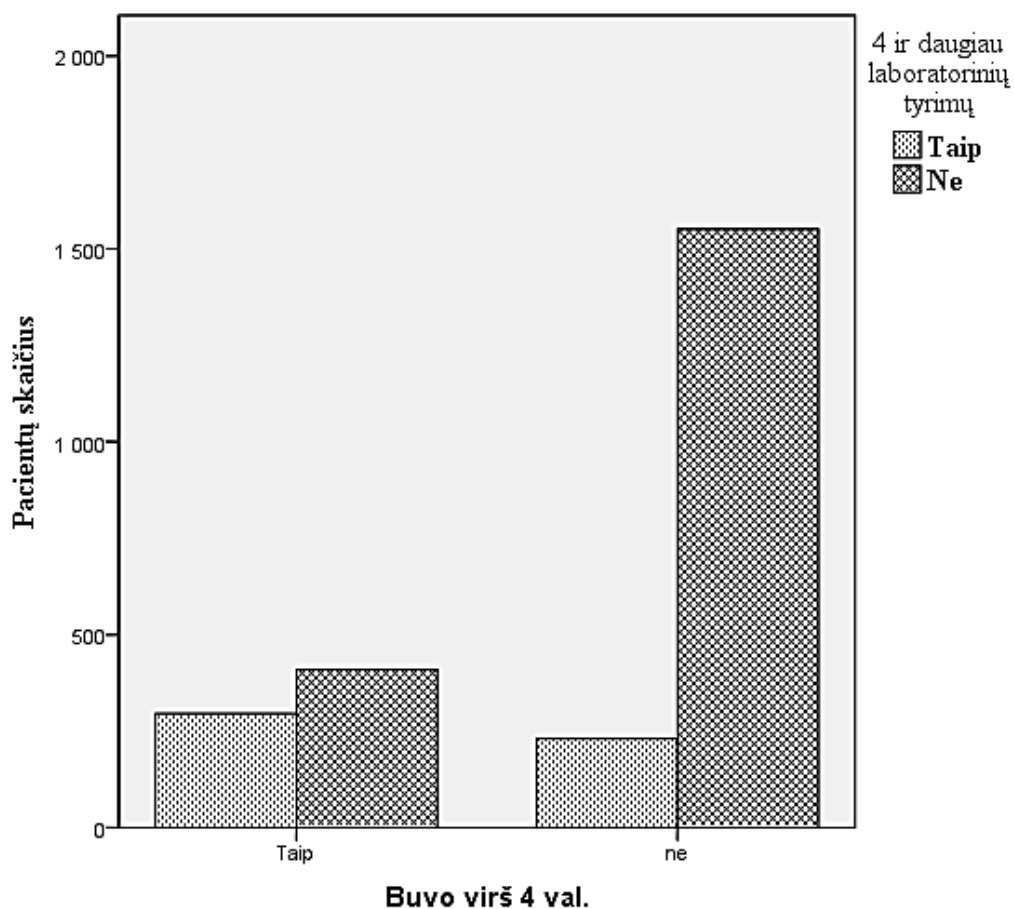
Analizuojant pacientų ištyrimo apimtį, daliai pacientų nebuvo atlikta jokių laboratorinių tyrimų, tačiau daliai jų skaičius siekė net 11. Didžiausiai daliai pacientų buvo atlikti 3 laboratoriniai tyrimai 26,99 proc., panašiai tokioje dalyje įrašų tyrimai nebuvo atlikti (26,15 proc.), 2 laboratoriniai tyrimai nurodyti 22 proc. įrašų, 4 tyrimai 12,31 proc. įrašų, o 5, 6, 7, 8, 9, 10 ir 11 įrašyti į po 5 proc. nesiekiančią dalį elektroninių įrašų. Teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugą PPS įprastai atliekami 3 laboratoriniai tyrimai pagrindinėms organizmo funkcijoms įvertinti ir uždegiminio proceso nustatymui, todėl tolimesnei analizei pasirinktos 2 pagrindinės grupės: iki 3 imtinai atliktų laboratorinių tyrimų ir daugiau nei 3.

16 pav. Atliktų laboratorinių tyrimų skaičius elektroniniuose įrašuose.



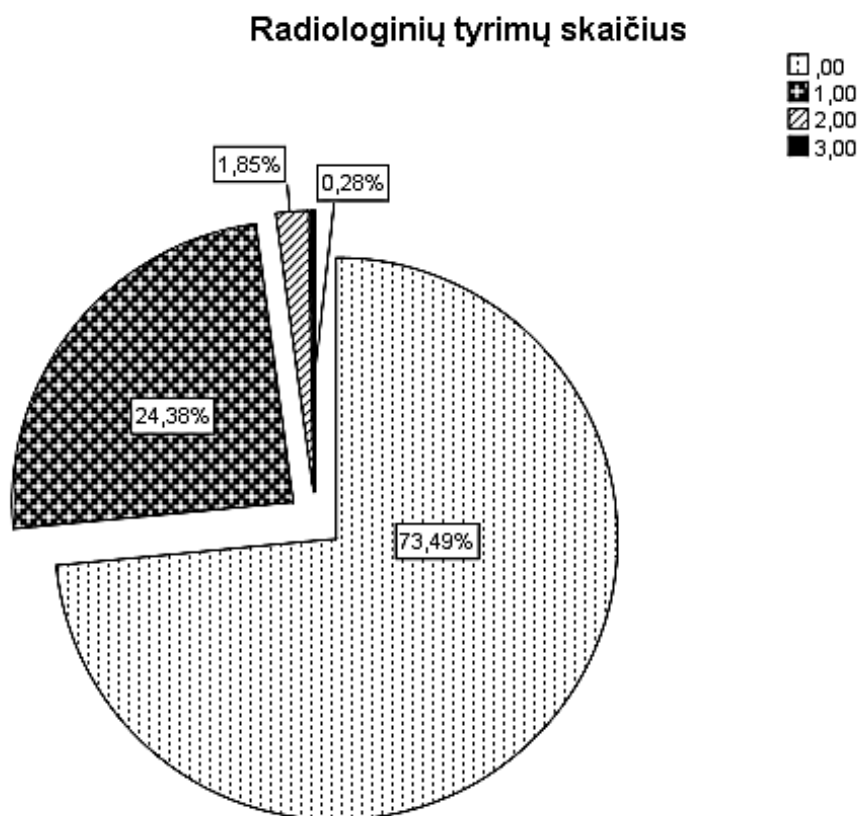
Iš visų elektroninių įrašų didesnei daliai 1960 (78,8 proc.) buvo atlikti ne daugiau 3 laboratorinių tyrimų, lyginant su pacientais, 4 ir daugiau laboratorinių tyrimų rasti 526 (21,2 proc.) elektroninių įrašų. Analizuojant tarp buvusių daugiau nei 4 val. PSPS pacientų tokių, kuriems buvo atlikta iki 3 imtinai laboratorinių tyrimų buvo 409 (58 proc.), o tų, kuriems buvo atlikti 4 ir daugiau laboratorinių tyrimų, siekė 296 (42 proc.). Tuo tarpu iki 4 val. tirtų ir gydytų pacientų tarpe gerokai didesnei daliai buvo atlikta iki 3 laboratorinių tyrimų: tokių pacientų buvo 1551 (87,1 proc.), tuo tarpu 4 ir daugiau tyrimų atlikti 230 (12,9 proc.) pacientų.

17 pav. Laboratorinių tyrimų skaičiaus pasiskirstymas pagal pacientų buvimo PSPS laiką elektroniniuose įrašuose.



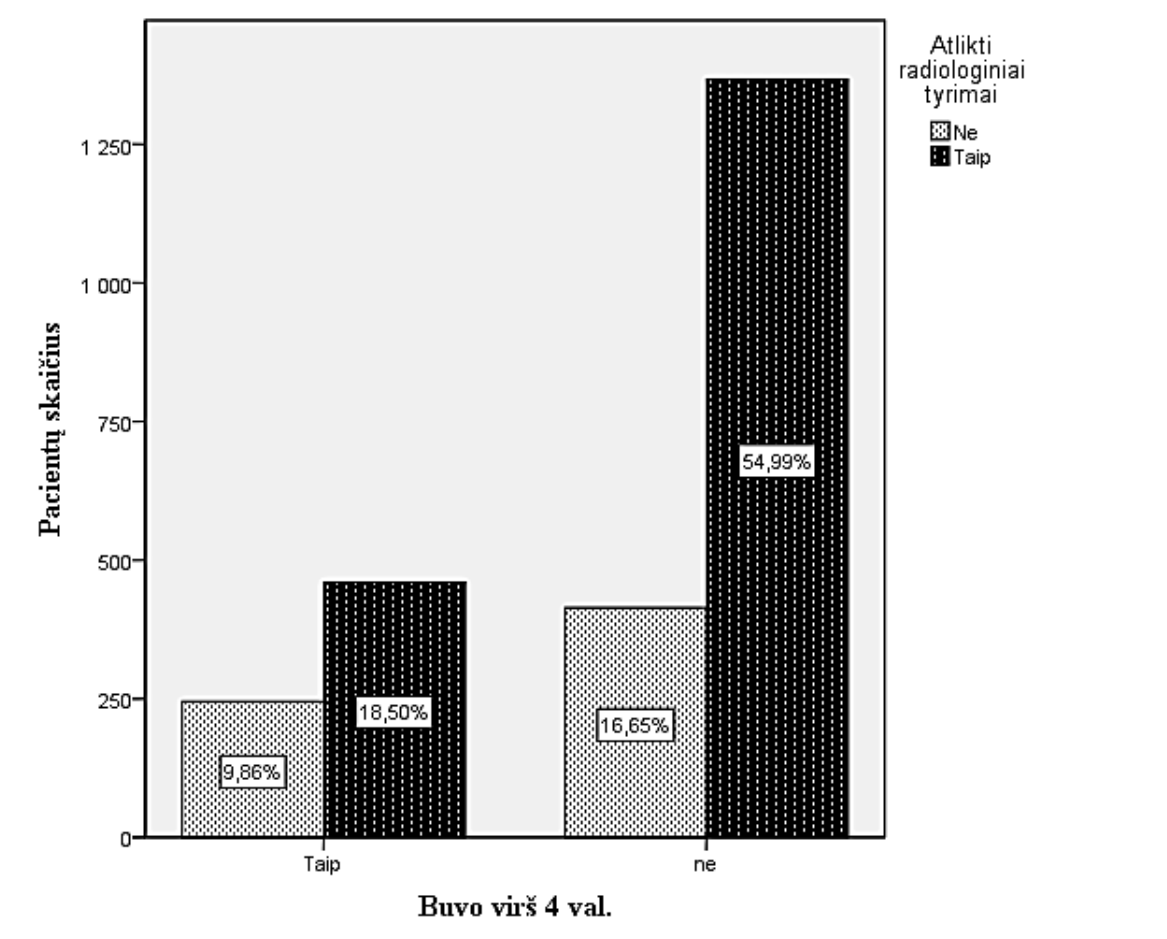
Rentgenologiniai tyrimai PSPS gana dažnai daromi, todėl analizuota, kokiai daliai tokie tyrimai buvo atlikti. Paaiškėjo, kad rentgenologinių tyrimų nebuvo atlikta didžiajai daliai 1827 pacientų, o tai sudarė 73,49 proc., vienas tyrimas atliktas 606 pacientams (24,38 proc.), 2 tyrimai atlikti 46 pacientams (1,85 proc.) ir 7 pacientams (0,28 proc.) buvo atlikti 3 tyrimai.

18 pav. Radiologinių tyrimų skaičius elektroniniuose įrašuose.



Tarp 705 buvusiųjų PSPS daugiau 4 val. pacientų 460 (65,2 proc.) rentgenologinių tyrimų nebuvo atlikta, 220 (31,2 proc.) pacientų atliktas vienas rentgenologinis tyrimas, 20 (2,8 proc.) atlikti 2 tyrimai, o 5 (0,7 proc.) pacientų atlikti 3 radiologiniai tyrimai. Tarp 1781 tirtų ir gydytų iki 4 val. pacientų rentgenologinių tyrimų nebuvo atlikta 1367 pacientams, o tai sudarė 76,8 proc., vienas rentgenologinis tyrimas buvo atliktas 386 pacientams (21,7 proc.), 2 tyrimai atlikti 26 (1,5 proc.) ir 3 tyrimai 2 (0,1 proc.) pacientams.

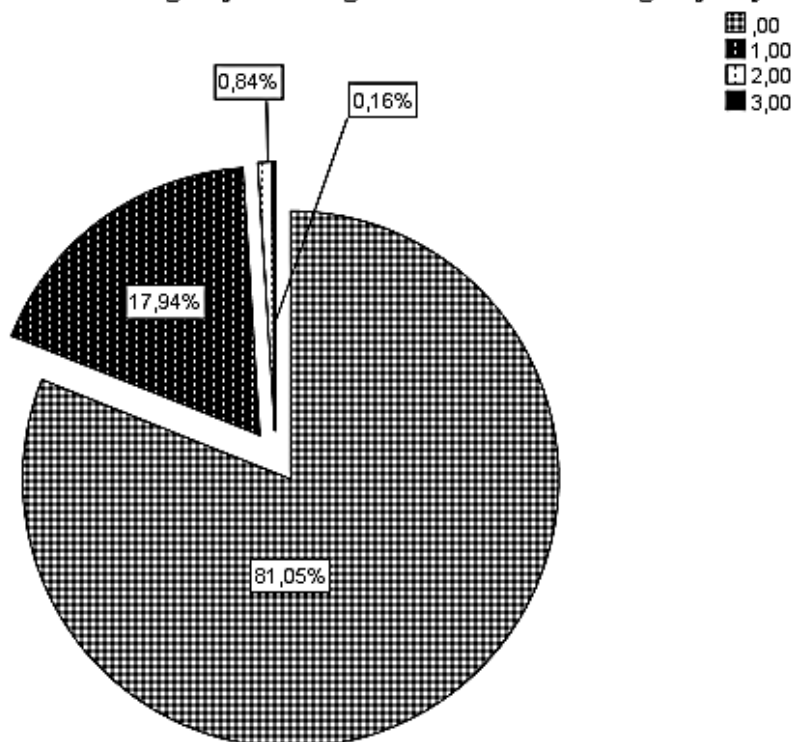
19 pav. Dalis elektroninių įrašų, kuriuose pacientams buvo atlikti radiologiniai tyrimai tarp buvusių iki 4 val. imtinai ir virš 4 val.



Brangių tyrimų grupei priskiriamų kompiuterinės tomografijos ir magnetinio rezonanso tomografijos tyrimų iš viso atlikta tik 471 pacientui, ir tai sudarė tik 18 proc. visų apsilankiusiųjų atvejų, 2015 (81,1 proc.) pacientų tokių tyrimų PSPS nebuvo daryta. Daugumai iš 471 pacientų įrašų, kaip atliktas, pažymėtas tik 1 kompiuterinės tomografijos, arba magnetinio rezonanso tomografijos tyrimas.

20 pav. Atliktų brangių tyrimų grupei priskiriamų tyrimų skaičius elektroniuose įrašuose.

Kompiuterinės tomografijos ar magnetinio rezonanso tomografijos tyrimų skaičius

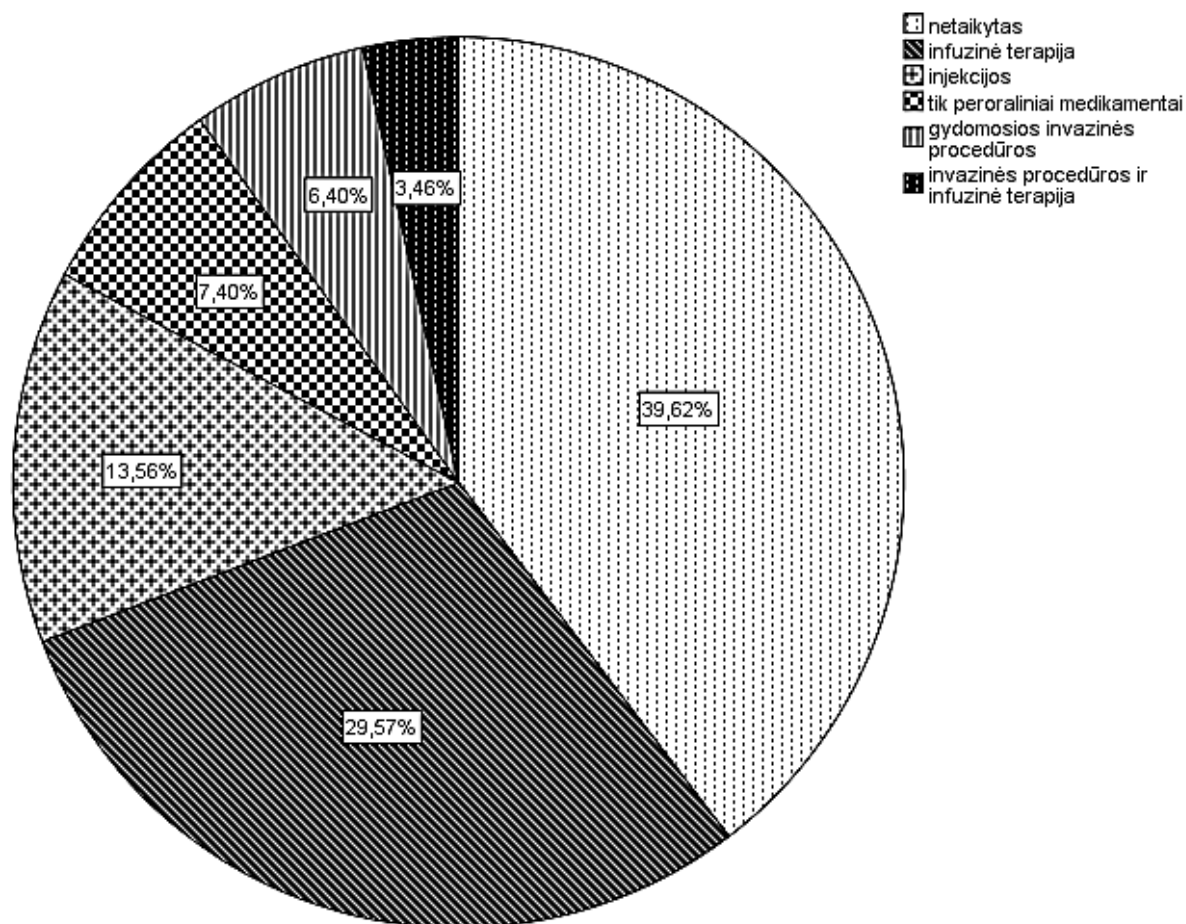


Elektroninių įrašų, kuriuose pacientui buvo atliktas bent vienas iš brangių tyrimų grupei priskiriamų tyrimų, buvo 178 (25,2 proc.) tarp gydytų ir tirtų PPSPS daugiau kaip 4 val. ir 268 (15 proc.) buvusių iki 4 val. imtinai. Pacientų, kuriems kompiuterinės tomografijos ar magnetinio rezonanso tomografijos tyrimai nebuvo atlikti atitinkamai buvo 511 (72,5 proc.) ir 1504 (84,4 proc.) abiejose pacientų grupėse. Pacientų, kuriems buvo atlikti 2 šiai grupei priskiriamų tyrimų daugiau kaip 4 val. tirtų ir gydytų pacientų grupėje buvo 13 (6 proc.), tuo tarpu iki 4 val. buvusiųjų grupėje 8 (0,4 proc.). Atitinkamai pacientų, kuriems buvo atlikti 3 tokie tyrimai buvo 3 (0,4 proc.) ir 1 (0,1 proc.).

Analizuota, kiek buvo atliktų ultragarsinių tyrimų tarp buvusiųjų iki 4 val. pacientų imtinai ir tarp buvusių virš 4 val. ir paaiškėjo, kad ultragarsinių tyrimų iki 4 val. imtinai grupėje atliktų nebuvo 505 (71,6 proc.) elektroniniuose įrašuose, vienas tyrimas atliktas 190 (27 proc.), 2 tyrimai 9 (1,3 proc.), o 3 tyrimai 1 (0,1 proc.) pacientui, tarp buvusių iki 4 val. pacientų elektroniuose įrašuose 1515 (85,1 proc.) tokių tyrimų nebuvo atliktų, vienas tyrimas atliktas 262 (14,7 proc.) įrašų, o 4 (0,2 proc.) atlikti 2 tyrimai.

Gydymo veiksmų (medikamentinių ir nemedikamentinių) atlikimas taip pat priskiriamas vidiniams organizaciniams veiksniams. Iš visų analizuotų 2486 elektroninių pacientų įrašų gydymas taikytas 1501 pacientui (60,4 proc.), likusių 985 (39,6 proc.) pacientų įrašuose apie gydymo taikymą informacijos nebuvo, arba jis netaikytas.

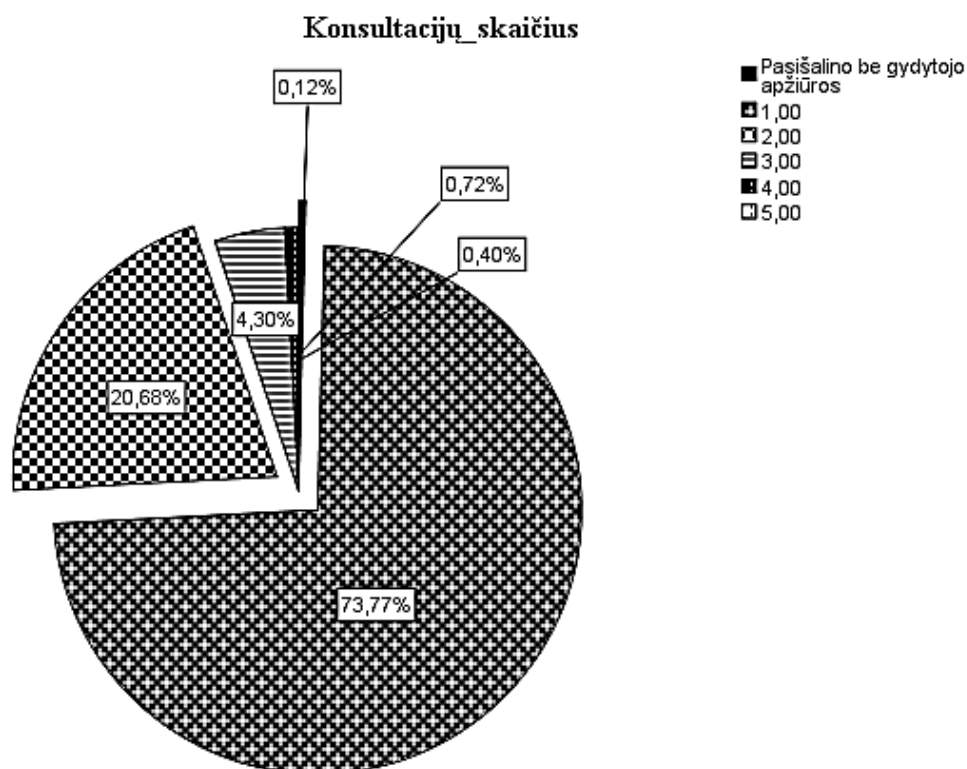
21 pav. Elektroninių įrašų pasiskirstymas pagal pacientams taikytą gydymą.



Pacientų, kurie buvo tirti PSPS ilgiau 4 val., gydymas nebuvo taikytas tik 136 (19,3 proc.) pacientų, iki 4 val. buvusių pacientų tarpe tokių buvo 849 (47,7 proc.). Analizuojant taikytus gydymo metodus paaiškėjo, kad virš 4 val. buvusiems PSPS pacientams 349 (49,5 proc.) taikyta infuzinė terapija, 94 (13,3 proc.) skirtos injekcijos į veną, ar į raumenis, ar paodį, 57 (8,1 proc.) gydyti geriamaisiais vaistais, 8 (1,1 proc.) taikytos nemedikamentinės tiek invazinės, tiek neinvazinės procedūros, o 61 (8,7 proc.) taikytas tiek medikamentinis, tiek nemedikamentinis gydymas. Iki 4 val. PSPS buvusių pacientų grupėje 386 (21,7 proc.) taikyta infuzinė terapija, 243 (13,6 proc.) gydyti injekcijomis, 127 (7,1 proc.) tik geriamaisiais vaistais, 151 (8,5 proc.) taikytas nemedikamentinis gydymas, o 25 (1,4 proc.) gydyti tiek medikamentiniu, tiek nemedikamentiniu būdu.

Vidiniams operatyviniams veiksniams priskiriamas konsultavusių pacientą gydytojų specialistų skaičius. Analizuojant visus 2486 elektroninius pacientų įrašus, paaiškėjo, kad didžiąją dalį pacientų – 1834 (73,8 proc.) pacientų konsultavo vienas gydytojas specialistas, 514 (20,7 proc.) konsultavo 2 gydytojai specialistai, 107 (4,3 proc.) 3 gydytojai, 18 (0,7 proc.) pacientų prireikė 4 specialistų konsultacijų, o 3 (0,1 proc.) buvo reikalingos 5 gydytojų specialistų konsultacijos. Analizės eigoje paaiškėjo, kad 10 (0,4 proc.) pacientų neapžiūrėjo nei vienas gydytojas, nes šie pacientai pasišalino po triažo iš PSPS nesulaukę gydytojo apžiūros.

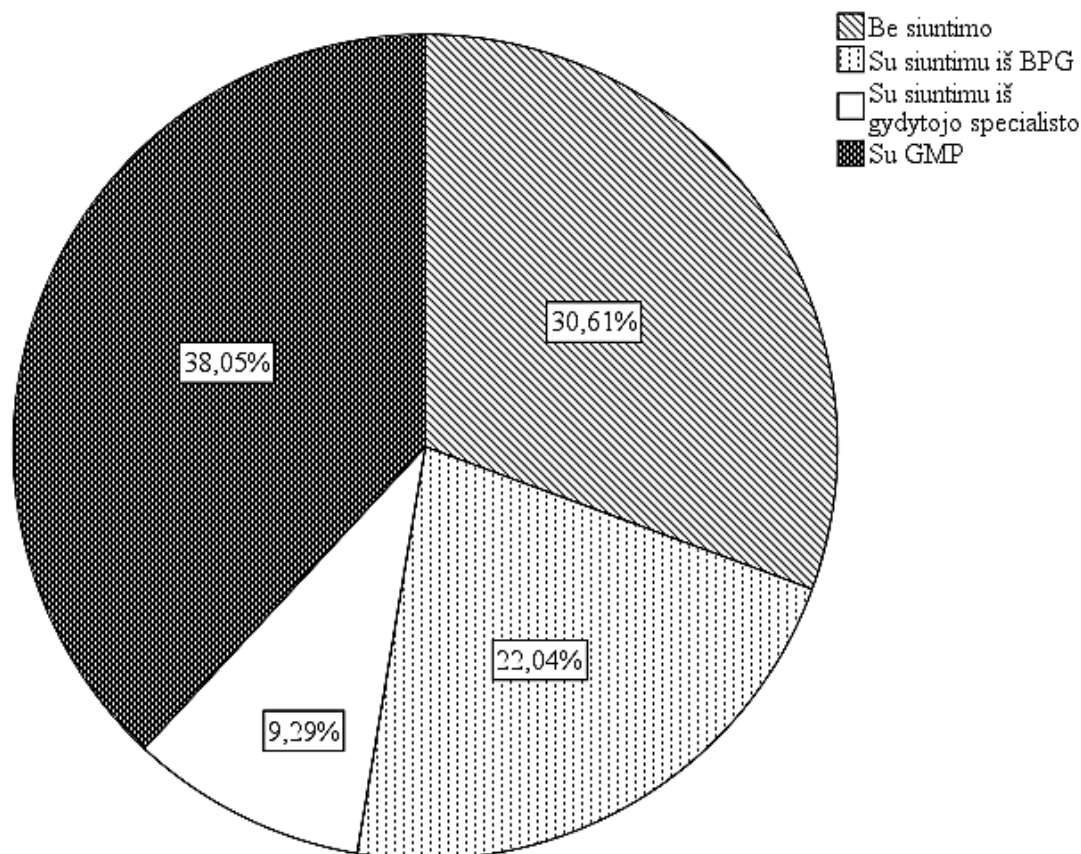
22 pav. Elektroninių įrašų pasiskirstymas pagal pacientams suteiktą gydytojų konsultacijų skaičių.



Tarp buvusių daugiau nei 4 val. PSPS pacientų didesnę dalį konsultavo vienas gydytojas, tokių elektroninių įrašų buvo 371, o tai sudarė 52,6 proc., 2 gydytojų specialistų konsultacijos įrašytos 249 (35,3 proc.) pacientų, 3 specialistų 66 (9,4 proc.), 4 specialistų 17 (2,4 proc.) pacientų įrašuose, o 2 (0,3 proc.) pacientai buvo apžiūrėti net 5 gydytojų. Buvusiųjų iki 4 val. imtinai grupėje taip pat didesniąją dalį – 1463 (82,1 proc.) pacientų konsultavo vienas gydytojas specialistas, 265 (14,9 proc.) konsultavo 2 gydytojai, 41 (2,3 proc.) pacientui prireikė 3 gydytojų specialistų konsultacijų, o 4 ir 5 konsultacijų reikėjo po 1 (0,1 proc.) pacientų.

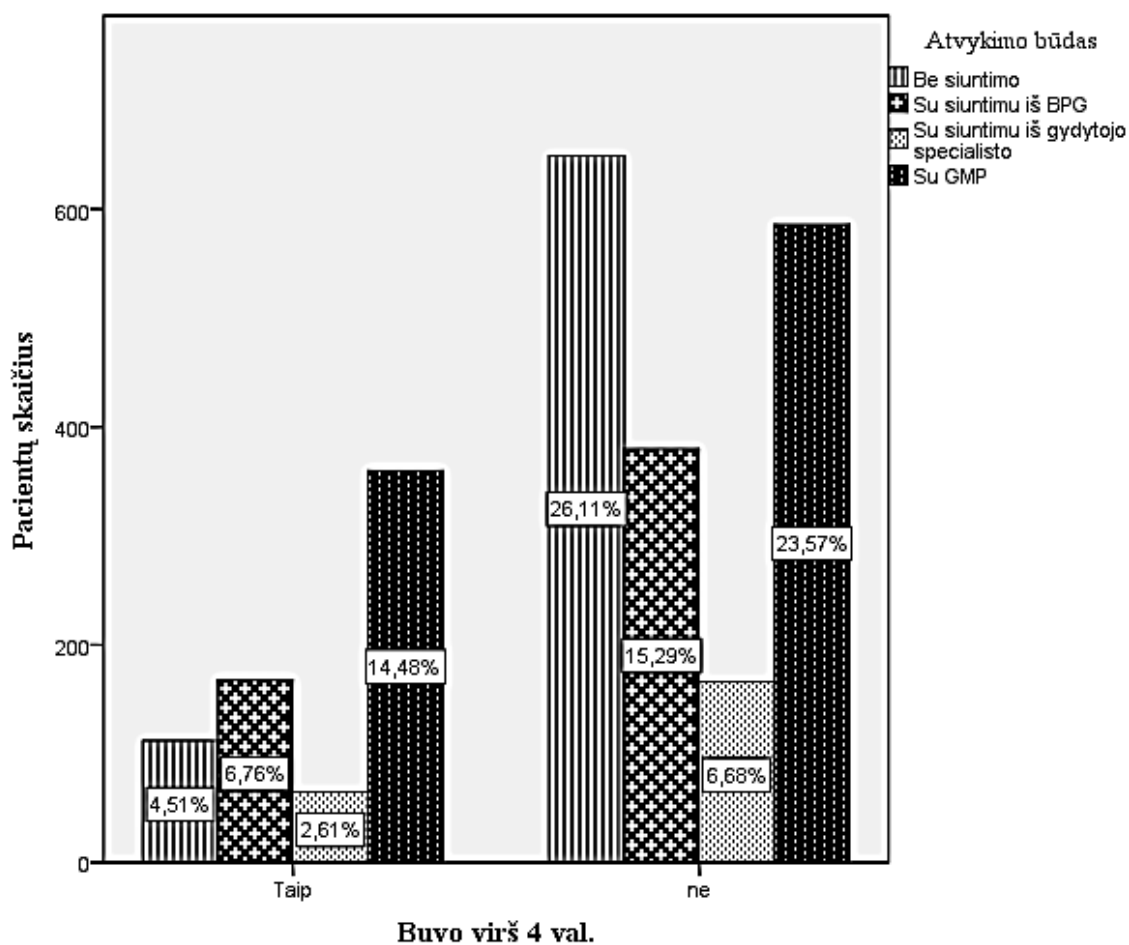
Analizuota, koku būdu pacientai atvyko į PSPS. Paaiškėjo, kad iš viso atvykusių pacientų be jokio siuntimo buvo 761 (30,6 proc.), GMP automobiliu ir lydimi medicinos medicinos personalo atvyko 946 (38,1 proc.), 548 (22 proc.) atvyko su bendrosios praktikos gydytojo siuntimu ir 231 (9,3 proc.) atvyko su gydytojo specialisto iš kitos stacionaro paslaugas teikiančios ASPĮ.

23 pav. Elektroninių įrašų pasiskirstymas pagal pacientų atvykimo būdą.



Tarp buvusiųjų daugiau nei 4 val. daugiausia buvo atvykusių GMP automobiliu, tokių buvo 360 (51,1 proc.), su bendrosios praktikos gydytojo siuntimu atvyko 168 (23,8 proc.) pacientai, be siuntimo 112 (15,9 proc.), o 65 (9,2 proc.) pacientų atvyko iš kitų stacionaro paslaugas teikiančių ASPĮ. Iki 4 val. buvusių pacientų 649 (36,4 proc.) atvyko be siuntimo, 586 (32,9 proc.) atvežė GMP automobiliu medicinos personalas, 380 (21,3 proc.) atsiuntė bendrosios praktikos gydytojai, 166 (9,3 proc.) atvyko iš kitų stacionaro paslaugas teikiančių ASPĮ. Tarp ilgiau buvusių PSPS pacientų, santykinai daugiau buvo atvykusių GMP automobiliu, nei tarp buvusių iki 4 val. imtinai.

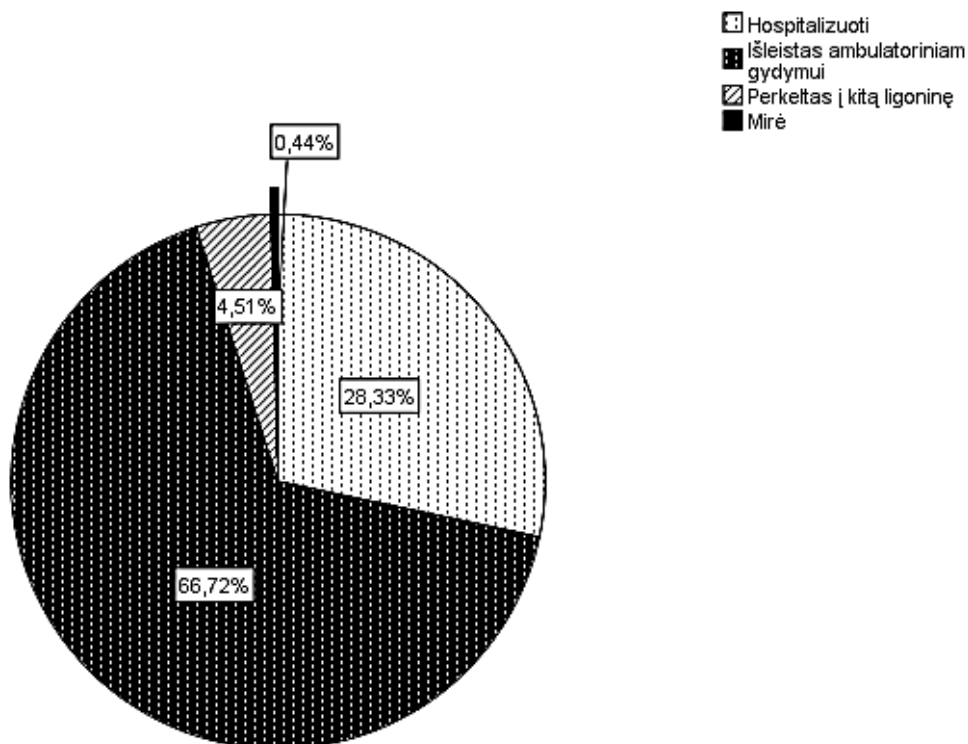
24 pav. Elektroninių įrašų pasiskirstymas pagal atvykimo būdą tarp buvusių iki 4 val. ir virš 4 val. PSPS pacientų.



Kitas svarbus veiksnys, priskiriamas išorinių operatyvinių veiksnių grupei, yra išrašymo iš PSPS kelias, tai yra ar pacientas išleistas gydytis ambulatoriškai, ar hospitalizuotas į stacionarą, ar pervežtas į kitą stacionaro paslaugas teikiančią ASPĮ, ar mirė.

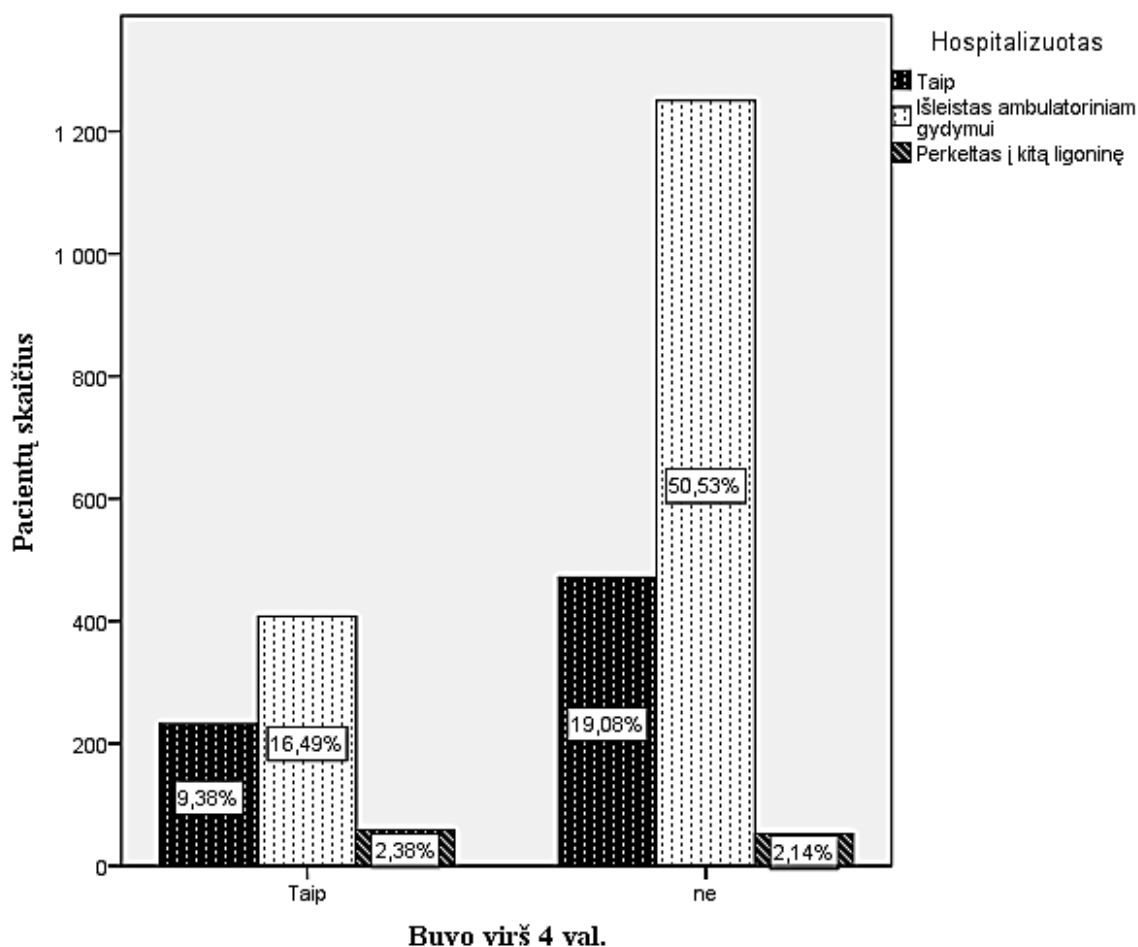
Analizuojant pacientų elektrinius įrašus paaiškėjo, kad hospitalizuotų pacientų iš viso buvo tik 704 (28,3 proc.), didžioji dalis pacientų buvo išleisti ambulatoriniam gydymui, tokių įrašų buvo 1658 (66,7 proc.), tik 112 (4,5 proc.) buvo išvežti į kitas stacionaro paslaugas teikiančias ASPĮ, o 11 (0,4 proc.) mirė.

25 pav. Elektroninių įrašų pasiskirstymas pagal pacientų išrašymo iš PSPS būdą.



Tarp buvusiųjų ilgiau 4 val. 232 (32,9 proc.) buvo hospitalizuoti, išleistų ambulatoriniam gydymui buvo daugiau, net 408 (57,9 proc.), tuo tarpu perkeltų į kitą stacionarą 59 (8,4 proc.) ir 6 (0,9 proc.) pacientų mirė. Iki 4 val. imtinai tirtų ir gydytų grupėje 472 (26,5 proc.) elektroniniuose įrašuose nurodyta, kad pacientai hospitalizuoti, o didžioji dauguma pacientų, iš viso 1250 (70,2 proc.) buvo išleisti ambulatoriniam gydymui. Šioje grupėje tik 53 (3 proc.) pervežti į kitas stacionaro paslaugas teikiančias ASPĮ, o 5 (0,3 proc.) mirė.

26 pav. Elektroninių įrašų pasiskirstymas pagal išrašymo būdą iš PSPS tarp buvusių iki 4 val. ir virš 4 val. PSPS pacientų.



Šiame tyrime analizuoti ir nuo pacientų priklausantys klinikiniai veiksniai, galintys įtakoti jų buvimo PSPS laiką. Vienas tokių veiksnių sergamumas daugybinėmis lėtinėmis ligomis – multimorbidiškumas. Tai reiškia, kad pacientas sirgo ne mažiau kaip 2 lėtinėmis ligomis.

Analizuojant pacientų elektroninius įrašus paaiškėjo, kad jokiais lėtinėmis ligomis nesirgo 897 (36,1 proc.) pacientų, viena lėtine liga sirgo 592 (23,8 proc.), 2 lėtinės ligos dokumentuotos 419 (16,9 proc.) įrašų, 3 lėtinėmis ligomis sirgo 335 (13,5 proc.), 4 sergančių pacientų buvo 152 (6,1 proc.), 5 lėtinės ligos pažymėtos 72 (2,9 proc.) pacientų įrašuose, 6 ligomis sirgo 16 (0,6 proc.), o 7 ligomis 3 (0,1 proc.) pacientų.

Pacientų, gydytų ir tirtų virš 4 val. PSPS tarpe lėtinėmis ligomis nesirgo 134 (19 proc.) pacientų, 1 lėtine liga sirgo 161 (22,8 proc.), 2 ligos pažymėtos 146 (20,7 proc.) įrašuose, 3 lėtines ligas pažymėjo 148 (21,0 proc.), 4 lėtinės ligos nustatytos 69 (9,8 proc.) pacientams, 5 įrašytos 35 (5,0 proc.) įrašuose, 6 ligos pažymėtos 12 (1,7 proc.) įrašų, o 7 lėtinių ligų šioje pacientų grupėje nebuvo nustatyta. Tarp PSPS iki 4 val. imtinai tirtų ir gydytų pacientų atitinkamai tokių įrašų buvo

736 (42,8 proc.), 431 (24,2 proc.), 273 (15,3 proc.), 187 (10,5 proc.), 83 (4,7 proc.), 37 (2,1 proc.), 4 (0,2 proc.) ir 3 (0,2 proc.). Abiejose grupėse santykinai daugiausia pacientų sirgo viena lėtine liga, o po 6 ir po 7 lėtines ligas dokumentuotų įrašų abiejose grupėse nesiekė po 5 proc.

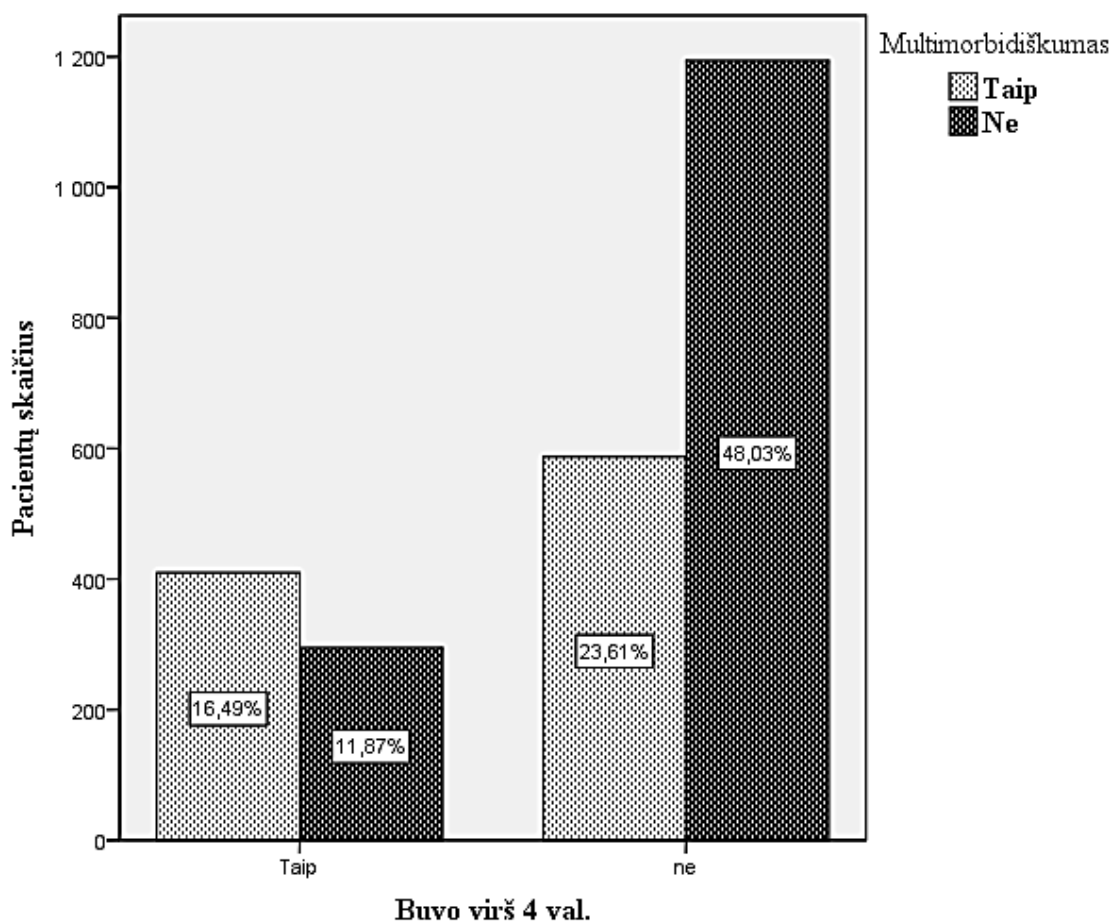
4. lentelė. **Elektroninių įrašų pasiskirstymas pagal lėtinių ligų skaičių.**

			Lėtinių ligų skaičius								Viso
			0	1	2	3	4	5	6	7	
Buvo virš 4 val.	Taip	Skaičius	134	161	146	148	69	35	12	0	705
		Dalis (%)	19,0%	22,8%	20,7%	21,0%	9,8%	5,0%	1,7%	0,0%	100,0%
	ne	Skaičius	763	431	273	187	83	37	4	3	1781
		Dalis (%)	42,8%	24,2%	15,3%	10,5%	4,7%	2,1%	0,2%	0,2%	100,0%
Viso	Skaičius	897	592	419	335	152	72	16	3	2486	
	Dalis (%)	36,1%	23,8%	16,9%	13,5%	6,1%	2,9%	0,6%	0,1%	100,0%	

Stulpelių proporcijos statistiškai viena nuo kitos nesiskyrė ($p < 0,05$).

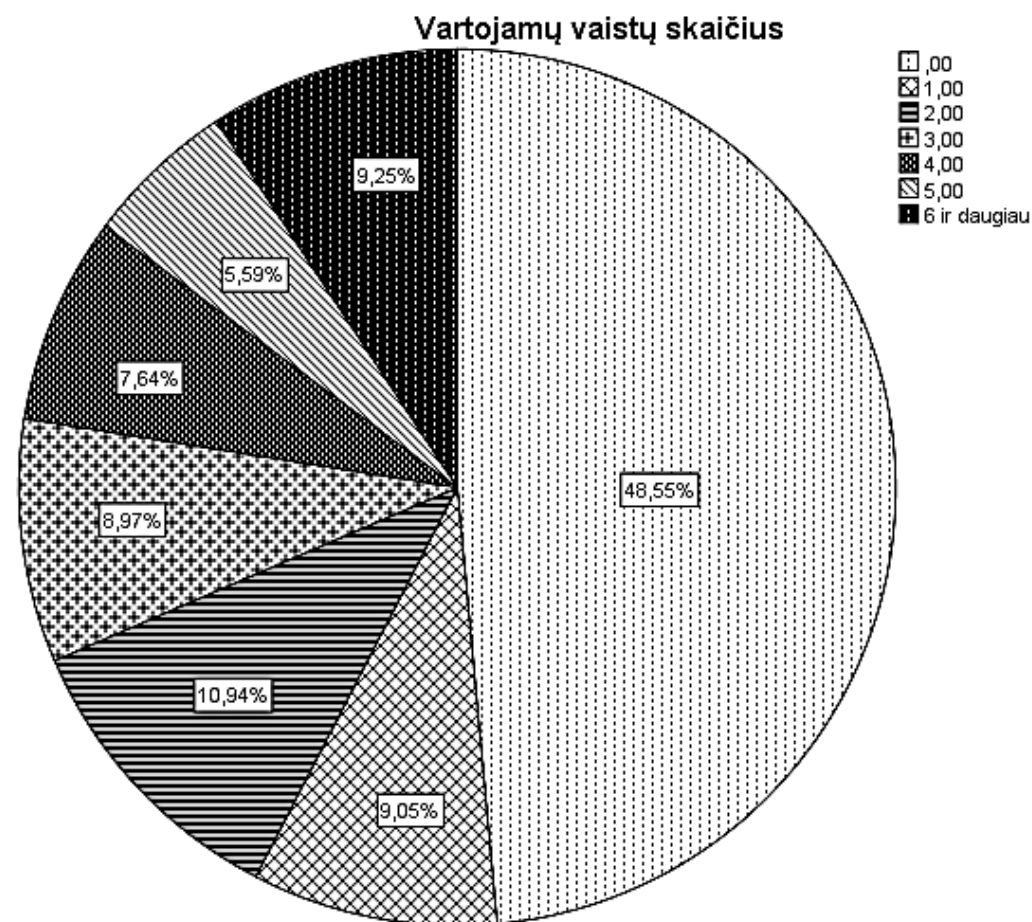
Tarp tirtų ir gydytų PSPS virš 4 val. pacientų lėtinėmis ligomis nesirgo, ar sirgo 1 lėtine liga 295 (41,8 proc.), o multimorbidiškumas nustatytas 410 (58,2 proc.) pacientų. Tarp iki 4 val. imtinai tirtų ir gydytų PSPS pacientų tokių buvo atitinkamai 1194 (67 proc.) ir 587 (33 proc.).

27 pav. Multimorbidiskumo dalis tarp buvusių iki 4 val. ir virš 4 val. priėmimo – skubios pagalbos skyriuje.



Analizuojant elektroniniuose įrašuose vieno paciento nuolat vartojamų vaistų skaičių paaikškėjo, kad dauguma pacientų nuolat jokių vaistų nevartojo 1207 pacientai (48,55 proc.), 225 (9,1 proc.) vartojo 1 vaistą, 272 (10,9 proc.) nuolat vartojo 2 vaistus, 223 (9,0 proc.) pacientų įrašuose nurodytas 3 vaistų nuolatinis vartojimas, 190 (7,6 proc.) įrašų nurodytas 4 vaistų vartojimas, 139 (5,6 proc.) įrašyta apie 5 vaistų, 113 (4,5 proc.) apie 6 vaistų vartojimą. Daugiau 6 vaistų vartojo maža dalis pacientų: 7 vaistų vartojimas įrašytas 46 (1,9 proc.) įrašų, 8 vaistų 33 (1,3 proc.), 9 vaistų 17 (0,7 proc.), 10 vaistų 15 (0,6 proc.) ir 11 vaistų 3 (0,1 proc.) įrašų.

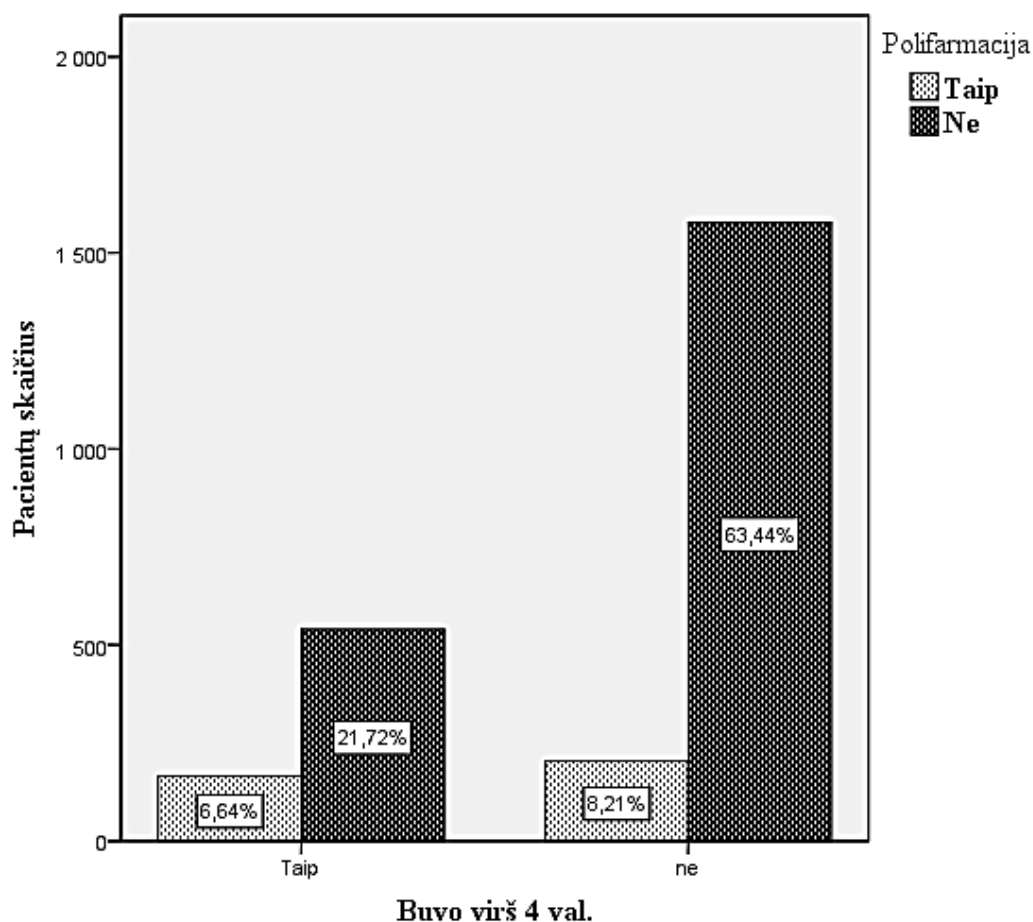
28 pav. Elektroninių įrašų pasiskirstymas pagal vartojamų vaistų skaičių.



Šiame tyrime analizuota polifarmacijos (5 ir daugiau vaistų vartojimo vienu metu) įtaka pacientų buvimo PSPS laikui, todėl skaičiuota, kiek pacientų buvo gydomi polifarmacija. Paaiškėjo, kad iš viso iki 4 imtinai vaistų nuolat vartojo 2117 (85 proc.) pacientų, o polifarmacija nustatyta tik 369 (14,8 proc.) elektroninių įrašų.

Tarp tirtų ir gydytų daugiau nei 4 val. pacientų polifarmacija buvo nustatyta taip pat mažesnėje dalyje elektroninių įrašų, kurių buvo 165 (23,4 proc.), o iki 4 imtinai vaistų nuolatinis vartojimas dokumentuotas 540 (76,6 proc.) įrašų. Tarp iki 4 val. imtinai praleidusių PSPS pacientų polifarmacija nustatyta 204 (11,5 proc.) įrašų, o iki 4 vaistų imtinai vartojimas net 1577 (88,5 proc.).

29 pav. Elektroninių įrašų dalis, kuriuose buvo nustatyta polifarmacija, tarp buvusių iki 4 val. ir virš 4 val. PSPS.



5.2.3.1 Demografinių veiksnių įtaka pacientų buvimo laikui priėmimo – skubios pagalbos skyriuje

Analizuojant, kokią įtaką turėjo buvimas vyru ar moterimi pacientų buvimo PSPS laikui, paaiškėjo, kad vyrams, lyginant su moterimis praleisti PSPS daugiau nei 4 val. rizika buvo kiek mažesnė: vyriškos lyties ŠS buvo 0,9 (95% PI 0,756 iki 1,2072, $p=0,239$), vertinant atskirose vyrų ir moterų kohortose, vyrų kohortoje ŠS siekė 0,945 (95% PI 0,860 iki 1,039, $p=0,239$), moterų kohortoje apskaičiuotas ŠS buvo 1,050 (95% PI 0,969 iki 1,139, $p=0,239$). Deja, vertinant lyties įtaką buvimo laiko prailgėjimui statistinio patikimo skirtumo nestebėta (Spirmano koeficientas 0,024).

Vertinant amžiaus įtaką pacientų prailgėjusio buvimo PSPS laikui, apskaičiuotas 65 metų ir vyresnio amžiaus ŠS 2,353 (95% PI nuo 1,969 iki 2,812, $p<0,001$), o Pirsono tiesinės koreliacijos koeficientas buvo 90,821, o Spirmano 0,191. Atsižvelgiant į tai, galima teigti, kad yra statistiškai

patikimas vyresnio amžiaus ir praigėjusio buvimo PSPS laiko silpnas tarpusavio ryšys, kurio dėka vyresnio amžiaus pacientai turi riziką PSPS praleisti ilgiau, nei jaunesni pacientai. Be to, vertinant atskiras kohortas, 65 metų ir vyresnių pacientų ŠS buvo 1,633 (95% PI nuo 1,483 iki 1,798, $p < 0,001$), o jaunesnių nei 65 metų kohortoje ŠS siekė tik 0,694 (95% PI nuo 0,638 iki 0,756, $p < 0,001$).

5.2.3.2. Organizacinių veiksnių įtaka pacientų buvimo laikui priėmimo – skubios pagalbos skyriuje

Vertinant vidinių operatyvinių grupei priskiriamo veiksnio laboratorinių tyrimų skaičiaus įtaką pacientų PSPS buvimo laiko prailgėjimui, apskaičiuotas atliktų 4 ir daugiau tyrimų ŠS siekė 4,88 (95% PI nuo 3,980 iki 5,984, $p < 0,001$), kai Pirsono tiesinės koreliacijos koeficientas buvo 255,89, Spirmano koreliacijos koeficientas 0,321. Tai leidžia teigti, kad yra vidutiniškai stipri statistinė priklausomybė tarp didesnio nei 3 laboratorinius tyrimus apimančio paciento ištyrimo ir ilgesnio nei 4 val. PSPS buvimo laiko. Vertinant atskiras pacientų grupes, kohortoje, kurioje laboratorinių tyrimų skaičius siekė iki 3 imtinai ŠS buvo 0,66 (95% nuo PI 0,624 iki 0,711, $p < 0,001$), o 4 ir daugiau laboratorinių tyrimų apimties ištyrimo 3,252 (95% nuo PI 2,802 iki 3,772, $p < 0,001$).

Vertinant rentgenologinių tyrimų atlikimo pacientų ištyrimo procese įtaką jų buvimo PSPS laiko prailgėjimui, analizuota ar yra statistinė šių kintamųjų priklausomybė. Tarp PSPS tirtų ir gydytų virš 4 val. pacientų, elektroninių įrašų, kuriuose nebuvo atliktų rentgenologinių tyrimų buvo 460, o tai sudarė 65 proc., o tokių kuriuose tyrimai buvo atlikti nustatyta 245 (34,8 proc.). Tarp iki 4 val. buvusiųjų pacientų, tokių įrašų atitinkamai buvo 1367 (76,8 proc.) ir 414 (23.2 proc.). Nustatytas rentgenologinių tyrimų pacientų prailgėjusiam PSPS buvimo laikui ŠS 1,759 (95% PI nuo 1,454 iki 2,127, $p < 0,001$), kai Pirsono tiesinės koreliacijos koeficientas 34,325, Spirmano koreliacijos koeficientas 0,118. Pacientų, kuriems buvo atliktų rentgenologinių tyrimų kohortoje ŠS siekė 1,495 (95% PI nuo 1,310 iki 1,705, $p < 0,001$), o tirtų ir gydytų pacientų, kuriems tokie tyrimai nebuvo atliekami kohortoje ŠS buvo 0,850 (95% PI nuo 0,801 iki 0,902, $p < 0,001$). Remiantis tokiais analizės duomenimis, galima teigti, kad yra statistiškai silpnas rentgenologinių tyrimų atlikimo ir praigėjusio pacientų buvimo laiko tarpusavio ryšys.

Analizuojant, kokią įtaką turėjo kompiuterinės tomografijos ir magnetinio rezonanso tomografijos tyrimų atlikimas PSPS pacientams jų buvimo PSPS laiko prailgėjimui, analizuota, ar yra statistinė šių kintamųjų priklausomybė. Nustatytas brangių tyrimų grupei priskirtų tyrimų ŠS 2,061 (95% PI nuo 1,672 iki 2,541, $p < 0,001$), kai Pirsono tiesinės koreliacijos koeficientas 47,083, o Spirmano koreliacijos koeficientas 0,138. Pacientų, kuriems buvo atliktų kompiuterinės

tomografijos ar magnetinio rezonanso tomografijos tyrimų, kohortoje ŠS siekė 1,769 (95% PI nuo 1,506 iki 2,079, $p < 0,001$), o tirtų ir gydytų pacientų, kuriems tokie tyrimai nebuvo atliekami kohortoje ŠS buvo 0,858 (95% PI nuo 0,817 iki 0,902, $p < 0,001$). Remiantis tokiais analizės duomenimis, galima teigti, kad yra silpnas statistinis ryšys tarp atliktų PSPS kompiuterinės tomografijos ar magnetinio rezonanso tomografijos tyrimų ir prailgėjusio pacientų buvimo laiko.

Vertinant atliktų ultragarsinių tyrimų įtaką ilgesniam nei 4 val. buvimo PSPS laikui, apskaičiuotas ŠS 2,256 (95% PI nuo 1,83 iki 2,781, $p < 0,001$), kai Pirsono tiesinės koreliacijos koeficientas 59,839, o Spirmano koreliacijos koeficientas 0,155. Pacientų, kuriems buvo atliktų ultragarsinių tyrimų, kohortoje ŠS siekė 1,899 (95% PI nuo 1,830 iki 2,781, $p < 0,001$), o tirtų ir gydytų pacientų, kuriems tokie tyrimai nebuvo atliekami kohortoje ŠS buvo 0,842 (95% PI nuo 0,801 iki 0,886, $p < 0,001$). Remiantis tokiais analizės duomenimis, galima teigti, kad yra silpnas statistinis ryšys tarp atliktų PSPS ultragarsinių tyrimų ir prailgėjusio pacientų buvimo laiko.

Vertinant taikyto gydymo įtaką ilgesniam nei gydymo įtaką ilgesniam nei 4 val. buvimo PSPS laikui, apskaičiuotas ŠS 3,811 (95% PI nuo 3,093 iki 4,697, $p < 0,001$), o Pirsono tiesinės koreliacijos koeficientas buvo 170,033 Spirmano koreliacijos koeficientas 0,262. Atsižvelgiant į tai, galima teigti, kad yra statistiškai patikimas silpnas gydymo veiksmų taikymo PSPS ir prailgėjusio buvimo šiame skyriuje laiko tarpusavio ryšys, kurio dėka pacientai, kuriems taikomos kurios nors gydymo priemonės turi riziką PSPS praleisti ilgiau, nei pacientai, kuriems gydymas PSPS nereikalingas. Be to, vertinant atskiras kohortas, pacientų, kuriems reikėjo skirti gydymą PSPS ŠS buvo 1,542 (95% PI nuo 1,457 iki 1,633, $p < 0,001$), o negydytų pacientų kohortoje ŠS siekė tik 0,405 (95% PI nuo 0,345 iki 0,474, $p < 0,001$).

Analizuota, kokią įtaką konsultuojančių gydytojų skaičius vienam pacientui turi buvimo PSPS laiko prailgėjimui, pacientai padalinti į 2 kohortas: pacientai, kuriuos konsultavo iki 2 gydytojų specialistų ir pacientai, kuriuos konsultavo 3 ir daugiau gydytojų. Tarp buvusių PSPS daugiau kaip 4 val. pacientų 85 (12,1 proc.) konsultavo daugiau nei 2 gydytojais, o 620 (87,9 proc.) vienas arba 2 gydytojais specialistais. Atitinkamai tarp buvusių iki 4 val. pacientų atitinkamai 43 (2,4 proc.) ir 1738 (97,6 proc.). Analizuojant konsultuojančių vieną pacientą gydytojų specialistų įtaką pacientų PSPS buvimo laiko prailgėjimui, nustatytas 3 ir daugiau konsultacijų ŠS 5,541 (95% PI nuo 3,797 iki 8,087, $p < 0,001$), kai Pirsono tiesinės koreliacijos koeficientas 96,154, o Spirmano koreliacijos koeficientas 0,197. Nustatytas silpnas statistinis ryšys tarp 3 ir daugiau konsultacijų skaičiaus ir prailgėjusio buvimo PSPS laiko. Tai leidžia teigti, kad pacientai, kuriems reikalingos daugiau nei 2 gydytojų specialistų konsultacijos turi riziką PSPS praleisti daugiau laiko. Be to, pacientų, kuriuos konsultavo daugiau nei 2 gydytojais specialistais kohortai ŠS buvo 4,994 (95% PI

nuo 3,497 iki 7,131, $p < 0,001$), o iki 2 imtinai kohortoje 0,901 (95% PI nuo 0,876 iki 0,927, $p < 0,01$).

Analizuojant kiekvieno iš atvykimo į PSPS būdų įtaką pacientų buvimo šiame skyriuje laiko prailgėjimui, pacientų įrašai analizuoti atskirose kohortose. Atvykusiųjų su GMP tarp ilgiau nei 4 val. tirtų ir gydytų pacientų buvo 360 (51,1 proc.), tuo tarpu likusieji 345 (48,9 proc.) atvyko su gydytojų siuntimais arba be siuntimo. Tarp iki 4 val. imtinai praleidusių pacientų su GMP atvykusių buvo 586 (32,9 proc.), likusiųjų 1195 (67,1 proc.). Siekiant išsiaiškinti, ar yra statistinis tarpusavio ryšys tarp atvykusiųjų su GMP ir prailgėjusio pacientų buvimo laiko PSPS. Nustatytas atvykusiųjų su GMP ŠS 2,128 (95% PI nuo 1,781 iki 2,532, $p < 0,001$), kai Pirsono tiesinės koreliacijos koeficientas 70,668, o Spirmano 0,169. Tai leidžia teigti, kad tarp atvykimo su GMP automobiliu ir prailgėjusio pacientų buvimo PSPS laiko yra silpnas statistinis ryšys, ir tokiu būdų atvykę pacientai turi riziką PSPS praleisti daugiau laiko. Be to, atvykusiųjų su GMP kohortai ŠS buvo 1,552 (95% PI nuo 1,407 iki 1,712, $p < 0,001$), o kitų gydytojų siuntimu ar be siuntimo atvykusiųjų kohortoje 0,729 (95% PI nuo 0,672 iki 0,792, $p < 0,01$).

Analogiškai analizuota atvykusiųjų BPG siuntimu pacientų rizika praleisti daugiau laiko PSPS. Tokiu būdu atvykusiųjų tarp ilgiau nei 4 val, tirtų ir gydytų pacientų buvo 168 (23,8 proc.), tuo tarpu likusieji 537 (76,2 proc.) atvyko iš kitų stacionaro paslaugas teikiančių ASPĮ, su GMP automobiliu arba be siuntimo. Tarp iki 4 val. imtinai praleidusių pacientų BPG siuntusių pacientų buvo 380 (21,3 proc.), likusiųjų 1401 (78,7 proc.). Siekiant išsiaiškinti, ar yra statistinis tarpusavio ryšys tarp atvykusiųjų BPG siuntimu ir prailgėjusio pacientų buvimo laiko PSPS, nustatytas tokiu būdu atvykusiųjų ŠS 1,153 (95% PI nuo 0,938 iki 1,419, $p = 0,176$), kai Pirsono tiesinės koreliacijos koeficientas 1,827, o Spirmano koreliacijos koeficientas 0,027. Todėl padaryta išvada, kad tarp atvykimo BPG siuntimu ir prailgėjusio pacientų buvimo PSPS laiko statistiškai patikimo ryšio nėra. Atvykusiųjų BPG siuntimu kohortai ŠS buvo 1,117 (95% PI nuo 0,952 iki 1,310), o atvykusiųjų be siuntimo, GMP automobiliu ar kitų gydytojų iš stacionaro ASPĮ siuntimu kohortoje ŠS 0,968 (95% PI nuo 0,923 iki 1,016).

Analizuota atvykusiųjų kitų stacionaro paslaugas teikiančių ASPĮ siuntimu pacientų rizika praleisti daugiau laiko PSPS. Tokių pacientų tarp ilgiau nei 4 val, tirtų ir gydytų buvo tik 65 (9,2 proc.), tuo tarpu likusieji 640 (90,8 proc.) atvyko BPG siuntimu, su GMP automobiliu arba be siuntimo. Tarp iki 4 val. imtinai praleidusių pacientų iš kitų stacionaro ASPĮ atsiųstų buvo 166 (9,3 proc.), likusiųjų 1615 (90,7 proc.). Siekiant išsiaiškinti, ar yra statistinis tarpusavio ryšys tarp atvykusiųjų iš kitų stacionaro ASPĮ siuntimu ir prailgėjusio pacientų buvimo laiko PSPS, nustatytas tokiu būdu atvykusiųjų ŠS 0,988 (95% PI nuo 0,731 iki 1,335, $p = 0,938$), kai Pirsono tiesinės koreliacijos koeficientas artimas 0 vertei (0,006), o Spirmano koreliacijos koeficientas 0,002. Taigi,

tarp atvykimo iš kitų stacionaro APSĮ ir prailgėjusio pacientų buvimo PSPS laiko statistiškai patikimo ryšio nėra.

Taip pat analizuota atvykusiųjų be siuntimo pacientų rizika praleisti daugiau laiko PSPS. Tokiu būdu atvykusiųjų tarp ilgiau nei 4 val, tirtų ir gydytų pacientų buvo 112 (15,9 proc.), tuo tarpu likusieji 593 (76,2 proc.) atvyko su gydytojų siuntimais arba su GMP automobiliu. Tarp iki 4 val. imtinai praleidusių pacientų be siuntimo atvykusiųjų buvo 649 (36,4 proc.), likusiųjų 1132 (63,6 proc.). Siekiant išsiaiškinti, ar yra statistinis tarpusavio ryšys tarp atvykusiųjų be siuntimo ir prailgėjusio pacientų buvimo laiko PSPS, nustatytas tokiu būdu atvykusiųjų ŠS 0,329 (95% PI nuo 0,263 iki 0,412, $p < 0,001$), kai Pirsono tiesinės koreliacijos koeficientas 100,452, o Spirmano koreliacijos koeficientas $-0,201$. Remiantis šiais duomenimis, galima teigti, kad tarp atvykimo be siuntimo ir prailgėjusio pacientų buvimo PSPS laiko yra silpnas statistiškai patikimas ryšys, o tokiu būdu atvykę pacientai turi didesnę tikimybę PSPS praleisti trumpiau. Atvykusiųjų be siuntimo kohortai ŠS buvo 0,436 (95% PI nuo 0,364 iki 0,522), o atvykusiųjų su gydytojo siuntimu ar, GMP automobiliu atvykusiųjų kohortoje ŠS 1,323 (95% PI nuo 1,262 iki 1,388).

Analizės eigoje siekta įvertinti, kaip gydymo stacionare poreikis įtakoja pacientų buvimo PSPS laiko prailgėjimą. Šiuo tikslu, visų pacientų įrašai apie išrašymą iš PSPS buvo padalinti į 2 kohortas: pacientų, kuriems buvo reikalingas gydymas stacionare, apjungiant hospitalizuotų, išvežtų stacionariniam gydymui į kitas stacionaro paslaugas teikiančias APSĮ, bei mirusių duomenis, ir išleistų ambulatoriniam gydymui pacientų duomenis. Tarp tirtų ir gydytų virš 4 val. PSPS hospitalizacija buvo reikalinga 297 (42,1 proc.), išleistų ambulatoriniam gydymui buvo 408 (57,9 proc.), tarp PSPS buvusių iki 4 val. imtinai tokių pacientų atitinkamai buvo 530 (29,8 proc.) ir 1250 (70,2 proc.). Siekiant išsiaiškinti, ar yra statistinis tarpusavio ryšys tarp poreikio toliau gydytis stacionare ir prailgėjusio pacientų buvimo laiko PSPS, nustatytas ŠS 1,717 (95% PI nuo 1,433 iki 2,057, $p < 0,001$), kai Pirsono tiesinės koreliacijos koeficientas 34,701 Spirmano koreliacijos koeficientas 0,118. Remiantis šiais duomenimis, galima teigti, kad tarp poreikio toliau gydytis stacionare ir prailgėjusio pacientų buvimo PSPS laiko yra silpnas statistiškai patikimas ryšys, o pacientai, kuriuos reikia hospitalizuoti turi didesnę tikimybę PSPS praleisti ilgiau. Pacientų, kuriuos reikėjo hospitalizuoti kohortai ŠS buvo 1,415 (95% PI nuo 1,265 iki 1,583, $p < 0,001$), o išleistų ambulatoriniam gydymui kohortoje ŠS 0,824 (95% PI nuo 0,768 iki 0,884).

5.2.3.3. Pacientų klinikinių veiksnių įtaka jų buvimo PSPS laikui

Analizuotas multimorbidiškumo ir pacientų buvimo PSPS tarpusavio ryšys. Siekiant išsiaiškinti, ar multimorbidiškumas įtakoja pacientų buvimo PSPS laiką, apskaičiuotas ŠS 2,827 (95% PI nuo 2,363 iki 3,382, $p < 0,001$), kai Pirsono tiesinės koreliacijos koeficientas 133,494, o

Spirmano koreliacijos koeficientas 0,232. Remiantis šiais duomenimis, galima teigti, kad tarp multimorbidškumo ir prailgėjusio pacientų buvimo PSPS laiko yra silpnas statistiškai patikimas ryšys, o 2 ir daugiau lėtinių ligų sergantys pacientai turi didesnę tikimybę PSPS praleisti ilgiau. Pastarųjų pacientų kohortai ŠS buvo 1,764 (95% PI nuo 1,611 iki 1,933, $p < 0,001$), o lėtinėmis ligomis nesirgusių, ar tik 1 lėtine liga sirgusių kohortoje ŠS buvo 0,624 (95% PI nuo 0,569 iki 0,685).

Šiame tyrime analizuota, ar yra tarpusavio ryšys tarp polifarmacijos ir pacientų buvimo PSPS laiko. Apskaičiuotas polifarmacijos ŠS buvo 2,362 (95% PI nuo 1,822 iki 2,965, $p < 0,001$), kai Pirsono tiesinės koreliacijos koeficientas 57,062, o Spirmano 0,152. Remiantis šiais duomenimis, galima teigti, kad tarp polifarmacijos ir prailgėjusio pacientų buvimo PSPS laiko yra silpnas statistiškai patikimas ryšys, o 5 ir daugiau vaistų gydomi pacientai turi didesnę riziką PSPS praleisti ilgiau. Polifarmacija gydomų pacientų kohortai ŠS buvo 2,043 (95% PI nuo 1,697 iki 2,460, $p < 0,001$), o iki 4 vaistų imtinai vartojančių pacientų kohortoje ŠS buvo 0,865 (95% PI nuo 0,828 iki 0,904, $p < 0,001$).

IŠVADOS

1. Atlikus mokslinės literatūros analizę, galima teigti, kad reikalavimai sveikatos priežiūros kokybei pacientų tarpe priklausomai nuo paslaugų teikimo aplinkybių gali skirtis, skubios pagalbos paslaugų gavėjai prioritetu iškelia savalaikiškumą, todėl didžioji dauguma priėmimo – skubios pagalbos skyrių kokybės rodiklių skirti įvertinti asmens sveikatos paslaugos teikimo proceso, bei jo etapų trukmę.
2. Atliktos užsienio ir Lietuvos mokslininkų atliktų tyrimų rezultatų analizės dėka, paaiškėjo tų pačių problemų ir grėsmių skubios pagalbos teikimo kokybės procesui priėmimo – skubios pagalbos skyriuose aktualumas, kurių pati ryškiausia šių skyrių perpildymo reiškinys, neigiamai įtakojantis paslaugų teikimo savalaikiškumą ir skubios pagalbos paslaugų prieinamumą.
3. Atlikus Lietuvos Respublikos teisės aktų, kurie reglamentuoja priėmimo – skubios pagalbos skyrių veiklą, analizę, paaiškėjo, kad šių skyrių reikalavimai struktūrai (įrangai, personalui, atskirų ligų gydymui) ir paslaugų spektras reglamentuojamas pakankamai, tačiau šių skyrių personalo krūviams (kiek pacientų vienu metu turi rūpintis slaugytoja ar gydytojas), bei paslaugų kokybės analizei ir tobulinimui rekomendacijų nepakanka, nėra rekomenduoto nei vieno skubios pagalbos paslaugų teikimo kokybės ir efektyvumo rodiklio stebėsenai ir kokybės proceso analizei.
4. Išanalizavus Vilniaus universiteto ligonės priėmimo – skubios pagalbos skyriaus pacientų srauto augimą per pastaruosius 2 metus (beveik 30 proc.), be tinkamo kokybės analizei rodiklio, užtikrinti kokybišką paslaugų teikimą ir tobulinti kokybės vadybos procesą bus kraštutinai sunku, įvertinus visuomenės senėjimą ir lėšų sveikatos priežiūrai stoką.
5. Išanalizavus pacientų Vilniaus universiteto ligoninės priėmimo – skubios pagalbos skyriuje pasitenkinimą asmens sveikatos paslaugų teikimu, paaiškėjo, kad dauguma pacientų gydytojo konsultacijos laukia 30 – 60 min. nuo atvykimo, ir yra vidutiniškai patenkinti personalo darbu ir bendravimu, bei kitais asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo aspektais. Todėl siekiant geresnio pacientų įvertinimo, reikia atkreipti dėmesį į pacientų ir personalo tarpusavio supratimo ugdymą, pasitelkiant mokymus streso valdymo ir tarpusavio komunikacijos srityje.
6. Išanalizavus pacientų Vilniaus universiteto ligoninės priėmimo – skubios pagalbos skyriuje praleidžiamą laiką, nustatyta, kad daugiau 4 val. praleidžia iki 30 proc. pacientų, o nesulaukusių gydytojo apžiūros iš šio skyriaus išvyko tik 0,4 proc.. Todėl skatinimas teikti daugiau stebėjimo paslaugų potencialiai žalingas dėl priėmimo – skubios pagalbos skyrių perkoravimo rizikos augimo.

7. Atlikus pacientų buvimo priėmimo – skubios pagalbos skyriuje trukmės prailgėjimą įtakojančių veiksnių statistinę analizę paaiškėjo, kad pacientų demografinių ir klinikinių veiksnių statistinis ryšys su šiuo kokybės rodikliu silpnas, stipresni statistiniai ryšiai nustatyti organizaciniams vidiniams veiksniams, ypač pacientui atliktų laboratorinių tyrimų ir suteiktų gydytojų specialistų konsultacijų skaičiui, kiek mažiau sprendimui pacientą hospitalizuoti. Todėl šis rodiklis tinkamas skubios pagalbos paslaugų teikimo kokybės stebėsenai ir tobulinimui.

REKOMENDACIJOS

Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijai

- Į asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vertinimo rodiklių sąrašą įtraukti bent vieną priėmimo – skubios pagalbos kokybės rodiklių – pacientų buvimo PSPS trukmę.
- Neskatinti stebėjimo paslaugų teikimo priėmimo – skubios pagalbos skyriuose dėl priėmimo – skubios pagalbos skyrių perkrovimo, didėjant srautams, rizikos.
- Inicijuoti skubios pagalbos teikimo paslaugų kokybės procesų valdymą reglamentuojančių rekomendacijų kūrimą, tame tarpe nustatyti, kokių pacientų skaičiumi gali rūpintis vienas PSPS slaugytojas ar gydytojas.

Vilniaus universiteto ligoninės Santaros Klinikų administracijai

- Pagreitinti priėmimo – skubios pagalbos skyriaus procesų stebėsenos elektroninės sistemos diegimą, leisiančią be papildomų žmogiškųjų resursų stebėti ir analizuoti paslaugų teikimo kokybės laiko pogrupio rodiklius.
- Nuolat stebėti pacientų srauto dinamiką, atitinkamai jo pokyčiams, analizuoti pacientų buvimo trukmės PSPS pokyčius, ir užtikrinti stacionaro skyriuose laisvų lovų buvimą pacientams, hospitalizuojamiems skubios pagalbos teikimui, ir taip siekti šią trukmę sumažinti.

Skubios medicinos draugijai

- Parengti pacientų rūšiavimo pagal skubios pagalbos kategorijas rekomendacijas
- Aktyviai dalyvauti skubios medicinos pagalbos paslaugų kokybės gerinimo procese, rengiant kokybės rodiklių stebėsenai rekomendacijas bei skubios pagalbos mokymų rekomendacijas

BIBLIOGRAFINIŲ ŠALTINIŲ SĄRAŠAS

Lietuvos Respublikos teisės aktai:

1. *Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymas I-1555*. 1996 m. 09 25 d.
2. *Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas Nr. I-1562*. 1996 m. 10 03 d.
3. *Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr V-1073 "Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo"*. 2012 m. 11 29 d.
4. *Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas V-1073 "Dėl Specialiųjų reikalavimų stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos priėmimo-skubiosios pagalbos skyriui patvirtinimo"*. 2017.
5. *Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas V-1078 "Dėl Ūminio miokardo infarkto su ST segmento pakilimu (TLK-10 I 21, I 22) diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašo patvirtinimo"*. 2010 m. 12 17 d.
6. *Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas V-1111 "Dėl Stebėjimo paslaugos teikimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo"*. 2006-12-22.
7. *Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas V-1131 "Dėl Greitosios medicinos pagalbos teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo"*. 2010 m. 12 27 d.
8. *Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas V-1292 "Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programos patvirtinimo"*. Vilnius, 2017 m. 11 15 d.
9. *Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas V-208 "Dėl Būtiniosios medicinos pagalbos ir Būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo"*. Galiojanti suvestinė redakcija 2014 m. 04 06 d.
10. *Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas V-401 "Dėl Privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo"*. 2010 m. 05 06 d.
11. *Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas V-449 "Dėl Konsultacinių asmens sveikatos priežiūros antrinio lygio paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo"*. 2014-04-08.
12. *Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas V-450 "Dėl sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijos teikiant pirmąją medicinos pagalbą, pirmosios medicinos pagalbos vaistinėlių ir pirmosios medicinos pagalbos rinkinių"*. 2013.
13. *Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas V-642 "Dėl Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos patvirtinimo"*. Vilnius, 2004 m. 09 14 d.

14. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas V-605. *Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos "Dėl Ūmių išeminių (koronarinių) sindromų, nesant ST segmento pakilimo (nestabilios krūtinės anginos (TLK-10-AM I 20.0) ir miokardo infarkto (TLK-10-AM I 21, I 22), diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašo patvirtinimo".* 2011 m. 06 17 d.
15. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas V-999. *"Dėl Tretinio lygio specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, suteiktų antrinio lygio specializuotas ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose, išlaidų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo".* 2013-10-31.
16. *Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas Nr. I-1367.* 1996 06 06.
17. *Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas I-552.* 1994 m. 07 19 d.
18. *Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr.1290. Dėl Ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo plano patvirtinimo.* 2015 m. gruodžio 9 d.
19. *Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr.XIII-82 Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos.* Vilnius, 2016 m. 12 13 d.

Kita literatūra:

20. American College of Emergency Physicians ACEP. „Crowding. Policy statement.“ *Annals of Emergency Medicine*, 2013: 726-727.
21. Anderson, Philip D., Robert E. Suter, Terrence Mulligan, Gautam Bodiwala, Junaid A. Razzak, Charles Mock. „World Health Assembly Resolution 60.22 and its importance as a health care policy tool for improving emergency care access and availability globally.“ *Annals of Emergency Medicine* 60 (2012): 35-44.
22. Bernstein, Steven L., Dominik Aronsky, Reena Duseja, Stephen Epstein, Dan Handel, Ula Hwang, Melissa McCarthy, K. John McConnell, Jesse M. Pines, Niels Rathlev, Robert Schafermeyer, Frank Zwemer. „The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes.“ *Academic Emergency Medicine* 16, nr. 1 (2009): 1-10.
23. Bernstein, Steven L., Brent R. Asplin. „Emergency department crowding: old problem, new solutions.“ *Emergency Medicine Clinics of North America* 24, nr. 4 (2006): 821-837.
24. Bobrovitz, Niklas, Daniel Lasserson D., Adam Briggs DM. „Who breaches the four-hour emergency department wait time target? A retrospective analysis of 374,000 emergency department attendances between 2008 and 2013 at a type 1 emergency department in England.“ *BMC Emergency Medicine*, 2017.
25. Brouns, Steffie H.A., Klara van der Schuit C.H., Patricia Stassen M., Suze Lambooi L.E., Jeanne Dieleman, Irene Vanderfeesten T.P. Harm Haak R. „Applicability of the modified Emergency Department Work Index (mEDWIN) at a Dutch emergency department.“ *PLOS ONE*, 2017.

26. Brouns, Steffie H.A., Patricia Stassen M, Suze Lambooi L.E., Jeanne Dieleman, Irene Vanderfeesten T.P., Harm Haak R. „Organisational Factors Induce Prolonged Emergency Department Length of Stay in Elderly Patients – A Retrospective Cohort Study.“ *PLoS ONE*, 2015.
27. Burokienė, Sigita. *Ikihospitalinė vaikų sveikatos priežiūra priėmimo ir skubios pagalbos skyriuose bei jos optimizavimo kryptys. Daktaro disertacija*. Vilniaus universitetas, 2015.
28. Burokienė, Sigita, Alicija Pažus, Daiva Vaičiūnienė, Ingrida Sapagovaitė, Vytautas Usonis. „Pediatriinių skubios pagalbos pirmumo vertinimo skalių palyginamasis perspektyvinis stebėjimo tyrimas.“ *Medicinos teorija ir praktika* 21, nr. 3 (2015): 292-297.
29. Burokienė, Sigita, Emilija Markuškytė, Marius Strička, Vygtintas Aliukonis, Vytautas Usonis. „Ambulatorinė pagalba vaikams universiteto ligoninės priėmimo-skubios pagalbos skyriuje: kas lemia tėvų pasirinkimą?“ *Vaikų pulmonologija ir alergologija* (Vilniaus universiteto leidykla) 17, nr. 1 (2014): 5170-5177.
30. Burokienė, Sigita, Juozas Raistenskis, Marius Strička, Vytautas Usonis. „Pagalba vaikams priėmimo-skubios pagalbos skyriuose Lietuvos ligoninėse: Ligoninių srautai ir naudojimosi paslaugomis tendencijos.“ *Sveikatos mokslai* 22, nr. 3 (2012): 54-57.
31. Carr, Eloise C.J., Paul Meredith, Gillian Chumbley, Roger Killen, David R. Prytherch, Gary B. Smith. „Pain: a quality of care issue during patients' admission to hospital.“ *Journal of Advanced Nursing* 70, nr. 6 (2014): 1391–1403.
32. Casalino, Enrique, Mathias Wargon¹, Anne Peroziello, Christophe Choquet, Christophe Leroy, Sebastien Beaune, Laurent Pereira, Julien Bernard, Jean-Claude Buzzi. „Predictive factors for longer length of stay in an emergency department: a prospective multicentre study evaluating the impact of age, patient's clinical acuity and complexity, and care pathways.“ *Emergency Medicine Journal* 31, nr. 5 (2014): 361-368.
33. Coleman, Patricia, Jon Nicholl. „Consensus methods to identify a set of potential performance indicators for systems of emergency and urgent care.“ *Journal of Health Services Research & Policy* 15, nr. 2 (2010): 12-18.
34. Ding, Ru, Melissa L. McCarthy, Jeffrey S. Desmond, Jennifer S. Lee, Dominik Aronsky, Scott L. Zeger. „Characterizing waiting roomtime, treatment time, and boarding time in the emergency department using quantile regression.“ *Academic Emergency Medicine* 17, nr. 8 (2010): 813-823.
35. Donabedian, Avedis. „Evaluating the quality of medical care.“ *Milbank Quarterly*, 1966: 166-206.
36. Evans, David B., Tessa Edejer T., Jeremy Lauer, Julio Frenk, Christofer Murray J.L. „Measuring quality: from the system to the provider.“ *International Journal for Quality in Health Care* 13, nr. 6 (2001): 439–446.
37. Graff, Louis, Carl Stevens, Daniel Spaite, JoAnne Foody. „Measuring and Improving Quality in Emergency Medicine.“ *Academic Emergency Medicine* 9, nr. 11 (2002): 1091-1107.

38. Handel, Daniel A., Joshua A. Hilton, Michael J. Ward, Elaine Rabi, Frank L. Zwemer, Jesse M. Pines. „Emergency Department Throughput, Crowding, and Financial Outcomes for Hospitals.“ *Academic Emergency Medicine* 17, nr. 8 (2010): 840–847.
39. Heyworth, John. „Emergency medicine - quality indicators: the United Kingdom perspective.“ *Academic Emergency Medicine* 18, nr. 12 (2011): 1239-1241.
40. Herring, Andrew, Andrew Wilper, David U. Himmelste, Steffie Woolhandler, Janice A. Espinola, David F.M. Brown, Carlos A. Camargo. „Increasing length of stay among adult visits to U.S. Emergency departments, 2001–2005.“ *Academic Emergency Medicine* 16, nr. 7 (2009): 609-616.
41. Hoot, Nathan R., Dominik Aronsky. „Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions.“ *Annals of Emergency Medicine* 52, nr. 2 (2008): 126-136.
42. *Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century.* Washington (DC): National Academies Press (US), 2001.
43. Jankauskienė, Danguolė ir Rimantas Pečiūra. *Sveikatos politika ir valdymas.* Vilnius: MRU, 2007.
44. Jankauskienė, Danguolė. „Ligonių sveikatos priežiūros kokybės rodiklių vertinimo modelis.“ *Sveikatos politika ir valdymas* 9, nr. 1 (2016): 42-68.
45. Janušonis, Vinsas. *Organizacinė elgsena ir kokybė sveikatos priežiūroje.* Klaipėda: S. Jokužo leidykla - spaustuvė, 2017.
46. Kapustinskienė, Violeta. *Pacientų lūkesčių vertinimas priėmimo - skubios pagalbos skyriuose. Magistro diplominis darbas.* Kaunas, 2008.
47. Kardelis, Kęstutis. *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai.* Šiauliai: Lucilijus, 2007.
48. Kocher, Keith E., William J. Meurer, Jeffrey S. Desmond, Brahmajee K. Nallamothu. „Effect of testing and treatment on emergency department length of stay using a national database.“ *Academic Emergency Medicine* 19, nr. 5 (2012): 525-534.
49. Koyner, Jay L. „The Golden Hours of AKI: Is Oxygen Delivery the Key?“ *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 10, nr. 8 (2015): 1311-1313.
50. La Calle, Eduardo, Elaine Rabin. „Frequent users of emergency departments: the myths, the data, and the policy implications.“ *Annals of Emergency Medicine* 56, nr. 1 (2010): 42-48.
51. Marminienė, Loreta ir Ramunė Kalėdienė. „Gydytojų ir slaugytojų požiūris į nepageidaujamų įvykių ir neatitinkamų valdymą Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninėse.“ *Sveikatos politika ir valdymas* 1, nr. 8 (2015): 29-45.
52. McClelland, Mark S., Karen Jones, Bruce Siegel, Jesse Pines M. „A field test of time-based emergency department quality measures.“ *Annals of Emergency Medicine* 59, nr. 1 (2012): 1-10.

53. Mills Angela M., Frances S. Shofer, Esther H. Chen, Judd E. Hollander, Jesse M. Pines. „The association between emergency department crowding and analgesia administration in acute abdominal pain patients.“ *Academic Emergency Medicine* 16, nr. 7 (2009): 603-608.
54. Mockup, John C., David Sklar P., Joel Geiderman M., Kelly Bookman J. „Emergency department crowding, part 1—concept, causes, and moral consequences.“ *Annals of Emergency Medicine* 53, nr. 5 (2009): 605-611.
55. Newgard, Craig D., Eric N. Meier, Eileen M. Bulger, Jason Buick, Kellie Sheehan, Steve Lin, Joseph P. „Revisiting the “Golden Hour”: An Evaluation of Out-of-Hospital Time in Shock and Traumatic Brain Injury.“ *Annals of emergency medicine* 66, nr. 1 (2015): 30-41.
56. Olshaker, Jonatan S., Niels Rathlev K. „Emergency department overcrowding and ambulance diversion: the impact and potential solutions of extended boarding of admitted patients in the emergency department.“ *Journal of Emergency Medicine* 30, nr. 3 (2006): 351–356.
57. Perera, Roshan, Helen Moriarty. „If Quality is the the Answer ... what is the Question?“ *International Journal for Quality in Health Care* 25, nr. 2 (2013): 107-109.
58. Perneger, Thomas. „The Council of Europe recommendation Rec(2006)7 on management of patient safety and prevention of adverse events in health care.“ *International Journal for Quality in Health Care* 20, nr. 5 (2008): 305–307.
59. Pines, Jesse M, Jameel Abualenain, James Scott, Robert Shesser. *Emergency Care and the Public's Health*. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons Ltd., 2014.
60. Pines, Jesse M., Judd Hollander E. „Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain.“ *Annals of Emergency Medicine* 51, nr. 1 (2008): 1-5.
61. Pitts, Stephen R., Jesse Pines M., Michael Handrigan T., Arthur Kellermann L. „National trends in emergency department occupancy, 2001 to 2008: effect of inpatient admissions versus emergency department practice intensity.“ *Annals of Emergency Medicine* 60, nr. 6 (2012): 679–685.
62. Rathlev, Niels K, John Chessare, Jonathan Olshaker et al. „Time series analysis of variables associated with daily mean emergency department length of stay.“ *Annals of Emergency Medicine* 49, nr. 3 (2007): 265–71.
63. Regel G, Stalp M, Lehmann U, Seekamp A. „Prehospital care, importance of early intervention on outcome.“ *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 110 (1997): 71-76.
64. Retezar, Rodica, Edward Bessman, Ru Ding, Scott Zeger L., Melissa McCarthy L. „The effect of triage diagnostic standing orders on emergency department treatment time.“ *Annals of Emergency Medicine* 57, nr. 2 (2011): 89-99.
65. Ruževičius, Juozas. *Kokybės vadybos metodai ir modeliai*. Vilnius: Vilniaus Universitetas, 2007.

66. Salvi F, Morichi V, Grilli A, Giorgi R, De Tommaso G, Dessì-Fulgheri P. „The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions.“ *Internal and Emergency Medicine* 2 (2007): 292-301.
67. Samaras, Nicolaos, Thierry Chevalley, Dimitrios Samaras, Gabriel Gold. „Older patients in the emergency department: a review.“ *Annals of Emergency Medicine* 56, nr. 3 (2010): 261-269.
68. Saver, Jeffrey L., Eric E. Smith, Gregg C. Fonarow, Mathew J. Reeves, Xin Zhao, DaiWai M. Olson, Lee H Schwamm. „The Golden Hour and Acute Brain Ischemia: Presenting Features and Lytic Therapy in Over 30,000 Patients Arriving Within 60 Minutes of Onset.“ *Stroke; a journal of cerebral circulation*. 41, nr. 7 (2010): 1431-1439.
69. Schull MJ, Guttman A, Leaver CA, Vermeulen M, Hatcher CM, Rowe BH, et al. „Prioritizing performance measurement for emergency department care: consensus on evidence-based quality of care indicators.“ *Canadian Journal of Emergency Medicine* 13, nr. 5 (2011): 300-309.
70. Shiver, John M., David Etel. *Optimizing Emergency Department Throughput*. New York: CRC Press Productivity press, 2010.
71. Sakalauskas, Raimundas, Edvardas Danila, Kęstutis Malakauskas, Rolandas Zablockis, Astra vitkauskienė ir kiti. *Suaugusiųjų pneumonijos diagnostika ir gydymas*. Kaunas: UAB "Spaudos praktika", 2016.
72. Sørup, Christian M., Peter Jacobsen, Jakob Forberg L. „Evaluation of emergency department performance – a systematic review on recommended performance and quality-in-care measures.“ *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 21 (2013).
73. Sun, Benjamin C., Helen Burstin R., Troyen Brennan A. „Predictors and outcomes of frequent emergency department users.“ *Academic Emergency Medicine* 10, nr. 4 (2003): 320-328.
74. Šalkauskienė, Aušrelė. *"Respublikinės ligoninės priėmimo - skubiosios pagalbos skyriaus pacientų srautų apimtys ir struktūros bei sąsajų su kreipimosi pobūdžiu vertinimas"*. *Magistro baigiamasis darbas. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas*. Kaunas, 2015.
75. Tang, Ning, John Stein, Renee Hsia Y., Judith Maselli H., Ralph Gonzales et al. „Trends and characteristics of U Semergency department visits,1997–2007.“ *Journal of the American Medical Association* 304, nr. 6 (2010): 664–670.
76. Thomson, Richard, Sally Taber, Joanne Lally, Vahe Kazandjian. „UK Quality Indicator Project (UK QIP) and the UK independent health care sector: A new development.“ *International Journal for Quality in Health Care* 16, nr. 1 (2004): 51-56.
77. Totten, Vicken, Abdelouahab Bellou. „Development of emergency medicine in Europe.“ *Academic Emergency Medicine* 20, nr. 5 (2013): 514-521.

78. Vegting IL, Nanayakkara PW, van Dongen AE, Vandewalle E, van Galen J, Kramer MH, et al. „Analysing completion times in an academic emergency department: coordination of care is the weakest link.“ *The Netherlands Journal of Medicine*, 2011: 392-398.
79. Vendzelytė, Aušra. Skausmo farmakoterapijos vaistinės praktikoje įvertinimas. Europos vaistų agentūros saugumo rekomendacijų įtaka nesteroidinių vaistų nuo uždegimo suvartojimui Lietuvoje. Magistro baigiamasis darbas. Kaunas, 2017.
80. Virketis, Gintautas ir Veronika Matutytė. „Naujas požiūris į skubios medicinos pagalbos kategorijas.“ *Sveikatos mokslai* 39, nr. 2 (n.d.): 91-96.
81. Virketis, Gintautas. *Skubios medicinos pagalbos sistemos valdymo tobulinimas. Daktaro disertacija*. Klaipėdos universitetas, 2017.
82. Welch, Shari J., Brent Asplin R., Suzanne Stone-Griffith, Steven Davidson J., James Augustine, Jeremiah Schuur. „Emergency department operational metrics, measures and definitions: results of the second performance measures and benchmarking summit.“ *Annals of Emergency Medicine* 58, nr. 1 (2011): 33-40.

Internetiniai puslapiai:

83. *CHRODIS projektas*. Žiūrėta 2017 10 05
http://www.smlpc.lt/media/image/Naujienoms/2017%20metai/neinfekcines/CHRODIS_IK_W_04.pdf
84. *European Hospital and Healthcare Federation. HOPE Emergency Care Survey*. 2015.
85. *Hospital Flow Diagnostic: Institute for Healthcare Improvement*. 2010.
86. *Lietuvos elektroninė akademinė biblioteka*. Žiūrėta 2017 06 12 <https://www.elaba.lt/elaba-portal/pradzia;jsessionid=A7DA3AC685D51289F7CD10C5E85D6481>
87. *LSMU Kauno Klinikų veiklos metinė ataskaita*. 2017.
88. *Nacionalinė pacientų saugos platforma 2010 - 2014m*. Vilnius, 2009.
89. *VšĮ Vilniaus miesto Klinikinės ligoninės vadovo metinė ataskaita*. 2017 m. vasario 22 d.
90. WHO. *Emergency Medical Services System in the European Union*. 2008.
91. WHO. *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. 2010.

Vaitkevičiūtė L. Universiteto ligoninės priėmimo – skubios pagalbos skyriaus kokybės politikos įgyvendinimas/sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas. Vadovė Prof. dr. Marija Čaplinskienė – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Viešojo valdymo fakultetas, 2018.

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe išanalizuota ir įvertinta Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų priėmimo – skubios pagalbos skyriaus teikiamų paslaugų kokybė ir jos tobulinimo galimybės. Darbą sudaro penkios dalys. Pirmoje, antroje, trečioje ir ketvirtoje dalyse apibrėžiama sveikatos paslaugų kokybė sveikatos politikos kontekste, jos ypatumai priėmimo – skubios pagalbos skyriuose. Analizuojami sveikatos paslaugų kokybės vertinimo rodikliai priėmimo – skubios pagalbos skyriuose, juos įtakojantys veiksniai, Lietuvos ir užsienio mokslininkų išvalgos nagrinėjamais klausimais. Penktoje dalyje analizuojama Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų priėmimo – skubios pagalbos skyriuje vykdoma kokybės politika, kokybės rodiklius įtakojantys veiksniai. Darbo pabaigoje pateikiamos darbo išvados ir rekomendacijos.

Raktiniai žodžiai: sveikatos priežiūros paslaugos, priėmimo – skubios pagalbos skyrius, kokybės rodikliai, universiteto ligoninė.

Vaitkevičiūtė L. Quality policy implementation at the university hospital emergency department/ the Health Policy and management master's thesis. Supervisor Prof. dr. Marija Čaplinskienė – Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Public Governance, 2018

ANOTATION

In this Master's final thesis the author has analysed and evaluated the quality of the health care services, provided in Vilnius University hospital Santaros Klinikos emergency department and possible improvement tools. The study consists of five parts. The first, second, third and fourth parts defines the health policy in conjunction with emergency department health care services features. Study analyses emergency department health care quality indicators and their influencing factors with Lithuanian and foreign scientists point of view on these subjects. The fifth part gives an analysis of quality policy of Vilnius University hospital Santaros Klinikos emergency department in conjunction with factors influencing quality indicators. Finally conclusions and recommendations are presented.

Key-words: health care service, emergency department quality, quality indicators, university hospital

SANTRAUKA

Magistro baigiamojo darbo tema yra aktuali, nes skubios pagalbos paslaugų teikimas pacientams, kuriems reikalinga skubi pagalba stacionare, prasideda priėmimo – skubios pagalbos skyriuose, kurių veiklos kokybės ir efektyvumo rodiklių pasirinkimui, stebėsenai ir analizei rekomendacijų nėra. Lietuvoje nėra atliktų tyrimų, analizavusių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo priėmimo – skubios pagalbos skyriuje kokybės rodiklius ir juos įtakojančius veiksnius. Darbo tikslas: įvertinti pacientų pasitenkinimo teikiamomis universiteto ligoninės priėmimo – skubios pagalbos skyriuje paslaugomis lygį, bei išanalizuoti kokybės politiką įtakojančius veiksnius laiko grupės rodiklių aspektu. Darbo uždaviniai: Atskleisti sveikatos politikos bei sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo sampratą ir reikšmę, tame tarpe priėmimo – skubios pagalbos skyriuje teikiamų asmens sveikatos paslaugų kokybės aspektus. Išanalizuoti priėmimo – skubios pagalbos skyriaus kokybės rodiklių įvairovę ir jų pasirinkimo stebėsenai ir analizei aspektus. Išanalizuoti universiteto ligoninės priėmimo – skubios pagalbos skyriaus pacientų pasitenkinimo lygį, bei išanalizuoti kokybės rodiklio – pacientų buvimo PSPS laiko reikšmę šio skyriaus kokybės politikos kontekste ir jo tinkamumą nepertraukiamo kokybės tobulinimo proceso formavimui. Tyrimo metodai: Mokslinės literatūros ir teisinių dokumentų analizė, statistinių duomenų analizė, anketavimas. Rezultatai: Atlikus mokslinės literatūros analizę, paaiškėjo, kad reikalavimai sveikatos priežiūros kokybei pacientų tarpe priklausomai nuo paslaugų teikimo aplinkybių gali skirtis, skubios pagalbos paslaugų gavėjai prioritetu iškelia savalaikiškumą, todėl didžioji dauguma priėmimo – skubios pagalbos skyrių kokybės rodiklių skirti įvertinti asmens sveikatos paslaugos teikimo proceso ir jo etapų trukmę. Išryškėjo tų pačių problemų ir grėsmių skubios pagalbos teikimo kokybės procesui priėmimo – skubios pagalbos skyriuose, kurių pati ryškiausia šių skyrių perpildymo reiškinys, neigiamai įtakojantis paslaugų teikimo savalaikiškumą ir skubios pagalbos paslaugų prieinamumą. Atlikus Lietuvos Respublikos teisės aktų, kurie reglamentuoja priėmimo – skubios pagalbos skyrių veiklą, analizę, paaiškėjo, kad šių skyrių reikalavimai struktūrai ir paslaugų spektras reglamentuojamas pakankamai, tačiau šių skyrių personalo krūviams, bei paslaugų kokybės analizei ir tobulinimui rekomendacijų nepakanka, neaptikta nei vieno rekomenduojamo skubios pagalbos paslaugų teikimo kokybės ir efektyvumo rodiklio stebėsenai ir kokybės proceso analizei. Išanalizavus Vilniaus universiteto ligoninės priėmimo – skubios pagalbos skyriaus pacientų srauto augimą per pastaruosius 2 metus (beveik 30 proc.), be tinkamo kokybės analizei rodiklio, užtikrinti kokybiškų paslaugų teikimą ir tobulinti kokybės vadybos procesą bus kraštutinais sunku, įvertinus visuomenės senėjimą ir lėšų sveikatos priežiūrai stoką. Išanalizavus pacientų Vilniaus universiteto ligoninės priėmimo – skubios pagalbos skyriuje pasitenkinimą asmens sveikatos paslaugų teikimu, paaiškėjo, kad dauguma pacientų gydytojo konsultacijos laukia 30 – 60 min. nuo atvykimo, ir yra vidutiniškai patenkinti personalo darbu ir

bendravimu, bei kitais asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo aspektais. Išanalizavus pacientų Vilniaus universiteto ligoninės priėmimo – skubios pagalbos skyriuje praleidžiamą laiką, nustatyta, kad daugiau 4 val. praleidžia iki 30 proc. pacientų. Atlikus pacientų buvimo priėmimo – skubios pagalbos skyriuje trukmės prailgėjimą įtakojančių veiksnių statistinę analizę paaiškėjo, kad pacientų demografinių ir klinikinių veiksnių statistinis ryšys su šiuo kokybės rodikliu silpnas, stipresni statistiniai ryšiai nustatyti operatyviniams vidiniams veiksniams, ypač pacientui atliktų laboratorinių tyrimų ir suteiktų gydytojų specialistų konsultacijų skaičius, kiek mažiau sprendimas pacientą hospitalizuoti. Todėl šis rodiklis tinkamas skubios pagalbos paslaugų teikimo kokybės stebėsenai ir tobulinimui.

SUMMARY

The subject of the Master's thesis is relevant, since the provision of emergency health care services for urgent hospital treatment requiring patients originates at emergency department. At this time the recommendations for selecting, monitoring and analysis of quality indicators in emergency department are not established. There is lack of studies on emergency department quality indicators and factors having influence on them. The objective of this study is to reveal the level of patient's satisfaction with health care services in emergency department of University hospital in conjunction with quality policy influencing factors of the time quality indicators. The aim of this study: To reveal the concept and significance of health quality and accessibility of health care services in health policy, including the quality aspects of the health care services provided in the emergency department. Also, the aim is to make analysis in the diversity of emergency department quality indicators and aspects of selecting them for monitoring and analysis. Besides, the aim is investigate the level of patient satisfaction of the University hospital emergency department in conjunction to reveal the significance of the length of stay in emergency department as the quality indicator in the context of the quality policy of this department and its relevance to the process of continuous improvement of quality. The methodology of study: analysis of scientific resources and legal documents, statistical analysis and questionnaire was made. Results: The analysis of scientific resources revealed the differences in requirement of patients due to health care services area with priority of timeliness and empathy in emergency care in conjunction with emergency department quality indicators clear orientation on duration of the process and the steps of it. The same problems of emergency department quality process were determined with the most apparent problem of emergency department crowding with negative influence on timeliness and emergency department accessibility. The legal documents of Republic of Lithuania analysis revealed the sufficient regulation of emergency department structure and providing services with lack of recommendation on quality analysis and improvement, and staff workload. The quality and efficiency indicators of emergency department for quality policy monitoring in Lithuania are not regulated and recommended in national level. It was revealed the Vilnius University hospital patient flow has increased by almost 30 percent in last two years. This is the situation when it is impossible to manage the quality improvement considering aging population and lack of funds for health service. The patient satisfaction on Vilnius university hospital emergency department health service providing analysis highlighted the moderate satisfaction on emergency department staff in conjunction with most of patient time from arrival to doctors consultation spent 30 – 60 min. The length of stay over 4 hours in Vilnius university emergency department was established up to 30 percent of cases. The analysis of emergency department length of stay influencing factors revealed

the weak statistical correlation of demographic and clinical patient factors and length of stay with stronger statistical correlation of organisational factors, especially testing and consultation count with decision of hospitalisation. Therefore this quality indicator – length of stay in emergency department is eligible for quality process monitoring and improvement.

PRIEDAI

PRIEDAS 1

Ištirtumą patvirtinanti Lietuvos akademinės elektroninės bibliotekos informacinėje sistemoje atlikta analizė

Raktinis žodis	Rastas šaltinis
Priėmimo – skubios pagalbos skyrius	<p>2012 metais publikuotas straipsnis „Pagalba vaikams priėmimo- skubios pagalbos skyriuose Lietuvos ligoninėse: ligonių srautai ir naudojimosi paslaugomis tendencijos,, Burokienė S., Raistenskis J., Strička M., Usonis V. Sveikatos mokslai = Health sciences. Vilnius : Sveikata 2012, t. 22, Nr. 3. p. 54-57. ISSN: 1392-6373. UDK: 614.88-053.2.</p> <p>2015 metais publikuotos tezės „Priėmimo-skubios pagalbos skyriaus pacientų žinių apie skysčių vartojimą, vertinimas“. Šilabritienė J., Spirgienė L. Kaunas : Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Leidybos namai, 2015. p. 65-66. ISBN: 9789955153931. UDK: 616-008.9.</p> <p>2017 metais publikuotas straipsnis „Emergency department occupancy assessment in Lithuania.,, Virkietis G., Janušonis V. Management theory and studies for rural business and infrastructure development : scientific journal. T. 39, Nr. 4 (2017). p. 537-551. ISSN: 1822-6760 ; DOI: 10.15544/mts.2017.37.</p> <p>2013 metais publikuotos tezės „Vaikų kreipimosi į priėmimo - skubios pagalbos skyrių analizė“. Ruseckaitė R., Sadauskaitė I. Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto studentų mokslinės draugijos LXV konferencija : darbų tezės. Vilnius : Vilniaus universiteto leidykla, p. 193.</p> <p>2008 metais atliktas magistro baigiamasis darbas „Pacientų lūkesčių vertinimas priėmimo-skubios</p>

	<p>pagalbos skyriuose“. Kapustinskienė V. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas.</p> <p>eLABa – nacionalinė Lietuvos akademinė elektroninė biblioteka, 2008. 78 p. Laisvai prieinamas internete.</p> <p>2014 publikuotas straipsnis „Ambulatorinė pagalba vaikams universiteto ligoninės priėmimo-skubios pagalbos skyriuje: kas lemia tėvų pasirinkimą?“. Burokienė S.; Markuškytė, E., Strička M., Aliukonis V., Usonis V.. Vaikų pulmonologija ir alergologija / Lietuvos vaikų pulmonologų draugija. Vilnius : Vilniaus universiteto leidykla. 2014, t. 17, nr. 1. p. 5170-5177. ISSN: 1392-5261.</p> <p>2015 metais publikuotas straipsnis „Pediatrijų skubios pagalbos pirmumo vertinimo skalių palyginamasis perspektyvinis stebėjimo tyrimas Burokienė S., Pažus A., Vaičiūnienė D., Sapagovaitė I, Usonis V. Medicinos teorija ir praktika. Vilnius : Medicinos mintis. 2015, T. 21, nr. 3.1. p. 292-297. ISSN: 1392-1312 ; DOI: 10.15591/mtp.2015.047.</p> <p>2018 metais apgintas bakalauro baigiamasis darbas „Slaugos poreikių užtikrinimas skubios pagalbos priėmimo skyriuje“. Samuolienė, R.. Klaipėdos valstybinė kolegija. eLABa – nacionalinė Lietuvos akademinė elektroninė biblioteka, 2018. 54 p. Prieinamas tik institucijos intranete periodu 20171219-20371219.</p> <p>2015 metais apginta daktaro disertacija „Ikihospitalinė vaikų sveikatos priežiūra priėmimo ir skubios pagalbos skyriuose bei jos optimizavimo kryptys“ Burokienė S. ; Vilniaus universitetas. eLABa – nacionalinė Lietuvos akademinė elektroninė biblioteka, 2015. 157 p. Prieinamas tik institucijos intranete periodu 20150929-20200924.</p> <p>2017 metais publikuotas straipsnis „Naujas požiūris į skubios medicinos pagalbos kategorijas“. Virketis G.,</p>
--	---

Matutytė V.. Sveikatos mokslai = Health sciences in Eastern Europe. Vilnius : Sveikatos mokslai 2017, t. 27, Nr. 5. p. 91-96. ISSN: 1392-6373 ; DOI: 10.5200/sm-hs.2017.084. UDK: 614.88.

2015 metais publikuotas straipsnis „Priėmimo ir skubios pagalbos skyriaus užimtumas (priežastys ir sprendimai)“. Virketis G., Krauzaitė V.. Economics and management science & studies-innovative solutions : second international scientific-practical conference : June 26-27, 2015 : book of abstracts = Ekonomikos ir vadybos mokslo bei studijų inovatyvūs sprendimai : antroji tarptautinė mokslinė-praktinė konferencija : 2015 m. birželio 26-27 d. : konferencijos medžiaga. Vilnius : Lietuvos agrarinės ekonomikos institutas, 2015, 2015. p. 34. ISBN: 9789955481546.

2017 metais apginta daktaro disertacija „Skubios medicinos pagalbos sistemos valdymo tobulinimas. Virketis G. ; Klaipėdos universitetas. eLABa – nacionalinė Lietuvos akademinė elektroninė biblioteka, 2017. 293 p. Laisvai prieinamas internete.

2017 metais atspausdintas straipsnis „Saugesnio ir veiksmingesnio pacientų tarpstacionarinio transportavimo principai“ Virketis G., Krūminytė E. Sveikatos mokslai. Vilnius T. 27, Nr. 5 (2017). p. 84-90. ISSN: 1392-6373 ; DOI: 10.5200/sm-hs.2017.083.

2016 metais spausdintas straipsnis „Patient flow management in emergency medicine using Triage scales.“ Virketis G., Stašys R. Sveikatos mokslai. Vilnius. 2016, t. 26, Nr. 4. p. 93-99. ISSN: 1392-6373.

2017 metais apgintas magistro baigiamasis darbas „Respublikinės ligoninės priėmimo - skubiosios pagalbos skyriaus pacientų srautų apimtys ir struktūros bei sąsajų su kreipimosi pobūdžiu vertinimas.“ Šalkauskienė A. Lietuvos sveikatos

mokslų universitetas. eLABa – nacionalinė Lietuvos akademinė elektroninė biblioteka, 2017. 54 p. Laisvai prieinamas internete.

2014 metais apgintas magistro baigiamasis darbas „Viršutinių galūnių lūžius patyrusių pagyvenusio amžiaus pacientų gyvenimo kokybė ir jos pokyčiai ambulatorinio gydymo metu.“ Knorienė I. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. eLABa – nacionalinė Lietuvos akademinė elektroninė biblioteka, 2014. 83 p. Laisvai prieinamas internete.

2016 metais publikuotas straipsnis „Skubi medicinos pagalba: tarphospitaliniai pervežimai“. Virketis G., Janušonis V., Kvekšaitė V.. Tiltai. 2016, Nr. 1 (73), p. 15-37. ISSN 1392-3137. Aleph ID: 000062358; LDB: LT-LDB-0001:J.04~2016~1491578787404

2011 metais publikuotas straipsnis „Neonkologinio skausmo protrūkiai ir jų malšinimo galimybės“ Ščiupokas A. Skausmo medicina. Kaunas : Medicinos spaudos namai. 2011, Nr. 2. p. 31-32. ISSN: 1648-2581. UDK: 616.8-009.7.

2008 metais publikuotas straipsnis „EMS systems in Lithuania“. Vaitkaitis D. Resuscitation. 2008, vol. 76, iss. 3, p. 329-332. ISSN 0300-9572. Aleph ID: 000036707; LDB: LT-LDB-0001:J.04~2008~1367181787529

2016 metais publikuotas straipsnis „Kokybiška ir tinkama sveikatos priežiūra: pacientų nuomonė ir vertinimas“ Janušonis V. Tiltai. 2016, Nr. 3 (75), p. 49-59. ISSN 1392-3137. Aleph ID: 000062373; LDB: LT-LDB-0001:J.04~2016~1491655420955

2016 metais publikuotas straipsnis „Vaikų ūminio vidurinės ausies uždegimo gydymas tretinio lygio ligoninės skubios pagalbos skyriuje ir pagalba namuose“. Jakštas T., Lesinskas E., Gradauskienė E., Byčkova J. Medicinos teorija ir praktika = Theory and

	<p>Practice in medicine. Vilnius : Medicinos mintis ; Vilniaus medicinos draugija. 2016, t. 22, Nr. 1. p. 23-27. ISSN: 1392-1312 ; DOI: 10.15591/mtp.2016.003. UDK: 616.284-002-053.2.</p> <p>2017 metais publikuotos tezės „Pacientų, atvykusių į skubios pagalbos skyrių, charakteristikos“. Lindžiūtė U., Stanevičius M.; Jaunųjų mokslininkų ir tyrėjų konferencija [69-oji] – JMTK : tezių knyga 2017 : [2017 m. gegužės 17-19 d., Kaunas] / Lietuvos sveikatos mokslų universiteto (LSMU) Studentų mokslinė draugija (SMD) ; [Sudarė : Tadas Vanagas, Artūras Jacinavičius]. Kaunas : Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Studentų mokslinė draugija, 2017. p. 559-561. UDK: 616-083.98.</p> <p>2007 metais publikuotas straipsnis „Strategiškai orientuotos organizacijos veikimo principai sveikatos apsaugos sistemoje“ Smilga E., Janušonienė K.. Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai. 2007, Nr. 44, p. 125-140. ISSN 1392-1142. Aleph ID: 000017052; LDB: LT-LDB-0001:J.04~2007~1367163360012</p> <p>2016 metais publikuotas straipsnis „LEAN metodo taikymas specializuotoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje“ Bilotienė Motiejūnienė A.. Sveikatos politika ir valdymas. 2016, Nr. 1 (9), p. 85-119. ISSN 2029-3569. Aleph ID: 000064253; LDB: LT-LDB-0001:J.04~2016~1498804817500</p> <p>2011 metais publikuotas straipsnis „Įrodymais pagrįstas sveikatos priežiūros organizacijų valdymas“. Janušonis V.. Tiltai. 2011, Nr. 4 (57), p. 1-12. ISSN 1392-3137. Aleph ID: 000032943; LDB: LT-LDB-0001:J.04~2011~1367178459810</p>
--	---

PRIEDAS 2

Anketa pacientui

Gerbiamas Paciente,

Mums labai svarbi Jūsų nuomonė, siekiant pagerinti pacientų gaunamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Todėl labai prašome atsakyti į žemiau pateiktus klausimus:

Anketą pildantis asmuo:	Jūsų amžius (įrašykite):	Kaip atvykote į VULSK Priėmimo skyrių?	Kiek laiko laukiate VULSK Priėmimo skyriuje iki gydytojo apžiūros?
<input type="radio"/> Pacientas	Kada susirgote?	<input type="radio"/> Pats(-i)	<input type="radio"/> Buvau apžiūrėtas/- a iškart atvykus
<input type="radio"/> Paciento artimasis	<input type="radio"/> Prieš kelias val.	<input type="radio"/> Su GMP	<input type="radio"/> Iki 10 min.
Jūsų lytis:	<input type="radio"/> Prieš 1d.	<input type="radio"/> Su siuntimu iš poliklinikos	<input type="radio"/> 10- 30 min.
<input type="radio"/> Vyras	<input type="radio"/> Prieš 2 ir daugiau dienų		<input type="radio"/> 30 min.- 1 val.
<input type="radio"/> Moteris			<input type="radio"/> > 1 val.

Įvertinkite VULSK Priėmimo skyriaus darbą : Pažymėkite X atitinkamame langelyje	1 – labai blogas įvertinimas 7 – labai geras įvertinimas						
1. Gydytojų darbas:	1	2	3	4	5	6	7
2. Slaugytojų darbas:	1	2	3	4	5	6	7
3. Slaugytojų padėjėjų darbas:	1	2	3	4	5	6	7
4. Bendrai Jums parodytas personalo dėmesys:	1	2	3	4	5	6	7
5. Jums suteikta būtinoji/skubioji pagalba:	1	2	3	4	5	6	7
6. Buvo užtikrintas mano/ mano artimojo privatumas:	1	2	3	4	5	6	7
7. Buvo užtikrinta mano/ mano artimojo duomenų apsauga:	1	2	3	4	5	6	7
8. Man buvo suprantamai paaiškinta apie mano/ mano artimojo sveikatos būklę/ ligą:	1	2	3	4	5	6	7
9. Man buvo suprantamai paaiškinta apie mano/ mano artimajam paskirtus tyrimus:	1	2	3	4	5	6	7
10. Gydytojas prieš paskirdamas man/ mano artimajam vaistus, paaiškino, kodėl jie skiriami:	1	2	3	4	5	6	7
11. Man buvo suprantamai paaiškinta apie man/ mano artimajam paskirtą tolimesnį gydymą, išėjus iš ligoninės:	1	2	3	4	5	6	7
12. Personalas manęs/ mano artimojo klausėsi įdėmiai, bendravo maloniai, rūpinosi, kad man/ mano artimajam būtų suteikta tinkama pagalba:	1	2	3	4	5	6	7

Klausimynas nuasmenintiems pacientų įrašams

Paciento buvimo laikas <input type="radio"/> Iki 4 val. Imtinai <input type="radio"/> Virš 4 val.	Atvykimo į PSPS būdas: <input type="radio"/> Be siuntimo <input type="radio"/> Su siuntimu iš BPG <input type="radio"/> Su siuntimu iš kitos stacionaro paslaugas teikiančios ASPĮ <input type="radio"/> Su GMP	Išvykimo iš PSPS būdas: <input type="radio"/> Hospitalizuotas <input type="radio"/> Išrašytas ambulatoriniam gydymui <input type="radio"/> Išrašytas į kitą stacionaro paslaugas teikiančią ASPĮ <input type="radio"/> Mirė
Paciento lytis <input type="radio"/> Vyras <input type="radio"/> Moteri		
Paciento amžius:		
Atliktų laboratorinių tyrimų skaičius	
Atliktų rentgenologinių tyrimų skaičius	
Atliktų brangių tyrimų grupei priskirtų tyrimų skaičius	
Atliktų ultragarsinių tyrimų skaičius	
Pacientą konsultavusių gydytojų skaičius	
Taikytas gydymas	<input type="radio"/> Netaikytas <input type="radio"/> Infuzinė terapija <input type="radio"/> Injekcijos i/r, ar i/v, ar i/p <input type="radio"/> Tik geriami medikamentai <input type="radio"/> Gydamosios invazinės procedūros <input type="radio"/> Gydamosios invazinės procedūros ir infuzinė terapija	
Lėtinių ligų skaičius	
Nuolat vartojamų medikamentų skaičius	